

# Infección por el VIH en inmigrantes

Rogelio López-Vélez<sup>a</sup>, Miriam Navarro Beltrá<sup>a</sup>, Asunción Hernando Jerez<sup>b</sup> y Julia del Amo Valero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

<sup>b</sup>Departamento de Especialidades Médicas. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

<sup>c</sup>Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Desde 1995, España se convierte en un país receptor de inmigrantes, fenómeno que no ha parado de aumentar hasta nuestros días. Actualmente residen en España más de 4 millones de extranjeros. La inmigración tiene la capacidad de poner a los individuos en situación de más vulnerabilidad. El mecanismo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en inmigrantes y minorías étnicas más frecuente es el heterosexual. El número de personas que viven con el VIH en el mundo sigue aumentando (39,5 millones de personas en 2006), así como el de defunciones causadas por el sida. En el año 2006, se estimaba que en España había aproximadamente 130.000 personas que vivían con el VIH/sida, y los casos de sida en personas originarias de otros países han aumentado en los últimos años. El sida en inmigrantes de cualquier origen, y más en los de África subsahariana, se asocia a una frecuencia más elevada de enfermedad tuberculosa. Para hacer un diagnóstico diferencial correcto, es necesario conocer los agentes patógenos oportunistas de distribución tropical. En toda la Unión Europea se observa una disminución progresiva de los casos de sida desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad, pero esta disminución es significativamente menor en los inmigrantes. Esto podría deberse a un acceso peor a los sistemas de salud por barreras administrativas, legales, lingüísticas y culturales.

**Palabras clave:** Virus de la inmunodeficiencia humana. Epidemiología. Inmigrantes.

HIV infection in migrants

Immigration to Spain has greatly increased since 1995. Currently, more than 4 million foreigners are resident in the country. The immigration process increases vulnerability. The most common route of HIV infection in the immigrant population and ethnic minorities is heterosexual transmission. The number of people living with HIV worldwide (39.5 million people in 2006) and the

number of those dying from AIDS continues to increase. In 2006, there were an estimated 30,000 people living with HIV/AIDS in Spain. The number of cases of AIDS in immigrants has risen in the last few years. AIDS in immigrants from any country, and especially in those from sub-Saharan Africa, is associated with a greater frequency of tuberculosis disease. Knowledge of opportunistic pathogens with tropical distribution is required for a correct differential diagnosis. Throughout the European Union, the number of AIDS cases has progressively decreased since the introduction of highly effective anti-HIV treatment, but this decrease has been significantly lower in immigrants. The difference may be due to lower access to health systems caused by administrative, legal, cultural and linguistic barriers.

**Key words:** Human immunodeficiency virus. Epidemiology. Migrants.

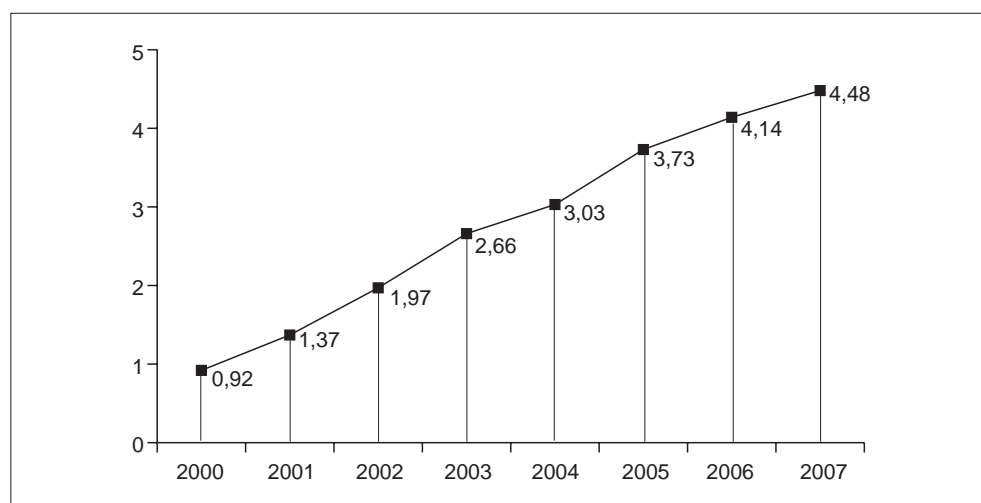
## El fenómeno migratorio en España en los últimos 20 años

La fuerza migratoria se origina como resultado de la interacción de factores de empuje, ejercidos en los países de origen, y de atracción, por parte de los países de acogida. Por diversos motivos, que convergen en la búsqueda de un futuro mejor, muchas personas que viven en países menos desarrollados desearían emigrar. Por otro lado, las economías de los países desarrollados necesitan inmigrantes<sup>1</sup>.

Hoy día, en el Espacio Económico Europeo, residen unos 19-20 millones de extranjeros (11 millones procedentes de países extracomunitarios), lo que significa el 4,8% de su población, a los que habría que sumar otros 3 millones de irregulares (1 millón en Alemania, 500.000 en Francia, 235.000 en Italia, 150.000 en España y 50.000 en el Reino Unido), que en su mayoría proceden del Magreb, Turquía, el Subcontinente Indio, el África subsahariana y los Balcanes. Pero los porcentajes de inmigrantes referidos a la población total del país son muy dispares: 33% en Luxemburgo, 18% en Suiza, 9% en Bélgica, 8% en Alemania, 7% en Austria, Francia y Suiza, 6% en Suecia, 5% en los Países Bajos, 4% en Noruega, el Reino Unido y Dinamarca, 2-3% en Irlanda, Islandia, Portugal, Grecia, Italia, España y Finlandia.

Desde 1995, España se convierte en un país receptor de inmigrantes, fenómeno que no ha parado de aumentar hasta nuestros días (crecimiento absoluto del 122%) y que ha repercutido de forma evidente en nuestra sociedad. Según

Correspondencia: Dr. R. López-Vélez.  
Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal.  
Carretera de Colmenar, km 9,1. 28034 Madrid. España.  
Correo electrónico: rlopezvelez.hrc@salud.madrid.org



**Figura 1.** Población extranjera empadronada en España (en millones). 2000-2007. Tomada de INE, datos a 1 de enero de 2007.

datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2007, en España residen 4,48 millones de extranjeros, lo que supone prácticamente el 10% de la población (fig. 1). La población española supone un 10,7% del total de habitantes de la Unión Europea (UE), y en España reside el 5% de todos los extranjeros establecidos en ella.

## Determinantes de vulnerabilidad de la infección por el VIH/sida

El colectivo de inmigrantes es en extremo heterogéneo, con grandes diferencias sociales y culturales entre sus integrantes: origen, nivel sociocultural previo o tiempo de permanencia en el país de acogida, entre otros, son factores determinantes del estado de salud en un momento dado.

La exclusión social y la pobreza han contribuido a aumentar la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida en todo el mundo, y la inmigración tiene la capacidad de poner a los individuos en situación de vulnerabilidad mayor y experimentar la doble marginación por ser portador del VIH positivo e inmigrante.

En los procedentes de países pobres y recién llegados, concurren factores que aumentan la vulnerabilidad del individuo al VIH, como la precariedad social y económica, el desarraigo afectivo, las barreras culturales, el mal conocimiento de los principios de promoción y protección de la salud y la dificultad de acceso a los programas de salud. Además, ciertos inmigrantes pueden formar parte de poblaciones ocultas o de difícil acceso, a las que no llegan debidamente los programas de prevención del sida.

El mecanismo de infección en inmigrantes y minorías étnicas más frecuente es el heterosexual. En un estudio realizado en 2004 en Alemania, se entrevistó a 315 inmigrantes: un 24% no sabía qué era el VIH o estaba inseguro, y solamente un 81% sabía con certeza que la transmisión del VIH era posible por vía sexual<sup>2</sup>. En Dinamarca, el número de nuevos casos de sida permaneció constante durante el período 1995-1999, a expensas de los inmigrantes y de los contagios heterosexuales<sup>3</sup>.

Obviamente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un cofactor favorecedor de la transmisión del VIH en

todos los grupos de población. Las tasas de ITS en inmigrantes son variables y no está claro que éstos tengan sólo por su origen una frecuencia mayor que la población general, ya que los factores sociales per se pueden ser determinantes. Las ITS son más frecuentes en los barrios pobres, en los centros de las ciudades y en las minorías étnicas americanas y europeas<sup>4,5</sup>. En Suecia, el 40% de los casos de gonorrea ocurre en inmigrantes<sup>6</sup>.

En informes elaborados en los años 2000 y 2005 se estimó que, aproximadamente, entre el 60 y el 90% de las mujeres que ejercían la prostitución en España eran extranjeras<sup>7,8</sup>. En un estudio español realizado en 6 centros, donde atienden ITS en distintos colectivos con prácticas de riesgo, se observó una prevalencia del VIH del 0,6% en mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución<sup>9</sup>. Sin embargo, en otros estudios realizados en trabajadores del sexo en Madrid, el porcentaje de seroprevalencia entre las inmigrantes subsaharianas fue del 5%<sup>10</sup>. En un estudio realizado en Madrid con varones dedicados a la prostitución, los inmigrantes utilizaban menos el preservativo que los nacionales, además mostraban una tendencia menor a realizarse el test del VIH y, a pesar de ello, registraban un porcentaje mayor de seropositivos<sup>11</sup>.

Los inmigrantes instalados desde hace tiempo en el país de acogida tienen un riesgo incrementado de adquirir la infección durante un viaje a sus países de origen, especialmente los varones, muy probablemente por relaciones sexuales con población nativa infectada<sup>12,13</sup>. De los 5.000 inmigrantes haitianos que residían en Montreal (Canadá) a finales de la década de los años 1990, el 1,3% estaba infectado por el VIH; pero la cifra llegaba al 2% en los que desde hacía tiempo residían en Montreal y habían viajado a Haití en los últimos 5 años, justo el doble (1%) de la de los que no lo habían hecho<sup>14</sup>.

## Epidemiología de la infección por VIH/sida en inmigrantes en Europa Occidental

El número de personas que viven con el VIH en el mundo sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por el sida. Un total de 39,5 millones de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en 2004. El África

TABLA 1. Proporción de casos de sida en minorías étnicas no blancas y en comunidades de inmigrantes en la Unión Europea

País	Período	Número relativo de casos de sida en no nacionales respecto al total de casos de sida declarados	Número absoluto de casos de sida en los no nacionales	Procedencia de los casos de sida en los no nacionales
Bélgica	Hasta 2000	47%	1.267	La mayoría proceden del África subsahariana
Francia	Hasta 1998	13%, pasando del 13% en 1991 al 20% en 1999	6.571	31 % del África subsahariana, 23% del norte de África, 20% de Europa, 12% de Haití
Alemania	Hasta 1997	13%	2.250	55% de Europa (incluida Turquía), 18% de África, 12% de América del Norte, 9% de Asia, 6% de América Latina
Italia	Hasta 2000	5%, pasando del 3% desde antes de 1993 al 11% en el año 2000	2.326	66% de África y 33% de América del Sur en el año 2000
Reino Unido (por razas)	Hasta 2001	22% en no blancos	3.570	65% en negros africanos, 9% en indios-paquistaníes y asiáticos, 8% en negros caribeños
Suecia (según el lugar de infección)	Hasta 2000	49%	2.630	51% en África, 17% en Europa (excluidos los países escandinavos), 7% en América
España	Hasta 2000	2%, alcanzando el 6% en el año 2000	1.076	29% de África, 27% de Europa Occidental, 20% de América Latina

Tomada de Amo et al<sup>16</sup>.

ca subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. Las dos terceras partes (65%) del total mundial de adultos y niños con el VIH viven en el África subsahariana, y casi las tres cuartas partes (72%) del total de fallecimientos causados por el sida en 2006 tuvieron lugar en esa zona. En los últimos 2 años, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo, y se ha registrado el incremento más preocupante en Asia oriental y en Europa del Este y Asia Central. Actualmente, hay más mujeres adultas que nunca que viven con el VIH, tanto en el ámbito mundial como por regiones (17,6 millones)<sup>15</sup>.

Las tasas globales de infección por el VIH en inmigrantes varían en los distintos países europeos y, en general, es mayor en los inmigrantes del África subsahariana, lo que en definitiva refleja la epidemiología global del VIH en el mundo. Aunque la incidencia global de sida en Europa Central y del Este (0,005 y 0,008 por mil, respectivamente) era muy inferior a la de Europa Occidental (0,022 por mil) en el año 2000, el incremento anual de las nuevas infecciones en la Federación Rusa, Lituania y Estonia ha crecido rápidamente desde 1995, en comparación con la cifra más o menos estable de Europa Occidental, lo que podría contribuir a un aumento del VIH en las poblaciones emigradas desde estos países.

El número absoluto de casos de sida en Europa Occidental ha decrecido drásticamente desde 1996. Esta disminución se ha asociado a la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), aunque las estrategias de prevención instauradas previamente también podrían haber contribuido al descenso. Entre 1996 y 1999, la incidencia de los casos de sida en Europa Occidental ha decrecido anualmente en un 28% entre los varones que practican sexo con varones (VSV) y un 26% entre los usuarios a drogas por vía parenteral (UDVP), pero tan sólo un 13% entre los infectados por vía heterosexual<sup>16</sup>. En Europa Occidental, la epidemia del sida es una

epidemia madura, caracterizada por una asociación importante con el consumo de drogas inyectadas en el sur de Europa, y un importante peso del colectivo de VSV en el centro y el norte de Europa. No obstante, en los últimos años, la transmisión heterosexual es la vía más frecuente, tanto para los casos de sida como para los de VIH, y las personas inmigrantes de países endémicos representan una proporción elevada y creciente de los casos heterosexuales. Se observan también aumentos de las nuevas infecciones por el VIH en los VSV y tendencias estables en los UDVP, aunque los sistemas de notificación del VIH no se han desarrollado de forma homogénea. El acceso al TARGA es gratuito en la mayoría de los países y desde su introducción a mitad de la década de los años 1990 se ha observado una disminución drástica de la incidencia de sida y de la mortalidad asociada a sida. El único país donde no se produjo este descenso fue Portugal, cuya incidencia del sida empezó a descender en el año 2003. La epidemia del centro de Europa es de intensidad baja, pero, dada su proximidad con los países del este de Europa, este escenario podría cambiar en los próximos años. Con respecto a Europa del Este, se detecta una epidemia reciente y explosiva de infecciones por el VIH asociada al consumo de drogas inyectadas, y se alcanzan tasas muy elevadas de nuevas infecciones por el VIH, mucho más que las observadas en Europa Occidental, y se anticipa una epidemia heterosexual secundaria en las parejas sexuales de los UDVP. Aunque la incidencia de casos de sida es todavía baja, se espera que en los próximos años se produzca un aumento masivo de los casos de sida en esta región, donde el acceso al TARGA es, hasta el momento, limitado.

Hasta el año 2002, no había en los países de la UE una forma homogénea de medir los datos del VIH/sida en poblaciones inmigrantes. En este año es cuando el grupo EuroVIH decide recoger la variable «país de origen» para todos los casos declarados de sida. Hay dificultades metodológicas a la hora de interpretar los datos recogidos por

problemas de mala clasificación. Aunque la variable que se registra con más frecuencia es la nacionalidad, algunos países registran el grupo étnico (Reino Unido), el país de nacimiento, de origen, de residencia, o el país donde presumiblemente se produjo la infección. ¿Cómo se puede interpretar a las segundas generaciones de inmigrantes, a los expatriados infectados fuera de Europa, a los nacionales infectados por contagio de un inmigrante, o a un inmigrante nacionalizado que cambia de país de residencia? Además, hay un gran debate ético acerca de si se debe publicar o no esta variable: las voces en contra proclaman que esto podría utilizarse como elemento xenófobo, estigmatizante y discriminador; mientras que las voces a favor argumentan que de esta forma se conocería la magnitud real del problema y se confeccionaría un programa a medida. De una forma u otra, con más o menos errores de interpretación, en la tabla 1 se muestra la proporción de casos de sida en las minorías étnicas no blancas y en las comunidades de inmigrantes en la UE.

## Epidemiología molecular de la infección por el VIH en inmigrantes en Europa Occidental

En Europa y América del Norte, la gran mayoría de las infecciones están causadas por el VIH-1 subtipo M-B, mientras que en África predominan los subtipos M-no-B, así como virus de los grupos O y N. Tanto en Europa como en Estados Unidos, la gran mayoría de las infecciones por subtipos M-no-B se han descrito en inmigrantes del África subsahariana<sup>17,18</sup>.

Entre las dos terceras partes y las tres cuartas partes de los inmigrantes subsaharianos VIH+ en la Península Ibérica están infectados por subtipos no-B. En un análisis de 902 pacientes con el VIH+ atendidos en una clínica de ITS en Madrid, se detectaron subtipos no-B en el 3% de los españoles, pero en el 71,4% de los inmigrantes africanos<sup>19</sup>. El 77,4% de los inmigrantes africanos infectados por el VIH-1 en Lisboa lo está por subtipos no-B (la mayoría por el subtipo G)<sup>20</sup>. Recientemente, la caracterización genética de los subtipos VIH-1, realizada en 109 inmigrantes (la mayoría africanos) en Madrid y en 32 españoles infectados en los trópicos, ha demostrado que los subtipos no-B suponen más del 94% (67/71), sobre todo en los africanos (60/67), siendo la gran mayoría del subtipo G (muy en relación con África central y occidental). Además, en este estudio se observó que el 53% de los subtipos no-B tenía 3 o más mutaciones en el gen de la proteasa que se asocian a una respuesta peor a los inhibidores de la proteasa<sup>21</sup>.

El VIH-1:O se describió en Camerún en 1994. Se detecta difícilmente por algunas pruebas de cribado (problema de transfusiones) y la mayoría de las cepas son resistentes a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos, lo que limita el uso de estos fármacos en la prevención de la transmisión vertical<sup>22</sup>.

El VIH-2 tiene una capacidad menor de transmisión vertical y se asocia a una virulencia menor, con un período de progresión a sida 4 veces menor que el VIH-1. El espectro clínico es similar en ambos virus, pero los infectados por el VIH-2 tienden a una supervivencia mayor y a un número mayor de CD4<sup>23</sup>. La tasa anual de descenso de la cifra de CD4 en los VIH-2 es la cuarta parte de la observada en los VIH-1, pero similar si se ajusta a la carga

viral<sup>24</sup>. Se ha identificado más de un millar de casos en Europa, casi todos inmigrantes africanos o europeos que vivieron en el África occidental o mantuvieron relaciones sexuales con nativos de esas áreas. En España se habían identificado 109 casos hasta el año 2002, más del 74% eran inmigrantes (todos africanos subsaharianos, salvo 2 mujeres portuguesas) y el resto españoles que habían viajado a países endémicos<sup>25</sup>.

## Epidemiología de la infección por el VIH/sida en inmigrantes en España

### Casos del Registro Nacional de casos de sida y tendencia

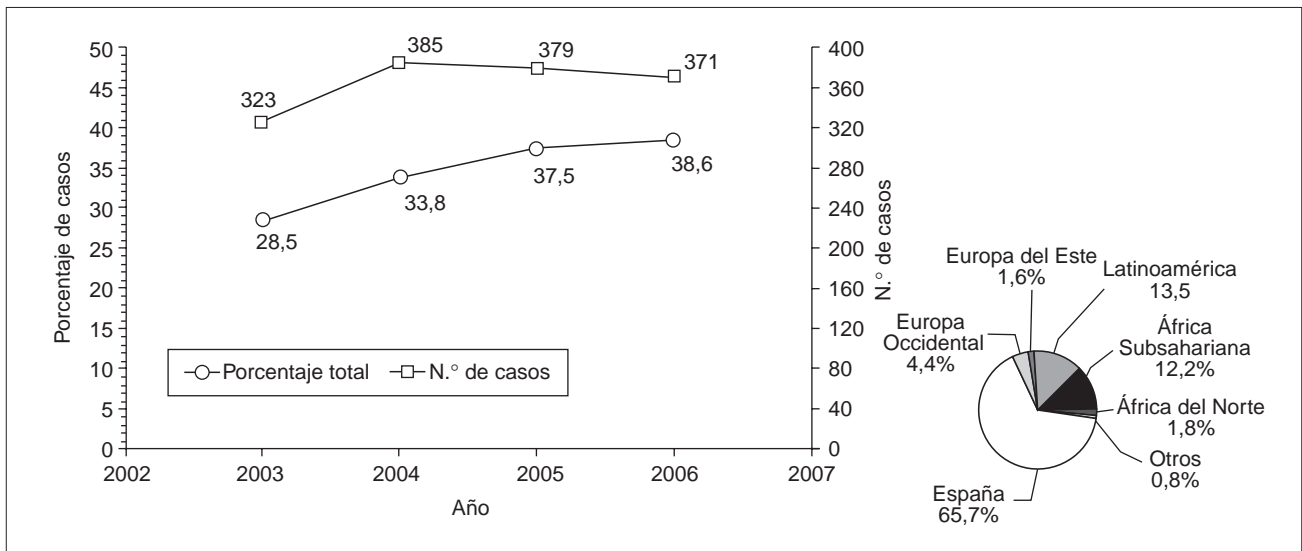
La vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España se compone del Registro de casos de sida, de implantación nacional, y del Registro del VIH, implementado sólo en algunas comunidades autónomas y que, después de muchas dificultades, está en fase de desarrollo en la mayoría de España. El Registro de casos de sida se establece en España en 1983, tras la aparición de los primeros casos, y ha representado la fuente de seguimiento de la infección más sólida en España hasta los últimos años. Además de estos sistemas, hay otros sistemas de información sanitaria que aportan información esencial para la cuantificación de la epidemia, como los registros de mortalidad y proyectos de investigación institucionales, sostenidos en el tiempo y/o puntuales. El Registro de sida y del VIH recoge la información del país de origen de los casos y permite realizar una aproximación a la epidemia de VIH en población inmigrante.

En el año 2006, se estimaba que en España había aproximadamente 130.000 personas que vivían con el VIH/sida, de las que 97.500 estaban diagnosticadas. Desde el inicio de la epidemia hasta junio de 2006, se habían diagnosticado en España 73.013 casos de sida.

Los casos de sida en personas originarias de otros países han aumentado en los últimos años, lo que contrasta con la tendencia descendente en la población autóctona. Se observa también un aumento de la proporción de casos de sida debido a personas nacidas fuera de España, que eran un 3% en 1997 y, a junio de 2006, suponían un 17,2% de los casos diagnosticados en 2005. Es difícil concluir si esto indica un aumento en la tasa de incidencia en este colectivo o si es el reflejo del crecimiento de la población inmigrante en España.

### Casos de VIH de registros autonómicos y otras fuentes de información

La información sobre nuevos diagnósticos de VIH está disponible sólo en 8 comunidades autónomas, y muestra una tendencia estable en los últimos años, con propensión al descenso. Se estima que la tasa de infección por el VIH en España está entre 50 y 80 casos por millón de habitantes, siendo la transmisión sexual la vía más importante, y se observa una tendencia ascendente en la tasa de infecciones por el VIH en personas originarias de otros países. De hecho, más de un tercio (34,3%) de los nuevos diagnósticos de VIH en España se realiza en extranjeros. Este porcentaje ha aumentado de un 28,5% en 2003 a un 38,6% en 2006 (fig. 2).



**Figura 2.** Número, porcentaje y zonas de origen de nuevos diagnósticos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en España en personas de otros países. Datos de 8 comunidades autónomas. Período 2003-2006. Tomada de Instituto de Salud Carlos III/Ministerio de Sanidad y Consumo. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. [Acceso 30 junio 2007.] Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos\\_diagnosticos\\_ccaa.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf)

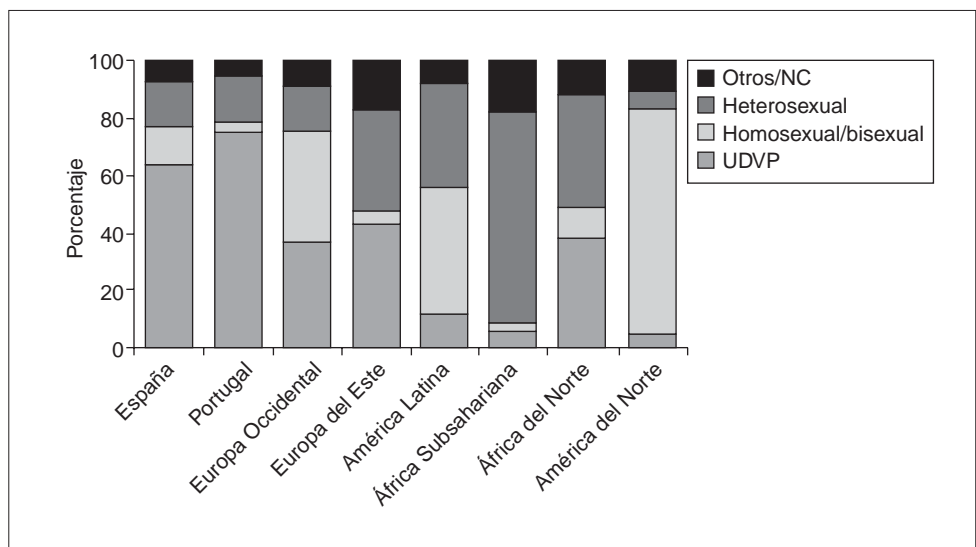
**Grupos especiales**

Resulta llamativo que casi la mitad de los individuos de países del norte de África sean UDVP, mecanismo de transmisión poco frecuente en sus países de origen, pero el más frecuente en España, país de acogida. La mayoría de los individuos de origen subsahariano se infectan por vía heterosexual y, probablemente, muchos de los casos con categoría de transmisión desconocida (casi el 20%) hayan podido deberse también a este mecanismo de transmisión, que es el más frecuente en sus países de origen. Entre los originarios de América Latina predominan los varones homosexuales/bisexuales (fig. 3). En la figura 4 se observa la evolución cronológica de los casos de sida en los no nacionales entre 1988 y 2006, y en la figura 5 la distribución

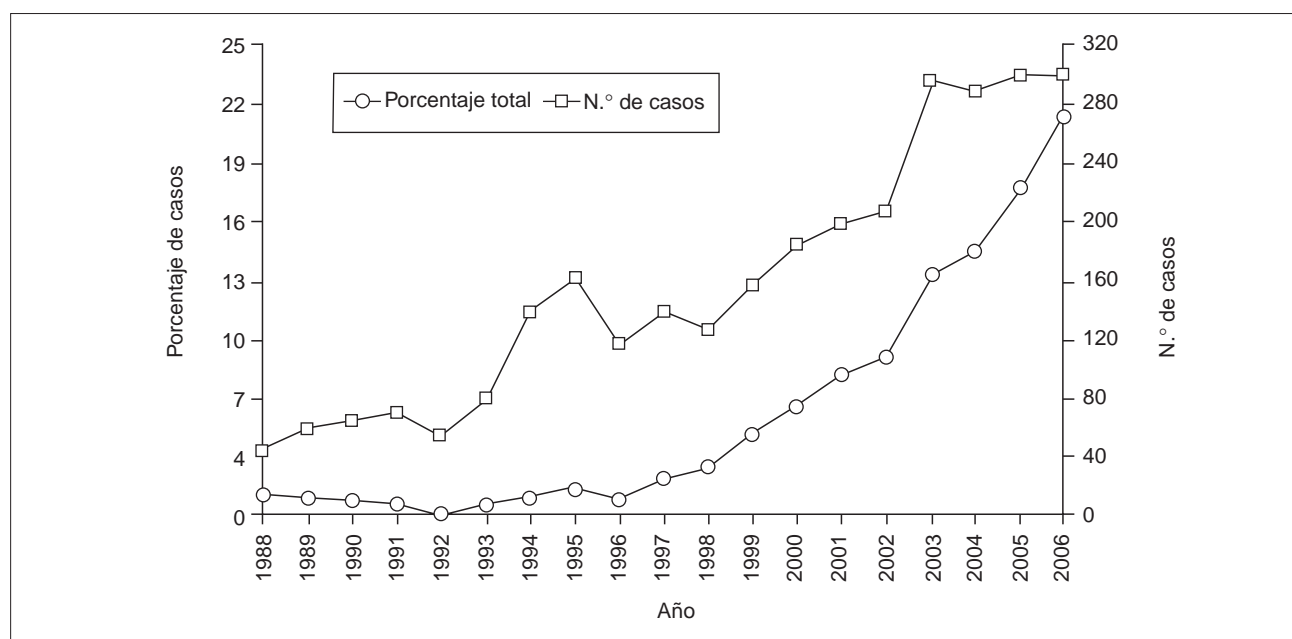
de los casos de sida en extranjeros por continente de procedencia<sup>26,27</sup>.

**El espectro clínico de la infección por el VIH/sida en inmigrantes en España**

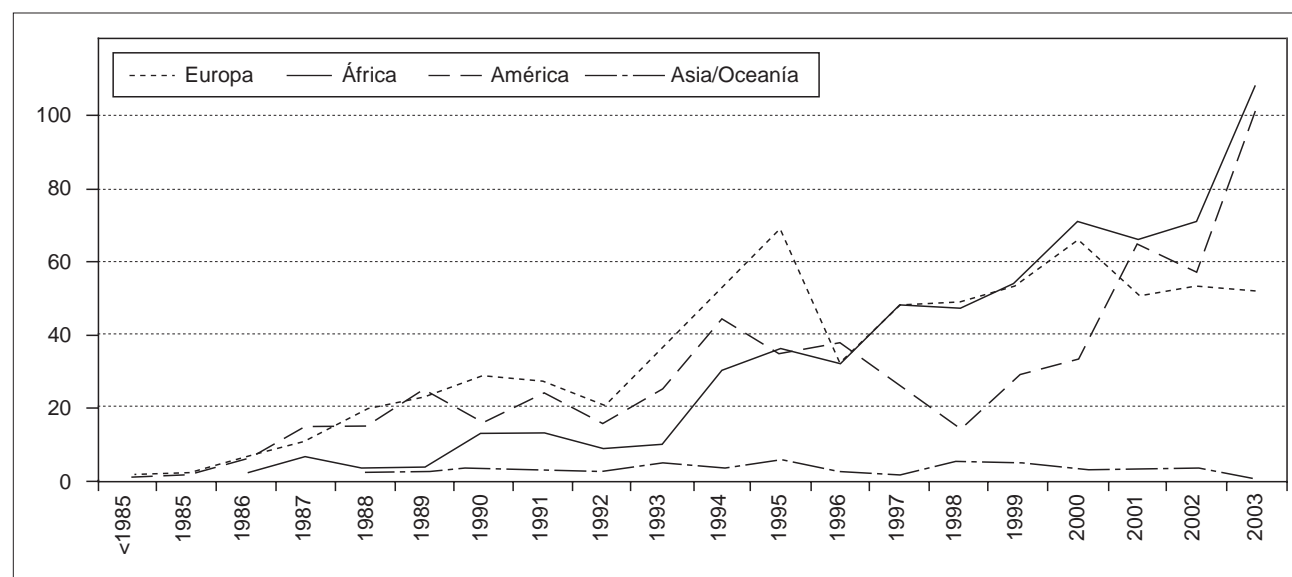
Aunque los inmigrantes representan un grupo sesgado de la población a la que pertenecen, acarrean consigo las características y las tasas de incidencia de las enfermedades de sus lugares de origen. La tuberculosis en inmigrantes es más frecuente que en la población autóctona europea, y representa un porcentaje elevado de todas las tuberculosis diagnosticadas en la UE (fig. 6). El sida en inmigrantes de cualquier origen, y más en los del África subsahariana, se asocia a una frecuencia mayor de enfermedad tubercu-



**Figura 3.** Casos de sida acumulados en inmigrantes. Distribución por categorías de transmisión según el origen. Tomada de Vigilancia epidemiológica del sida en España<sup>26</sup>. NC: no conocido; UDVP: usuario de drogas por vía parenteral.



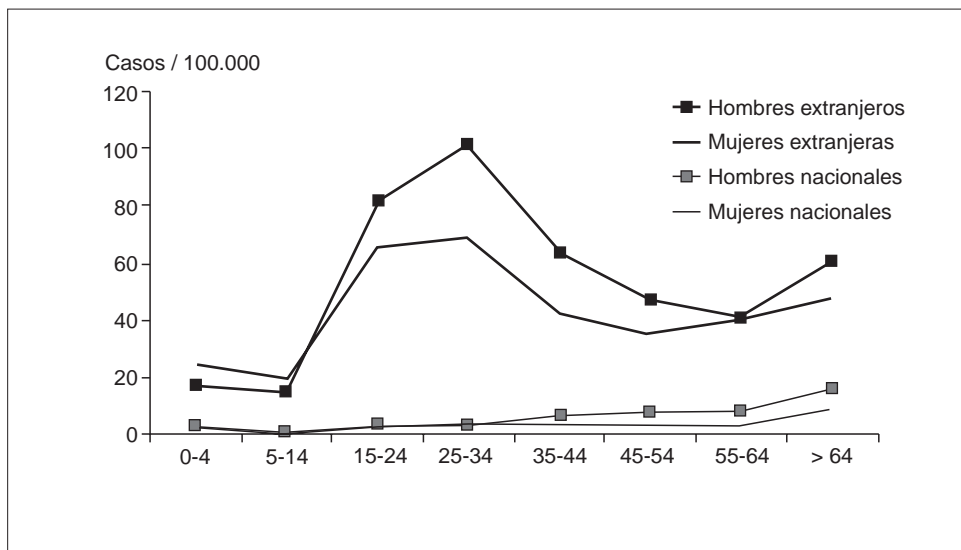
**Figura 4.** Número y porcentaje de casos de sida en España en personas de otros países de origen. Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso. Actualización a 30 de junio de 2007. Tomada de Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/seleccion\\_graficos\\_sida\\_jun2007.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/seleccion_graficos_sida_jun2007.pdf)



**Figura 5.** Evolución de casos de sida en personas originarias de otros países por áreas geográficas (actualización a 30 de diciembre de 2004). Tomada de Noguer et al<sup>27</sup>.

losa (hasta 18 veces). La proporción de tuberculosis como primera enfermedad definitiva de sida en africanos subsaharianos en comparación con los nacionales es mucho mayor: el 23 frente al 5% en el Reino Unido, el 22 frente al 6% en Francia, el 50 frente al 37% en España. Además, se observa una frecuencia mayor de micosis profundas (criptococosis), pero menor de candidiasis esofágica y neumonía por *Pneumocystis jiroveci*<sup>28,29</sup>.

No hay que olvidar las dificultades en el diagnóstico: hay ciertos patrones de normalidad de un valor que varía respecto a los nacionales (una leve hepatoesplenomegalia no implica enfermedad, la cifra de leucocitos en pacientes africanos es menor, una eosinofilia leve no es preocupante, una discreta hipergammaglobulinemia no es patológica, etc.). El desconocimiento de la enfermedad «exótica tropical» impide hacer un diagnóstico diferencial correcto, el la-



**Figura 6.** Casos notificados de tuberculosis (tasas por 100.000 habitantes) por grupo de edad, sexo y origen geográfico. Unión Europea y otros países occidentales. 1996-2002. Tomada de EuroTb. Disponible en: [http://www.euroTb.org/rapports/2002/report\\_2002.htm](http://www.euroTb.org/rapports/2002/report_2002.htm)

boratorio no está preparado y, con frecuencia, los inmigrantes africanos rechazan las extracciones de sangre repetidas y múltiples.

En la tabla 2 se enumeran los principales agentes infecciosos de carácter oportunista de distribución tropical y subtropical<sup>30</sup>.

## El retraso diagnóstico de la infección por el VIH/sida en inmigrantes

En toda la UE se observa una disminución progresiva de los casos de sida desde la introducción del TARGA, pero esta disminución es significativamente menor en los inmigrantes. Esto podría deberse a un peor acceso a los sistemas de salud, lo que originaría un retraso en el diagnóstico de la infección y en el tratamiento de los casos conocidos. Además, es posible que estemos asistiendo a una migración de casos avanzados de sida desde áreas de alta prevalencia con el objetivo de obtener una curación que es inalcanzable en sus países.

Los datos del Registro Nacional de casos de sida en España indican que el retraso diagnóstico sigue siendo notorio, con un 40,7% de los casos diagnosticados de sida en 2005 que no se habían realizado la prueba del VIH previamente. La condición de seropositividad de un inmigrante le puede acarrear graves consecuencias, ya que podría ser un arma utilizada en su contra a la hora de obtener el certificado de residencia, lo que violaría así los derechos del estatuto del refugiado. En la actualidad, unos 50 países mantienen políticas discriminatorias y restrictivas respecto a los inmigrantes VIH+. Por ello, muchas personas retrasan el momento del diagnóstico del VIH por miedo a las consecuencias negativas de éste.

### Las barreras legales y administrativas

El derecho de los inmigrantes al acceso al Sistema Nacional de Salud en España es heterogéneo. Recientemente, se ha facilitado la obtención de la tarjeta sanitaria, independientemente de la situación legal, pero para ello es preciso presentar una identificación y demostrar arraigo

en España (empadronamiento). El problema con los recién llegados, y sobre todo con los subsaharianos, es que no traen documentación que les identifique, lo que limita en extremo obtener la tarjeta sanitaria. La asistencia en urgencias para todos y la asistencia equiparable a la de los españoles, independientemente de la situación legal, son de derecho en niños y embarazadas. La atención a los extranjeros en custodia es similar a la de los españoles en la misma situación. La Cruz Roja atiende a los solicitantes de refugio.

La normativa del Ministerio del Interior de España exige que todas las personas que quieran entrar en el territorio español deberán presentar, en los puestos fronterizos, un certificado sanitario expedido en el país de procedencia por los servicios médicos que designe la misión diplomática u oficina consular española, o someterse a reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios españoles competentes a su llegada, en la frontera, con el fin de acreditar que no tienen enfermedades cuarentenables (cólera, peste, fiebre amarilla), ni son drogadictos o presentan alteraciones psíquicas importantes, ni enfermedades infecciosas o parasitarias.

El servicio sanitario prestado al inmigrante debería ser asequible, confidencial, no estigmatizante y con el firme propósito de conservar y mejorar su salud. Pero la asistencia a los inmigrantes puede no ser una tarea fácil. Muchos son los condicionantes que empobrecen la atención sanitaria a este colectivo: marginalidad social, malas condiciones y lejanía de las viviendas, movilidad geográfica (dentro de una misma ciudad y país), riesgos laborales, problemas a la hora de faltar al trabajo para acudir a las consultas, gastos derivados, mala comunicación verbal y, sobre todo, la falta de papeles.

### Las barreras culturales y lingüísticas

Además de las dificultades previamente mencionadas, hay barreras relacionadas con los problemas del lenguaje y diferencias culturales en la noción de la enfermedad (la incomprensión y la desconfianza origina que el paciente exija una actuación o curación inmediata que bloquea la relación médico-paciente).

TABLA 2. Agentes infecciosos oportunistas tropicales

Agente infeccioso	Comentarios en VIH+
<b>Virus</b>	
Sarampión	En los niños no vacunados, causa una enfermedad sistémica grave
Herpes zóster	Muy frecuente en África, hasta en el 10% de los casos de sida
Herpes 8 (sarcoma de Kaposi)	En África ha aumentado más de 10 veces desde la aparición del sida
<b>Bacterias</b>	
<i>Salmonella</i> sp., <i>Shigella</i> sp., <i>Campylobacter</i> sp.	Infecciones gastrointestinales
<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Infecciones respiratorias
<i>Pseudomonas pseudomallei</i>	Causa la melioidosis. Sudeste Asiático
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Enfermedad oportunista más frecuente en inmigrantes. Es frecuente de forma extrapulmonar o diseminada
<b>Hongos</b>	
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Causa meningitis, afectación cutánea o pulmonar. <i>C. neoformans</i> variedad gatti en Asia
<i>Histoplasma capsulatum</i>	<i>H. capsulatum</i> variedad <i>capsulatum</i> en América Latina; <i>H. capsulatum</i> variedad <i>duboisii</i> en África central y occidental, y Madagascar. Enfermedad diseminada, con afectación cutánea, ósea, ganglionar, hepatoesplénica y de médula ósea
<i>Paracoccidioides brasiliensis</i>	América Latina (sobre todo Brasil). Formas diseminadas con afectación mucocutánea, pulmonar, ganglionar, hepatoesplénica y del sistema nervioso central
<i>Blastomyces dermatitidis</i> ; <i>Coccidioides immitis</i>	Raramente asociados a sida
<i>Penicillium marneffeii</i>	Sudeste Asiático y sur de la China. Cuadro sistémico con afectación cutánea, pulmonar, ganglionar, hepática e intestinal
<b>Parásitos</b>	
<i>Cryptosporidium parvum</i> , <i>Isopora belli</i> , <i>Cyclospora cayetanensis</i>	Alta prevalencia en los trópicos. Diarrea crónica, colecistitis acalculosa, sinusitis y otitis
<i>Microsporidium</i> sp.	Diarrea crónica, queratoconjuntivitis, miositis, nefritis, colangitis, hepatitis, peritonitis, sinusitis, neumonía, etc.
<i>Giardia lamblia</i> ; <i>Trichomonas vaginalis</i>	Se asocian a la transmisión sexual. <i>T. vaginalis</i> podría contribuir a la transmisibilidad del VIH
<i>Acanthamoeba</i> sp., <i>Balamuthia mandrilaris</i>	Encefalitis granulomatosa amebiana, afectación cutánea
<i>Plasmodium</i> sp.	Más frecuente y más grave
<i>Babesia microti</i>	Cuadros graves, con parasitemia persistente o recurrente
<i>Toxoplasma gondii</i>	Principal causa de encefalitis focal. En zonas de África la prevalencia de infección latente es superior al 50%
<i>Leishmania</i> sp.	Cuadro visceral recurrente con afectación de médula ósea, bazo, hígado y ganglios linfáticos. También puede afectar al tubo digestivo, a las mucosas o la piel de forma atípica
<i>Trypanosoma cruzi</i>	Produce atípicamente meningoencefalitis difusa aguda o abscesos cerebrales
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Cuadros de hiperinfestación, asociados a bacteriemia y meningitis bacteriana
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Formas atípicas, costrosas y diseminadas

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

En cuanto al tratamiento, puede haber una mala comprensión de las pautas o dietas o normas prescritas, dificultad para costearse los medicamentos, abandono frecuente de los tratamientos prolongados e incumplimiento de las citas de control. Los inmigrantes en general, y sobre todo los que viven en una situación de marginación, se adhieren peor a cualquier esquema terapéutico, incluido el HAART<sup>31</sup>.

El control epidemiológico puede verse también dificultado, ya que, por condiciones sociales, laborales e higiénicas,

es difícil el estudio de contactos y la administración de vacunas y profilaxis.

## Consideraciones finales

La magnitud de la crisis del sida supera actualmente incluso las peores previsiones de hace tan sólo una década. Docenas de países ya están atrapados en epidemias devastadoras del VIH/sida, y muchos otros se encuentran al



borde del abismo. El VIH/sida representa una grave crisis de desarrollo en el África subsahariana, que sigue siendo, con mucho, la región más afectada del mundo. Las pérdidas humanas y socioeconómicas seguirán siendo significativas durante muchas generaciones, empujando a los jóvenes a emigrar en busca de un futuro esperanzador en Occidente. Proporcionar un tratamiento y una asistencia adecuados y asequibles a las personas que ya viven con el VIH son 2 de los mayores desafíos a los que se enfrenta la humanidad actualmente.

Los inmigrantes, al igual que cualquier persona, están sujetos a la posibilidad de infectarse por el VIH. Sin embargo, representan un grupo que merece especial atención no sólo porque el sida pueda ser otro argumento más de discriminación, sino por razones de salud pública, ya que al ser un grupo sujeto a la marginación escapa a las estrategias de prevención y control de esta enfermedad. Los programas de consejo y cuidado con frecuencia no tienen en cuenta las diferencias culturales, lingüísticas y religiosas.

Los inmigrantes representan un grupo heterogéneo, en el que todas las diversidades están presentes: difieren en etnicidad, cultura y religión. Además, la situación jurídico-legal es diferente. Los inmigrantes forman parte de nuestra sociedad y tienen necesidades específicas que deben reconocerse, respetarse y proporcionarse. Los inmigrantes tienen también obligaciones con la sociedad que deben asumir. La integración a los sistemas de salud es proporcional a la integración en la sociedad. Para los más desfavorecidos, se debe proveer información y servicios adaptados a sus circunstancias y cultura. Los profesionales de salud deben entrenarse para ser capaces de comunicarse, ganarse la confianza y la credibilidad.

Los objetivos en cuanto a la prevención del VIH en inmigrantes y minorías étnicas se han resumido en<sup>32,33</sup>:

— Creación y desarrollo de campañas de prevención con material informativo y servicios asistenciales, cultural y lingüísticamente adaptados, y ampliar a otros idiomas y otros medios de difusión.

— Apoyo técnico y económico a programas de prevención del VIH/sida culturalmente adaptados y proyectos de investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para el VIH/sida en minorías étnicas y personas que llegan en situación de vulnerabilidad.

— Mejora e impulso de las actividades de vigilancia epidemiológica del VIH y del sida en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en España, con especial atención a la recogida de la variable «país de origen» en los registros nacional y autonómicos de casos de sida.

— Realización de seminarios/encuentros dirigidos a las asociaciones de inmigrantes y minorías étnicas para capacitarles en el aprovechamiento de los recursos que ofrecen las administraciones públicas.

— Potenciación de la incorporación de la figura de los mediadores culturales y agentes de salud comunitarios en las organizaciones sanitarias que trabajan con inmigrantes, y desarrollo de organizaciones competentes en las que estén involucrados los propios inmigrantes.

— Estimulación del trabajo y la colaboración entre las asociaciones de inmigrantes de carácter cultural, social o sindical y las organizaciones no gubernamentales con experiencia en VIH/sida.

— Mejora del acceso a los sistemas de salud.

## Bibliografía

- López-Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Madrid: Editorial PBM; 2002.
- Robert Koch Institute. Migration und HIV/AIDS-Prävention - eine interdisziplinäre Herausforderung. *Epidemiologisches Bulletin*. 2004;48:416-7.
- Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Moller A, Obel N. Changing demographics in an HIV-infected population: results from an observational cohort study in Western Denmark. *Scand J Infect Dis*. 2001;33:765-70.
- Fenton KA. Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Curr Opin Infect Dis*. 2001;14:63-9.
- CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2005. November 2006 [Acceso 21 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats/05pdf/Surv2005.pdf>
- Christenson B, Stillstrom J. The epidemiology of human immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases in the Stockholm area. *Sex Transm Dis*. 1995;22:281-8.
- El País. 4 marzo 2001. p. 28 (referencia a la Directiva 3/2000).
- Médicos del Mundo. X Informe de Exclusión Social. 1.ª ed. Mayo 2006. [Acceso 21 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.medicosdelmundo.org/NAVg/pagina/XInformeExclusionSocial.pdf>
- Grupo para el estudio de seroprevalencia de VIH. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-1999. *Bol Epidemiol Semanal*. 2000;8:157-60.
- Gutiérrez M, Martínez-Padial M, Del Álamo M, Cuevas D, Baquero M. Seroprevalence study of HIV, HTLV-I/II, HBV and HCV infections among immigrant prostitutes in Madrid, Spain. 12 th European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Abstract P665. Milan, 21-24, Abril, 2002.
- Belza M, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, De la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk-behavior patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care*. 2001;13:677-82.
- Fenton KA, Chinouya M, Davidson O, Copas A. HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. *AIDS*. 2001;15:1442-5.
- Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, Van den Hoek A. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS*. 1999;13:1953-62.
- Adrien A, Leane V, Remis RS, Boivin JF, Rud E, Duperval R, et al. Migration and HIV: an epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int J STD AIDS*. 1999;10:237-42.
- UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2006 [Acceso 20 marzo 2007]. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/epi2006/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp)
- Amo J, Erwin J, Fenton K, Gray K. AIDS & Mobility: Looking to the future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action. Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ), European Project AIDS & Mobility, October 2001.
- Thomson MM, Najera R. Travel and the introduction of human immunodeficiency virus type 1 non-B subtype genetic forms into Western countries. *Clin Infect Dis*. 2001;32:1732-7.
- Snoeck J, Van Dooren S, Van Laethem K, Derdelinckx I, Van Wijngaerden E, De Clercq E, et al. Prevalence and origin of HIV-1 group M subtypes among patients attending a Belgian hospital in 1999. *Virus Res*. 2002;85:95-107.
- Martin JC, Holguin A, Soriano V. Prevalence of different HIV-1 subtypes in an urban clinic in Madrid. *Sex Transm Infect*. 2002;78:E1.
- Esteves A, Parreira R, Venenno T, Franco M, Piedade J, Germano De Sousa J, et al. Molecular epidemiology of HIV type 1 infection in Portugal: high prevalence of non-B subtypes. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2002;18:313-25.
- Holguin A, Alvarez A, Soriano V. High prevalence of HIV-1 subtype G and natural polymorphisms at the protease gene among HIV-infected immigrants in Madrid. *AIDS*. 2002;16:1163-70.
- Ayoub A, Mauceler P, Martin PM, Cunin P, Mfoupouendoun J, Njinku B, et al. HIV-1 group O infection in Cameroon, 1986 to 1998. *Emerg Infect Dis*. 2001;7:466-7.
- Matheron S, Mendoza-Sassi G, Simon F, Olivares R, Coulaud JP, Brun-Vezinet F. HIV-1 and HIV-2 AIDS in African patients living in Paris. *AIDS*. 1997;11:934-6.
- Gottlieb GS, Sow PS, Hawes SE, Ndoye I, Redman M, Coll-Seck AM, et al. Equal plasma viral loads predict a similar rate of CD4+ T cell decline in human immunodeficiency virus (HIV) type 1- and HIV-2-infected individuals from Senegal, West Africa. *J Infect Dis*. 2002;185:905-14.
- Toro C, Rodes B, Aguilera A, Caballero E, Benito R, Bassani S, et al. Infecciones por VIH-2 y HTLV-I/II en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:177-82.
- Registro Nacional de Sida. Vigilancia Epidemiológica del sida en España. Situación a 30 de junio de 2006. *Bol Epidemiol Semanal*. 2006;14:133-44.

27. Noguera I, Sobrino P, Barrasa A. La epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas con país de origen distinto a España. En: La prevención de la infección del VIH/Sida en la población inmigrante. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2006. p. 49-63.
28. Castilla J, Del Amo J, Sánchez F. Casos de sida en España en personas de otros países de origen. *Bol Epidemiol Semanal*. 2000;8:97-100.
29. Dore GJ, Li Y, McDonald A, Kaldor JM. Spectrum of AIDS-defining illnesses in Australia, 1992 to 1998: influence of country/region of birth. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;26:283-90.
30. Karp CL, Neva FA. Tropical infectious diseases in human immunodeficiency virus-infected patients. *Clin Infect Dis*. 1999;28:947-65.
31. Bozzette SA, Joyce G, McCaffrey DF, Leibowitz AA, Morton SC, Berry SH, et al. Expenditures for the care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2001;344:817-23.
32. HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe. Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ), European Project AIDS & Mobility. Clarke K, Bröring G, february 2000.
33. Infección por VIH y sida. Plan multisectorial 2001-2005. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, julio 2001 [Acceso 28 agosto 2007.] Disponible en: [http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/planEstrategico/planMultisectorial01\\_05.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/planEstrategico/planMultisectorial01_05.pdf)