

ESPERANZA DE VIDA EN PERSONAS CON VIH: ACCESO A LOS SEGUROS PRIVADOS

Informe de resultados

Diciembre 2022

Elaboración del informe:

Jorge del Romero Raposo¹, Marta Rava^{1,2} e Inma Jarrín^{1,2}

1. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III
2. CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC)

INTRODUCCIÓN

El 27 de noviembre de 2018, el Ministerio de Sanidad presentó el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH (en adelante Pacto Social), cuyo objetivo es eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH y al Sida, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de las personas con el VIH. Dentro de estos derechos está el acceso a los seguros privados no obligatorios.

En 2018 se reformó la Ley de Contrato de Seguro para garantizar el acceso a los seguros privados no obligatorios, en especial a los seguros de salud, vida y decesos, a las personas con VIH.

El Comité Coordinador del Pacto Social acordó colaborar con las compañías aseguradoras para elaborar una Guía de buenas prácticas sobre el diseño de los procesos de suscripción de la contratación de seguros de vida por parte de las personas con el VIH, basándose en datos estadísticos actuales y suficientemente representativos del riesgo de supervivencia y de invalidez de las personas con el VIH en España.

Desde la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad nos pusimos en contacto con las compañías aseguradoras y con UNESPA, Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y acordamos elaborar un documento que contenga la evidencia científica actualizada sobre el que tomar las decisiones sobre el aseguramiento, basándose en datos de la esperanza de vida de las personas con VIH en España y en el momento actual.

OBJETIVO

El objetivo general de este estudio fue estimar la esperanza de vida (o, equivalentemente, la edad en el momento de la muerte) de las personas VIH-positivas que iniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) en España en el período 2004-2019, utilizando las tasas de mortalidad de la cohorte de la Red Española de Investigación en SIDA (CoRIS), y describir las causas de muerte.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

CoRIS es una cohorte abierta, multicéntrica y prospectiva de adultos con infección por VIH, naïve a tratamiento antirretroviral a la entrada en la cohorte, reclutados desde el 1 de enero de 2004 en alguno de los 46 centros de 13 de las 17 Comunidades Autónomas de España que forman parte de la cohorte, y seguidos hasta el 30 de noviembre de 2019, fecha de censura administrativa para estos análisis.

Brevemente, en el marco de la cohorte CoRIS se recoge un conjunto mínimo de datos según lo dispuesto en el protocolo de la cohorte, que incluye información basal y en el seguimiento de características sociodemográficas, epidemiológicas, inmunológicas y clínicas, entre otras, además de información sobre fecha y causa de muerte¹.

Los datos están sujetos a un control de calidad interno y los individuos son seguidos periódicamente de acuerdo con la práctica clínica diaria.

Población a estudio

Se incluyeron todos los individuos de la cohorte CoRIS que habían iniciado TAR con 20 años o más, entre el 1 de enero de 2004 y el 30 de noviembre de 2019.

Análisis estadístico

El tiempo de seguimiento de los individuos se dividió en 2 períodos: 2004-2013 y 2014-2019. La elección del año 2014 como punto de corte para establecer los períodos se debe a que fue en ese año cuando se produjo un cambio en las guías españolas de tratamiento antirretroviral, recomendando a partir de ese momento el inicio de TAR independientemente del recuento de células CD4².

Se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas en función del período de inicio de TAR (2004-2013 y 2014-2019) mediante tablas de frecuencias para las variables categóricas y mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas.

Se calcularon las tasas de mortalidad por 1000 personas-año, de forma global y en función de las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR, como el número de muertes observadas dividido por el total de personas-año de seguimiento, multiplicado por 1.000. El seguimiento de los individuos empezó en la fecha de inicio de TAR y finalizó en la fecha de muerte, en la fecha de la última visita, o en la fecha de censura administrativa, lo que ocurriera antes. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson para calcular las razones de tasas de mortalidad crudas y ajustadas por las siguientes variables al inicio de TAR: período de inicio de TAR (2004-2013, 2014-2019), sexo (hombre, mujer), edad (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, ≥80 años), categoría de transmisión (contacto homo/bisexual, contacto heterosexual, uso de drogas inyectadas, otro/desconocido), nivel de estudios (sin estudios/primaria, secundaria/universitaria, otro/desconocido), país de origen (España, resto de Europa, África sub-sahariana, Norte de África, otro/desconocido), CD4 (<200, 200-349, ≥350 células/mL, desconocido), carga viral (CV: <10.000, 10.000-100.000, >100.000 copias/ml, desconocido) y diagnóstico de SIDA (no, si).

En primer lugar, se calculó la esperanza de vida a la edad de 40 años en hombres y mujeres en función del período de inicio de TAR (2004-2013 o 2014-2019). Posteriormente, calculamos la esperanza de vida, estratificando, además, por categoría de transmisión, por haber recibido o no un diagnóstico de SIDA al inicio de TAR y por el recuento de CD4 al inicio de TAR. Estas tres variables fueron aquellas más fuertemente asociadas con la mortalidad a largo plazo en el análisis multivariable.

De forma resumida, la esperanza de vida en franjas de edad de 10 años (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70,79, ≥80) dentro de cada grupo clave de población, se estimó mediante tablas de vida construidas utilizando las definiciones de Greenwood (1922)³ y Chiang (1984)⁴. Esas tablas de vida se construyeron a partir de las tasas de mortalidad estimadas mediante los modelos de regresión de Poisson multivariables.

Dado que en el grupo de población de mayor edad (≥80 años), el número de muertes y personas-año de seguimiento es limitado, se corrigió la tasa derivada del modelo de regresión de Poisson de la siguiente forma. En primer lugar, en cada grupo clave de población, se calculó, para cada franja de edad, la razón entre la tasa de mortalidad en la población VIH-positiva y la tasa de mortalidad en la población general ($RT_{VIH/Pob.gral}$). En segundo lugar, se calculó la media de las $RT_{VIH/Pob.gral}$ con el fin de obtener una razón de tasas global, que se utilizó como factor de corrección; en el cálculo de esta media se incluyeron únicamente las $RT_{VIH/Pob.gral} > 1$, es decir, las razones en las que la tasa de mortalidad de la población VIH fue mayor que la de la población

general. Por último, se multiplicó la tasa de mortalidad de la población general en la franja de edad ≥ 80 años por el factor de corrección para obtener una tasa ajustada que es la que se utilizó en los cálculos de la esperanza de vida.

Por otro lado, en las franjas de edad en las que la tasa de mortalidad de la población VIH-positiva fue menor que la de la población general, se utilizó la tasa de la población general para los cálculos de la esperanza de vida.

Las tasas de mortalidad de la población general y las estimaciones de la esperanza de vida a los 40 años en población general se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es). Para las estimaciones del período 2004-2013 se utilizó la información del año 2009 y para el período 2014-2019 la del año 2016.

El análisis estadístico se realizó en Stata (version 17.0; Stata Corporation, College Station, TX, USA) y en Microsoft Excel 2016.

Declaración ética

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Salud Carlos III (CEI PI 75_2021). Todos los individuos incluidos en la cohorte CoRIS han firmado un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2004 y el 30 de noviembre de 2019 se incluyeron un total de 16.759 individuos en CoRIS. De éstos, 14.194 iniciaron TAR con 20 años o más durante su seguimiento y, por tanto, fueron incluidos en el análisis.

Características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR, en función del período de inicio de TAR

En la Tabla 1 se muestra las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR de los 14.194 individuos incluidos en el análisis, en función del período de inicio de TAR. Los individuos que iniciaron TAR en el período 2014-2019, en relación a los que lo hicieron en el período 2004-2013, eran con mayor frecuencia hombres (88,2% versus 81,6%), que habían contraído la infección por contacto homo-bisexual (67,5% versus 53,4%), que habían iniciado el TAR con un mayor recuento de CD4 (401 versus 271 células/mL) y no habían sido diagnosticados de SIDA (91,0% versus 83,4%).

Número de muertes, personas-año de seguimiento y tasas de mortalidad por 1.000 personas-año, en función de las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR

A lo largo de 73.733,9 personas año de seguimiento, se observaron 593 muertes, resultando en una tasa de mortalidad de 8,0 (IC95%: 4,4 – 8,7) por 1.000 personas-año.

En la Tabla 2 se muestra el número de muertes, personas-año de seguimiento y tasas de mortalidad por 1.000 personas-año, en función de las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR. Se observó una reducción en la tasa de mortalidad en el período 2014-2019 (5,5 x 1000 p-a; IC95%: 4,5 – 6,7) en comparación con la del período 2004-2013 (8,8; 8,1 – 9,6). La tasa de mortalidad aumentó conforme aumentó la edad, pasando de 2,2 (1,6 – 3,1) en el grupo de edad de 20-29 años a 87,8 en el grupo de edad de ≥ 80 . Las personas que habían contraído la infección por contacto homo/bisexual tuvieron las menores tasas de mortalidad (3,8; 3,3 – 4,5) siendo los usuarios de drogas inyectadas los que presentaron las tasas más elevadas (24,5; 20,9 – 28,7). Los individuos con estudios secundarios o superiores presentaron menores tasas de mortalidad que aquellos sin estudios o con estudios primarios (4,2; 3,5 – 5,0 versus 12,3; 11,0 – 13,8). No se observaron diferencias en las tasas de mortalidad en función de la región de origen con la excepción de las menores tasas de mortalidad observadas en las personas originarias de América Latina (4,2; 3,2 – 5,5). Mayores niveles de CD4 al inicio de TAR se asociaron con menores tasas de mortalidad [15,0 (13,5 – 16,6) con < 200 células/mL, 6,2 (5,2 – 7,2) con 200-349, y 3,0 (2,4 – 3,8) con ≥ 350]. Los individuos con un diagnóstico de SIDA previo al inicio de TAR mostraron mayores tasas de mortalidad que aquellos que no habían sido diagnosticados [22,2 (19,6 – 25,1) versus 5,5 (5,0 – 6,1)].

Razones de tasas de mortalidad (RTM) y sus IC95% crudas y ajustadas

En la Tabla 3 se presenta las razones de tasas de mortalidad (RTM) y sus IC95% crudas y ajustadas. Al ajustar por todas las variables analizadas en un modelo de regresión de Poisson multivariable (Modelo 1), no se observó una reducción significativa en la tasa de mortalidad a partir del año 2014 (RTM: 0,88; IC95%: 0,70 – 1,11). Las mujeres mostraron una tasa de mortalidad un 21% menor que la de los hombres (0,79; 0,63 – 1,00). La tasa de mortalidad aumentó conforme aumentó la edad. Las personas que habían contraído la infección por contacto heterosexual tenían una tasa de mortalidad un 60% (1,60; 1,27 – 2,02) mayor que los que la

habían contraído por contacto homo-bisexual. Haber contraído la infección por uso de drogas inyectadas aumentaba la tasa de mortalidad en más de 3 veces (3,41; 2,66 – 4,38) con respecto al contagio por vía homo-bisexual. Tener estudios secundarios o universitarios reducía la tasa de mortalidad en un 38% (0,62; 0,50 – 0,76) respecto a no tener estudios o tener estudios primarios. En comparación con las personas que habían iniciado TAR con <200 CD4, aquéllas que habían iniciado tratamiento con 200-349 (0,75; 0,60 – 0,93) o \geq 350 (0,44; 0,34 – 0,59) mostraron menores tasas de mortalidad. Iniciar TAR con un diagnóstico de SIDA previo duplicaba la tasa de mortalidad (2,15; 1,79 – 2,58).

Los resultados del modelo de regresión de Poisson multivariable utilizado para el cálculo de la esperanza de vida en hombres y en mujeres, en función del período de inicio de TAR, estratificado por categoría de transmisión, CD4 y diagnóstico de SIDA previo al inicio de TAR se muestra en la Tabla 3, Modelo 2.

Esperanza de vida de las personas VIH-positivas que iniciaron TAR en el período 2004-2019 y causas de muerte

Las estimaciones de la esperanza de vida para los hombres y las mujeres, en función del período de inicio de TAR se muestran en la Figura 1. En los hombres que iniciaron TAR en el período 2004-2013, la esperanza de vida es de 68,7 años, 11,1 años menos que en los hombres de la población general. La esperanza de vida aumenta hasta los 73,0 años en los hombres que iniciaron TAR en 2014-2019, reduciéndose la diferencia con la población general hasta los 8,2 años. En las mujeres que iniciaron TAR en el período 2004-2013, la esperanza de vida es de 68,2 años, 17,2 años menos que en las mujeres de la población general. Al igual que en los hombres, la esperanza de vida aumenta hasta los 72,3 años en las mujeres que iniciaron TAR a partir de 2014, reduciéndose la diferencia con las mujeres de la población general hasta los 14,1 años.

Respecto a las causas de muerte, el 68% de las muertes en los hombres y el 78% de las muertes en las mujeres son por causas no VIH/SIDA (Figura 2A). Con respecto a las muertes no VIH/SIDA, la mayoría son muertes por neoplasias no SIDA (29% en los hombres y 25% en las mujeres), seguidas de la mortalidad hepática y de la mortalidad por infecciones no SIDA (Figura 2B). La muerte por cáncer de pulmón representa el 40% de las muertes por tumores no SIDA en los hombres y el 33% de las muertes por tumores no SIDA en las mujeres (Figura 2C).

Las estimaciones de la esperanza de vida y su IC95% para los hombres y las mujeres, en función del período de inicio de TAR, la categoría de transmisión, el diagnóstico previo de SIDA y el recuento de CD4 al inicio de TAR se muestra en la Tabla 4 y Figura 3 (A y B). De forma general, tanto en hombres como en mujeres, la esperanza de vida fue mayor en aquéllos/as que iniciaron TAR a partir del año 2004, en aquéllos/as que iniciaron TAR con recuentos de CD4 más altos y en aquéllos/as que lo hicieron en ausencia de un diagnóstico de SIDA previo.

Si ponemos el foco en los hombres que iniciaron TAR a partir del año 2014, sin un diagnóstico de SIDA previo y con un $CD4 \geq 350$ células/mL, la esperanza de vida fue de 78,3 años en los que habían contraído la infección por contacto homo/bisexual (2,9 años menos que en los hombres de la población general), 76,1 en aquéllos que habían contraído la infección por contacto heterosexual (5,1 años menos que en los hombres de la población general), y 69,2 en aquéllos que habían contraído la infección por uso de drogas inyectadas (12 años menos que en los hombres de la población general) (Tabla 4, Figura 3A).

Por su parte, si nos centramos en las mujeres que iniciaron TAR a partir del año 2014, sin un diagnóstico de SIDA previo y con un recuento de $CD4 \geq 350$ células/mL, la esperanza de vida fue de 77,5 años en las que habían contraído la infección por contacto heterosexual (8,9 años menos que en las mujeres de la población general) y 70,9 años en aquéllas que habían contraído la infección por uso de drogas inyectadas (15,5 años menos que en las mujeres de la población general) (Tabla 4, Figura 3B).

CONCLUSIONES

- La esperanza de vida de las personas VIH-positivas que han iniciado TAR en los últimos años se sitúa, de forma global, en torno a los 73 años tanto en hombres como en mujeres.
- Las personas que han iniciado TAR más recientemente (2014-2019) tienen una esperanza de vida superior a aquéllas que iniciaron TAR en 2004-2013.
- La esperanza de vida varía en función de la categoría de transmisión, el diagnóstico de SIDA y el CD4 al inicio de TAR.
- Las personas VIH-positivas que han iniciado TAR en los últimos años con recuentos elevados de CD4 y sin un diagnóstico de SIDA previo, tienen una esperanza de vida que se aproxima a la de la población general, especialmente entre los HSH, lo que indica la importancia del diagnóstico temprano y del inicio, también temprano, del TAR.
- Las causas de muerte más frecuentes son las muertes no relacionadas con el VIH/SIDA, fundamentalmente muertes por neoplasias no SIDA, siendo el cáncer de pulmón el más frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sobrino-Vegas P, Gutiérrez F, Berenguer J, Labarga P, García F, Alejos-Ferreras B, et al. The Cohort of the Spanish HIV Research Network (CoRIS) and its associated biobank; organizational issues, main findings and losses to follow-up. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29(9): 645-53
2. Expert Panel of GESIDA and the National AIDS Plan. Executive summary of the GeSIDA/National AIDS Plan consensus documento antiretroviral therapy in adults infected by the human immunodeficiency virus (updated January 2014). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014; 32(7): 447-58
3. Greenwood M. Discussion on the value of life-tables in statistical research. *Journal of the Royal Statistical Society* 1922;85:537-560
4. Chiang CL, *The Life Table and Its Applications*. Malabar, FL: Robert E. Krieger Publishing Company; 1984

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR de los 14.194 individuos que habían iniciado TAR en 2004-2019, en función del período de inicio de TAR

	2004-2013 N = 7.523	2014-2019 N = 6.671	Total N = 14.194
Sexo [N (%)]			
Hombre	6.138 (81,6)	5.884 (88,2)	12.022 (84,7)
Mujer	1.385 (18,4)	787 (11,8)	2.172 (15,3)
Edad (años) [N (%)]			
Mediana (RI)	37,1 (30,9 – 44,3)	36,2 (29,6 – 44,5)	36,7 (30,2 – 44,4)
20-29	1.639 (21,8)	1.765 (26,5)	3.404 (24,0)
30-39	2.967 (39,4)	2.370 (35,5)	5.337 (37,6)
40-49	1.956 (26,0)	1.646 (24,7)	3.602 (25,4)
50-59	700 (9,3)	689 (10,3)	1.389 (9,8)
60-69	212 (2,8)	154 (2,3)	366 (2,6)
70-79	48 (0,6)	40 (0,6)	88 (0,6)
≥80	1 (0,01)	7 (0,1)	8 (0,1)
Categoría de transmisión [N (%)]			
Contacto homo/bisexual	4.017 (53,4)	4.505 (67,5)	8.522 (60,0)
Contacto heterosexual	2.487 (33,1)	1.644 (24,6)	4.131 (29,1)
Uso de drogas inyectadas	773 (10,3)	197 (2,9)	970 (6,8)
Otro/Desconocido	246 (3,3)	325 (4,9)	571 (4,0)
Nivel de estudios [N (%)]			
Sin estudios/Primaria	2.584 (34,3)	1.646 (24,7)	4.230 (29,8)
Secundaria/Universitaria	3.778 (50,2)	3.594 (53,9)	7.372 (51,9)
Otro/Desconocido	1.161 (15,4)	1.431 (21,4)	2.592 (18,3)
País de origen [N (%)]			
España	4.530 (60,2)	3.929 (58,9)	8.459 (59,6)
Resto de Europa	1.193 (15,9)	746 (11,2)	1.939 (13,7)
África sub-sahariana	379 (5,0)	263 (3,9)	642 (4,5)
Norte de África	76 (1,0)	94 (1,4)	170 (1,2)
América Latina	1.302 (17,3)	1.540 (23,1)	2.842 (20,0)
Otro/Desconocido	43 (0,6)	99 (1,5)	142 (1,0)
CD4 al inicio de TAR, células/mL [N (%)]			
Mediana (RI)	271 (143 – 380)	401 (234 – 574)	316 (179 – 468)
<200	2.454 (32,6)	1.308 (19,6)	3.762 (26,5)
200-349	2.505 (33,3)	1.294 (19,4)	3.799 (26,8)
≥350	2.186 (29,1)	3.672 (55,0)	5.858 (41,3)
Desconocido	378 (5,0)	397 (5,9)	775 (5,5)
Carga viral al inicio de TAR, copias/ml [N (%)]			
<10.000	1.040 (13,8)	1.244 (18,6)	2.284 (16,1)
10.000-100.000	3.101 (41,2)	2.695 (40,4)	5.796 (40,8)
>100.000	2.948 (39,2)	2.364 (35,4)	5.312 (37,4)
Desconocido	434 (5,8)	368 (5,5)	802 (5,6)
Diagnóstico de SIDA al inicio de TAR [N (%)]			
No	6.273 (83,4)	6.072 (91,0)	12.345 (87,0)
Si	1.250 (16,6)	599 (9,0)	1.849 (13,0)

Tabla 2. Número de muertes, personas-año de seguimiento y tasas de mortalidad por 1.000 personas-año de los 14.194 individuos que habían iniciado TAR en 2004-2019, en función de las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR

	Nº muertes	Personas-año (p-a) de seguimiento	Tasa de mortalidad (x1000 p-a) (IC95%)
Período de inicio de TAR			
2004-2013	500	56.685,0	8,8 (8,1 – 9,6)
2014-2019	93	17.048,9	5,5 (4,5 – 6,7)
Sexo			
Hombre	487	60.827	8,0 (7,3 – 8,7)
Mujer	106	12.906,9	8,2 (6,8 – 9,9)
Edad, años			
20-29	36	16.078,5	2,2 (1,6 – 3,1)
30-39	139	28.434,3	4,9 (4,1 – 5,8)
40-49	210	19.813,2	10,6 (9,3 – 12,1)
50-59	128	6.951,5	18,4 (15,5 – 21,9)
60-69	51	2.004,6	25,4 (19,3 – 33,5)
70-79	27	429,0	62,9 (43,2 – 91,8)
≥80	2	22,8	87,8 (22 – 351,2)
Categoría de transmisión			
Contacto homo/bisexual	159	41.311,2	3,8 (3,3 – 4,5)
Contacto heterosexual	230	23.651,1	9,7 (8,5 – 11,1)
Uso de drogas inyectadas	154	6.289,7	24,5 (20,9 – 28,7)
Otro/Desconocido	50	2.481,9	20,1 (15,3 – 26,6)
Nivel de estudios			
Sin estudios/Primaria	295	24.014,2	12,3 (11 – 13,8)
Secundaria/Universitaria	161	37.935,9	4,2 (3,6 – 5)
Otro/Desconocido	137	11.783,8	11,6 (9,8 – 13,7)
Región de origen			
España	428	45.379,9	9,4 (8,6 – 10,4)
Resto de Europa	84	11.148,7	7,5 (6,1 – 9,3)
África sub-sahariana	19	3.154,4	6,0 (3,8 – 9,4)
Norte de África	6	822,5	7,3 (3,3 – 16,2)
América Latina	53	12.694,9	4,2 (3,2 – 5,5)
Otro/Desconocido	3	533,5	5,6 (1,8 – 17,4)
CD4 al inicio de TAR, células/mL			
<200	344	23.004,4	15,0 (13,5 – 16,6)
200-349	138	22.374,0	6,2 (5,2 – 7,3)
≥350	75	24.796,2	3 (2,4 – 3,8)
Desconocido	36	3.559,3	10,1 (7,3 – 14,0)
Carga viral al inicio de TAR, copias/ml			
<10000	72	10.545,4	6,8 (5,4 – 8,6)
10000-100000	214	30.683,7	7,0 (6,1 – 8,0)
>100000	272	28.447,7	9,6 (8,5 – 10,8)
Desconocido	35	4.057,1	8,6 (6,2 – 12,0)
Diagnóstico de SIDA al inicio de TAR			
No	346	62.587,4	5,5 (5,0 – 6,1)
Si	247	11.146,5	22,2 (19,6 – 25,1)

Tabla 3. Razones de tasas de mortalidad (RTM) (IC95%) crudas y ajustadas para las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR entre los 14.194 individuos que habían iniciado TAR en 2004-2019

	RTM (IC95%)		
	Crudas	Modelo 1: Incluye todas las características sociodemográficas y clínicas al inicio de TAR	Modelo 2: Incluye período de inicio de TAR, sexo, edad, categoría de transmisión, y CD4 y diagnóstico de SIDA previo al inicio de TAR
Período de inicio de TAR			
2004-2013	1,00	1,00	1,00
2014-2019	0,62 (0,50 – 0,77)	0,88 (0,70 – 1,11)	0,89 (0,71 – 1,12)
Sexo			
Hombre	1,00	1,00	1,00
Mujer	1,03 (0,83 – 1,27)	0,79 (0,63 – 1,00)	0,80 (0,64 – 1,01)
Edad, años			
20-29	1,00	1,00	1,00
30-39	2,18 (1,51 – 3,15)	1,64 (1,13 – 2,37)	1,63 (1,13 – 2,35)
40-49	4,73 (3,32 – 6,74)	2,63 (1,83 – 3,78)	2,68 (1,87 – 3,85)
50-59	8,22 (5,68 – 11,90)	4,67 (3,20 – 6,83)	4,86 (3,34 – 7,08)
60-69	11,36 (7,42 – 17,41)	6,02 (3,86 – 9,37)	6,82 (4,41 – 10,54)
70-79	28,11 (17,06 – 46,29)	14,73 (8,79 – 24,68)	16,82 (10,11 – 27,96)
≥80	39,23 (9,45 – 162,92)	15,65 (3,65 – 67,13)	22,96 (5,45 – 96,71)
Categoría de transmisión			
Contacto homo/bisexual	1,00	1,00	1,00
Contacto heterosexual	2,53 (2,06 – 3,09)	1,60 (1,27 – 2,02)	1,76 (1,40 – 2,20)
Uso de drogas inyectadas	6,36 (5,10 – 7,94)	3,41 (2,66 – 4,38)	4,30 (3,40 – 5,44)
Otro/Desconocido	5,23 (3,81 – 7,19)	2,83 (2,03 – 3,95)	3,10 (2,23 – 4,30)
Nivel de estudios			
Sin estudios/Primaria	1,00	1,00	
Secundaria/Universitaria	0,35 (0,29 – 0,42)	0,62 (0,50 – 0,76)	
Otro/Desconocido	0,95 (0,77 – 1,16)	1,15 (0,94 – 1,42)	
País de origen			
España	1,00	1,00	
Resto de Europa	0,80 (0,63 – 1,01)	1,18 (0,93 – 1,49)	
África sub-sahariana	0,64 (0,40 – 1,01)	0,75 (0,47 – 1,21)	
Norte de África	0,77 (0,35 – 1,73)	0,74 (0,33 – 1,67)	
América Latina	0,44 (0,33 – 0,59)	0,79 (0,58 – 1,06)	
Otro/Desconocido	0,60 (0,19 – 1,86)	0,76 (0,24 – 2,39)	
CD4 al inicio de TAR, células/mL			
<200	1,00	1,00	1,00
200-349	0,41 (0,34 – 0,50)	0,75 (0,60 – 0,93)	0,76 (0,61 – 0,94)
≥350	0,20 (0,16 – 0,26)	0,44 (0,34 – 0,59)	0,45 (0,34 – 0,59)
Desconocido	0,68 (0,48 – 0,95)	1,06 (0,65 – 1,73)	0,80 (0,57 – 1,14)
Carga viral al inicio de TAR, copias/ml			
<10000	1,00	1,00	
10000-100000	1,02 (0,78 – 1,33)	1,05 (0,80 – 1,38)	
>100000	1,40 (1,08 – 1,82)	0,95 (0,73 – 1,25)	
Desconocido	1,26 (0,84 – 1,89)	0,64 (0,37 – 1,10)	
Diagnóstico de SIDA al inicio de TAR			
No	1,00	1,00	1,00
Si	4,01 (3,40 – 4,72)	2,15 (1,79 – 2,58)	2,15 (1,79 – 2,58)

Figura 1. Esperanza de vida para los hombres y las mujeres a la edad exacta de 40 años, en función del período de inicio de TAR

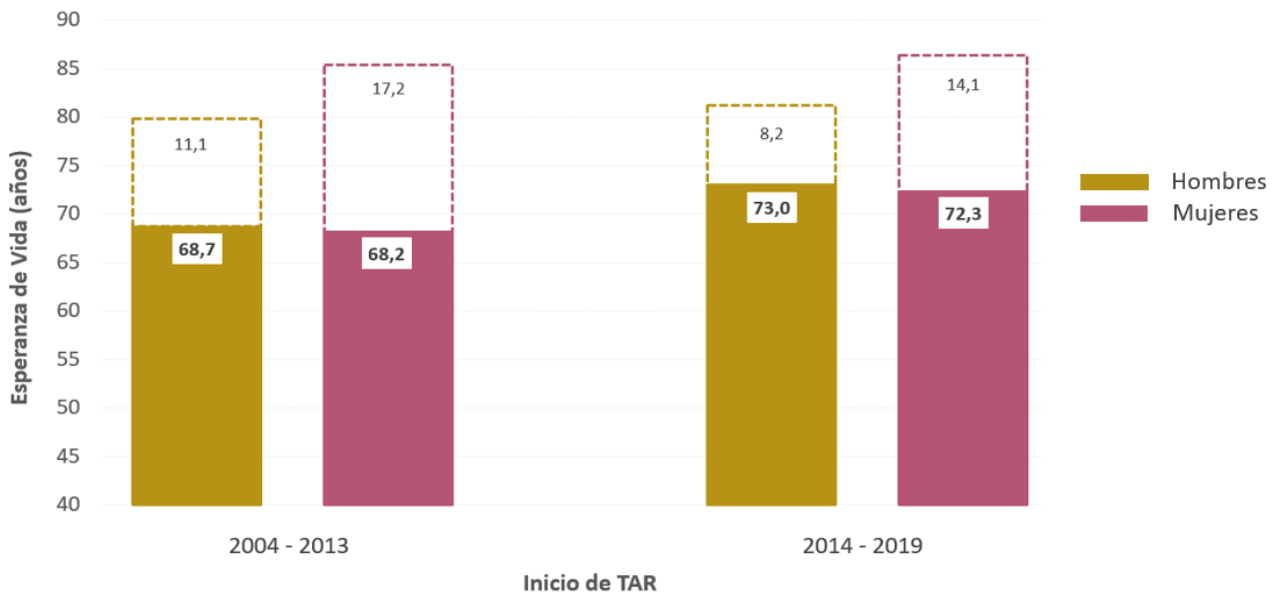


Figura 2A. Distribución de las causas de muerte VIH/SIDA y no VIH/SIDA en hombres y mujeres

Hombres

Mujeres

Número de muertes = **487**

Número de muertes = **106**

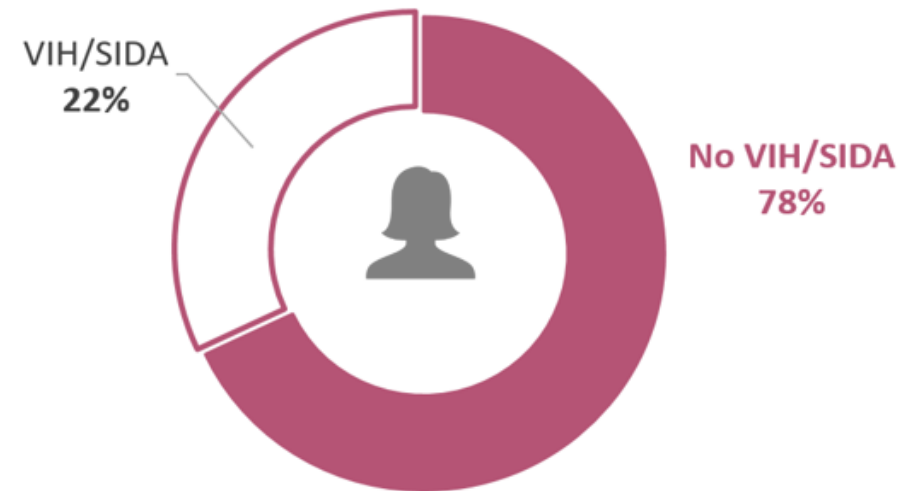


Figura 2B. Distribución de las causas de muerte no VIH/SIDA en hombres y mujeres

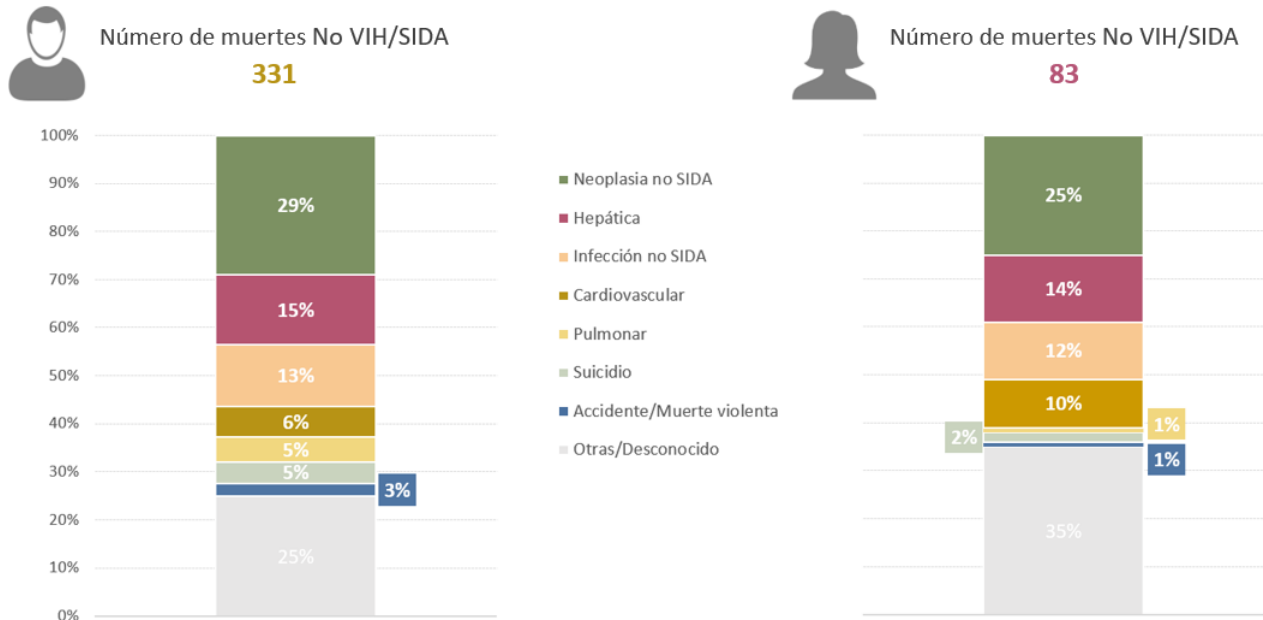


Figura 2C. Distribución de las causas de muerte por tumores no SIDA en hombres y mujeres

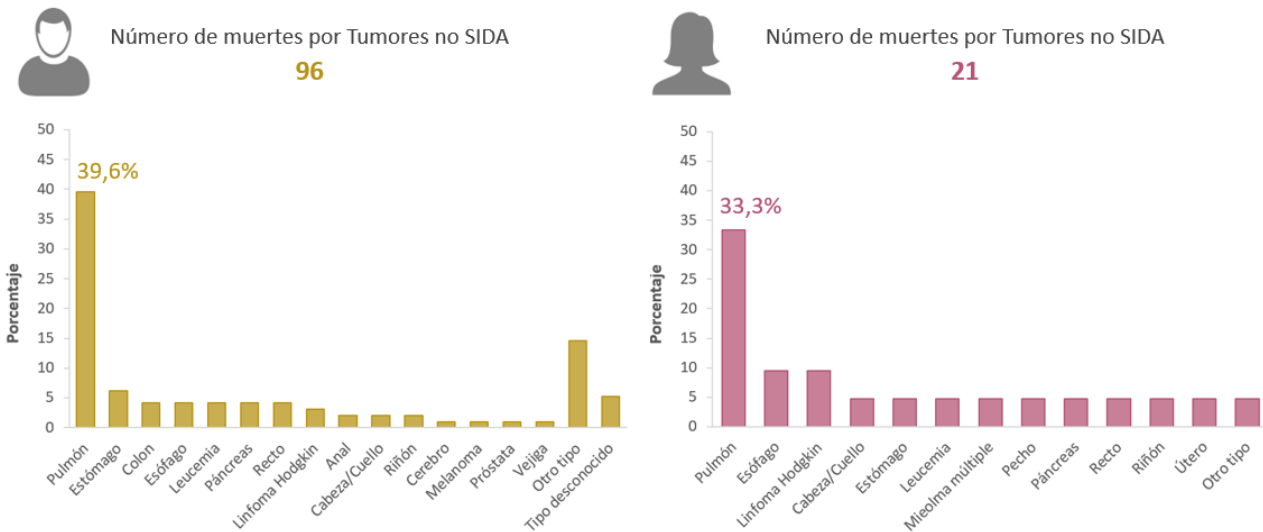


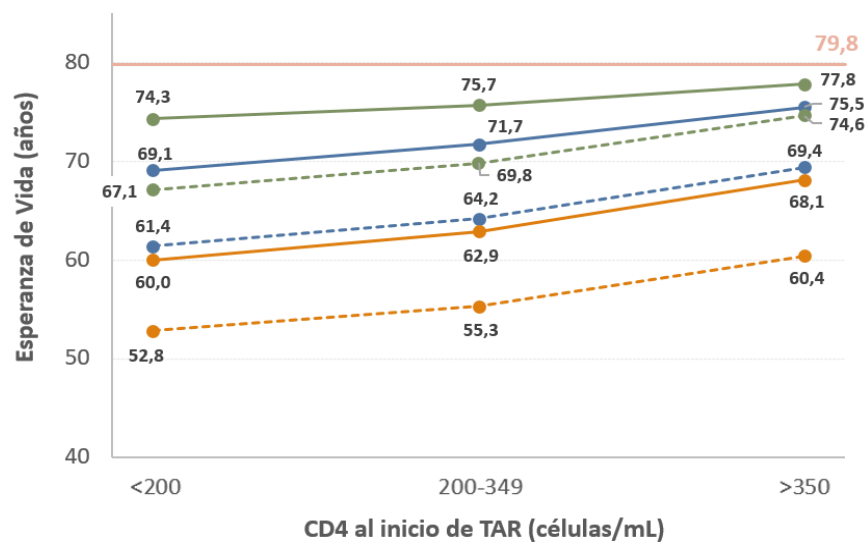
Tabla 4. Esperanza de vida (IC95%) para los hombres y las mujeres a la edad exacta de 40 años, en función del período de inicio de TAR, la categoría de transmisión, el recuento de CD4 y el diagnóstico previo de SIDA

Hombres				
Período de inicio de TAR: 2004-2013				
		<200	200-349	≥350
Contacto homo/bisexual	No SIDA previo	74,3 (73,5 – 75,0)	75,7 (75,0 – 76,4)	77,8 (77,1 – 78,5)
	SIDA previo	67,1 (66,3 – 67,9)	69,8 (69,0 – 70,6)	74,6 (73,8 – 75,3)
Contacto heterosexual	No SIDA previo	69,1 (68,3 – 69,9)	71,7 (70,9 – 72,5)	75,5 (74,8 – 76,2)
	SIDA previo	61,4 (60,6 – 62,2)	64,2 (63,4 – 65,0)	69,4 (68,6 – 70,2)
Uso de drogas inyectadas	No SIDA previo	60,0 (59,2 – 60,8)	62,9 (62,1 – 63,7)	68,1 (67,3 – 68,9)
	SIDA previo	52,8 (52,2 – 53,5)	55,3 (54,6 – 56,0)	60,4 (59,6 – 61,1)
Período de inicio de TAR: 2014-2019				
		<200	200-349	≥350
Contacto homo/bisexual	No SIDA previo	75,0 (74,3 – 75,8)	76,3 (75,7 – 77,0)	78,3 (77,6 – 78,9)
	SIDA previo	68,2 (67,4 – 69,0)	70,8 (70,0 – 71,6)	75,3 (74,6 – 76,02)
Contacto heterosexual	No SIDA previo	70,1 (69,3 – 70,9)	72,6 (71,8 – 73,3)	76,1 (75,5 – 76,8)
	SIDA previo	62,6 (61,8 – 63,4)	65,4 (64,6 – 66,2)	70,4 (69,6 – 71,1)
Uso de drogas inyectadas	No SIDA previo	61,2 (60,5 – 62,0)	64,1 (63,3 – 64,9)	69,2 (68,4 – 69,9)
	SIDA previo	53,9 (53,2 – 54,6)	56,4 (55,7 – 57,2)	61,6 (60,8 – 62,4)
Mujeres				
Período de inicio de TAR: 2004-2013				
		<200	200-349	≥350
Contacto heterosexual	No SIDA previo	70,7 (70,0 – 71,5)	73,0 (72,3 – 73,7)	76,9 (76,3 – 77,6)
	SIDA previo	63,6 (62,8 – 64,4)	66,3 (65,5 – 67,1)	71,0 (70,3 – 71,8)
Uso de drogas inyectadas	No SIDA previo	62,3 (61,5 – 63,1)	65,0 (64,2 – 65,8)	69,9 (69,1 – 70,7)
	SIDA previo	54,8 (54,1 – 55,6)	57,4 (56,6 – 58,1)	62,6 (61,8 – 63,4)
Período de inicio de TAR: 2014-2019				
		<200	200-349	≥350
Contacto heterosexual	No SIDA previo	71,7 (70,9 – 72,4)	73,8 (73,1 – 74,5)	77,5 (76,9 – 78,2)
	SIDA previo	64,8 (64,0 – 65,6)	67,4 (66,6 – 68,2)	71,9 (71,2 – 72,7)
Uso de drogas inyectadas	No SIDA previo	63,5 (62,7 – 64,3)	66,2 (65,4 – 67,0)	70,9 (70,1 – 71,6)
	SIDA previo	55,9 (55,2 – 56,6)	58,5 (57,8 – 59,3)	63,8 (63,0 – 64,6)

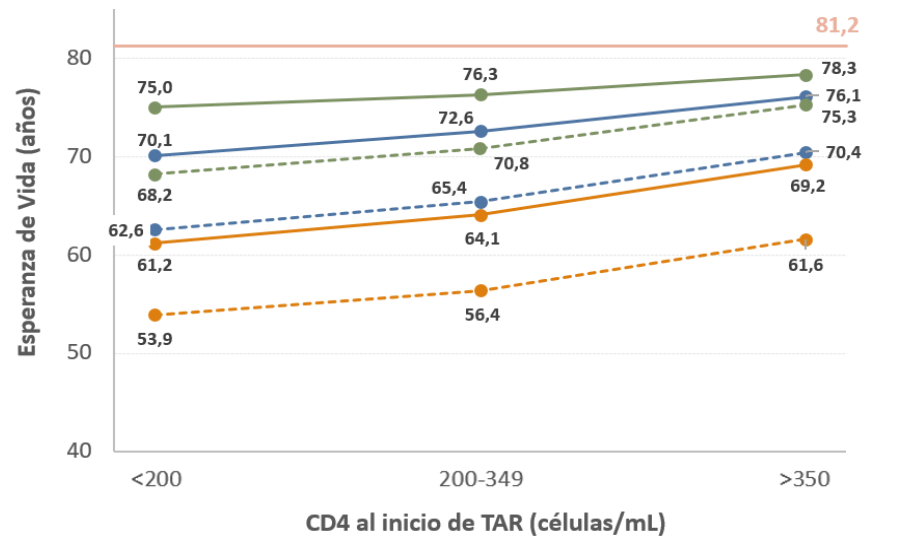
Figura 3A. Esperanza de vida para los hombres a la edad exacta de 40 años, en función del período de inicio de TAR, la categoría de transmisión, el diagnóstico previo de SIDA y el recuento de CD4 al inicio de TAR

Hombres

Período de inicio de TAR: 2004-2013



Período de inicio de TAR: 2014-2019

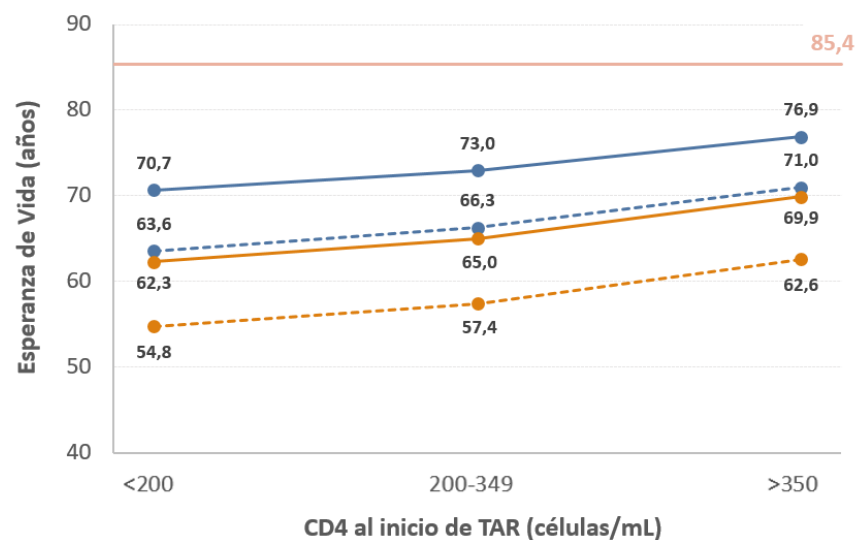


—●— HSH - No SIDA
 - -●- - HSH - SIDA
 —●— HTX - No SIDA
 - -●- - HTX - SIDA
 —●— UDI - No SIDA
 - -●- - UDI - SIDA

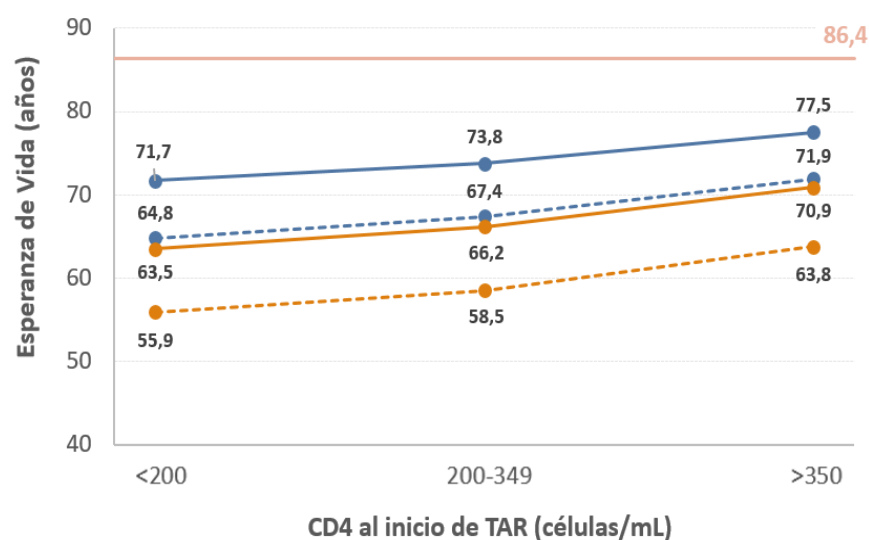
Figura 3B. Esperanza de vida para las mujeres a la edad exacta de 40 años, en función del período de inicio de TAR, la categoría de transmisión, el diagnóstico previo de SIDA y el recuento de CD4 al inicio de TAR

Mujeres

Período de inicio de TAR: 2004-2013



Período de inicio de TAR: 2014-2019



●— HTX - No SIDA
 - - ● - - HTX - SIDA
 ●— UDI - No SIDA
 - - ● - - UDI - SIDA