



## SUMARIO

Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-2014: consumo de alcohol, tabaco y cannabis	1
Infección por VIH en Navarra, 2015	9
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2016	13

## ENCUESTA NAVARRA DE JUVENTUD Y SALUD 2013-2014: CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS

### I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas o drogas, con todos los problemas asociados, es un fenómeno social que se presenta como un gran reto para las administraciones públicas (educación, salud, derechos sociales, juventud, etc.). A salud pública le compete el abordaje de este problema por cuanto el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas están entre los determinantes de la salud con mayor carga de enfermedad.

Los motivos por los cuales los adolescentes inician el consumo de drogas son múltiples. Si bien la curiosidad es una razón universal, pueden agregarse una serie de factores como la normalización y permisividad social (el uso por parte de padres/madres, pares, publicidad, accesibilidad, etc.) o de etapa como la búsqueda de cambios afectivos y perceptivos, vencer la timidez, actuar más “naturalmente” en acontecimientos sociales, desafiar la autoridad de los adultos, etc.

Este informe presenta los resultados sobre consumo de alcohol, tabaco y cannabis, obtenidos en la Encuesta Navarra de Juventud y Salud que se realizó entre 2013 y 2014, dirigida a jóvenes de 14 a 29 años de edad. Se comparan los resultados de la encuesta de 2013-2014 con los de la anterior, realizada en 2007.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La metodología de esta encuesta y las escalas e indicadores utilizados están descritos en <http://bit.ly/1suXrsu>

### II. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El sexo y la edad son información clave para entender las implicaciones en salud de los consumos de sustancias psicoactivas. Si atendemos a las características biológicas de chicos y chicas, el consumo de las distintas drogas tienen impactos diferentes sobre la salud, como en el caso del tabaco. Si la mirada se pone sobre lo social, entonces observamos que el sentido que chicos y chicas dan al consumo de las distintas drogas es diferente.

La edad marca diferencias importantes en la tendencia del consumo de sustancias, permite valorar el impacto que determinadas conductas tendrán a medio o largo plazo. Aunque gran parte de las conductas de riesgo para la salud son adquiridas durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sino en años posteriores.

Por otra parte, las dos variables también deben ser leídas conjuntamente ya que los consumos de drogas en función del género están muy condicionados por el factor generacional. Esta circunstancia explica cómo, en un escenario caracterizado por la supremacía de los consumos de drogas entre los hombres en edades más adultas, la equiparación de los hábitos de consumo de drogas en hombres y mujeres es ya una realidad en la adolescencia.

## Riesgo y beneficio autopercibido de las drogas

El uso y abuso de drogas dependen en parte de la percepción individual del riesgo y los beneficios asociados a su consumo, y ésta a su vez está muy relacionada con la percepción social de los mismos. En una sociedad donde el consumo del alcohol está tan normalizado, la percepción del riesgo se reduce significativamente frente al resto de sustancias, provocando que aumente el número de personas y la cantidad que consumen.

La juventud percibe más riesgos que beneficios asociados al consumo de sustancias. La heroína es la sustancia con una valoración más elevada del riesgo, el alcohol es la sustancia con menor riesgo percibido. En cuanto a los beneficios, el alcohol es la sustancia con más beneficio percibido siendo la heroína la que menor beneficio percibido presenta (Tabla 1).

**Tabla 1.** Riesgos y beneficios percibidos

	Riesgo	Beneficio
Tabaco	7,4	2,0
Alcohol	6,4	3,2
Cannabis	8,0	2,3
Cocaína	9,4	1,4
Speed	9,4	1,4
Éxtasis	9,5	1,3
LSD	9,5	1,3
Heroína	9,6	1,2

## Policonsumos

Una de las características asociada al consumo juvenil de drogas es el policonsumo, definido como el uso frecuente de más de una sustancia durante un período mínimo de tiempo especificado, en nuestro caso en un mes. Si bien el policonsumo no es el patrón de consumo predominante, preocupa por su posible impacto inmediato y a corto plazo. A los riesgos de cada sustancia en particular hay que añadir los que se producen por mezclar diferentes drogas.

El policonsumo de drogas puede tener distintas motivaciones y estar asociado a diferentes conductas. Se pueden mezclar drogas para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva. También es posible que se consuma una segunda sustancia para compensar los efectos negativos de una primera droga. Asimismo, el policonsumo de drogas constituye un reflejo de la disponibilidad de drogas y de las pautas de consumo en entornos o contextos específicos.

El 44% de la población consume habitualmente una droga, no habiendo apenas diferencias por sexos, si según las edades. Encontramos diferencias significativas por sexo y edad cuando analizamos el policonsumo de sustancias en el último mes (Tabla 2). Comparando el lugar de nacimiento, las diferencias son significativas cuando se superan las dos sustancias.

## III. CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco tiene una tendencia descendente desde la entrada en vigor la primera ley antitabaco en 2006. La mayoría de la juventud de Navarra (70,3%) no fuma, mientras que el 8,4% lo hace de manera ocasional y el 21,3% diariamente (Tabla 3). Este último porcentaje ha disminuido desde 2007, donde era de 28,4%. La población no fumadora, se distribuye entre el 59% que nunca ha fumado y el 11,3% que ha dejado de hacerlo, siendo un 9,8% en los varones y un 12,7% en las mujeres.

El porcentaje de jóvenes que fuman aumenta con la edad, pasando en mujeres de un 20% en el grupo de 14 a 17 años a un 35,2% en el grupo de 24 a 29 años y en hombres de un 8,8% a un 43,8%, respectivamente. Si bien se observa un ligero descenso en la edad de inicio pasando de 16,9 años en 2007 a 16,5 en 2013/2014, éste no tiene significación estadística.

Es de destacar la gran diferencia que se da en el grupo de 14 a 17 años, donde la proporción de mujeres fumadoras (diario y ocasional) (20%) es muy superior a la de hombres (8,8%), no observándose esa diferencia en el resto de grupos de edad.

**Tabla 2.** Distribución porcentual de los consumidores de una y más sustancias

	Total	Sexo		Intervalos de edad		
		Hombre	Mujer	14 a 17	18 a 23	24 a 29
No consumo en los últimos 30 días	31,6	30,0	33,2	55,6	21,2	20,0
Una sustancia	44,0	43,1	44,9	33,2	51,6	46,7
Más de una sustancia	24,3	26,9	21,9	11,2	27,2	33,3

Se considera consumidor al consumidor diario de tabaco, consumidor regular del resto de drogas (alcohol y otras)

**Tabla 3.** Distribución porcentual del hábito tabáquico por sexo y grupos de edad

	Total	Sexo		Intervalos de edad		
		Hombres	Mujeres	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Nunca ha fumado	59,0	60,6	57,4	79,5	53,3	46,1
Exfumador	11,3	9,8	12,7	5,6	13,6	14,2
Fumador ocasional	8,4	8,0	8,9	6,9	9,6	8,6
Fumador diario	21,3	21,6	21,1	7,9	23,4	31,1
Edad de inicio	15,3	15,3	15,4	14,4	15,3	15,6
Edad de inicio (a diario)	16,5	16,6	16,5	14,9	16,3	17,1
Número cigarros	8,7	9,4	8,1	4,8	8,7	9,7
Intención dejar de fumar	29,5	26,6	32,0	35,3	29,1	27,8
<b>Motivos para dejar de fumar entre los que lo han intentado, n=186</b>						
Económicos	29,2	27,8	30,2	20,0	35,3	28,0
Molestias	27,6	26,6	28,3	22,9	25,0	31,7

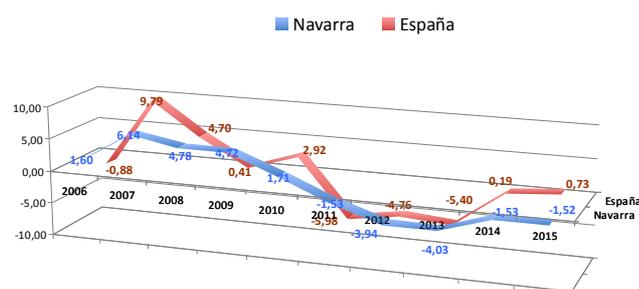
El 29,8 % de la juventud de Navarra que fuma ha intentado dejarlo en los últimos 12 meses, frente al 28,4% de 2007. Las principales razones para querer dejar de fumar son el precio del tabaco (29,2%), las molestias sentidas a causa del tabaco (27,6%) y el miedo al cáncer u otras enfermedades pulmonares (24,3%). En 2007 la primera causa fueron las molestias sentidas a causa del tabaco, señaladas por el 41,1% de la población.

Según un estudio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica un 30% de las personas fumadoras cambiaron al tabaco de liar pensando que era más saludable, menos perjudicial para la salud. Y que el aumento mayor del tabaco de liar en la población fumadora se ha producido en la población de entre 15 y 34 años con estudios secundarios y universitarios, que creen que es más natural.

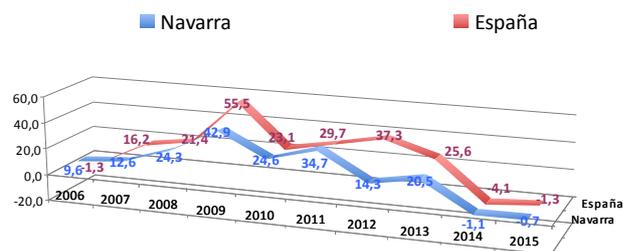
De acuerdo con los datos que ofrece el Comisionado para el Mercado de Tabacos la evolución de la venta de tabaco de cajetilla (20 cigarrillos) y del tabaco de liar (kilogramos) en Navarra y España ha mantenido un comportamiento parecido desde el comienzo de la crisis, se ha reducido el consumo de cajetillas frente a un aumento brusco del tabaco de liar al comienzo de la crisis para estabilizarse en los últimos años (Figura 1).

El auge del tabaco de liar y la introducción de los cigarrillos electrónicos (no tenido en cuenta en la encuesta, pero sí en estudios realizados a nivel estatal) reflejan la importancia de mantener sistemas de vigilancia que puedan identificar de forma inmediata cambios de comportamiento asociados al consumo de tabaco (Figura 2).

**Figura 1.** Crecimiento interanual en Euros de la venta de cajetillas de tabaco en Navarra y España, 2006-2015



**Figura 2.** Crecimiento interanual en euros de la venta de tabaco de liar en Navarra y España, 2009-2015



#### IV. CONSUMO DE ALCOHOL

A pesar de las prohibiciones legales a la venta de alcohol a menores, la gran mayoría de la juventud se inicia en el consumo de alcohol antes de tener la edad legal de 18 años (Figura 3).

El alcohol tiene una gran presencia social, y por ende en nuestros hogares, como lo demuestran los datos de

la Agencia Tributaria que nos informan de que aproximadamente un 41% de las salidas de alcohol al consumo tienen como destino los hogares (Tabla 4). La exposición al consumo de alcohol desde edades tempranas se produce en el hogar familiar.

La gran mayoría de población juvenil de Navarra (85%) ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, sin apenas diferencias por sexo. Un 80% de los menores de edad han consumido con anterioridad a cumplir la mayoría de edad, en 2007 eran el 83% (Tabla 5).

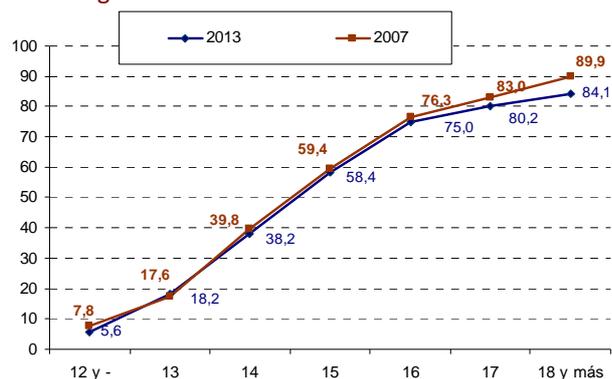
La edad media de inicio de consumo de alcohol es de 14,7 años, sin variación significativa respecto a la encuesta de 2007 (Tabla 6).

**Tabla 4. Consumo de alcohol según tipo de bebida y destino. España 2013**

	% sobre total de bebidas	% destinado consumo hogar
Total Vinos	14,3	59,8
Cerveza	78,7	38,4
Resto	6,0	24,7
Total bebidas alcohólicas	100	41,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Agencia Tributaria

**Figura 3. Porcentaje acumulado de consumidores de alcohol según edad**



**Tabla 5. Distribución porcentual según consumo de alcohol por sexo y grupo de edad**

	Total	Sexo		Edad		
		Hombre	Mujer	14-17	18-23	24-29
<b>Año 2007</b>						
Baja graduación	54,8	61,0	48,8	38,3	49,2	67,7
Alta graduación	35,3	30,0	40,4	37,8	44,1	27,3
Nunca ha bebido	9,9	9,0	10,7	23,9	6,7	5,0
<b>Año 2013</b>						
Baja graduación	35,3	38,9	31,9	23,0	30,7	50,4
Alta graduación	49,7	47,2	52,0	45,8	61,0	42,7
Nunca ha bebido	15,0	13,9	16,1	31,2	8,4	6,9

**Tabla 6. Distribución porcentual de jóvenes según el consumo de alcohol, por sexo y edad**

	Total	Sexo		Intervalos de edad		
		Hombre	Mujer	14-17	18-23	24-29
Edad consumo primera vez	14,7	14,6	14,7	13,7	14,7	15,0
Edad consumo forma regular	16,4	16,5	16,4	14,8	16,5	17,1
Consumo alguna vez en la vida	85,5	86,5	84,6	69,9	92,0	93,4
Consumo en los últimos 30 días (activos)	63,1	65,5	60,8	42,0	71,6	73,8
Consumidores ocasionales (n=consumo alguna vez en la vida)	24,2	23,2	25,1	30,7	23,9	20,1
<b>Patrones de consumo</b>						
Emborracharse en el último mes	33,4	37,1	29,8	18,6	44,6	36,0
Emborracharse alguna vez	72,0	73,7	70,3	43,4	81,8	88,1
Binge en los últimos 30 días	36,3	37,2	35,5	23,7	46,4	38,3
Consumidor de riesgo fin de semana*	46,9	43,9	49,9	35,3	48,9	50,9
Consumidor de riesgo entre semana*	4,5	4,7	4,2	3,0	5,0	4,7
<b>Lugares de consumo</b>						
En bares, tascas, pubs	39,0	18,6	20,3	5,7	13,9	19,2
En bajeras, cuartos, pipotes, sociedades	19,0	10,1	8,8	4,9	8	5,9
En calle, parques, plazas o espacios públicos	9,0	4,4	4,5	3,8	4	1,1

\*Bebedor de riesgo. En los de 18 y más años, son quienes beben más de 2 unidades de alcohol diarias, en el caso de las mujeres, o de 4 unidades diarias, en el caso de los varones. En menores de 18 años, bebedor de riesgo es quien ha hecho cualquier consumo en los últimos 30 días.

La bebida con la que se inician en el consumo de alcohol ha cambiado. En 2007 predominaban las bebidas fermentadas y de baja graduación, y en 2013 son las bebidas destiladas, y de alta graduación, las que mayor aceptación tienen entre la juventud, incluso entre quienes no han alcanzado la mayoría de edad.

Algo más de la mitad de los jóvenes de 14 a 29 años (63%) asume haber establecido un consumo regular de bebidas alcohólicas, no habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. Más de la mitad de los y las jóvenes (66,4%) bebe alcohol el fin de semana, y un 17,4% de la juventud bebe entre semana.

El 36,3% de la juventud ha tenido a lo largo del último mes algún episodio de consumo definido como “binge drinking” o consumo concentrado en un espacio de dos/tres horas de 4 o 5 unidades de alcohol, sin diferencias entre mujeres y hombres. El 72% de la población a estudio dice que se ha emborrachado alguna vez en la vida (73,7% hombres y 70,3% mujeres) y el 33,4% declara haberse emborrachado en el último mes (37,1% de los varones y 29,8% de las mujeres). Estos valores son muy similares a los observados en 2007 (75,1% y 31,5% respectivamente).

El 46,9% de la población encuestada realiza un consumo de riesgo durante el fin de semana, entendido como el consumo en un día de más de 4 Unidades de Bebida Estándar (UBE) en varones y más de 2 en mujeres. El distintivo de consumo de riesgo no sólo es propio los más jóvenes (14 a 17 años), sino también de los mayores (24 a 29 años), y entre estos últimos de forma más aguda (50,9 % frente al 35,3% de los más jóvenes).

A la pregunta de cuánto beben, muchos responden “lo normal”. Luego, lo normal resulta ser más de lo que piensan y mucho más de lo recomendable. En respuesta a la autopercepción del consumo de alcohol, un 47,3% dice beber poco o nada. En el otro extremo, un 6,6% considera que bebe bastante o mucho, mientras que el 42,3% dice que bebe “lo normal” (lo normal suele superar las recomendaciones). Entre los adultos jóvenes parece que las expectativas futuras predominantes son la estabilización o la reducción del consumo (Tabla 7).

El tipo de bebidas alcohólicas que ingieren entre semana son predominantemente cerveza y vino. Durante el fin de semana son la cerveza y los combinados las bebidas más consumidas. El principal lugar de consumo son los bares, pubs o similares, en los que el 39% dice beber habitualmente. A cierta distancia están las discotecas (21,4%), las bajeras, cuartos, pipotes o sociedades (19%). En las calles, plazas o espacios públicos declaran beber el 9%, valor ligeramente inferior al de 2007 (10,6%). Aproximadamente el 40% de la juventud incorpora normalmente alguna pauta de control del consumo de alcohol en la cuadrilla, pero casi uno

de cada tres no aplica ningún control. Las medidas más frecuentes son “controlar lo que bebe el amigo o amiga, no dejarle beber más” (24,6%), “decirle que no beba más, advertirle de que está mal” (22,1%), y “no dejarle solo, cuidarlo” (24,3%).

**Tabla 7. Distribución porcentual de jóvenes según el consumo de alcohol, por sexo y edad**

	Total	Sexo		Intervalos de edad		
		Hombre	Mujer	14-17	18-23	24-29
<b>Autopercepción del consumo</b>						
Poco/nada	47,3	47,0	47,6	32,2	44,0	56,8
Lo normal	42,3	42,4	42,2	29,3	40,2	49,8
Bastante/mucho	6,6	7,4	5,8	6,8	8,4	4,9
<b>Perspectiva futura de consumo</b>						
Nada	16,0	15,0	16,9	22,6	11,9	14,0
Menos que ahora	12,9	12,8	13,0	7,0	14,8	16,4
Igual que ahora	66,4	67,3	65,4	57,7	71,9	68,9
Más que ahora	4,7	4,9	4,6	12,8	1,4	0,7

#### IV. CONSUMO DE CANNABIS Y OTRAS DROGAS

El cannabis es la droga ilegal más extendida en Navarra, y España, y la que se consume a una edad más temprana. El 36,6% de jóvenes ha consumido alguna vez cannabis. Este porcentaje ha disminuido desde 2007, donde ascendía a un 43,3%. La tabla 7 recoge el consumo alguna vez en la vida, mensual y diario de cannabis por grupos de edad encontrándose que el consumo aumenta con la edad. El 13,2% ha consumido cannabis en el último mes y el 3,1% hace un consumo diario. En 2007 el porcentaje de consumo en el último mes ascendía a un 17,2%, siendo la diferencia entre las dos encuestas significativa.

La edad media de inicio al cannabis es de 16,1 años, habiendo descendido desde 2007, donde era de 16,6. La curiosidad es la principal motivación para probar el cannabis (74,8%), seguido a gran distancia por motivos de diversión (16,1%).

En 2007 el 18% de la población que consumía cannabis declaraba haber fumado más de un porro la última vez que había consumido. Este porcentaje desciende al 10,9% en 2013. Entre éstos, el número medio de porros en el último consumo fue de 3,5 no observándose diferencias según el sexo. No obstante, el porcentaje

de población que ha consumido más de un porro ha descendido de un 18% en 2007 a un 11% en 2013 (Tabla 8).

De cada 10 jóvenes, 2 declaran haber consumido otras drogas diferentes al cannabis. Nueve de cada 10 jóvenes señalan la intención de no consumirlas en el futuro. En general, se aprecian porcentajes ligeramente inferiores a los obtenidos en 2007 con alguna excepción como por ejemplo el porcentaje de jóvenes de 14

a 17 años que declara haber consumido otras drogas diferentes al cannabis que pasó del 4,1% en 2007 al 5,4% en 2013 (Tabla 8).

Por otro lado, el 9,6% de la juventud declara haber consumido psicofármacos sin receta médica alguna vez en la vida, el 3,5% declara haberlos consumido en los últimos 12 meses y el 2,1% en los últimos 30 días. La edad media de consumo de este tipo de medicamentos sin receta es de 17,6 años.

**Tabla 8.** Distribución porcentual según consumo de cannabis y otras drogas ilegales según sexo y grupos de edad. Evolución 2007-2013/2014.

	Sexo		Grupos de edad			
	Total	Hombres	Mujeres	14-17	18-23	24-29
<b>Consumo cannabis</b>						
<b>2007</b>						
Alguna vez en la vida	43,4	48,6	38,5	25,8	46,0	50,6
En el último mes	17,2	21,7	12,8	13,2	20,7	16,5
Diario	4,6	6,6	2,6	1,6	7,0	4,4
<b>2013/2014</b>						
Alguna vez en la vida	36,6	38,3	35,0	19,1	41,0	48,0
En el último mes	13,2	17,0	9,5	8,3	16,0	14,8
Diario	3,1	4,7	1,7	-	4,0	4,4
<b>Consumo otras drogas ilegales</b>						
<b>2007</b>						
Alguna vez en la vida	19,9	28,7	19,8	3,1	19,8	30,1
En el último mes	6,1	9,0	3,3	1,8	7,0	7,7
<b>2013/2014</b>						
Alguna vez en la vida	17,3	19,3	15,2	5,4	17,6	27,3
En el último mes	5,7	7,4	4,1	2,1	5,8	8,8

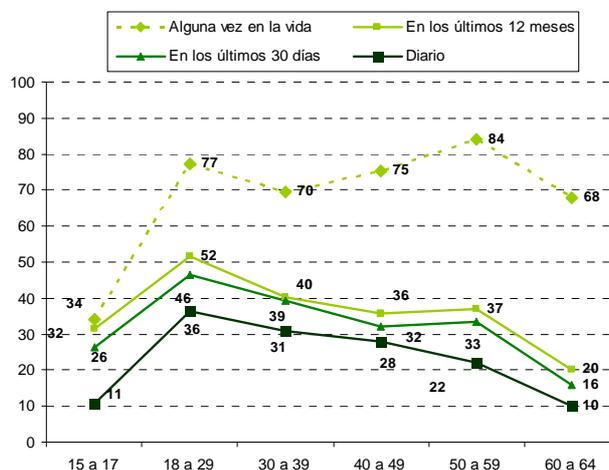
#### IV. FUENTES COMPLEMENTARIAS

Para poder comprender el fenómeno de las drogas, es necesario tener una mirada mucho más amplia, no sólo puesta sobre la población adolescente y joven. El Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías como institución que hace seguimiento del fenómeno nos ofrece una panorámica de éste a través de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria en España, ESTUDES, y de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, EDADES. De ésta última encuesta hemos extraído los principales resultados sobre prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis para Navarra en 2013, las figuras 4 a 6, porque nos permite constatar que el consumo de drogas, legales e ilegales, afecta también a la población adulta.

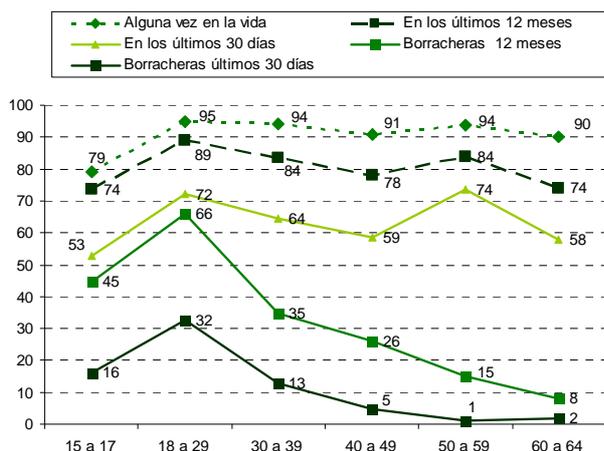
Aunque podemos caer en la tentación de comprar los datos de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud y ESTUDES para los grupos de edad de 14 a 17 (Navarra presenta datos de consumo en todas las sustancias por

debajo de los de España), esta comparación no es metodológicamente apropiada debido a las diferencias en las muestras.

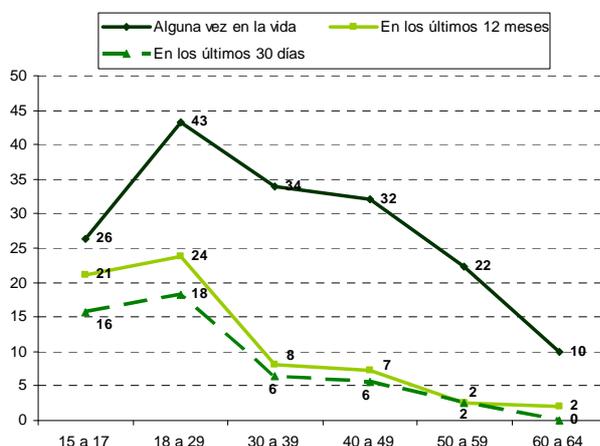
**Figura 4.** Prevalencia de consumo de tabaco por grupos de edad



**Figura 5. Prevalencia de consumo de alcohol por grupos de edad**



**Figura 6. Prevalencia del consumo de cannabis por grupos de edad**



De las figuras podemos deducir que las sustancias que más se consumen entre la población joven son también las que más se consumen entre la población adulta. Las prevalencias de consumo “alguna vez en la vida” de las distintas drogas nos informan de la presencia y accesibilidad que una droga tiene en nuestra sociedad, la normalidad con la que percibimos su presencia. Este hecho hace que la juventud, teniendo como referencia a la población adulta, relativice los riesgos y daños de su consumo.

## V. DISCUSION

Las intervenciones dirigidas a la prevención del consumo de sustancias en la adolescencia y juventud han de tener en cuenta el contexto social en el que coexisten gran diversidad de discursos, agentes y disciplinas que construyen visiones y clasificaciones sobre las drogas. El ruido generado por todos provoca no pocas distorsiones, incomprensiones y deserciones entre los adolescentes y jóvenes.

A la vez que la población adulta -padres y madres, profesionales de educación y sanidad-, pregona discursos sobre las drogas, es también consumidora de drogas y en muchas ocasiones relativiza el riesgo de su consumo.

Mejorar la capacitación de la población adulta (padres y madres, y profesionales de la salud y la educación) sirve para la protección y la mejora de la eficacia de las inversiones de salud pública destinadas a la población joven. Del mismo modo que mejorar la eficacia de las intervenciones para la población joven ofrece la oportunidad de corregir problemas que hayan podido surgir en los 10 primeros años de vida así como reducir los riesgos para la salud en la edad adulta. La detección e intervención precoz en casos de consumos de riesgo o intensivos no es una cuestión de un grupo de edad específico sino poblacional, que adquiere formas, expresiones y sentidos diferentes según variables como las que ya hemos mencionado de edad y sexo.

En la construcción del fenómeno de las drogas se establece una relación entre droga y cultura juvenil que no se corresponde exactamente con los hechos. En la sociedad post-industrial o postmoderna, se han afianzado dos procesos sociales coetáneos pero distintos: juventud y droga. El proceso de integración que se ha producido entre éstos ha propiciado la aparición de usos específicos de las drogas por parte de la juventud. De tal modo es aquí donde debemos poner la mirada, lo que debemos considerar como un nuevo fenómeno social. No sólo debemos considerar el patrón de consumo, a lo que tiene de específico y que lo diferencia del consumo adulto (su inicio temprano, el tipo de bebidas consumidas, los lugares de consumo, etc.), sino su relación con un aspecto mucho más amplio como es la sociedad del consumo o del riesgo.

Sin embargo, parece que no existen soluciones científicas al problema del riesgo ya que el conocimiento científico, en ocasiones, se ve imposibilitado de evaluar o implementar soluciones cultural, social o económicamente aceptables. Como recoge U. Beck en su libro “La sociedad del riesgo” en este campo “La racionalidad científica no sirve de nada sin racionalidad social, pero la racionalidad social es ciega sin racionalidad científica” ¿Es posible encontrar soluciones al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a través de una racionalidad científica y social que remitan la una a la otra? No parece que tarea fácil si pensamos cómo la racionalidad de científicos y productores compiten por su preeminencia. Tal vez el siguiente ejemplo puede servirnos para reflexionar un poco más sobre esta idea.

Como versa en la página patrocinada por el Instituto de Comercio Exterior del Ministerio de Economía y Competitividad: *por su importancia en términos económicos, pero también sociales y medioambientales,*

*así como por la importancia del vino como imagen del país en el exterior, este sector es de extraordinaria relevancia en España. Se da la paradoja que frente a los sucesivos gobiernos que han intentado regular la venta de alcohol, para limitar el acceso y proteger la salud de la población, la industria productora y distribuidora, que han puesto la mirada sobre la población joven (sin perderla sobre la adulta) ha hecho valer su poder evitando que saliera adelante una ley a nivel estatal que regulase la venta, distribución y publicidad de alcohol.*

## Referencias

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación (2014).
- Beck U, Giddens A, Lash S. Modernización reflexiva. Una controversia. Frankfurt del Meno 1996, p. 87ss.
- WHO/FWC/MCA/14.05, Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década, Organización Mundial de la Salud, 2014

# INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2015

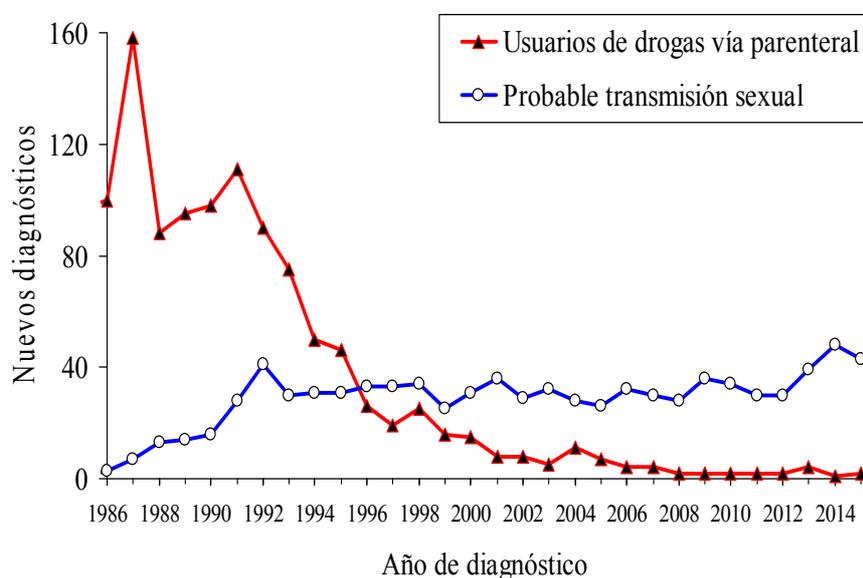
## Nuevas infecciones por el VIH

Desde el comienzo de la epidemia de sida hasta diciembre de 2015 se habían diagnosticado 2085 infecciones por VIH en población residente en Navarra. La mayor parte de estas infecciones se diagnosticaron entre finales de la década de los ochenta y principios de los noventa. Tras una tendencia descendente o estable en la década de 2000, entre 2012 y 2014 se registró un ascenso en la tasa de nuevos diagnósticos de VIH desde 5 hasta 7,6

por 100.000 habitantes, respectivamente, y en 2015 parece haberse frenado este ascenso con 7 casos por 100.000 (Tabla 1).

En los últimos años han disminuido de forma acusada los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral, aunque no se han logrado controlar totalmente. Los nuevos diagnósticos de infecciones por probable transmisión sexual son los responsables de la tendencia de los últimos años (Figura 1).

**Figura 1.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según categoría de transmisión.

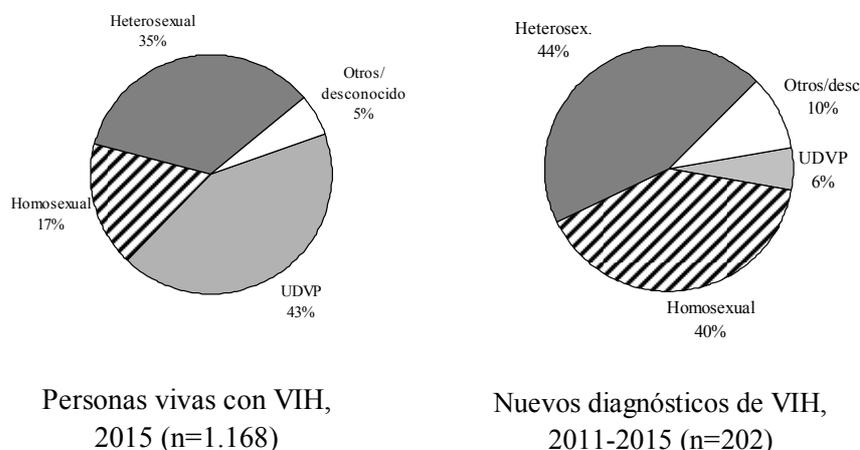


**Tabla 1.** Número y tasas por 100.000 habitantes de diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes por sida en personas residentes en Navarra

Año	Diagnósticos de VIH*		Diagnósticos de sida		Muertes por sida		Personas vivas con diagnóstico de VIH*	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2001	45	8,1	22	4,0	11	2,0	936	168,3
2002	37	6,5	32	5,6	14	2,5	940	165,0
2003	37	6,4	21	3,6	16	2,8	943	163,1
2004	39	6,7	22	3,8	11	1,9	956	163,5
2005	34	5,7	17	2,9	12	2,0	968	163,4
2006	36	6,0	17	2,8	12	2,0	986	163,8
2007	37	6,1	16	2,6	7	1,2	1005	165,9
2008	30	4,8	22	3,5	11	1,8	1007	162,3
2009	38	6,0	10	1,6	7	1,1	1028	163,2
2010	36	5,7	12	1,9	6	0,9	1041	163,4
2011	32	5,0	5	0,8	9	1,4	1055	164,3
2012	32	5,0	15	2,3	6	0,9	1068	165,7
2013	44	6,8	10	1,6	4	0,6	1096	170,1
2014	49	7,6	10	1,6	7	1,1	1130	176,3
2015	45	7,0	13	2,0	1	0,2	1168	182,4

\* Personas con diagnóstico de VIH que no constaban como fallecidas al final de cada año. Los datos de 2015 pueden sufrir algún cambio conforme se complete la información.

**Figura 2.** Distribución de las personas con diagnóstico de VIH según categoría de transmisión.

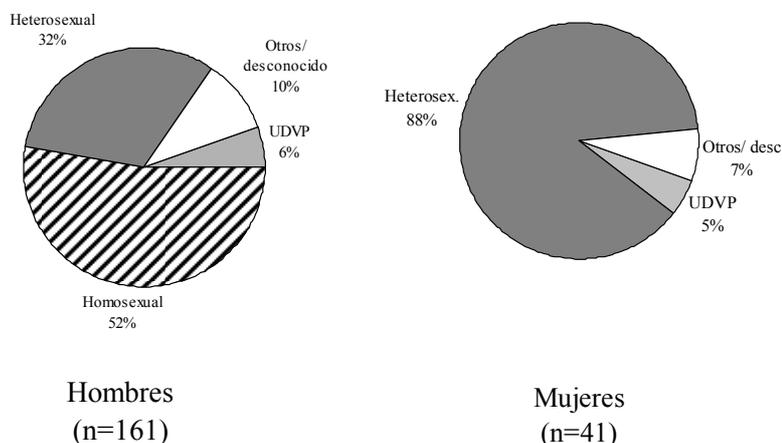


Entre las 202 infecciones diagnosticadas en el período 2011-2015, un 44% se relacionaron con prácticas heterosexuales de riesgo, el 40% con prácticas homosexuales de riesgo, el 6% con uso de material no estéril para la inyección de drogas y en otro 10% el mecanismo probable de transmisión fue otro o desconocido (Figura 2). Estos últimos casos son en su mayoría debidos a transmisión sexual en hombres en los que no se logró establecer la orientación sexual. Los hombres fueron el 80% de los diagnósticos. En éstos predominó la transmisión homosexual (52%), seguida por la debida a prácticas heterosexuales (32%)

y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (6%). En un 10% no se pudo establecer el mecanismo de transmisión y probablemente se debieron a transmisión sexual. Entre las mujeres, el predominio de la transmisión heterosexual fue mucho más marcado (88%), y la transmisión asociada al consumo de drogas inyectadas supuso el 5% (Figura 3).

Analizando en conjunto el último quinquenio, 2011-2015, el 39% de los diagnósticos de VIH en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países (Figura 4).

**Figura 3.** Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión, 2011-2015



### Retraso diagnóstico de la infección por VIH

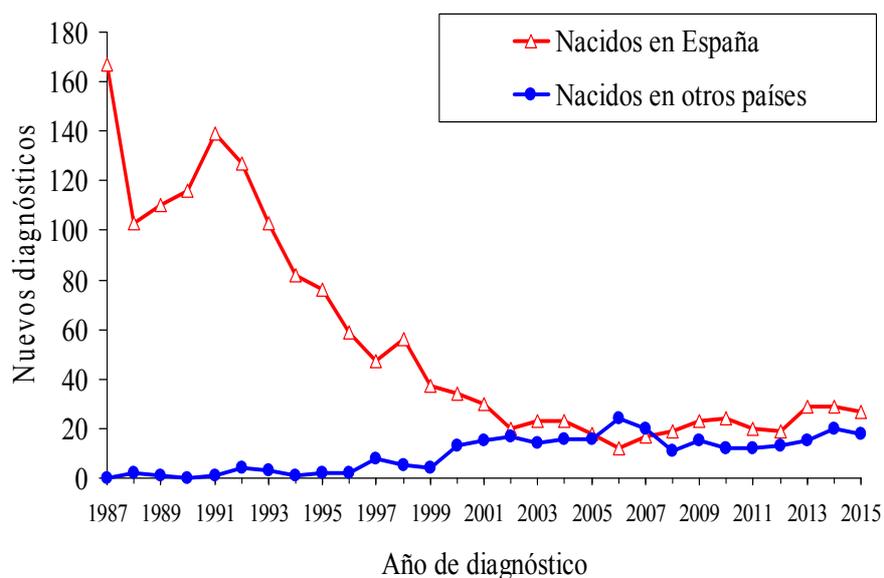
Existe consenso en considerar los niveles de linfocitos CD4+ menores de 200 indicativos de infección en estadio avanzado. De los 202 diagnósticos de VIH realizados en Navarra entre 2011 y 2015, el 26% presentaban menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico. Los diagnósticos de VIH con menos de 200 CD4 fueron igualmente frecuentes en hombres y mujeres, y en población autóctona que en la de otros países.

Sólo el 31% de los diagnósticos de VIH se realizaron cuando el paciente tenía más de 500 CD4. Este criterio es actualmente el objetivo de diagnóstico precoz de la infección, ya que consigue el margen suficiente para alcanzar el mayor beneficio del tratamiento antirretroviral en el paciente.

En el 13% (n=26) de los diagnósticos de VIH realizados en el periodo 2011-2015, este diagnóstico coincidió con el de sida, lo que pone en evidencia que la infección no se sospechó hasta que aparecieron manifestaciones clínicas graves. La mayoría de las defunciones por sida se produjeron en pacientes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida. La proporción de diagnósticos de VIH que coincidieron con el diagnóstico de sida ha aumentado desde 9% en 2012 hasta 18% en 2015.

El diagnóstico temprano de las infecciones por VIH aporta beneficios desde varios puntos de vista. Las personas infectadas que inician su tratamiento a tiempo mejoran el pronóstico, y además las personas diagnosticadas transmiten menos la infección que los que desconocen portar el VIH.

**Figura 4.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento.



### Personas que viven con la infección por VIH

Los tratamientos antirretrovirales combinados han mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por el VIH. Las muertes por sida han disminuido y tienden a concentrarse en personas cuyo diagnóstico de la infección se realiza cuando ya han aparecido enfermedades oportunistas o en personas que no cumplen los tratamientos.

La mortalidad por causas distintas del sida va adquiriendo un peso creciente en las personas que viven con infección por el VIH. Esta mortalidad es elevada con respecto a la de la población no infectada de igual edad y sexo. Entre las principales causas de mortalidad, aparte del sida, están la intoxicación por drogas, las hepatopatías, algunos cánceres y la

enfermedad cardiovascular. Esto lleva a recordar que, en las personas con infección por el VIH, son más importantes todas las medidas de prevención de estos procesos.

El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando debido a que la incidencia de nuevas infecciones se mantiene y su supervivencia ha mejorado. En Navarra, el número estimado de personas que a finales de 2015 vivían con diagnóstico de infección por el VIH es de 1168. Las características de estas personas reflejan principalmente el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás. Predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales suponen el 43% (Figura 2). Con el transcurso

del tiempo la edad media de la población que vive con el VIH ha ido aumentando.

Las mejoras en el pronóstico de la infección por el VIH dependen de que se instaure a tiempo el tratamiento adecuado. Por este motivo es importante el diagnóstico temprano de la infección, especialmente en personas en las que las prácticas de riesgo pudieron ocurrir hace años, por lo que la sospecha de la infección no está presente actualmente.

### Comparación con otras comunidades autónomas

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe sobre los nuevos diagnósticos de VIH en España. La tasa de nuevos diagnósticos de VIH se mantuvo entre 9,3 y 11,8 por 100.000 habitantes durante el periodo 2003-2013, y descendió a 7,0 por 100.000 en 2014. Tras varios años con tasas inferiores en Navarra, en 2014 pasamos a estar ligeramente por encima de la media estatal.

El patrón de distribución por categorías de transmisión también mostró algunas diferencias en Navarra. Mientras que en 2013, en el conjunto de España el 54% de los casos fue atribuible a transmisión entre hombres con prácticas homosexuales, el 26% se atribuyeron a transmisión heterosexual y el 3% ocurrieron en personas con antecedente de uso de drogas por vía parenteral, en Navarra estos porcentajes fueron del 43%, 49% y 2%, respectivamente. Las personas de otros países suponen el 32% de los nuevos diagnósticos en España, porcentaje algo menor que el 41% de Navarra.

Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres es ya la categoría mayoritaria, y su influencia es creciente. El diagnóstico tardío es muy

importante, y tan sólo ha descendido entre los hombres que tienen sexo con hombres.

### Conclusiones

- Dentro de la situación endémica de la infección por VIH en Navarra, la incidencia de nuevos diagnósticos se mantiene alta en los últimos años, lo que se atribuye principalmente a la transmisión sexual.
- A pesar de que las personas infectadas en tratamiento antiviral son menos contagiosas, el número de diagnósticos de VIH se mantiene alto. Esto sólo puede explicarse por un aumento considerable en las prácticas sexuales de riesgo.
- La tasa de nuevos diagnósticos de VIH es en Navarra similar a la tasa media estatal.
- A pesar de los avances en la prevención, todavía se siguen produciendo infecciones por el VIH. Los datos epidemiológicos indican que es la transmisión sexual donde hay más margen de mejora para la prevención de nuevas infecciones.
- La elevada proporción de diagnósticos tardíos de la infección por VIH hace sospechar de la existencia de una bolsa importante de infecciones que todavía no han sido detectadas. Aflorar esta bolsa de infecciones no diagnosticadas ayudaría a mejorar el pronóstico de los afectados y a reducir la propagación de la infección.
- El número de personas que viven con la infección por el VIH se mantiene elevado, fruto de los progresivos avances en la supervivencia.

### Referencias

Centro Nacional de Epidemiología. Nuevos diagnósticos de VIH en España. Actualización 30 de junio de 2015.  
[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2015.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe_VIH_SIDA_2015.pdf)

**CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA, SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2011-2016**

ENFERMEDADES	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Enfermedades de Transmisión Alimentaria</b>						
Disentería Bacilar	0	1	3	1	3	1
Listeriosis	0	2	1	2	1	0
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>						
Gripe	195	463	799	409	330	363
Legionelosis	4	6	8	1	2	2
Tuberculosis Respiratoria	11	13	11	10	7	9
Otras Tuberculosis	8	3	4	5	5	2
<b>Enfermedades de Transmisión sexual</b>						
Infección Gonocócica	13	6	8	10	18	15
Sífilis	9	8	17	3	11	14
Infección por el VIH	3	6	11	12	9	11
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>						
Enfermedad Meningocócica	1	1	1	1	1	2
Enfermedad Neumocócica Invasiva	14	16	12	12	22	24
Parotiditis	30	226	13	8	39	10
Sarampión	2	6	0	0	0	0
Tos ferina	3	5	20	5	19	18
Varicela	107	41	45	27	30	27
Herpes Zóster	569	600	615	650	655	656
<b>Hepatitis Víricas</b>						
Hepatitis A	0	0	0	0	12	1
Hepatitis B	1	5	1	3	2	0
Hepatitis C	0	0	1	0	2	0
Otras Hepatitis	-	-	-	1	3	0
<b>Zoonosis</b>						
Brucelosis	0	0	2	0	1	0
Leishmaniasis	0	0	2	1	0	1
Hidatidosis	3	2	1	0	1	1
Fiebre Q	2	0	1	1	0	2
<b>Otras enfermedades</b>						
Paludismo	0	1	2	0	2	7

**CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA, SEMANAS 14 A 26, PERIODO 2015-2016**

Enfermedad / agente infeccioso	2015	2016
<i>Campylobacter</i>	195	177
<i>Salmonella</i>	53	79
<i>Salmonella enteritidis</i>	10	18
<i>Salmonella typhimurium</i>	38	51
<i>Salmonella</i> , otras/ spp.	5	10
Rotavirus	88	127
<i>Cryptosporidium</i> spp.	2	5
<i>Giardia lamblia</i>	29	43
<i>Yersinia enterocolitica</i>	11	10
<i>E coli</i> verotoxigénico	1	1

Enfermedad / agente infeccioso	2015	2016
Enf. por virus respiratorio sincitial	9	7
<i>Chlamydia tracomatis</i>	42	57
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	3	4
Enfermedad del Lyme	1	0
Fiebre exantemática mediterránea	1	1
Enfermedad del Dengue (importado)	1	2
Enf. por virus <i>Chikungunya</i> (importado)	0	0
Enfermedad por virus <i>Zika</i> (importado)	0	2

Otras enfermedades sin casos detectados: Botulismo, Carunco, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre tifoidea, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre exantemática mediterránea, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre tifoidea/paratifoidea, Fiebres hemorrágicas víricas, Lepra, Leptospirosis, Linfocitoma venéreo, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola, Sarampión, SARS, Sífilis congénita, Tétanos, Triquinosis, Tularemia, Viruela.