



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

Curso 2022-2023

**Trabajo de Fin de Grado**

**ANÁLISIS DE LAS BARRERAS  
ASISTENCIALES DE INMIGRANTES  
CON VIH EN ESPAÑA. UNA REVISION  
SISTEMÁTICA**

**Félix Ángel del Barrio Schkopp**

**Tutor/a: Manuela del Caño Espinel**

## **RESUMEN**

La inmigración es un fenómeno sociológico creciente en todo el mundo que contribuye a una alta prevalencia de enfermedades infecciosas. Dentro de la población inmigrante destaca la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que, desde sus inicios en los Estados Unidos en la década de los ochenta, es considerada uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, estimando en 2021 una cifra global de 38,4 millones de infecciones.

Los inmigrantes, debido a su contexto sociocultural, lingüístico, económico, laboral, administrativo y legal, constituyen un grupo muy heterogéneo y, especialmente vulnerable al VIH. En 2021, este segmento de la población constituyó el 38,6% de los nuevos diagnósticos en nuestro país, correspondiendo en su mayoría a los provenientes de América Latina y África Subsahariana.

Los inmigrantes se enfrentan a diferentes barreras en el acceso a la atención sanitaria del VIH, tales como el miedo a un resultado positivo, falta de adaptación de los servicios asistenciales, idioma o aplicación de diferentes políticas de salud, entre otras. Es por esta razón por la que se ha decidido realizar esta revisión sistemática, con el fin de analizar dichas barreras, además de la epidemiología del VIH en nuestro país, el diagnóstico tardío del VIH en este colectivo, el modelo asistencial español en materia de VIH/SIDA y la aplicación del RDL 16/2012.

Para el desarrollo de esta revisión se han seleccionado un total de 13 estudios de los siguientes repositorios y fuentes oficiales: PubMed, Dialnet, Scopus, Ministerio de Sanidad y SI-Health.

## **PALABRAS CLAVE**

VIH, España, inmigración, barreras de acceso a los servicios de salud, diagnóstico tardío.

## **ABSTRACT**

Immigration is a growing phenomenon worldwide, contributing to a high prevalence of infectious diseases. Within this population group, it is the one produced by the human immunodeficiency virus (HIV) the one which stands out the most. Since its outburst in the beginning of the 1980s in the US, it is considered one of the world's leading public health issues, resulting in approximately 38.4 million victims recorded in 2021 through the globe.

Immigrants conform a heterogeneous group, one which is especially vulnerable to HIV due to their socio-cultural, linguistic, economic, working, administrative and legal background. In 2021, this part of the population made up 38.6% of the diagnosed with this disease in our country, being those from Latin America and sub-Saharan Africa the leading figures.

This population must face several barriers to access HIV health care, such as fear to a positive test, lack of adaptation of services, language, or the presence of different health policies. Hence the choice to take up the following systematic revision with the aim of analysing such barriers, epidemiology in our country, late HIV diagnosis within this community, the Spanish healthcare model in regard to HIV/AIDS and lastly, the enforcement of the "RDL 16/2012".

For the development of this revision, a total of 13 studies from the following high-quality corpora and official institutions have been selected: PubMed, Dialnet, Scopus, Spain's Health Office and SI-Health.

## **KEYWORDS**

HIV, Spain, immigration, barriers to access of health services, delayed diagnosis.

## INDICE DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1. GENERAL</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2. ESPECÍFICOS</b> .....	<b>4</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2. SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS</b> .....	<b>6</b>
<b>3.3. BÚSQUEDA EN PÁGINAS WEB</b> .....	<b>7</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>8</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>19</b>
<b>5.1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>21</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>22</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>23</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>25</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Modelo de pregunta PICO .....	4
<b>Tabla 2:</b> Términos DeCS y MeSH .....	5
<b>Tabla 3:</b> Criterios de inclusión y exclusión .....	6
<b>Tabla 4:</b> Distribución de nuevos diagnósticos de infección por el VIH por año de diagnóstico, modo de transmisión y sexo .....	9
<b>Tabla 5:</b> Clasificación de barreras experimentadas por población inmigrante residente en España para la realización de la prueba del VIH.....	12
<b>Tabla 6:</b> Clasificación de las barreras asistenciales de población inmigrante en España .....	12
<b>Tabla 7:</b> Principales medidas adoptadas por 13 CCAA tras la publicación del RD 16/2012 .....	16
<b>Tabla 8:</b> Modelo de cuidados del VIH en España .....	17

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Diagrama de flujo utilizado para la revisión sistemática .....	8
<b>Figura 2:</b> Nuevos diagnósticos de VIH. Zona geográfica de origen. España. 2021 .....	10
<b>Figura 3:</b> Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión según zona geográfica de origen. España. 2021 .....	11
<b>Figura 4:</b> Nuevos diagnósticos de VIH. Zona geográfica de origen según modo de transmisión. España. 2021 .....	11
<b>Figura 5:</b> DT en nuevos diagnósticos de VIH según la zona geográfica de origen. España. 2021 .....	14
<b>Figura 6:</b> DT en nuevos diagnósticos de VIH según la vía de transmisión. España. 2021 .....	15

## INDICE DE ABREVIATURAS

<b>ASS:</b> África Subsahariana	<b>ONUSIDA - UNAIDS:</b> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
<b>AS:</b> Asia	<b>PASCAEX:</b> Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura
<b>AL:</b> América Latina	<b>PID:</b> Personas que se inyectan drogas
<b>CCAA:</b> Comunidades Autónomas	<b>PRISMA:</b> Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
<b>CoRIS:</b> Cohorte de la Red de Investigación en SIDA	<b>RDL:</b> Real Decreto-Ley
<b>COVID-19:</b> enfermedad por coronavirus de 2019	<b>SNS:</b> Sistema Nacional de Salud
<b>CyL:</b> Castilla y León	<b>SIDA:</b> Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
<b>DeCS:</b> Descriptores en Ciencias de la Salud	<b>TAR:</b> Terapia antirretroviral
<b>DT:</b> Diagnóstico tardío	<b>UDVP:</b> usuarios de drogas por vía parenteral
<b>Dx:</b> Diagnóstico	<b>UE/EEE:</b> Unión Europea/Espacio Económico Europeo
<b>EO:</b> Europa Occidental	<b>VIH:</b> Virus de la inmunodeficiencia humana
<b>HSH:</b> Hombres que tienen sexo con otros hombres	
<b>ITS:</b> Infecciones de transmisión sexual	
<b>MeSH:</b> Medical Subjects Headings	
<b>ONU:</b> Organización de las Naciones Unidas	

## **1. INTRODUCCIÓN**

El flujo migratorio desde países en desarrollo es un fenómeno creciente en todo el mundo. Dentro de la población inmigrante, existe un porcentaje con una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, constituyendo un verdadero problema de salud pública para los países receptores <sup>(1)</sup>.

En España, debido al aumento de los viajes internacionales y la inmigración, el número de pacientes con enfermedades infecciosas importadas ha crecido, siendo causadas por parásitos (malaria o enfermedad de Chagas, por ejemplo), hongos (histoplasmosis), micobacterias (*M. tuberculosis*, destacando la *M. africanum*, que representa hasta la mitad de casos de tuberculosis en algunos países de África Occidental y se está importando a nuestro país), bacterias (fiebre botonosa africana y linfogranuloma venéreo, entre otros) o virus (dengue, virus Chikungunya y encefalitis del Nilo Occidental, por ejemplo). Muchas de ellas provenientes de zonas tropicales o subtropicales <sup>(2)</sup>.

De todas ellas, la pandemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que comenzó en Estados Unidos en la década de los ochenta, está considerada como uno de los principales problemas de salud pública mundial. Han contraído la infección desde su comienzo 84,2 millones de personas y, en concreto, en el año 2021 se ha estimado una cifra global de 38,4 millones de personas infectadas. Además, han fallecido alrededor de 40,1 millones de personas a causa del SIDA o enfermedades relacionadas con él, según UNAIDS <sup>(3, 4, 5)</sup>.

Es importante destacar que existen dos tipos de VIH: el VIH-1 y el VIH-2, siendo el más común en todo el mundo el tipo 1 y con el que conviven el 95% de las personas infectadas. Sin embargo, el tipo 2 está presente principalmente en África occidental (aunque en menor medida en Brasil, Angola o Mozambique, por ejemplo) contabilizando entre uno y dos millones de personas contagiadas con esta variante en todo el mundo. En este trabajo no se hará alusión a los subtipos del VIH, debido a que en los documentos estudiados no se especifica la variante <sup>(6)</sup>.

A la enfermedad desencadenada por la infección de este virus se le llamó en 1982 síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ya que ataca a los glóbulos blancos del organismo, que son los encargados de combatir infecciones. Se transmite cuando ciertos fluidos corporales (sangre, semen, líquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales y leche materna) entran en contacto con una membrana mucosa (recto, vagina,

pene o boca) o un tejido lesionado o, al ser inyectado directamente en el torrente sanguíneo. Los que padecen esta enfermedad pueden presentar algunas patologías oportunistas, como el sarcoma de Kaposi, cáncer de cuello uterino invasivo, citomegalovirus o tuberculosis, entre otras <sup>(4, 7)</sup>.

En 2021, 28,7 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral, en comparación con los 7,8 millones en el año 2010. Este tratamiento ha permitido tener una esperanza de vida prácticamente igual a la de alguien no infectado. Pero estos fármacos tienen un gran coste (se calcula dependiendo del esquema de tratamiento, un precio aproximado por paciente de entre 7.349 y 9.714 euros al año), además de una toxicidad a largo plazo <sup>(5, 8, 9)</sup>.

Las personas inmigrantes representan un grupo importante dentro de las poblaciones con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, tanto en los países de acogida como en las regiones en vías de desarrollo. Sin embargo, la mayor parte de la población infectada se localiza en África subsahariana (ASS), seguida de Asia (AS) y América Latina (AL) con 25, 4,8 y 1,5 millones de personas respectivamente <sup>(3)</sup>.

El primer caso en nuestro país apareció en octubre de 1981 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y, tras alcanzar en el 1995 el pico más alto de defunciones con una tasa de mortalidad global de 14,9/100000 habitantes, los fallecimientos disminuyeron un 68% hasta el 98. A partir de esa fecha y hasta el 2018, el descenso ha sido más lento <sup>(10, 11)</sup>.

Estos cambios en la epidemiología del VIH en nuestro país son debidos a que a finales de los años 80 y durante la década de los 90, la epidemia afectaba fundamentalmente a usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Pero como resultado de un descenso en el uso de drogas inyectables, datos del 2018 indican que la vía de contagio más frecuente es la sexual, representando los HSH la más frecuente (56,6%), seguida de la transmisión heterosexual (32,3%) y las PID con 2,6% <sup>(3, 11)</sup>.

En referencia a los inmigrantes, la vía de transmisión más habitual se debe a la práctica de relaciones sexuales sin protección, cobrando muy poca relevancia la propagación entre UDVP (a excepción de los provenientes de Europa del Este, ya que es la única zona donde este tipo de transmisión cobra relevancia, suponiendo la tercera parte de los casos). Entre los provenientes de América Latina y Europa occidental, la transmisión mayoritaria se produce entre hombres homosexuales. Mientras que, si proceden de África, prácticamente la totalidad de los casos se debe a relaciones heterosexuales <sup>(10, 12)</sup>.

Para la correcta prevención y control de la infección es muy importante facilitar a este grupo poblacional el acceso universal a la asistencia sanitaria, con condiciones socioeconómicas dignas, subsanando ciertos elementos como la falta de redes de apoyo social y familiar, la precariedad laboral y de legalidad, además de eliminar algunas barreras que faciliten una correcta integración en la sociedad, como la estigmatización social causada por la enfermedad. La inobservancia de todos estos factores puede producir un aumento de la vulnerabilidad a la infección por VIH y una limitación al acceso a las actividades de prevención, diagnóstico, asistencia sanitaria y tratamiento. Estas medidas a escala nacional deben compaginarse con las iniciativas internacionales de control global de estas infecciones <sup>(2, 12)</sup>.

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

El aumento de la movilidad y tránsito internacional de personas, junto a la inmigración, en especial la proveniente de Latinoamérica y África, ha contribuido en Europa a la propagación de enfermedades importadas <sup>(2)</sup>.

Dado que España ocupa el cuarto lugar en el ranking europeo por población inmigrante (9,5% del total) y que este grupo poblacional tiene una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, todo ello constituye un problema de salud pública para los países de destino <sup>(1, 2)</sup>.

Además, el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras ITS 2021-2030 está en línea con los objetivos propuestos por ONUSIDA 95-95-95 para el 2030 (fecha en la que los países de la ONU se han comprometido a erradicar la enfermedad). Esto significa que en el año 2030, en relación a los objetivos fijados por España y el resto de países miembros, el 95% de las personas que viven con el VIH tienen que conocer su estado serológico, el 95% de las que lo conocen deben tener acceso al TAR y el 95% que lo sigan, tienen que reducir su carga viral, reforzando su estado inmunológico y reduciendo el riesgo de transmisión <sup>(11, 13)</sup>.

Debido que la población extranjera residente en España creció más de 4 millones en la primera década del siglo XXI, y concretamente a lo largo del 2018 el 36,1% de los nuevos diagnósticos de VIH se dio en personas originarias de otros países, este trabajo se centrará en el análisis de las barreras asistenciales que presenta este grupo poblacional, con gran presencia en la epidemiología del VIH en nuestro país <sup>(3, 11)</sup>.

## 2. **OBJETIVOS**

Para obtener los objetivos de esta revisión, se ha utilizado el modelo de preguntas PICO de la Tabla 1:

*Tabla 1: Modelo de pregunta PICO*

<b>P</b> (población)	Inmigrantes VIH+.
<b>I</b> (intervención)	Asistencia hospitalaria.
<b>C</b> (comparación)	Personas nacionales VIH+.
<b>O</b> (outcomes)	Tipos y cantidad de barreras asistenciales.

*Fuente: Elaboración propia*

### 2.1. **General**

- Identificar y analizar las barreras asistenciales de inmigrantes VIH+ respecto a la población nacional VIH+ en España.

### 2.2. **Específicos**

- Analizar la epidemiología del VIH y de los inmigrantes en España.
- Valorar cómo fue la aplicación del RDL 16/2012 en la población inmigrante en España.
- Evaluar el diagnóstico tardío del VIH en la población inmigrante de España.
- Analizar el modelo asistencial español en materia de VIH/SIDA.

### 3. METODOLOGÍA

Para abordar el estudio de los objetivos principales propuestos en este trabajo, se realizó una revisión sistemática a través de las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para garantizar una búsqueda de calidad. Se llevó a cabo una selección, escogiendo documentos de las bases de datos de Medline vía PubMed, Dialnet y Scopus, ya que proporcionan una bibliografía de calidad en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

También se seleccionó material de calidad de ciertas páginas web de fuentes oficiales, a través de las cuales se pudo recabar una parte de la información. Las utilizadas han sido: Ministerio de Sanidad y SI-Health.

En el momento de realizar la revisión, se utilizaron los términos clave en castellano DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y en inglés MeSH (Medical Subjects Headings) que aparecen en la Tabla 2:

**Tabla 2:** *Términos DeCS y MeSH*

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Medical Subjects Headings (MeSH)
VIH	HIV
España	Spain
Inmigración	Immigration
Barreras de Acceso a los Servicios de Salud	Barriers to Access of Health Services
Diagnóstico Tardío	Delayed Diagnosis

**Fuente:** *Elaboración propia*

A la hora de realizar la búsqueda utilizando los términos MeSH, se utilizó el operador booleano “AND” para hallar los estudios que incluyeran ambos términos. Las ecuaciones de búsqueda empleadas han sido las siguientes:

- HIV AND immigration AND spain
- HIV AND delayed diagnosis AND immigration AND spain
- Barriers to Access of health services AND HIV AND immigration AND spain

### 3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Para escoger los estudios a incluir en esta revisión, se han aplicado los siguientes criterios de inclusión y exclusión expuestos en la Tabla 3:

*Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios publicados desde enero de 2012 hasta enero de 2023.	Estudios anteriores a enero de 2012.
Estudios en español o en inglés.	Estudios en otro idioma que no sea español o inglés.
Acceso libre o a través de la institución de la Universidad de Valladolid.	Estudios con los que se tuviera acceso libre o a través de la institución.
Estudios en los que se analice a una muestra de más 200 personas.	Estudios en los que la muestra sea menor de 200 personas.

*Fuente: Elaboración propia*

### 3.2. Selección de los artículos

Tras finalizar la búsqueda en PubMed, Dialnet y Scopus con las ecuaciones de búsqueda se obtuvieron un total de 417 artículos entre los tres repositorios sin aplicar los filtros de búsqueda. Tras incluir los criterios de búsqueda, leer los títulos, descartar duplicidades y estudiar con detalle los artículos, se seleccionaron 9 en total. El proceso de búsqueda se

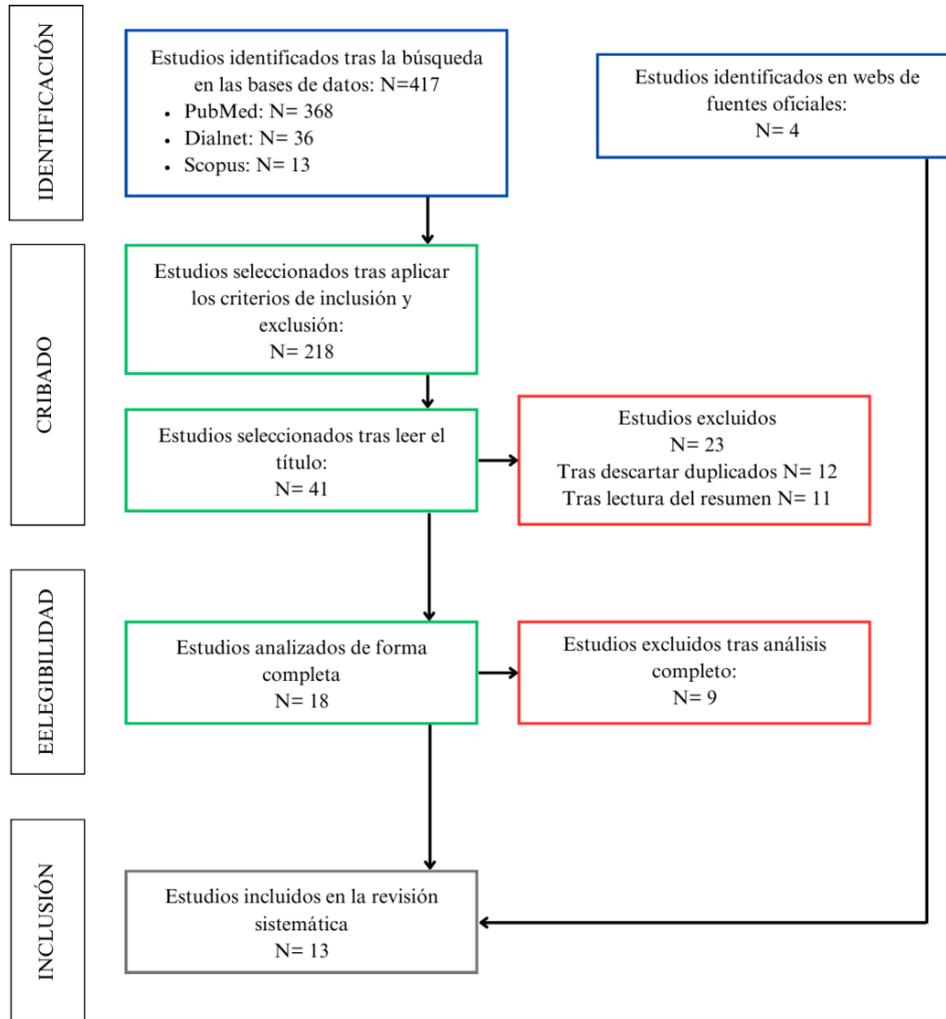
puede ver detallado en la Figura 1 en el apartado de resultados.

### **3.3. Búsqueda en páginas web**

La otra parte de la búsqueda bibliográfica se realizó en distintas páginas web de fuentes oficiales, obteniendo un total de 4 artículos. 3 de ellos provenían del Ministerio de Sanidad de España, en los cuales se recabó información sobre barreras asistenciales en pacientes inmigrantes, así como datos epidemiológicos actuales del VIH/SIDA. Por otro lado, se seleccionó 1 artículo de SI-Health, del cual se seleccionó un análisis detallado de la estructura y funcionamiento del modelo de cuidados y atención de pacientes con VIH/SIDA en España.

#### 4. RESULTADOS

En la Figura 1 se puede ver el diagrama de flujo realizado para la obtención de la bibliografía de esta revisión:



*Figura 1: Diagrama de flujo utilizado para la revisión sistemática*

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos tras la revisión sistemática de los 13 documentos estudiados como respuesta al objetivo principal y a los específicos. La tabla de documentos está disponible en Anexo 1.

Entre 1981 y 2021 se produjeron 60.611 fallecimientos por VIH y SIDA en nuestro país, alcanzando el pico máximo en el año 1995 con 5.857 muertes. Pero es a partir de entonces y hasta 1998, cuando descendió un 68% la mortalidad, continuando hasta 2021 con esa misma tendencia a la baja. El 80,9% de estas defunciones pertenece a hombres y el 19,1%,

a mujeres <sup>(14)</sup>.

Desde que en 1981 se tiene registro de la epidemiología del SIDA en España, se observa un descenso en la prevalencia de la enfermedad en PID reduciéndose de los 4.754 casos notificados en 1995, a tan solo 12 en el año 2021. Cabe destacar un aumento en la proporción de casos de SIDA en personas extranjeras: menos del 3% en el año 1995 incrementándose hasta el 41% en 2020 <sup>(15)</sup>.

Tras el análisis de los datos epidemiológicos del VIH en los últimos años, se destaca que desde 2013 hasta 2021, los nuevos diagnósticos de VIH entre HSH han visto incrementada su incidencia de un 53,1% a un 56,3%. En cambio, en hombres heterosexuales ha disminuido en ese mismo periodo de tiempo de un 15,4% hasta 14,3%, manteniéndose en mujeres heterosexuales en torno a un 11%. Se ve un claro descenso en PID de ambos sexos, pasando de 4,4% en 2013 hasta un 1,6% en 2021. En el caso de la transmisión materno-infantil, que constituye la vía de infección más frecuente en la población pediátrica, se aprecia un descenso desde el año 2013 hasta el 2021, disminuyendo de 0,4% a 0,1% <sup>(15, 16)</sup>. Los datos epidemiológicos del VIH en nuestro país se observan en la Tabla 4 <sup>(15)</sup>.

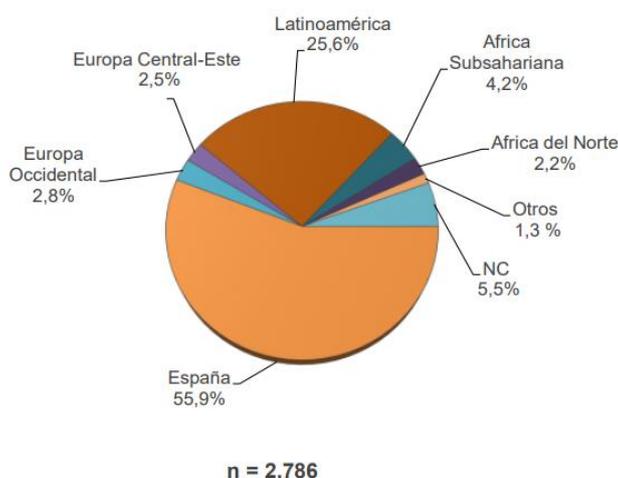
**Tabla 4:** Distribución de nuevos diagnósticos de infección por el VIH por año de diagnóstico, modo de transmisión y sexo

Año dx	Modo de transmisión													
	HSH		Heterosexual				PID				Materno-infantil			
	Hombre		Hombre	Mujer		Hombre		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2013	2.311	53,1	669	15,4	507	11,6	154	3,5	37	0,8	11	0,3	5	0,1
2014	2.538	57,0	579	13,0	548	12,3	132	3,0	27	0,6	1	0,0	3	0,1
2015	2.426	56,8	563	13,2	490	11,5	92	2,2	37	0,9	2	0,0	1	0,0
2016	2.487	57,3	542	12,5	543	12,5	122	2,8	25	0,6	3	0,1	6	0,1
2017	2.493	58,6	603	14,2	540	12,7	99	2,3	27	0,6	2	0,0	2	0,0
2018	2.370	59,7	561	14,1	484	12,2	99	2,5	20	0,5	2	0,1	5	0,1

2019	2.333	61,1	623	16,3	463	12,1	71	1,9	23	0,6	5	0,1	3	0,1
2020	1.585	57,2	377	13,6	315	11,4	59	2,1	13	0,5	0	0,0	1	0,0
2021	1.569	56,3	399	14,2	310	11,1	37	1,3	7	0,3	3	0,0	1	0,0
Total	20.112	57,4	4.916	14,0	4.200	12	865	2,5	216	0,6	29	0,1	27	0,1

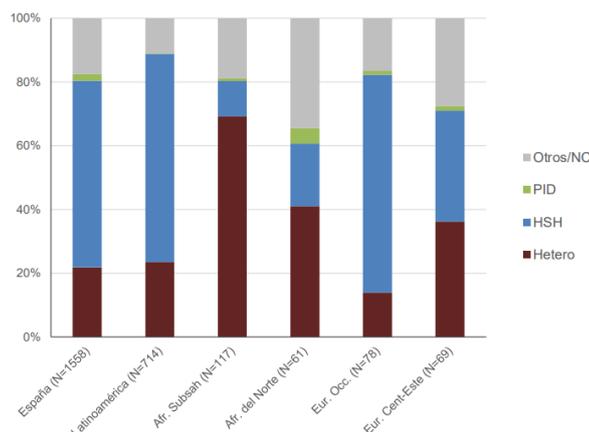
**Fuente:** Ministerio de Sanidad. 2022. Tabla 10

La población inmigrante forma un grupo muy heterogéneo, siendo especialmente vulnerable al VIH debido a su contexto sociocultural, lingüístico, económico, laboral, administrativo y legal. En 2021, dicho grupo de poblacional constituyó el 38,6% de los nuevos diagnósticos en personas originarias de otros países, siendo el grupo mayoritario el de los procedentes de AL (25,6%) y ASS (4,2%) <sup>(15, 17)</sup>. Figura 2 <sup>(15)</sup>.



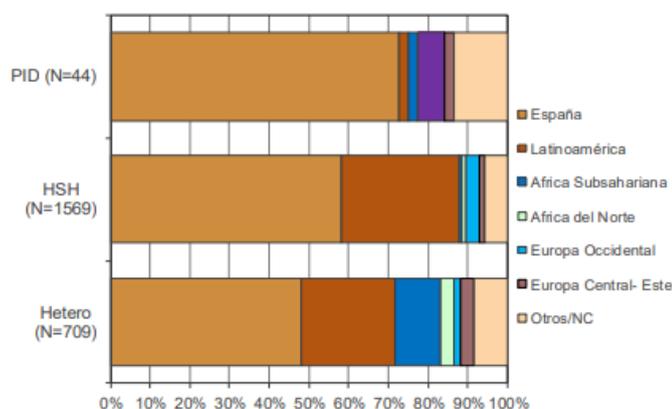
**Figura 2:** Nuevos diagnósticos de VIH. Zona geográfica de origen. España. 2021 <sup>(15)</sup>

Atendiendo al lugar de origen, la vía de transmisión predominante variará, siendo la sexual entre hombres la mayoritaria, tanto en los que provienen de EO como AL (69,2%, 65,3% vs 58,6% en españoles respectivamente). Sin embargo, en los originarios de ASS la infección se adquirió mayoritariamente a través de la transmisión heterosexual (69,2% vs 21,8 en españoles) <sup>(15, 18)</sup>. Figura 3 <sup>(15)</sup>.



**Figura 3:** Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión según zona geográfica de origen. España. 2021 <sup>(15)</sup>

En 2021, los españoles tienen la mayor incidencia en los diferentes modos de transmisión, correspondiendo el 45,5% de los casos de transmisión heterosexual a extranjeros provenientes de AL y ASS, mientras que del conjunto de HSH, el 29,7% eran originarios de AL y el 3,4% de EO <sup>(15)</sup>. Figura 4 <sup>(15)</sup>.



**Figura 4:** Nuevos diagnósticos de VIH. Zona geográfica de origen según modo de transmisión. España. 2021 <sup>(15)</sup>

El diagnóstico de la infección del VIH constituye el paso principal para acceder y beneficiarse del tratamiento antirretroviral (TAR). Pero en España, aproximadamente el 18% de las personas que viven con este virus desconocen su estado serológico <sup>(17, 18)</sup>.

Tras la información analizada en esta revisión, las barreras encontradas por los inmigrantes en nuestro país para acceder al SNS se pueden dividir en dos vertientes: las

referidas al acceso a la prueba diagnóstica del VIH <sup>(18)</sup> (ver Tabla 5) y asistenciales <sup>(17, 19, 20)</sup> (ver Tabla 6).

**Tabla 5:** Clasificación de barreras experimentadas por población inmigrante residente en España para la realización de la prueba del VIH

Estructurales	Dependientes de los servicios sanitarios	Dependientes de la comunidad
Exclusión social, xenofobia, racismo, inseguridad en cuanto a su situación legal y/o administrativa, miedo a un resultado positivo (implicando un temor a perder el trabajo, permiso de residencia...).	Unos servicios inadaptados a la lengua y cultura del inmigrante constituyen una gran barrera de comunicación que hace que los migrantes prefieran acudir a servicios dentro de su propia comunidad. Todo ello desincentivará la realización de pruebas diagnósticas.	Miedo a perder el estatus social, apoyo de su comunidad y a ser discriminado ante un resultado positivo debido a las tradiciones culturales o de género.

**Fuente:** Elaboración propia basada en <sup>(18)</sup>

**Tabla 6:** Clasificación de las barreras asistenciales de población inmigrante en España

Nivel del paciente	Nivel del proveedor de atención médica	Nivel del sistema de salud
Sexo, edad, educación, ingresos, estado migratorio, miedo a un resultado positivo, temor al estigma y a la discriminación, miedo a la falta de confidencialidad, falta de conocimiento sobre el acceso sanitario y falta de conocimiento sobre sus derechos.	Falta de sensibilidad en desigualdades de género e interculturalidad, estilo de comunicación, idioma (mayor en provenientes de ASS),	Política de salud, derivaciones, horarios de atención, tiempos de espera prolongados, no poseer la tarjeta y trámites administrativos que dificultan el acceso a la asistencia sanitaria a los inmigrantes.

**Fuente:** Elaboración propia basada en <sup>(17, 19, 20)</sup>

Una situación administrativa irregular puede ser una barrera que dificulte la posibilidad de citación, realización de pruebas complementarias y acceso al tratamiento <sup>(17, 18)</sup>.

Según el estudio retrospectivo realizado desde 1992 hasta 2009 en 371 casos de

extranjeros, en las mujeres fue el embarazo/parto el motivo más frecuente para la realización de la prueba del VIH (32,7%), seguido de tener una pareja seropositiva (8,8%). En cambio, el motivo más frecuente para la realización de la prueba en hombres fue tener una enfermedad de categoría B, seguido de tener una pareja seropositiva (11,6%)<sup>(21)</sup>.

Las barreras pueden afectar de diferente manera a los inmigrantes atendiendo a su perfil demográfico (país de origen, sexo u orientación sexual entre otros) y vulnerabilidades socioeconómicas que presenten. La diferencia en el sexo va a influir a menudo en el acceso a la atención sanitaria, debido a que las mujeres tienen más posibilidades de entrada a través de los servicios prenatales e infantiles, mientras que los hombres tienden a buscar atención sanitaria solo en casos de emergencias<sup>(19)</sup>.

Atendiendo a los principales resultados del estudio transversal realizado entre 2013 y 2015 a 765 migrantes seropositivos, los hombres fueron más tendentes a encontrar obstáculos que las mujeres (24% vs 14%). También se observó que los inmigrantes de ASS tenían mayor probabilidad de experimentar algunas barreras, especialmente la idiomática (a diferencia de los originarios de AL)<sup>(19)</sup>.

Considerando la diferencia de género, en el caso de las mujeres, destacaron las siguientes barreras de acceso a la atención médica: título universitario (asociado a una menor posibilidad de tener hijos y como resultado, un menor uso de los servicios prenatales), estatus migratorio irregular y retraso en el tratamiento médico no relacionado con el VIH debido al costo de la medicación. En cuanto a los hombres, las barreras se asociaron a la procedencia de ASS, falta de su propio salario, dificultades para acceder a los alimentos, retrasar el tratamiento médico y la consiguiente estigmatización por cuestión de raza, sexualidad o estado serológico<sup>(19)</sup>.

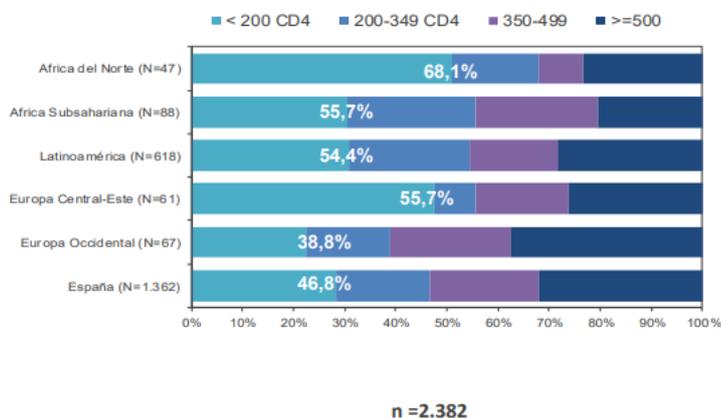
Como consecuencia de estas barreras, la demora en el acceso a la atención médica puede dar lugar a un diagnóstico tardío (DT)<sup>(19)</sup>. El Grupo de Trabajo Europeo definió en 2011 el DT como aquel que se realiza cuando el paciente presenta una cifra de CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> o una enfermedad definitoria de sida independientemente del recuento de CD4<sup>(17, 23)</sup>. Varios estudios demuestran que el DT del VIH entre inmigrantes está relacionado con la presencia de barreras para el acceso y tratamiento<sup>(19)</sup>. Esta demora en el diagnóstico es más frecuente en inmigrantes que en españoles, lo que conlleva un impacto negativo en la clínica del paciente (aumentando el riesgo de progresión a SIDA

y a una mayor mortalidad temprana) y en las tasas de transmisión del virus en la comunidad (debido a una mayor replicación viral al no tener acceso al TAR) <sup>(17)</sup>. Según UNAIDS, el principal factor que ha evitado más de 900.000 nuevas infecciones en niños desde el año 2009, es el acceso al TAR por parte de las mujeres embarazadas infectadas <sup>(16)</sup>.

Según la Cohorte de la Red en Investigación de SIDA (CoRIS), los pacientes con DT tienen 5,22 veces más probabilidades de fallecer en comparación con los diagnosticados precozmente, que aumentará 10 veces durante el primer año tras el diagnóstico y se multiplicará casi por dos al transcurrir entre 1 y 4 años <sup>(17)</sup>.

El DT varía según la zona geográfica, siendo en todos los casos mayor en inmigrantes que en los españoles <sup>(17, 19)</sup>. El CoRIS estudió que el hecho de ser de AL incrementaba la probabilidad de DT en un 40%, mientras que, si se procedía de ASS, se incrementaba hasta un 60% <sup>(17)</sup>.

En 2021, tal y como se observa en la Figura 5, el DT es mayor en los provenientes de AN, Europa Central y del Este, así como de ASS <sup>(15)</sup>.

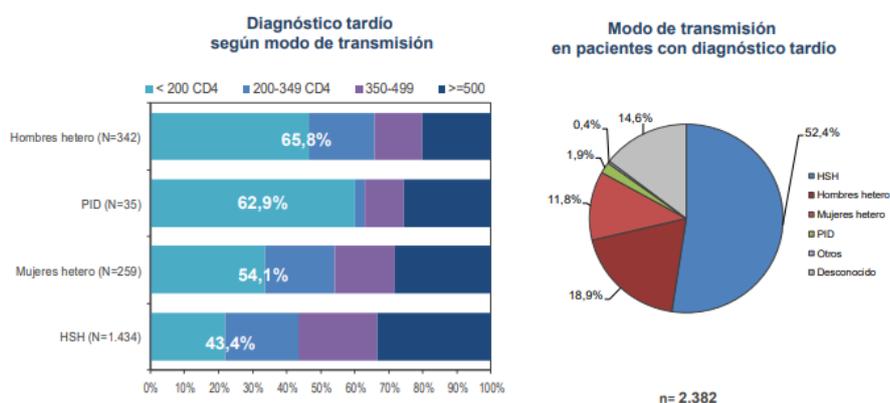


**Figura 5:** DT en nuevos diagnósticos de VIH según la zona geográfica de origen. España. 2021 <sup>(15)</sup>

Como resultado del estudio de A. Soriano-Arandes et al. realizado entre los años 2000 y 2014, el diagnóstico de la infección antes del embarazo en gestantes autóctonas fue del 85,8%, en comparación con el 57,8% de las gestantes inmigrantes <sup>(16)</sup>.

Atendiendo a la vía de transmisión, en 2021 el DT fue mayor en los casos de transmisión heterosexual en ambos sexos (65,8% en hombres y 54,1% en mujeres), mientras que los

HSH representan el menor porcentaje de demora, con un 43,4%. Esto se debe a su mayor concienciación ya que es el grupo que más frecuentemente se realiza la prueba diagnóstica. Es por eso que el CoRIS expone que existen dos veces más probabilidades de presentar DT si adquiere el VIH por vía heterosexual respecto a los HSH <sup>(17)</sup>. Sin embargo, a causa del peso que tiene este último grupo en las cifras globales, este representa el mayor porcentaje de DT con un 52,4% del total <sup>(15, 17)</sup>, como se puede observar en la Figura 6 <sup>(15)</sup>.



**Figura 6:** DT en nuevos diagnósticos de VIH según la vía de transmisión. España. 2021 <sup>(15)</sup>

Debido a la crisis financiera de 2008, España aplicó en septiembre de 2012 el Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012 y RD 1192/2012. Como resultado, se excluyó predominantemente a todas las personas inmigrantes que, aun viviendo en nuestro país carecían de permiso de residencia con la excepción de los menores de 18 años, mujeres embarazadas y urgencias <sup>(24, 25)</sup>.

Teóricamente, tras la implementación del nuevo marco legal, a los inmigrantes se les debía negar el acceso a los servicios de salud gratuitos si no cumplían con los requisitos previamente descritos, pero debido a la descentralización del SNS español, el cumplimiento de la norma dependió de la interpretación de las diferentes CCAA, siendo aplicada de forma muy heterogénea <sup>(24, 25)</sup>.

Atendiendo a la revisión de José A. Pérez-Molina et al., la Tabla 7 muestra cuáles fueron las principales medidas adoptadas por las 13 CCAA estudiadas tras la publicación del RD 16/2012 <sup>(25)</sup>.

**Tabla 7: Principales medidas adoptadas por 13 CCAA tras la publicación del RD 16/2012**

CCAA	Principales medidas tras el RDL 16/2012
Andalucía	- Mismas prestaciones y acceso que la población general.
Asturias	- Asistencia a inmigrantes irregulares si están empadronados y no poseen recursos. - Si se cumplían los requisitos, tarjeta sanitaria provisional.
Extremadura	- Asistencia a inmigrantes irregulares si están empadronados y no poseen recursos. - Creación de programa PASCAEX: cobertura en inmigrantes irregulares que lleven 6 meses empadronados y sin recursos económicos.
Galicia	- Asistencia a inmigrantes irregulares si están empadronados y no poseen recursos. - Creación del Programa Gallego de Protección Social de la Salud Pública.
País Vasco	- Asistencia a inmigrantes irregulares si están al menos 1 empadronados y no poseen recursos. - Si no había un cumplimiento de requisitos, se asignaba un médico de atención primaria para el diagnóstico y control de patologías urgentes, graves e infecciosas.
Canarias	- Asistencia a inmigrantes irregulares si están al menos 1 empadronados y no poseen recursos. - La cobertura excluyó la garantía de plazos, farmacia ambulatoria y solicitud de una segunda opinión.
C. Madrid	- Atención a los supuestos del RDL 16/2012 y además personas diagnosticadas de enfermedades de declaración obligatoria y mentales. - La atención conllevó un cobro al paciente.
Baleares	- Atención a los supuestos del RDL 16/2012 y además personas diagnosticadas de enfermedades de declaración obligatoria y mentales. - No hubo cobro de la asistencia sanitaria.
Cataluña	- Nivel de cobertura estuvo garantizado por los programas sanitarios del Departamento de Salud (destacando la prevención y la atención del SIDA/VIH; asegurando el TAR).
Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, y La Rioja	- No hubo desarrollo de normativas específicas. Las acciones se basaron en la normativa del ámbito nacional. - CyL ordenó a todos los centros sanitarios continuar con la atención a todos los pacientes que perdieron la tarjeta.

**Fuente:** *Elaboración propia basada en* <sup>(25)</sup>

Del anterior estudio destaca que Andalucía mantuvo las mismas prestaciones y acceso que la población general, siguiendo la misma línea que el trabajo de M. Gogishvili et al., que muestra que a lo largo del periodo del estudio (2012-2018) y comparándola con las otras 7 CCAA analizadas, Andalucía es la comunidad que, tras la nueva política sanitaria de 2012, siguió prestando asistencia sanitaria gratuita a los inmigrantes en situación irregular <sup>(24, 25)</sup>.

No obstante, en diciembre de 2013, como respuesta a la problemática de acceso a inmigrantes al SNS y refuerzo a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades, el Ministerio de Sanidad promulgó el RD 576/2013, produciendo un cambio en la normativa para las ‘Intervenciones Sanitarias en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública’. Este documento, que fue aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud, declaró que todas las personas, incluidos los inmigrantes en situación irregular tenían derecho a una atención médica gratuita siempre que la enfermedad infecciosa identificada estuviera sujeta a un control epidemiológico <sup>(24)</sup>.

Finalmente, para la comprensión del objetivo principal de esta revisión, se ha considerado relevante conocer el funcionamiento del modelo de atención español a pacientes seropositivos, plasmando los principales resultados del documento de Ander Rojo et al. en la Tabla 8 <sup>(26)</sup>.

**Tabla 8: Modelo de cuidados del VIH en España**

1. Identificación y captación	2. Diagnóstico	3. Gestión y cuidados clínicos
<p>Objetivos:</p> <p>Identificación de personas en riesgo para favorecer la detección precoz de la infección oculta.</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Confirmación diagnóstica previa y evaluación inicial del paciente.</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Lograr la supresión viral y recuperar la función inmunológica.</p>
<p>Oferta de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Captación de forma activa o pasiva por parte de los distintos profesionales implicados en esta fase de personas con riesgo de infección, ofreciendo test que determine el estado respecto al VIH.</li> <li>- Pruebas utilizadas: test rápidos o técnicas de ELISA</li> <li>- Seguimiento periódico de citas para poblaciones a riesgo.</li> <li>- Asegurar derivación al SS para confirmación del dx.</li> <li>- Educación sanitaria (asesoramiento para evitar o reducir conductas de riesgo,</li> </ul>	<p>Oferta de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras 1er resultado positivo, se confirma con una técnica más específica (como Western Blot).</li> <li>- Una vez confirmado dx: valoración inicial del paciente (examen físico general, realización de la historia clínica completa, y la petición de exploraciones complementarias de laboratorio (hemograma, bioquímica general, carga viral, linfocitos CD4/CD8, estudio fenotípico, serologías VHC, VHB, otras ITS, etc).</li> </ul>	<p>Oferta de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescripción de los tratamientos necesarios para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.</li> <li>- Además de prescribir TAR, también se ofrecen los tratamientos para el manejo de infecciones oportunistas coinfecciones, comorbilidades o ITS, además de profilaxis de estas enfermedades (vacunación).</li> <li>- Se valoran derivaciones a otros servicios o especialidades: ingresos</li> </ul>

<p>tanto en casos positivos o negativos, y se valora la necesidad de ofrecer profilaxis post-exposición en los casos que se requiera)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes tanto sanitario como comunitario: AP, AE, Centros de ITS, Urgencias, Centros de Transfusiones, Unidades de Atención a Drogodependencias, Centros de Salud Sexual, IP, ONGs, asociaciones, farmacias o unidades móviles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicionalmente se ofrecen cribados y ttos para cánceres y otras ITS, inmunizaciones y se valorará la derivación de algunos pacientes a otras especialidades, como a pediatría o ginecología.</li> <li>- Generalmente, las actividades de esta fase se realizan en las unidades o servicios de enfermedades infecciosas de los hospitales (realizándose en un nº de casos en otros entornos como en centros de ITS o en AP).</li> </ul>	<p>hospitalarios, cuidados de hospital de día, unidades de reproducción, unidades de atención a drogodependientes, apoyo psicológico, trabajador social...</p>
---	---	--

#### 4. Seguimiento:

##### Objetivos:

Controlar y monitorizar la evolución de la infección por VIH, así como el resto de las comorbilidades o infecciones que puedan aparecer.

##### Oferta de cuidados:

- Monitorizar la progresión de la infección a través del recuento periódico de linfocitos CD4 y carga viral.
- Si la carga es indetectable, el objetivo principal será preservar la función inmunológica y mantener la supresión viral para evitar la transmisión de la infección.
- Si la carga es detectable, el objetivo principal será realizar los cambios necesarios en el TAR para conseguir que sea indetectable.

*Fuente: A. Rojo et al. 2018. Figura 7*

## 5. DISCUSIÓN

En las últimas décadas, España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, aumentando de 923.879 inmigrantes censados en el año 2000 hasta 5.542.932 en el año 2022. Consiguientemente, el número de extranjeros con VIH ha aumentado en los últimos años, llegando a constituir este grupo en 2021 el 38,6% de los nuevos diagnósticos <sup>(15, 27)</sup>.

En la misma línea que en nuestro país, 30 estados de la UE/EEE contabilizaron en 2013, 29.157 nuevos casos de VIH, correspondiendo el 35% de estos diagnósticos a inmigrantes <sup>(28)</sup>.

En referencia a la vía de transmisión mayoritaria del VIH entre los inmigrantes de la UE, entre el año 2007 y 2012, el 87% proveniente de ASS se había contagiado mediante transmisión heterosexual. Esto contrasta con el 60% de los inmigrantes de AL cuya vía de transmisión mayoritaria fue en HSH, frente al 33% que se contagió por transmisión heterosexual. De los nuevos diagnosticados provenientes de EE destaca que el 43% de los contagiados fueron HSH, mientras que un 23% fue por consumo de drogas inyectables y un 16% mediante relaciones heterosexuales <sup>(28)</sup>.

Por lo tanto, puedo afirmar que, tanto en otros países de la UE como en España, la población inmigrante está muy representada en los nuevos diagnósticos del VIH, además de que la vía de transmisión varía en función de la procedencia geográfica.

Aunque se ha demostrado la eficacia del TAR como una de las mejores estrategias de prevención desde su introducción en el 1996 (aumenta la esperanza de vida y detiene la replicación viral), se ha podido comprobar en esta revisión que las barreras asistenciales coinciden en la población inmigrante, tanto de España como de otros países de la UE. Entre los obstáculos encontrados por esta población en los países europeos, destacarán las administrativas, las legales, las lingüísticas y culturales, así como la estigmatización de la enfermedad, sumado a la falta de conciencia al riesgo del contagio <sup>(20, 28, 29, 30, 31)</sup>.

En consonancia con lo analizado en este trabajo, los datos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) mostraron que en 2013 el porcentaje de DT en población inmigrante proveniente de países con epidemias generalizadas (59%), era mayor que las PID (52%) y HSH (37%) <sup>(29)</sup>.

Además, en el estudio de Alejandra Gullón et al. realizado en Madrid en el Hospital La Princesa entre el año 2007 y 2014, se confirma la asociación entre la condición de

inmigrante y el DT <sup>(30)</sup>.

Algunos países de Europa, entre ellos España, han aplicado leyes restrictivas en el ámbito del derecho a la salud, aun sabiendo que los inmigrantes son un grupo vulnerable al VIH. En nuestro país se aplicó el RDL 16/2012 (sustituyendo a la Ley 16/2003) y que, según expertos en derecho administrativo, economía y salud, la medida fue considerada desproporcionada e ineficaz, ya que excluyó aproximadamente a 500.000 inmigrantes en situación irregular, aunque con excepciones. Otros países europeos fueron aún más restrictivos, como es el caso de Suecia y Austria, los cuales no ofrecieron asistencia gratuita a inmigrantes en situación irregular, contrastando por ejemplo con Francia, que ofreció asistencia sanitaria gratuita a aquellos extranjeros que residieran durante un mínimo de tres meses en el país y se encontrasen por debajo de un determinado nivel de ingresos <sup>(20, 24, 32)</sup>.

### **5.1. Limitaciones y fortalezas**

Una de las principales **limitaciones** encontradas al hacer esta revisión, fue recopilar artículos en los que se discutiesen datos epidemiológicos del VIH actualizados, tanto a nivel nacional como internacional. Casi ningún artículo hacía alusión a ninguna variante de VIH, con lo que se ha obviado exponer en esta revisión tal información. Además, debido a que en España los distintos sistemas de vigilancia de las CCAA han abarcado progresivamente a la población, pasando del 34,5% en 2003, hasta el 100% en el año 2013, en esta revisión también se han utilizado los datos aportados por los registros autonómicos de SIDA desde el año 1981, ya que presentó desde el inicio una cobertura total a nivel nacional.

En cuanto a las **fortalezas** destaco el amplio abanico de recursos encontrados, ya que es un virus del que poseemos numerosos estudios y estadísticas, por lo que no tuve dificultad en encontrar documentación para realizar mi revisión. Además, respecto a la inmigración, también se ha podido encontrar numerosa información, ya que es un fenómeno creciente tanto en el ámbito nacional como internacional.

## **5.2. Futuras líneas de investigación**

Como futura línea de investigación para este trabajo, se ha planteado analizar las nuevas barreras que han podido aparecer tras la irrupción del COVID-19 en los inmigrantes seropositivos.

## **6. CONCLUSIONES**

- Desde la década de los 90 hasta la actualidad, la epidemiología del VIH/SIDA ha sufrido numerosos cambios, pasando de tener en 1995 una máxima incidencia entre las PID, hasta prevalecer en la actualidad el contagio por la vía sexual (destacando la de los HSH).
- La población inmigrante constituye alrededor de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH en nuestro país. Atendiendo al lugar de origen, la vía de transmisión variará, siendo la predominante la vía sexual entre hombres si provienen de AL y EO, mientras que, si son originarios de ASS, la predominante será la vía heterosexual.
- Este grupo poblacional, debido a su contexto sociocultural, lingüístico, económico, laboral, administrativo y legal, forma un grupo heterogéneo, siendo especialmente vulnerable al VIH. Es por esto, que los procedentes de otros países se han encontrado barreras asistenciales debido principalmente al racismo, xenofobia, estatus migratorio, servicios sanitarios inadaptados a su lengua y cultura, tiempos de espera prolongados, trámites administrativos, miedo a perder el estatus social y políticas de salud.
- Una demora en el acceso a la atención médica podrá dar lugar a un DT. Este retraso en el diagnóstico es más frecuente en inmigrantes que en españoles, conllevando un impacto negativo en la clínica del paciente (aumentando según el CoRIS 5,22 veces las probabilidades de fallecer en comparación con lo diagnosticados precozmente) y en la transmisión comunitaria. Esta demora varía en función de la procedencia y del mecanismo de transmisión.
- El RDL 16/2012 aplicado en septiembre del 2012 excluyó predominantemente a todas las personas inmigrantes que carecieran de permiso de residencia (a excepción de los menores de 18 años, mujeres embarazadas y casos de urgencias). Pero fue debido a la descentralización del SNS, el motivo por el cual esta legislación se aplicó de manera heterogénea, ofreciendo algunas CCAA un nivel de acceso más alto que otras.

## 7. **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Fernández-Martínez JL, Boga JA, de Andrés-Galiana E, Casado L, Fernández J, Menéndez C, et al. Trop Med Hyg. 20 de septiembre de 2021;105(5):1413-9.
- 2) Rojo Marcos G, Cuadros González J, Arranz Caso A. Enfermedades infecciosas importadas en España. Med Clin (Barc). octubre de 2008;131(14):540-50.
- 3) Hernando Rovirola C, Ortiz-Barreda G, Galán Montemayor JC, Sabidó Espin M, Casabona Barbarà J. Infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España: revisión bibliográfica. Revista Española de Salud Pública. diciembre de 2014;88(6):763-81.
- 4) Cura del VIH: Dónde estamos, vacuna y avances importantes [Internet]. Healthline. 2019 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/es/cura-del-vih>
- 5) Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [citado 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- 6) (de Mendoza C, Cabezas T, Caballero E, Requena S, Amengual MJ, Peñaranda M, et al. HIV type 2 epidemic in Spain: challenges and missing opportunities. AIDS. 19 de junio de 2017;31(10):1353-64. ; VIH-1 y VIH-2: Diferencias y similitudes [Internet]. 2021 [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/vih-1-y-vih-2>).
- 7) El SIDA y las infecciones oportunistas | Vivir con el VIH | Información básica | VIH | CDC [Internet]. 2022 [citado 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/opportunisticinfections.html>
- 8) Enfermedades infecciosas globales | IrsiCaixa [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.irsicaixa.es/es/investigacion-e-innovacion/lineas-estrategicas/enfermedades-infecciosas-globales>
- 9) El coste de tratamiento de VIH/sida varía de 3.700 a 9.700 euros por paciente y año | @diariofarma [Internet]. diariofarma. 2016 [citado 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://diariofarma.com/2016/06/10/el-coste-de-tratamiento-de-vihsida-varia-de-3-700-a-9-700-euros-por-paciente-y-ano>
- 10) @NatGeoES. El SIDA: origen, transmisión y evolución del enfermedad [Internet]. National Geographic. 2009 [citado 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/sida>
- 11) El VIH en España [Internet]. EresVIHda. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eresvihda.es/que-es-el-vih/vih-una-historia-de-40-anos/datos-en-espana/>
- 12) Caro-Murillo AM, Castilla Catalán J, Amo Valero J del. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. Gaceta Sanitaria. enero de 2010;24(1):81-8.
- 13) de Sida Para, P. F. A. L. A. E. (s/f). CLAVES PARA ENTENDER EL ENFOQUE DE ACCIÓN ACELERADA. Unaid.org. Recuperado el 12 de mayo de 2023, de [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/201506\\_JC2743\\_Understanding\\_FastTrack\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf)
- 14) Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Mortalidad por VIH y sida en España, año 2020. Evolución 1981-2020. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública. Madrid; 2022.
- 15) Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2022.
- 16) Soriano-Arandes A, Noguera-Julian A, López-Lacort M, Soler-Palacín P, Mur A, Méndez M, et al. El embarazo como una oportunidad de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres inmigrantes en Catalunya. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1 de enero de 2018;36(1):9-15.

- 17) Morán Arribas M, Rivero A, Fernández E, Poveda T, Caylá JA. Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1 de septiembre de 2018;36:3-9.
- 18) Monge S, Pérez-Molina JA. Infección por el VIH e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1 de agosto de 2016;34(7):431-8.
- 19) Ndumbi P, del Romero J, Pulido F, Velasco Arribas M, Drona F, Blanco Ramos JR, et al. Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *European Journal of Public Health*. 1 de junio de 2018;28(3):451-7.
- 20) Granés L, Polo R, López L y del Amo J. Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. Ministerio de Sanidad. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; 2022.
- 21) Llenas-García J, Rubio R, Hernando A, Fiorante S, Maseda D, Matarranz M, et al. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1 de octubre de 2012;30(8):441-51.
- 22) Gogishvili M, Huang TTK, Costa SA, Florez K, Mateu-Gelabert P, Valls MRA, et al. Late HIV diagnosis among immigrants in Spain vs. native-born Spaniards, 2010-15. *Eur J Public Health*. 1 de diciembre de 2021;31(6):1123-8.
- 23) Marcotegui MR, Echezuri EL, Padrós JR, Olaiz CI, Cruchaga MJA, Ayestarán JÚ. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37.
- 24) Gogishvili M, Costa SA, Flórez K, Huang TT. Policy implementation analysis on access to healthcare among undocumented immigrants in seven autonomous communities of Spain, 2012-2018. *BMJ Open*. 21 de junio de 2021;11(6):e045626.
- 25) Pérez-Molina JA, Pulido F. ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1 de agosto de 2015;33(7):437-45.
- 26) Rojo A, Arratibel P, Bengoa R et al. Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH [Internet]. *viivhealthcare.com*; 2018 [Citado 19 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es\\_ES/documents/vhc2-es-modelo-optimo-atencion-vih.pdf](https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-modelo-optimo-atencion-vih.pdf)
- 27) INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. [citado 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
- 28) Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S, et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health*. 10 de diciembre de 2015;15:1228.
- 29) Álvarez-Del Arco D, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Burns F, Noori T, Del Amo J. Implementing and expanding HIV testing in immigrant populations in Europe: Comparing guideline's recommendations and expert's opinions. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. enero de 2017;35(1):47-51.
- 30) Gullón A, Verdejo J, de Miguel R, Gómez A, Sanz J. Factors associated with late diagnosis of HIV infection and missed opportunities for earlier testing. *AIDS Care*. octubre de 2016;28(10):1296-300.
- 31) Fakoya I, Álvarez-Del Arco D, Copas AJ, Teixeira B, Block K, Gennotte AF, et al. Factors Associated With Access to HIV Testing and Primary Care Among Migrants Living in Europe: Cross-Sectional Survey. *JMIR Public Health Surveill*. 6 de noviembre de 2017;3(4):e84.
- 32) La atención sanitaria a los inmigrantes irregulares: una comparación europea [Internet]. Real Instituto Elcano. [citado 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/la-atencion-sanitaria-a-los-inmigrantes-irregulares-una-comparacion-europea/>

## 8. ANEXOS

*Anexo 1: Tabla de estudios utilizados en esta revisión*

TÍTULO	FECHA	AUTOR	TIPO	MUESTRA
Mortalidad por VIH y Sida en España. Evolución 1981-2021	Marzo de 2023	Ministerio de Sanidad de España	Estudio descriptivo	
Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2021	30 de junio de 2022	Ministerio de Sanidad de España	Análisis descriptivo	
El embarazo como oportunidad para el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres inmigrantes en Cataluña	Junio de 2018	Antoni Soriano-Arandes et al	Estudio observacional	Parejas madre-hijo expuestas al VIH, que fueron atendidas en 12 hospitales de Cataluña
Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria	15 de agosto de 2018	Mónica Morán Arribas et al	Revisión	
Infección por VIH e inmigración.	Agosto-septiembre de 2016	Susana Monge et al	Revisión	
Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain	8 de enero de 2018	Patricia Ndumbi et al	Encuesta transversal	765 migrantes adultos seropositivos en 18 entornos de atención medica

Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España	Marzo de 2022	Laura Granés et al	Revisión	
Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos	23 de febrero de 2012	Jara Llenas-Harcía et al	Estudio retrospectivo	371 casos de extranjeros atendidos en la U. del VIH del H. 12 de Octubre, Madrid.
Late HIV diagnosis among immigrants in Spain vs. native-born Spaniards, 2010–15	18 de agosto de 2021	Megi Gogishvili et al	Análisis descriptivo	1488 inmigrantes subsaharianos, latinoamericanos y 4455 españoles nativos
Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas	28 de julio de 2014	M. Rivero Marcotegui et al	Regresión logística	265 pacientes seropositivos
Policy implementation analysis on access to healthcare among undocumented immigrants in seven autonomous communities of Spain, 2012-2018	25 de mayo de 2021	Megi Gogishvili et al	Revisión	

¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España?	13 de octubre de 2014	José A. Pérez-Molina et al	Revisión	
Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH	Julio de 2018	Ander Rojo et al	Revisión + investigación	

**Fuente:** *Elaboración propia*