

## CAPÍTULO 4

### **La epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas con país de origen distinto a España**

**Isabel Noguer Zambrano, Paz Sobrino Vegas, Alicia Barrasa Blanco**

La población extranjera residente en España ha sufrido ascensos sin precedentes en los últimos años y sus consecuencias demográficas, sanitarias y sociales aún no han sido suficientemente evaluadas [1].

#### **1. Inmigración y salud**

La información relativa a salud en la población inmigrante es escasa y desde un punto de vista poblacional difícilmente comparable a la española en conjunto. Por un lado, el grado de extensión de las variables relativas al origen geográfico entre las enfermedades de declaración obligatoria es reducida y por otro, se carece de datos poblacionales que reflejen de forma real la dimensión de las poblaciones de inmigrantes que residen en España y su distribución. Hasta ahora a nivel del Estado o supracomunitario, solo se dispone de información relativa a personas originarias de otros países en el Registro Nacional de Sida y en los incipientes sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. No obstante se proyectan de cara al futuro numerosas iniciativas para recoger el origen de los casos en la mayor parte de las enfermedades sometidas a vigilancia. En cualquier caso, las previsiones de comparabilidad de estos sistemas de información epidemiológica en el contexto europeo presentan dificultades difíciles de superar, así por ejemplo para caracterizar poblaciones inmigrantes se recogen variables heterogéneas o difícilmente conceptualizables, como raza, etnia, país de origen, país de nacionalidad, país de nacimiento, país de infección, etc. [2].

Sin embargo, el número de estudios relativos a condiciones de salud es creciente y sus resultados ofrecen una orientación suficientemente amplia como para identificar los principales problemas de salud de estas poblaciones. Así por ejemplo la morbilidad se asocia a etapas del proceso migratorio, cambiando su espectro en función del tiempo de residencia y de las condiciones de integración en España [3]. Diversos estudios señalan que los principales

factores de riesgo para la salud de los inmigrantes radican en las condiciones de la inmigración y en menor medida en la morbilidad de sus países de origen [4-6]. Este hallazgo no resulta extraño al estimarse que de los más de 15 millones de inmigrantes residentes en la Unión Europea, alrededor de un tercio han entrado clandestinamente. En concreto en España se estima en medio millón los residentes en situación irregular [6].

Todo parece indicar que las situaciones de vulnerabilidad secundarias a la separación del medio cultural y social de origen genera con una frecuencia muy alta problemas de salud mental [7,8]. Las características demográficas de la población inmigrante hacen que la frecuencia de problemas relacionados con la salud materno-infantil y en concreto del embarazo sea muy alto, constituyendo más de 1 de cada 4 ingresos hospitalarios en un estudio realizado en Valencia [4] y una frecuencia relativa mayor de patologías del recién nacido [3].

Respecto a las enfermedades transmisibles una de las más documentadas y extensas en la población inmigrante es la tuberculosis, tanto por la prevalencia de enfermedad, como por la tendencia ascendente encontrada en algunos estudios [3,9,10]. Por otro lado, las condiciones precarias de vida y empleo en algunas subpoblaciones han puesto de manifiesto dificultades para el tratamiento correcto y el control de la misma [11]. Estudios realizados en países con mayor experiencia de acogida de inmigrantes, revelan la frecuencia con que estas poblaciones, y en concreto las sometidas a peores condiciones de vida constituyen guetos como consecuencia de las dificultades de integración cultural y socio-laboral en el país de acogida [12]. De darse estas condiciones en España, hecho constatado en minorías étnicas de la misma lengua materna [13], las enfermedades transmisibles pueden convertirse en un problema de primera magnitud en primer lugar para los propios inmigrantes, pero también para el conjunto de la población española.

## **2. VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual**

En el contexto mundial España se encuentra entre los países con niveles intermedios de afectación por el VIH, a gran distancia de los países más afectados (África Subsahariana, Caribe y algunos países del sur de Asia), pero con niveles superiores que el norte de África, Latinoamérica, Centro-Europa y el conjunto de la Unión Europea [14,15].

El fenómeno de la inmigración masiva, especialmente aquella proveniente de países con gran afectación por el VIH induce a reflexionar sobre las repercusiones aún inciertas en la dimensión y evolución de la epidemia en Europa.

Las condiciones de precariedad social, económica y el desarraigo cultural sitúan a amplios sectores de la población inmigrante en condiciones de gran vulnerabilidad al VIH, o en situaciones de riesgo, como es el ejercicio de la prostitución o el consumo de drogas por vía parenteral.

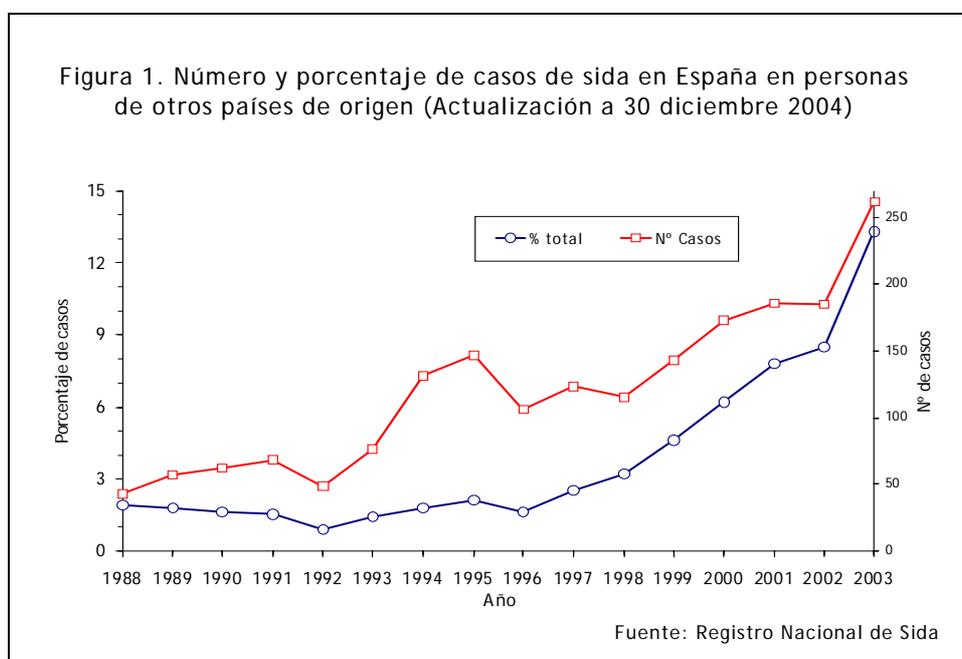
Estudios europeos y españoles han asociado altas prevalencias de VIH con personas procedentes de África Subsahariana y con otras procedencias para determinados grupos con conductas de riesgo [16,17]. En el marco del oeste de Europa, los incrementos en los nuevos diagnósticos de VIH contraídos por vía heterosexual, se atribuyen a la elevada y creciente proporción de inmigrantes entre los nuevos casos, en los que las personas procedentes de África Subsahariana destacan por su alta frecuencia respecto a otros orígenes [18].

#### Casos de sida notificados en personas originarias de otros países

El sida es una consecuencia tardía de la infección por VIH y su diagnóstico refleja estados de inmunodeficiencia avanzada en personas que contrajeron la infección por VIH años antes. Por carecer de los medios para el diagnóstico de la infección VIH, los sistemas de notificación de casos de sida fueron los primeros que se pusieron en marcha en Europa con la finalidad de monitorizar la dimensión y la evolución de la epidemia a comienzos de los años 80. Por ello son los que mejor recogen las tendencias tanto en población autóctona como inmigrante. Sin embargo, la recogida de información sobre poblaciones inmigrantes se realiza de forma muy desigual. Con la excepción del Reino Unido, la mayoría de los países disponen de escasa información específica sobre incidencia de sida en personas originarias de otros países o pertenecientes a minorías étnicas. Entre los casos de sida notificados en 2002 en el oeste de Europa, el 13,3% fueron originarios de África Subsahariana, 3% de Latinoamérica y Caribe y 2,2% de otro país europeo [19]. En los últimos años, los casos de sida en personas originarias de otros países en la Europa occidental han adquirido una importancia creciente y en 2004 oscilan entre el 10% y el 80%.

El Registro Nacional de casos de Sida es uno de los pocos sistemas de vigilancia epidemiológica en España que permite el análisis en función del país de origen de los enfermos, ya que recoge esta variable desde el principio de la epidemia.

En España se han declarado un total acumulado de 69.799 casos de sida desde el comienzo de la epidemia hasta diciembre de 2004, lo que la sitúa entre los países de Europa más afectados. De ellos, 2152 casos fueron personas cuyo país de origen era diferente a España, lo que representa el 3,1% del total de casos de sida. Estas cifras deben considerarse como valores mínimos, ya que la variable país de origen no se recogía de forma sistemática en todas las comunidades autónomas. La proporción de casos de sida en originarios de otros países ha ido ascendiendo año tras año hasta situarse en el 13,6% de los casos diagnosticados en 2004 (Figura 1).

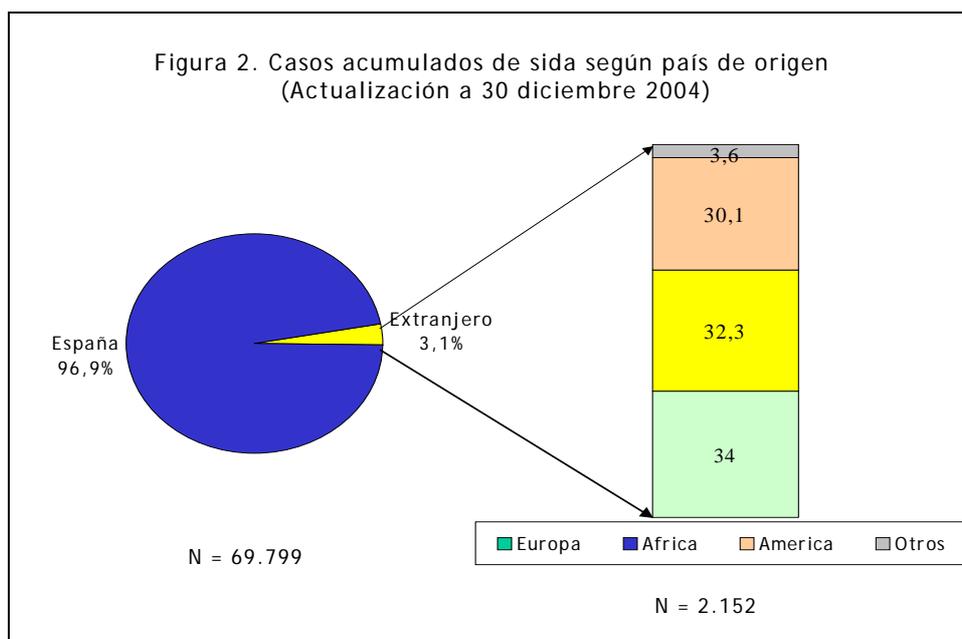


La información que ofrece el Registro Nacional de Sida tiene limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, no es posible distinguir entre las personas que estaban infectadas por VIH antes de llegar a España y las que se han infectado con posterioridad. En Barcelona se ha podido comprobar que un tercio de los casos de sida llevaba en España más de 10 años, y dos tercios, más de 5 años [20]. En segundo lugar, Las personas con país de origen distinto de España no siempre se corresponden con el concepto de inmigrantes residentes en España, ya que pueden darse otras circunstancias como el turismo, personas

que han adquirido la nacionalidad española sean o no residentes, emigrantes que vuelven a España, etc. Finalmente, no es posible obtener tasas de sida en cada grupo de población, ya que no disponemos de un denominador fiable sobre el número de personas que viven en España y son originarias de otros países. Esto impide la comparación de tasas de sida de los diferentes grupos de población con la del conjunto de la población española.

#### País de origen de los casos de sida notificados en España

La gran mayoría de los casos de sida (96,9%) se han diagnosticado en españoles. Esto demuestra que, al menos hasta el momento, esta epidemia se ha producido fundamentalmente por transmisión autóctona del VIH, sin repercusiones derivadas de los movimientos de población internacionales (Figura 2).



Entre los casos de sida en personas originarias de otros países, la procedencia más frecuente es Europa (34%), seguida por África (32,3%) y las Américas (30,1%). En conjunto, más del 60% de los casos provienen de países en desarrollo.

Los países de procedencia más frecuente fueron Portugal, Marruecos y Argentina. Entre los países europeos destaca con diferencia Portugal, dada su proximidad geográfica, y el resto de países le siguen a distancia encabezados por Italia, Alemania y Francia (Tabla 1). Entre los casos de sida originarios de África, el 70% procedían de África sub-Sahariana y se distribuían

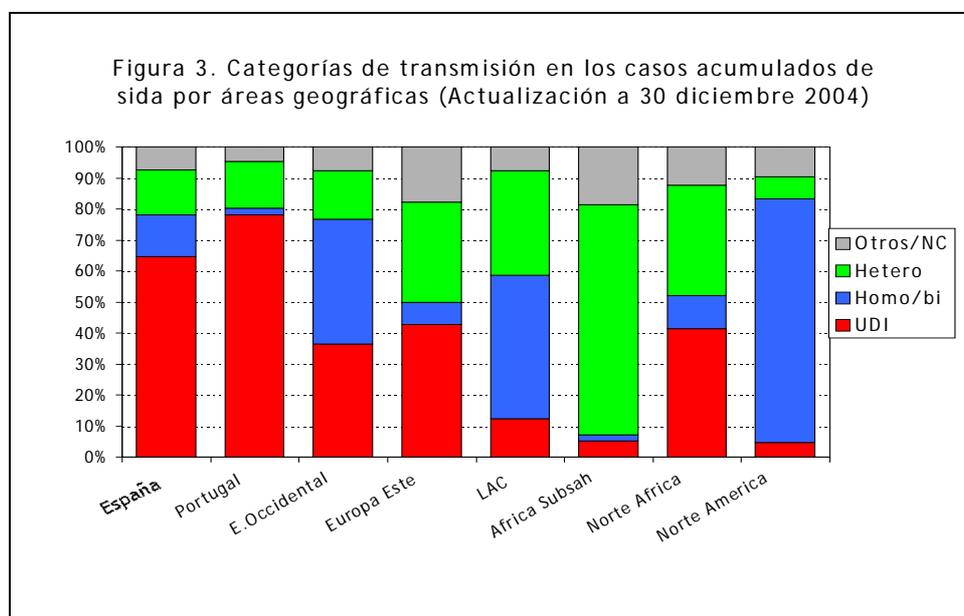
entre un amplio número de países, destacando Gambia, Nigeria, Senegal, Guinea, Ghana, Guinea Ecuatorial y Guinea Bissau. Sin embargo, en el conjunto de África el país de origen más frecuente fue Marruecos, debido a su proximidad y a ser una de las procedencias de mayor número de inmigrantes en España. Entre los originarios de América predominan los latinoamericanos respecto a los de norteamérica, y destaca Argentina como país de origen más frecuente. (Tabla 1).

TABLA 1. Casos de sida originarios de países distintos de España según regiones y países de origen. Casos declarados desde el principio de la epidemia hasta diciembre 2004.

REGIÓN	PAÍS	CASOS
<b>Europa</b>		<b>733</b>
	Portugal	260
	Italia	101
	Alemania	92
	Francia	83
	Reino Unido	66
	Holanda	24
	Bélgica	20
	Suiza	15
Resto de países	<10	
<b>Norte de África</b>		<b>177</b>
	Marruecos	137
	Argelia	28
	Túnez	5
	Egipto	4
<b>Libia</b>	3	
<b>África sub-Sahariana</b>		<b>488</b>
	Gambia	70
	Nigeria	56
	Senegal	49
	Guinea	44
	Ghana	40
	Guinea Ecuatorial	38
	Guinea-Bissau	35
	Camerún	23
	Mali	22
	Liberia	16
	Costa de Marfil	11
	Angola	8
	Cabo Verde	8
	Mauritania	7
	Kenia	6
	Rep Sudáfrica	6
Resto de países	<5	
<b>América</b>		<b>648</b>
	Argentina	134
	Brasil	87
	USA	39
	Colombia	88
	Ecuador	83
	Venezuela	32
	Perú	35
	Uruguay	27
	Chile	23
	Méjico	14
	República Dominicana	23
	Cuba	21
	Honduras	6
	Panamá	6
Resto de países	<5	
<b>Asia</b>		<b>61</b>
<b>Oceanía</b>		<b>4</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2.152</b>

### Distribución por categorías de transmisión

Existen grandes diferencias en la distribución de los casos de sida por categorías de transmisión según el área de origen de los casos (Figura 3). En general, los mecanismos de transmisión guardan paralelismo con los predominantes en las áreas de origen. El 78,1% de los sujetos cuyo país de origen fue Portugal eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), patrón que es similar tanto al de España como al del país vecino. También predominan los UDVP entre los originarios de la Europa del Este (42,9%), mientras que los procedentes de otros países de Europa Occidental se reparten entre UDVP (36,4%) y hombres homosexuales (40,3%).



El 78,6% de los procedentes de América del Norte eran hombres homosexuales, que es el mecanismo de transmisión más frecuente en sus países de procedencia. También los hombres homosexuales son la categoría más frecuente entre los originarios de Latinoamérica (46,3%). La excepción al frecuente paralelismo entre los mecanismos de transmisión en los países de origen y el de los casos diagnosticados en España reside en las personas procedentes del norte de África, donde el 41,2% de los sujetos se han infectado por prácticas asociadas al consumo de drogas inyectadas, mecanismo de transmisión muy poco frecuente en sus países de origen, pero el más frecuente en España, país de acogida. El 74,2% de los sujetos de origen

sub-Sahariano se han infectado por vía heterosexual, que es la más frecuente en su país de origen.

### Edad y sexo

La distribución por sexo en los casos de sida originarios de otros países está condicionada por la categoría de transmisión más frecuente y por el perfil migratorio de cada procedencia. Los casos de sida diagnosticados en España desde el comienzo de la epidemia, muestran un claro predominio de los hombres, cuya elevada proporción se ha mantenido sin cambios en el tiempo. Entre los casos de sida diagnosticados en originarios de otros países, también predominan los hombres respecto a las mujeres. La proporción de mujeres se sitúa en un rango que oscila entre el 15% de Asia y el 25% de África del Norte, con la excepción de los originarios de Norteamérica, donde influido por el patrón de transmisión predominante de hombres homosexuales, el porcentaje de mujeres es mucho menor (3%).

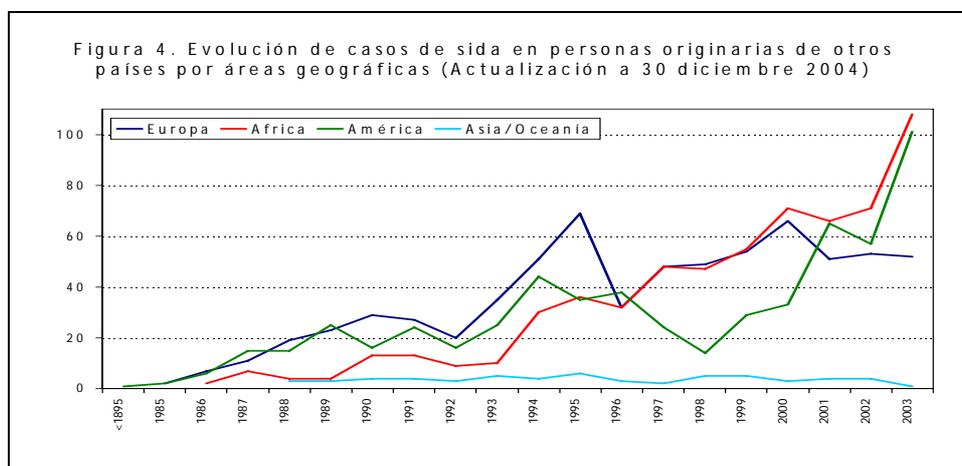
La edad media al diagnóstico de sida fue de 34 años, sin encontrarse diferencias en función del país de origen. La menor edad media se registró en los sujetos procedentes de Europa del Este y la mayor en los procedentes de Norteamérica.

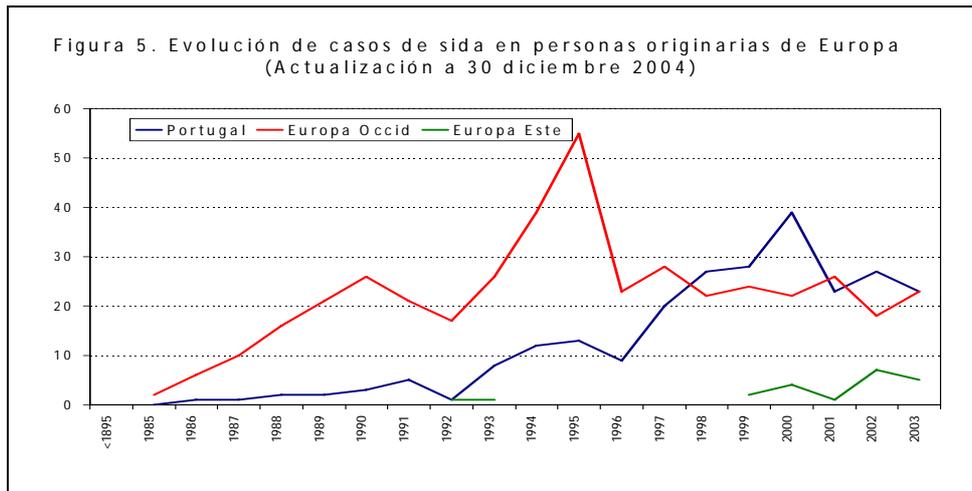
### Evolución temporal del número de casos de sida

Hasta finales de los 90 España ha sido el país más afectado por el sida en la Europa Occidental. La incidencia creció hasta alcanzar el punto máximo en 1994, a partir de entonces la disminución ha sido progresiva hasta alcanzar un descenso que supera el 70%. A este descenso han contribuido las actividades de lucha contra el sida iniciadas años atrás, aunque el mayor impacto se debe a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad, comercializados en 1996. La efectividad de estos tratamientos está condicionada al acceso a los servicios sanitarios.

El número de casos de sida en personas originarias de otros países no ha seguido la misma tendencia que el conjunto de casos, su ascenso fue progresivo hasta 1995, a partir de ese año se registraron descensos con oscilaciones hasta 1998. A partir de esa fecha los casos mantienen una tendencia creciente (Figura 1).

Los casos de sida en originarios de países europeos, exceptuando Portugal, experimentaron una caída similar a la de los casos en Españoles, para iniciar una tendencia más estable. Los originarios de Portugal crecieron hasta 2000, momento a partir del cual parecen descender y estabilizarse. Por el contrario, los casos en personas originarias de África han mantenido una tendencia ascendente que se agudiza en los últimos años y los procedentes de América (más del 90% originarios de Latinoamérica) tras un descenso entre 1994 y 1998 han iniciado una tendencia manifiestamente creciente (Figuras 4 y 5). Sin descartar posibles aumentos en la incidencia de infecciones en estos grupos de inmigrantes, lo más probable es que esta tendencia se deba a una mayor accesibilidad a los servicios de salud, pero en cualquier caso, esta evolución implica un menor impacto de los tratamientos antirretrovirales en esta población. De hecho, entre 1998 y 2004, el 48,6% de los diagnósticos de sida en personas procedentes de países en desarrollo coincidió con el de VIH, frente al 31% de procedentes de países desarrollados o el 23,6% de los españoles. Finalmente, los movimientos migratorios y las condiciones de salud de estas personas pueden provocar oscilaciones importantes [21].





### Distribución por comunidades autónomas

Cataluña es la comunidad autónoma que ha declarado más casos de sida en originarios de otros países, le siguen Andalucía y Madrid. Sin embargo, las comunidades con mayor proporción de casos de sida con país de origen distinto de España son Canarias (9%), Melilla (6%) y Baleares (5,3%).

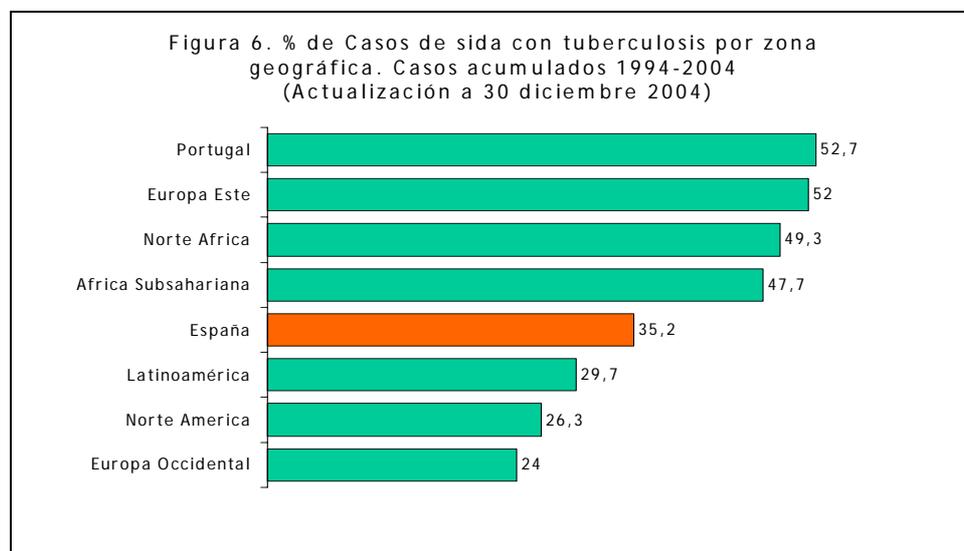
El patrón geográfico de lugares de procedencia difiere entre comunidades autónomas. Así, el origen portugués es frecuente entre los casos de sida de Castilla-La Mancha. La procedencia de otros países de Europa Occidental en Canarias y Baleares. Los casos de sida originarios de Latinoamérica y de África sub-Sahariana se distribuyen por todas las comunidades autónomas. Finalmente, las personas procedentes del norte de África aparece con mayor proporción en Ceuta y Melilla.

### Enfermedades indicativas de sida

El diagnóstico de sida requiere la presencia de alguna de las llamadas enfermedades indicativas de sida en una persona que está infectada por el VIH. La tuberculosis es la enfermedad más frecuente al diagnóstico de sida en España, encontrándose en torno al 30% de los casos. Su asociación a la infección por VIH es de gran relevancia desde un punto de vista de salud pública. La neumonía por *Pneumocystis carinii* es la segunda enfermedad más frecuente, estando presente en más del 20% de los casos. El resto de las enfermedades aparecen con frecuencias mucho menores.

Las personas que se diagnosticaron de sida en España y que eran originarias de otros países tuvieron una frecuencia de tuberculosis elevada, pero similar a la de los casos de sida en sus orígenes (Figura 6). Con la excepción de los casos originarios de Europa Occidental, la tuberculosis fue la enfermedad diagnóstica de sida más frecuente entre los casos de todas las procedencias. A pesar de ello, en las personas originarias de Europa Occidental, el porcentaje de casos de sida con tuberculosis fue mucho mayor que el habitual en dichos países.

En los sujetos procedentes de Portugal y Europa del Este la tuberculosis fue especialmente frecuente al diagnóstico de sida. También tuvieron frecuencias altas de tuberculosis los procedentes de África, lo que se atribuye en parte a las altas prevalencias de infección por *Mycobacterium tuberculosis* en sus países de origen.



#### Nuevos diagnósticos de infección por VIH

En España no se dispone por el momento de un sistema de notificación de casos de VIH de cobertura estatal. Sin embargo, algunas comunidades autónomas lo iniciaron desde el comienzo de la epidemia y otras comenzaron la notificación de casos recientemente. Estos sistemas de vigilancia con base poblacional, permiten estimar incidencia de casos y proporción de originarios de otros países entre ellos. Al igual que con el registro de sida, la principal limitación es que no se dispone de datos sobre la población inmigrante residente en España para poder comparar eventos entre autóctonos e inmigrantes. En estudios realizados a partir de los datos de diferentes comunidades autónomas se pone de manifiesto que la incidencia de

nuevos diagnósticos de VIH en España ha seguido una tendencia descendente muy pronunciada que tuvo su inicio en la primera mitad de los 90 [22]. Dicha tendencia se mantiene con descensos más suaves en los últimos años. La proporción de casos en personas originarias de otros países ha ido en ascenso [22,23] y en 2003 datos de 8 comunidades autónomas revelan que el 32,5% de los nuevos diagnósticos recayeron en personas originarias de otros países. Otro estudio realizado en 2000-2004 a partir de 4 comunidades autónomas refleja una proporción de sujetos originarios de otros países del 28,5%, entre los que la procedencia de África Subsahariana fue la más frecuente. Estas proporciones son semejantes a las publicadas recientemente en dos comunidades autónomas [23,24].

Los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de VIH de los países de la Europa Occidental (con la excepción de España), revelan que una proporción superior al 35% de los casos diagnosticados en 2003 era originario de otros países. En conjunto, los procedentes de África Subsahariana suponían un 26% del total de nuevos diagnósticos y un 47% de aquellas personas infectadas por contactos heterosexuales [18].

#### Prevalencias de infección por VIH en poblaciones originarias de otros países

El análisis de la situación epidemiológica del VIH es compleja y más aún en poblaciones inmigrantes, dada la realidad reciente a la que nos enfrentamos en España. De hecho, hasta la segunda mitad de los 90 no llegaron a consolidarse sistemas de información aptos para identificar y monitorizar en el tiempo el grado de afectación por el VIH de poblaciones originarias de otros países.

La fuente que con más precisión recoge la situación frente al VIH en personas originarias de otros países es el grupo de estudio EPI-VIH, cuya actividad se centra en la monitorización de la prevalencia de infección por el VIH en poblaciones centinela, habitualmente con conductas de alto riesgo, como los usuarios de drogas inyectadas, hombres homosexuales y mujeres que ejercen la prostitución. En conjunto se obtienen seroprevalencias de VIH y la posibilidad de comparar las de inmigrantes con las de personas con situaciones de riesgo similares nacidas en España. Los sujetos de estudio son aquellas personas que acuden voluntariamente a hacerse la prueba del VIH en una red de 19 centros de diagnóstico de VIH de 18 ciudades españolas, gran parte de ellas pertenecientes a grupos con riesgo de contraer la infección.

Entre 2000 y 2003 acudieron un total de 59.424 personas a realizarse la prueba del VIH, de las que 21.203 (36%) eran originarias de otros países. De ellas, el 67% procedían de Latinoamérica, 9% de África Subsahariana, 9% de Europa Occidental, 8% de Europa del Este, 4% del norte de África y 3% de otras procedencias (Figura 7). Su edad media fue de 29,1 años y el 72% fueron mujeres (frente a 31,6 años y 34% de mujeres entre los españoles). Entre los originarios de otros países, el grupo más importante fueron mujeres que ejercían la prostitución (55%), seguido de personas con riesgo heterosexual (32,1%). Entre los españoles el 63,6% fueron personas con riesgo heterosexual (Tabla 2). Según procedencias, la mayor parte de los inmigrantes eran mujeres que ejercían la prostitución, excepto los procedentes de Europa Occidental y Norte de África donde predominaban las personas con riesgo heterosexual. Resultaron un total de 1.525 VIH+ de los que el 34% fueron originarios de otros países y frente a los españoles, las mayores prevalencias se encontraron entre aquellos procedentes de África Subsahariana (4,9%) y las menores en los originarios de Latinoamérica (1,6%) (Figura 7).

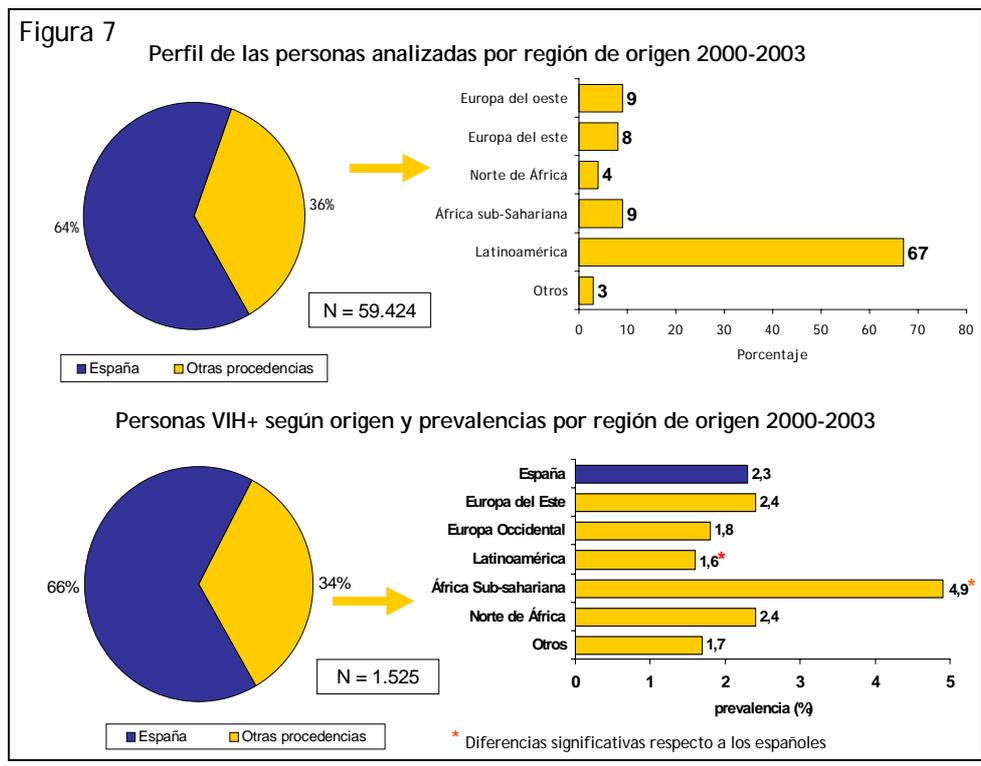


Tabla 2. Perfil de las personas analizadas voluntariamente de VIH según procedencia, Periodo 2000-2003

	España		Otras procedencias	
	N	%	N	%
Usuarios de drogas inyectadas	2.241	5,9	315	1,5
Hombres homosexuales	8.644	22,6	1.836	8,7
Mujeres que ejercen la prostitución	1.283	3,4	11.722	55,3
Hombres heterosexuales	13.773	36,0	3.627	17,1
Mujeres heterosexuales	10.550	27,6	3.177	15,0
Total	38.221	100	21.203	100

Incidencia de infección por VIH en personas que se repitieron la prueba en el periodo 2000-2003

Otra de las actividades del Grupo Epi-VIH consiste en analizar incidencias de infección entre aquellas personas que se repiten la prueba en los mismos centros y en el mismo periodo. Así entre 2000 y 2003 se repitieron la prueba del VIH un total de 20.041 personas mayores de 13 años. Se completaron 34.969 personas/año (p-a) de seguimiento y se detectaron 288 seroconversiones al VIH (8,2 casos por 1000 p-a). La tasa de incidencia se mantuvo sin cambios significativos en los cuatro años. La incidencia fue mayor en usuarios de drogas inyectadas (27,8 por 1000 p-a), seguida por los hombres con prácticas homosexuales (16,2 por 1000 p-a), y fue menor en las mujeres que ejercen la prostitución (2,3 por 1000 p-a) y en el resto de personas con riesgo heterosexual (2,8 por 1000 p-a). La incidencia fue mayor en subsaharianos y Europeos del Este que en españoles de igual categoría de transmisión.

¿Infecciones por VIH importadas o contraídas en España?

Entre 2003 y 2004 en los centros de la red EPI-VIH se diagnosticaron un total de 735 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 312 (42%) eran inmigrantes (la mitad llevaban menos de 2 años de residencia en España). Las regiones de origen mayoritarias fueron Latinoamérica (56%), África sub-Sahariana (26%) y Europa occidental (8%).

El 6% de los inmigrantes se infectaron por el uso de drogas inyectadas frente al 10% de españoles, la transmisión heterosexual fue más frecuente en inmigrantes (40% vs 20%). La mayoría de los latinoamericanos (76%) se habían infectado por relaciones homosexuales y la mayoría de subsaharianos (95%) por transmisión heterosexual.

En el 25% de los inmigrantes el lugar probable de infección fue su país de origen, y llevaban en España una mediana de 7 meses; el 33% contrajo probablemente la infección en España, donde llevaban residiendo una mediana 48 meses; y en el 42% no se pudo determinar el país donde probablemente se infectó.

Entre los latinoamericanos, fueron más los que posiblemente adquirieron la infección en España (39%) que los que venían infectados de origen (18%). Entre los subsaharianos, el 41% venía infectado desde su país de origen y el 14% posiblemente contrajo la infección en España. En conjunto, cabe concluir que al menos un tercio de las infecciones por VIH diagnosticadas entre 2003-2004 en España en personas originarias de otros países fueron contraídas en España.

#### Otras infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su morbilidad, complicaciones y secuelas, como por su relación con el VIH. Varios países han descrito un resurgimiento de las ITS a partir de mediados de los 90 [25-30], evolución que también ha podido confirmarse en España [31]. Diversos estudios han identificado altas prevalencias de ITS [10,32] (especialmente en los procedentes de África Subsahariana) y proporciones elevadas de inmigrantes entre los diagnósticos de ITS [32]. Una gran proporción de estas personas ejercía la prostitución, mantenían conductas sexuales de alto riesgo o vivía en condiciones socio-económicas precarias. Los estudios realizados en mujeres originarias de otros países que ejercen la prostitución revelan altas prevalencias de ITS y de otras infecciones genitales [24,33].

### **3. Conclusión**

Existen escasas fuentes de información de base poblacional donde puedan evaluarse las condiciones de salud de las poblaciones inmigrantes en España. El Registro Nacional de Sida es una de las pocas fuentes que permiten valorar con perspectiva histórica la evolución de la epidemia en poblaciones originarias de otros países. No obstante, el sida y las infecciones de transmisión sexual no son el principal problema de salud de estas poblaciones. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de impulsar en España actividades de vigilancia epidemiológica en

poblaciones inmigrantes y minorías étnicas, tanto del VIH como de otras enfermedades transmisibles.

Las condiciones socio-económicas precarias, las dificultades de integración social, la marginación y en general la pobreza constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y en concreto cuando se trata de enfermedades transmisibles (como tuberculosis, infecciones de transmisión sexual o VIH) se convierte en un problema de salud pública que afecta principalmente a los propios inmigrantes, pero también al conjunto de la población, de ahí la necesidad de priorizar estas poblaciones no solo desde el punto de vista sanitario, sino también social.

El conjunto de la inmigración española procede mayoritariamente de países con menor afectación por el VIH. Con respecto a la población española, las personas procedentes de África Subsahariana presentan un mayor grado de afectación por el VIH y los procedentes de Latinoamérica menor.

Frente al patrón de otros países europeos en España, por ahora, la inmigración no está contribuyendo a aumentar la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH y una buena parte han podido contraer la infección por VIH en España.

En relación al conjunto de la Europa Occidental, la proporción de los casos de sida originarios de otros países en España es relativamente baja. No obstante, su frecuencia supera los 2.000 casos y su proporción respecto al total de casos es ascendente, en especial en personas procedentes de África Subsahariana y Latinoamérica, lo que refleja necesidades importantes en cuanto a actividades de prevención del VIH dirigidas específicamente a estos colectivos. La promoción de la prueba del VIH y el acceso temprano a los servicios sanitarios serían las intervenciones que requerirían un mayor impulso.

El VIH constituye una pandemia de dimensiones sin precedentes en el mundo cuya continua progresión agudiza aún más las diferencias norte-sur. Los movimientos migratorios y las

comunicaciones entre regiones fragilizan las barreras geográficas, por lo que mientras no se controle la pandemia del VIH el futuro puede ser incierto.

## Bibliografía

1. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001 (<http://www.msc.es/sida>).
2. Del Amo J, Broring G, Hamers F, et al. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS* 2004;18:1867-73.
3. Jansá J, García Olalla P. Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004;18 (Supl 1):207-13.
4. Salazar A, Navarro-Calderón E, et al. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. *Boletín Epidemiológico semanal* 2003;11(5):49-52.
5. Cots F, Castells X, et al. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16(5):376-84.
6. Vall O, García-Algar O. Inmigración y Salud. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(1):1-2.
7. Achotegui J. La depresión de los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Madrid: Ediciones Mayo; 2002.
8. García Campayo J, Sanz C. Salud Mental en inmigrantes: El nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002;118(5):187-91.
9. Vallès X, Sánchez F, et al. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002;118(10):376-8.
10. Ramos J, Pastor C. Examen de Salud en la población inmigrante: Prevalencia de infección tuberculosa latente, Hepatitis B, Hepatitis C, Infección por VIH y Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21(10):540-2.
11. Ramos J, Masía M, et al. Tuberculosis en inmigrantes: Diferencias clinico-epidemiológicas con la población autóctona (1999-2002). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22(6):315-8.
12. Muñoz R, Ulrich R. Migration in Germany:1945-1996. *Rev Eur Migr Int* 1998;14:173-210.
13. Ho T, Cordovilla L. Our dilemma: The self-marginal people. *EDTNA ERCA J* 2004;30:230-3.
14. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2004. Ginebra: UNAIDS; 2005 (<http://www.unaids.org>).
15. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year Report 2002 nº 68. Euro-HIV 2003.
16. De Cock K, Low N. HIV and AIDS, other sexually transmitted diseases, and tuberculosis in ethnic minorities in United Kingdom: Is surveillance serving its purpose? *BMJ* 1997;314:1747-51.
17. The EPI-VIH Study group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Transm Infect* 2002;78:250-4.
18. HIV/AIDS in Europe. End year Report 2003 nº 70. European Centre for The Epidemiological Monitoring of AIDS. ([www.eurohiv.org](http://www.eurohiv.org))
19. European Centre for The Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS in Europe; 2002. Report No.: End year report 2002. nº68.
20. García de Olalla P, Lai A, Jansá J, Bada J, Caylà J. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit* 2000;14:189-94.
21. Castilla J, Del Amo J, et al. Casos de sida en España en personas de otros países de origen. *Boletín Epidemiológico Semanal* 2000;8:97-108.
22. VIH y sida en España. Situación Epidemiológica 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo 2002.
23. Moreno C, Irisarri F, et al. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones por VIH/sida en Navarra entre 1985 y 2002. *An Sis sanit Navar* 2003;26:269-75.
24. SIVES 2004 nº17. [http://www.ceescat.org/Index\\_Esp.htm](http://www.ceescat.org/Index_Esp.htm).
25. Meyer L, Couturier E, Brossard Y, et al. Trends in HIV infection among sexually transmitted disease patients in Paris. *AIDS* 1996;10:401-5.
26. Fannema J, van Ameijden E, Coutinho R, van Doornum G, Cairo I, van der Hoek A. HIV surveillance among sexually transmitted disease clinic attenders in Amsterdam, 1991-1996. *AIDS* 1998;12:931-8.

27. Tirelli U, Spina M, Mancuso S, Traina C, Sinicco A. HIV seroprevalence study among 729 female prostitutes in Italy. *J Acquir Immune Defic Synd Hum Retrovir* 1996;11:208-9.
28. Aldes A, Walker J, Botting B, Parker S, Cubitt D, Jones R. Effect of the worldwide epidemic on HIV prevalence in United Kingdom: record linkage in anonymous neonatal seroprevalence surveys. *AIDS* 1999;13:2437-43.
29. Suligoï B, Giuliani M, and the Migration Medicine Study Group. Sexually transmitted diseases among foreigners in Italy. *Epidemiol Infect* 1997;118:235-41.
30. Gras M, Weide J, Langendam M, Coutinho R, van den Hoek A. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands. *AIDS* 1999;13:1953-62.
31. Diaz A, Noguer I, Cano R. Situación Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003). *Boletín Epidemiológico Semanal* 2004;12(20):221-4.
32. Vall M, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:154-6.
33. Belza M, et al. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac. Sanit* 2004;18(3):177-83.