

# PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN INMIGRANTES Y MINORÍAS ÉTNICAS



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA  
Y CONSUMO

SECRETARÍA DEL PLAN  
NACIONAL SOBRE EL SIDA

**DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN**

Julia del Amo  
María José Belza  
Susana Castillo  
Alicia Llácer

Edita y distribuye:  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
Centro de Publicaciones  
Paseo del Prado, 18-20.-28014 Madrid  
N.I.P.O.: 351-00-051-0  
Depósito Legal: AV-12-2001  
Imprime: MUJÁN, Industrias Gráficas Abulenses.

# ÍNDICE

---

## PRESENTACIÓN

María Dolores Flores Cerdán. *Directora General de Salud Pública y Consumo.*  
*Ministerio de Sanidad y Consumo.*

Francisco Parras Vázquez. *Secretario del Plan Nacional Sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo* ..... 5

SÍNTESIS DEL DOCUMENTO ..... 7

## CAPÍTULO I

LA INMIGRACIÓN EXTRANJERA EN ESPAÑA, 2000

Miguel Ángel de Prada, Walter Actis y Carlos Pereda. *Colectivo Ioé* ..... 17

## CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN EL MUNDO

Jesús Castilla. *Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA* ..... 27

## CAPÍTULO III

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN ESPAÑA

Jesús Castilla. *Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA* ..... 33

CAPÍTULO IV ..... 39

4.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN MINORÍAS ÉTNICAS E  
INMIGRANTES EN ESPAÑA.

Jesús Castilla y Julia del Amo. *Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA* ..... 41

4.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS EN ESPAÑA

Mercedes Díez y Teresa Caloto *por el grupo de trabajo del PMIT. Unidad de Investigación en  
Tuberculosis-Instituto de Salud Carlos III* ..... 51

## CAPÍTULO V

ACTIVIDADES DE LA SPNS EN EL ÁREA DE INMIGRANTES MINORÍAS ÉTNICAS ..... 59

5.1. Apoyo técnico y financiación de actividades de prevención a las ONGs  
y Comunidades de Base.

Angela Bolea. *Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA* ..... 61

5.2. Plan Multisectorial: Actividades de prevención de VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas en las Comunidades Autónomas. Julia del Amo y Mónica Suárez. <i>Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA</i> .....	63
5.3. Participación de Redes Nacionales e Internacionales.....	66
5.4. Redes Internacionales.....	75
5.4.1. Red Europea AIDS&Mobility Julia del Amo. <i>Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA</i> .....	75
5.4.2. Red Europea entre las comunidades de África Subsahariana y los agentes de salud para la prevención de VIH/SIDA Susana Castillo. <i>Departamento de Salud Internacional - Instituto de Salud Carlos III</i> .....	77
5.5. Campaña de prevención del VIH/SIDA en inmigrantes M <sup>a</sup> José Belza, Angela Bolea, Mónica Suárez y Julia del Amo. <i>Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA</i> ...	80
5.6. Cooperación internacional en materia de VIH/SIDA Isabel Noguer. <i>Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA</i> Paloma Cuchí. <i>Programa ITS/SIDA. Organización Panamericana de la Salud</i> .....	81
<b>CAPÍTULO VI</b>	
EXPERIENCIA DE TRABAJO DE LOS COLECTIVOS. IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN CULTURAL EN LA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS.....	87
6.1. Programas de salud comunitaria adaptados culturalmente para población inmigrante Marisa Ros. <i>Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas y Vacunación Internacional. Centro Drassanes. Barcelona</i> .....	89
6.2. La mediación sanitaria con población extranjera: Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración Ali Kadhim Qassim. <i>Escuela de Mediadores Sociales (EMSI). Madrid</i> .....	91
6.3. Trabajar en prevención del VIH con Comunidades de Inmigrantes desde la base: la experiencia sueca Mariana Buzzaglo. <i>Folkhanlsoinstitutet-Instituto de Salud Pública. Estocolmo. Suecia</i> .....	93
6.4. La percepción del SIDA en la Comunidad Gitana en España ¿Cómo intervenir?. Patricia Bezunarte. <i>Responsable del área de salud. Secretariado General Gitano. Madrid</i> .....	96
6.5. La precariedad social y laboral de los inmigrantes en España: una barrera para la prevención del VIH. Norberto Masa Akapo. <i>El Colectivo. Sevilla</i> .....	99
6.6. Programas de médicos del mundo dirigidos a personas extranjeras sin recursos. M. Ángeles Rodríguez Arenas. <i>Responsable de Cuarto Mundo. Médicos del Mundo. Madrid</i> .....	100
<b>CONCLUSIONES</b> .....	107
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	109

# PRESENTACIÓN

---

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España que ha ido adquiriendo protagonismo en los últimos 10 años y que plantea numerosos retos, tanto sanitarios como sociales; la prevención y el tratamiento de la infección por VIH y la problemática asociada es uno de ellos. Los aspectos relacionados con la infección por VIH en inmigrantes y minorías étnicas, deben contemplarse desde una perspectiva amplia que permita identificar los problemas específicos de estos colectivos y adaptar las actividades de prevención y de asistencia a sus necesidades.

La epidemia de SIDA en España, que ha acumulado un total de 58.091 casos de SIDA hasta Junio del 2000, ha afectado principalmente a los usuarios de drogas por vía parenteral lo que ha determinado las áreas prioritarias de prevención desarrolladas desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. De los 2.536 casos de SIDA diagnosticados en 1999, el 58% eran usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral, porcentaje muy superior al de las diferentes categorías de transmisión (19% en personas con prácticas heterosexuales de riesgo y 12% en hombres con prácticas homosexuales de riesgo).

En los últimos años y en respuesta al aumento progresivo de inmigrantes que están llegando a España en situación de vulnerabilidad frente a la infección por VIH, la SPNS empezó a trabajar en aspectos relacionados con la inmigración, las minorías étnicas y el VIH. Hasta junio de 2000, se habían declarado 1.076 casos de SIDA en personas cuyo país de origen era diferente a España, lo que representa un 1,9% del total de casos. Aunque la inmigración es heterogénea, una proporción importante de estas personas tiene serias limitaciones para la atención sanitaria debido tanto a barreras legales como culturales, lo que les hace vulnerables a diferentes patologías y en especial al VIH.

La Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA ha venido desarrollando diferentes actividades en el área de inmigrantes/minorías étnicas que se describen con más detalle a lo largo de este informe. Esta labor no hubiese sido posible sin el trabajo incansable de las ONGs y las Asociaciones de Inmigrantes así como del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad y el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, además de muchas otras instituciones de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas que han apoyado y siguen apoyando estas iniciativas.

El objetivo de este informe es reunir en un primer documento las actividades que desde distintos ámbitos se está desarrollando desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA en el campo del VIH en inmigrantes y minorías étnicas e identificar las necesidades en las que tenemos que trabajar a corto y

a largo plazo. Con ello se pretende mejorar la coordinación entre diferentes instituciones para lograr una mayor eficiencia en las intervenciones así como estimular el intercambio de ideas y experiencias. Esperamos seguir contando con el entusiasmo de todas las personas que tanto directa como indirectamente colaboran en la prevención del VIH/SIDA en minorías étnicas e inmigrantes y desde aquí reiteramos el compromiso de la SPNS para trabajar por ello.

**Dolores Flores Cerdán**

*Directora General de Salud Pública y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo*

**Francisco Parras Vázquez**

*Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA, Ministerio de Sanidad y Consumo*

# SÍNTESIS DEL CONTENIDO

---

## Justificación

Los aspectos relacionados con la salud y la inmigración son de gran importancia en el momento actual y deben ser abordados desde una perspectiva amplia que contemple los diferentes condicionantes que influyen en la salud de los inmigrantes. Dentro de los problemas de salud de los inmigrantes en España, el VIH/SIDA y la tuberculosis asociada requiere una reflexión especial por las consecuencias potencialmente negativas a las que pudiera llevar una interpretación errónea del tratamiento del VIH/SIDA y la inmigración.

Es importante puntualizar que el término «inmigrante» es difícil de definir ya que dentro de este colectivo se incluyen personas de muy diversos orígenes. Como se describe en el capítulo 1, los fenómenos migratorios se caracterizan actualmente por su heterogeneidad encontrándonos flujos de personas de muy diversa índole; desde refugiados de guerra, refugiados económicos, mano de obra barata, trabajadores altamente cualificados, estudiantes, directivos y empresarios. Dentro de esta gran diversidad, encontramos movimientos temporales, migraciones circulares (idas y vueltas sucesivas), grupos con estabilidad jurídica, grupos que emigran libremente y aquellos que están sometidos al tráfico de personas. Este trabajo, no obstante, se va a concentrar en aquellos colectivos más vulnerables; los refugiados económicos y/o políticos procedentes en su mayor parte de los países en vías de desarrollo. De la misma manera, la utilización del concepto de minoría étnica en este trabajo se va a referir fundamentalmente al grupo de mayor entidad en España; la etnia gitana que se describe con más detalles en el apartado 6.4 del capítulo VI.

En los años 80, coincidiendo con el inicio de la epidemia, a muchos países europeos les preocupó que los inmigrantes pudieran ser una vía de entrada del VIH. Sin embargo, 20 años después, sabemos que la epidemia europea ha sido fundamentalmente autóctona, reconociéndose que las poblaciones móviles y los inmigrantes son más vulnerables a la infección por VIH ya que en ellos concurren factores como la precariedad social y económica y el desarraigo cultural y afectivo.

Debido a que el fenómeno de la inmigración en España cobra importancia durante los años 90, ya entrados en la epidemia del SIDA, España hasta cierto punto estuvo ajena a esa reflexión, que se plantea en el momento actual en medio de un clima de desconocimiento y desconcierto que pudiera distorsionar la verdadera dimensión del problema.

La infección por VIH, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual son enfermedades transmisibles por lo que su control y tratamiento constituyen una responsabilidad de las Administraciones Públicas, dentro del marco de la Ley General de Sanidad. Es importante recordar que las enfermedades transmisibles, ya sea por vía aérea, sexual o sanguínea, implican un riesgo de infección a otros y que su manejo y tratamiento correcto son garantía de la protección de toda la comunidad. Por ello, hay que intentar superar las limitaciones del marco legal y priorizar sobre cualquier otra consideración el derecho a la salud de estas poblaciones.

El objetivo de este documento es realizar una aproximación a los aspectos más relevantes de la prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas en España. Se pretende describir la situación epidemiológica actual, resumir las principales actividades que se están realizando desde la administración y el movimiento ciudadano para sacar unas conclusiones que permitan estructurar unas recomendaciones con las que empezar a trabajar de una forma articulada con los diferentes actores que trabajan en la prevención de VIH/SIDA en estos colectivos.

## **Dimensión del problema**

### **Dimensión del fenómeno de la inmigración en España**

El fenómeno inmigratorio es relativamente reciente en España y si bien la población inmigrante ha estado aumentando en los últimos años, es difícil prever su dinámica y composición debido a las restricciones o sesgos derivados del proceso de regulación que dejan sin contabilizar en las estadísticas oficiales a un número importante de personas. El capítulo 1 nos describe cual ha sido el patrón migratorio en España en los últimos años, cuáles son las áreas de procedencia más numerosas, la distribución por sexo y edad y las Comunidades Autónomas de asentamiento. Podemos ver cómo la inmigración es un fenómeno creciente en España, cómo en las últimas décadas España se ha ido transformando de ser un país de emigración a un país de inmigración, aunque la proporción de españoles fuera (2 millones aproximadamente) sigue siendo mayor que la proporción de inmigrantes en España (en torno a un millón después de las solicitudes presentadas a la regularización del año 2000). Asimismo, la proporción de inmigrantes en España (2,5%) es inferior a la media del Espacio Económico Europeo (4,8%). Contrariamente a lo que ha ocurrido en los países europeos con tradición migratoria, en España gran parte de los inmigrantes ha procedido de países del 'Primer Mundo' y sólo en los últimos 10 años, el peso relativo de los provenientes del Tercer Mundo se ha ido incrementando. Los últimos datos disponibles desagregados por países de procedencia son los referidos al 31-12-98; los datos de 1999 y el resultado de la regularización de 2000 aún no han sido publicados por países de origen. Según los datos de 1998, el segmento mayor estaba compuesto por los procedentes de la Unión Europea (40%), seguidos por los del Magreb (20%) y por Iberoamérica (18%). De las seis nacionalidades con mayor presencia en España, sólo una (Marruecos) no pertenece a la U.E. (Gran Bretaña, Alemania, Portugal, Francia e Italia); estos seis países agrupaban al 53% de los residentes. Una estimación provisional, basada en la desagregación de determinados orígenes de procedencia en las solicitudes de regularización de 2000, señala el incremento notable del peso de los procedentes del Magreb, seguidos por los de Iberoamérica y asiáticos. Aún así es posible que en el 2000 el grupo de los europeos siga siendo el mayor o esté a la par con los originarios del Magreb. Esta afirmación sigue chocando con la percepción de la opinión pública y los medios de comunicación, obsesionados con el problema de la supuesta invasión de inmigrantes de países pobres.

En 1998, más del 50% de las personas procedentes de los países del «Tercer Mundo» residían en Cataluña y Madrid. Después del proceso de regularización del año 2000, el 50% se localizaba en Cataluña, Madrid y Andalucía. El porcentaje alcanza el 80% si añadimos la Comunidad Valenciana, Canarias y Baleares. Las personas procedentes de África representan el 65% de los inmigrantes de Andalucía, el 41% de los de Barcelona y el 20% Madrid, mientras que las procedentes de Iberoamérica son más numerosas en Madrid, 38%, (19% en Cataluña y 8% en Andalucía). El patrón de feminización es también diferente en función de la nacionalidad de origen con una mayor proporción de mujeres iberoamericanas y una mayor proporción de hombres africanos (a excepción de Guinea y Cabo Verde). La distribución etaria es también diferente a la población española con una mayor proporción de jóvenes en edad laboral.

## Dimensión de la infección por VIH/SIDA en personas con país de origen diferente a España

Para entender la epidemiología de la infección por VIH/SIDA en personas con país de origen diferente a España es necesario conocer la situación epidemiológica en los países de origen, la situación en el país de llegada, España, y las condiciones de vulnerabilidad o riesgo para la infección por VIH a las que están expuestos. Es importante señalar que por exigencia del mercado de trabajo al que tratan de incorporarse, las personas que inmigran constituyen básicamente una población joven y sana, produciéndose, el «efecto del emigrante sano». Sin embargo, la situación de precariedad legal, socioeconómica, laboral y familiar les puede hacer muy vulnerables a los riesgos para su salud en el país de acogida, y en concreto para el VIH/SIDA.

Para ello, el capítulo II describe brevemente la epidemia del VIH/SIDA en el mundo y cita las cifras publicadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) que estimaba que a finales de 2000 había en el mundo 36,1 millones de personas vivas infectadas por el VIH o con SIDA y que otros 21,8 millones de personas habían muerto por esta causa desde el comienzo de la epidemia. Vemos como África sub-Sahariana es la región más afectada por la pandemia de SIDA, ya que allí viven más de dos terceras partes de las personas infectadas. España fue durante muchos años el país más afectado de la Unión Europea, pero desde 1998 Portugal presenta las mayores tasas de SIDA. En este capítulo se describe la epidemia del SIDA en las diferentes partes del mundo y se puede comprobar cómo la mayoría de los inmigrantes que han llegado a España en los últimos 20 años proceden de países donde la prevalencia de la infección por VIH/SIDA es baja.

En el capítulo III se describe la epidemia del SIDA en España y cómo a principios de los ochenta, el VIH se propagó rápidamente entre los usuarios de drogas inyectadas alcanzándose prevalencias superiores al 50%. Desde el principio de la epidemia hasta junio del 2000, se han producido en España 58.091 casos de SIDA; el 64% se han producido en usuarios de drogas por vía parenteral, el 14% entre hombres con prácticas homosexuales de riesgo y el 12% en heterosexuales con prácticas de riesgo. Sin embargo, la proporción de casos SIDA entre heterosexuales ha aumentado en los últimos años y de los 2.536 casos declarados sólo en 1999, el 58% se ha producido en usuarios de drogas por vía parenteral, el 19% en heterosexuales con prácticas de riesgo y el 12% entre hombres con prácticas homosexuales de riesgo. El número de casos de SIDA alcanzó su valor máximo en 1994 con 7303 casos, registrándose una caída superior al 60% en los cinco años siguientes. A ello han contribuido el conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria; pero fue entre 1996 y 1997 cuando el descenso se hizo más pronunciado (27%) coincidiendo con la extensión de las terapias antirretrovíricas de alta actividad que han mejorado la calidad de vida y la supervivencia de las personas infectadas. Estos nuevos tratamientos han sido responsables de la disminución de los casos de SIDA y de la mortalidad en los pacientes VIH+ en aquellas partes del mundo cuyos sistemas sanitarios pueden asumir ese gasto por lo que la tendencia de los casos de SIDA en estos países está también reflejando el grado de accesibilidad al diagnóstico temprano de VIH y a los tratamientos por parte de los diferentes sectores de la población.

En el capítulo IV se describe la epidemiología de la infección por VIH/SIDA en personas con país de origen distinto a España. En números absolutos, esto suponía, a junio del 2000, sólo 1.076 personas de los 58.091 casos de SIDA diagnosticados desde el principio de la epidemia; lo que representa un 1,9%, porcentaje que asciende a 2,4% si se analizan sólo aquellas comunidades autónomas que realizan una buena recogida de la variable país de origen. Esto pone de manifiesto que en España, el SIDA es un problema autóctono. Es importante recordar también que el SIDA es habitualmente una consecuencia tardía de la infección por VIH por lo que el Registro Nacional de casos de SIDA no permite distinguir entre las personas que se infectaron en sus países de origen y las que se han infectado en España. Como se deduce del capítulo III, dentro del contexto mundial de la epidemia de

VIH/SIDA, España se sitúa en un nivel intermedio de afectación respecto a otros países. Las tasas de infección en España son claramente inferiores a las que se registran en la práctica totalidad de África sub-Sahariana, y en algunos países del Caribe y de Asia. Por el contrario, superan a las de la mayoría de los países de la Unión Europea excepto Portugal y del norte de África.

La procedencia más frecuente de los 1.076 casos de SIDA en personas con origen distinto a España es Europa (41%), seguida de África (28%) y de las Américas (27%). Entre los casos europeos, el país de procedencia más frecuente de estos casos de SIDA es Portugal con 123 casos y entre los casos africanos, 71 procedían del Norte de África y 210 de África Sub-Sahariana. La forma de adquisición de la infección por VIH de estas personas es, con excepciones de interés, similar a la de los países de origen. Así, el 78% de los casos procedentes de Portugal eran usuarios de droga por vía parenteral, el 82% de los procedentes de América del Norte eran hombres homo/bi sexuales y el 58% de los procedentes de África Sub-Sahariana se habían infectado por relaciones heterosexuales. Sin embargo, en este último colectivo hay un 29% de casos donde la vía de transmisión es desconocida aunque posiblemente sean casos heterosexuales cuya información no se ha reflejado en la hoja de recogida de datos. Resulta llamativo que el 48% de los sujetos de los países del Norte de África se hayan infectado por consumo de drogas inyectadas, mecanismo de infección poco frecuente en los países de origen pero la más frecuente en el país de acogida. La adquisición de estos nuevos hábitos de conducta, que también se ha observado en los programas de intercambio de jeringuillas y en otros centros de atención a drogodependientes en España, ya había sido descrita en jóvenes magrebíes que emigran a otros países europeos y precisaría de actividades de prevención específica a este colectivo.

Las comunidades autónomas que han declarado más casos de SIDA en personas con país de origen distinto a España son Cataluña, Andalucía y Madrid, pero el porcentaje de casos de SIDA más alto debido a personas con país de origen distinto a España se encuentra en Melilla, Canarias y Baleares. En las islas, no obstante, los casos de SIDA en personas con origen distinto a España, se han producido fundamentalmente en miembros de la comunidad gay.

El análisis de la situación epidemiológica de la infección por el VIH plantea mayores dificultades que el del SIDA, y hasta la década de los noventa no se dispuso en España de estrategias consolidadas de vigilancia de esta infección. Esta 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 pacientes que acuden a los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual, los usuarios de drogas inyectadas, hombres homosexuales y personas que ejercen la prostitución. Con los datos disponibles hasta el momento, no se evidencian diferencias de prevalencia de VIH en los diferentes colectivos que ejercen la prostitución; mujeres, hombres y travestis en función del país de procedencia pero sí se evidencia un elevado y creciente porcentaje de personas extranjeras en el colectivo que ejerce la prostitución en España.

La evolución de la tendencia de los casos de SIDA en personas con país de origen diferente a España es heterogénea ya que los procedentes de Europa (con excepción de Portugal) y las Américas siguen un patrón similar al de los casos de SIDA en españoles descrito en el capítulo III, alcanzándose un pico entre los años 1994-96 para después observarse una disminución progresiva que coincide con la introducción de los nuevos tratamientos antiretrovíricos lo que sugiere que este descenso, al igual que en la población española, está fuertemente condicionado por el acceso al sistema sanitario y a los tratamientos. Por ello, aquellos grupos con peor acceso estarán experimentando un menor descenso del número de casos de SIDA. Esta podría ser una de las causas que explicasen la tendencia ascendente de los casos de SIDA entre los originarios de África Sub-Sahariana y los procedentes de Portugal. Los datos no permiten sacar conclusiones sobre el posible país de infección dentro de estos dos grupos pero

sí apuntan a un peor acceso al sistema sanitario y a un diagnóstico (y por tanto tratamiento) más tardío. Es importante poner en marcha programas de diagnóstico precoz con el fin de instaurar tratamientos antiretrovirales en estos colectivos.

La tuberculosis es la enfermedad definitoria de SIDA más frecuente en España siendo responsable del 37% de todos los diagnósticos iniciales en el período 1994-99 y es también la enfermedad más frecuente entre los casos de SIDA con país de origen diferente a España con excepción de los procedentes de los países occidentales. La tuberculosis representó el 54% de los diagnósticos iniciales de SIDA entre los originarios de Portugal, el 53% entre los de África del Norte y el 50% entre los Sub-Saharianos. La frecuencia de TB en los casos de SIDA en personas de países occidentales en España es mayor que en sus países de origen. La tuberculosis, además de ser la única enfermedad grave transmisible por vía aérea desde los sujetos VIH positivos a los VIH negativos, es también una enfermedad prevenible y frente a la que hay profilaxis eficaz que previene el desarrollo de la enfermedad en personas infectadas. Estas elevadas cifras de co-enfermedad apuntan a un diagnóstico tardío de ambas en este colectivo lo que es un elemento favorecedor de la transmisión y apuntan a la necesidad de programas de detección precoz para instaurar tratamientos eficaces frente a las dos infecciones. En enfermedades contagiosas por vía aérea, como la tuberculosis, las barreras de acceso a los servicios sanitarios favorecen la mayor transmisión de la enfermedad en la comunidad. Es posible que, además de otras barreras sociales y culturales, los problemas relacionados con la situación administrativa irregular de algunas de estas personas enfermas influyan negativamente a la hora de acudir al sistema sanitario por miedo ser identificados. Se ha prestado poca atención a estudiar el riesgo económico y sanitario que supone no prestar atención a los problemas de salud de los inmigrantes.

La segunda parte del capítulo IV describe la epidemiología de la tuberculosis en los extranjeros en España que ocupa el segundo lugar en incidencia de tuberculosis de la Unión Europea, con una tasa sólo superada por Portugal. El VIH es el factor de riesgo conocido más potente para el desarrollo de la tuberculosis por lo que la aparición del VIH en España en los años 80 provocó un aumento de los casos de tuberculosis. En este capítulo se presentan los datos procedentes del PMIT (Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis) que recoge el país de procedencia de los casos de tuberculosis diagnosticados en el período de Mayo de 1996 a Abril de 1997 en 13 comunidades autónomas. Estos datos ponían de manifiesto que los casos de tuberculosis ese año en personas de procedencia diferente a España suponían sólo un 3% (303 casos), cifra mucho más baja que en otros países europeos por lo que no puede deducirse que los extranjeros en ese momento contribuyesen a la carga de tuberculosis de forma importante. De los 303 casos en personas con origen diferente a España, el 56% procedían de África, el 16% provenían de Europa y el 12% de América. En cuanto al país de procedencia, Marruecos era el país más numeroso seguido de Portugal. El porcentaje de personas VIH+ entre los casos de tuberculosis en extranjeros fue más bajo que entre los españoles (12,9% vs 12,5%) así como también fue más bajo el uso de drogas por vía parenteral. Sin embargo, la proporción de alcohólicos y de enfermos de tuberculosis extranjeros que se encontraban en colectivos cerrados (prisión, albergues) fue más alta y la proporción de enfermos sin domicilio fue casi 5 veces mayor. En el momento del diagnóstico de la tuberculosis, la enfermedad estaba más avanzada en los enfermos extranjeros como sugieren el mayor porcentaje de cavitación pulmonar y de baciloscopias positivas y el mayor tiempo de demora entre la aparición de síntomas y la consulta al médico. Sin embargo, una vez que el paciente llega al médico, la tuberculosis en extranjeros se diagnostica antes, probablemente como consecuencia de una mayor sospecha diagnóstica y reflejando que las principales barreras de acceso están fuera y no dentro del sistema hospitalario. Aunque el tratamiento directamente observado de la tuberculosis fue más frecuente en extranjeros que en españoles (8,4% vs 5,3%), sigue siendo bajo dadas las características de exclusión social de este grupo. A pesar de ello, sería necesario poner en marcha estrategias adecuadas a sus características sociales para facilitar el diagnóstico

precoz, la toma adecuada de la medicación para facilitar su curación y así, contribuir a disminuir la transmisión de la infección en la comunidad.

## **Principales actores en la prevención del VIH/SIDA: Las respuestas desde la administración y las ONGs y Asociaciones de Inmigrantes**

En el momento actual, las respuestas desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y las Comunidades Autónomas y su coordinación con otras administraciones no están adecuadamente desarrolladas por tratarse de un problema reciente. Las actividades que se han venido desarrollando en los últimos 2 años han sido estrategias parciales que requieren una mayor cooperación con otras administraciones y con el movimiento ciudadano. De la misma manera, a pesar de que la respuesta del movimiento asociativo ciudadano tiende a ser más rápida, las iniciativas están todavía sin articular adecuadamente ya que son necesarios dos frentes diferentes; por una parte, el de las ONGs que trabajan en prevención de VIH/SIDA en población española pero que no tienen experiencia en trabajar con inmigrantes y por otra, el de las asociaciones de inmigrantes para las que el VIH/SIDA no es (y sigue sin serlo en muchos casos) una prioridad. La situación para realizar prevención de VIH/SIDA en la que se encuentran muchos países europeos con tradición receptora de emigrantes está más madura en el grado desarrollo de asociacionismo y de establecimiento de prioridades por parte de los inmigrantes, que en muchos casos llevan más de 2 generaciones en el país de acogida. El reto es unir todos estos frentes y aprender de los errores y de los aciertos de los últimos 20 años de lucha contra el SIDA tanto en España como en otros países.

### **Las respuestas desde la administración**

El capítulo 5 desarrolla las principales acciones que se están llevando a cabo a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y los Planes Autonómicos de SIDA. Las acciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA en el área de inmigrantes/minorías étnicas se pueden resumir en cinco bloques principales de actuación que se detallan a lo largo del capítulo III, IV (4.1) y V:

- 5.1. Apoyo técnico y financiación de actividades de prevención a las ONGs y Comunidades de Base
- 5.2. Plan Multisectorial: transferencias de fondos a las CCAA y elaboración de prioridades en prevención
- 5.3. Participación en Redes Nacionales e Internacionales de VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas
- 5.4. Campaña de prevención del SIDA en inmigrantes para el período 2000-2001
- 5.5. Actividades de cooperación internacional con Latino América y Caribe

La política de apoyo económico del Ministerio de Sanidad y Consumo a las ONGs descrita en el punto 5.1 comenzó en 1989; cada año se hace pública una convocatoria de ayudas a entidades sin ánimo de lucro, con destino a financiar programas de prevención y control del VIH/SIDA dirigidos, fundamentalmente, aunque no exclusivamente, a los colectivos y poblaciones más vulnerables a la infección. En 1999, se incluye como prioritario el colectivo de inmigrantes y minorías étnicas. Durante el año 2000, se observó un incremento de las solicitudes y de proyectos concedidos en el área de prevención VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas que se detallan en el apartado 5.1.

Dentro de los proyectos dirigidos a inmigrantes, se financian varios de atención a personas que ejercen la prostitución, donde el porcentaje de inmigrantes ha aumentado de forma importante en los últimos años.

El Plan Multisectorial se planteó en 1997 con el fin de ampliar las acciones contra el SIDA y de servir como herramienta para movilizar recursos y facilitar apoyo técnico y económico a los programas y actividades preventivas desarrolladas por otras administraciones, entre ellas las comunidades autónomas. A partir de ese año, la SPNS del Ministerio de Sanidad y Consumo transfiere fondos anualmente a las comunidades y ciudades autónomas, destinados a financiar actividades de prevención propias y a través del movimiento asociativo de ámbito autonómico, provincial o local. La distribución de los fondos se realiza con criterios poblacionales y según los casos de SIDA notificados. Las áreas prioritarias a las que se destinan estos fondos se determinan anualmente en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de SIDA. Como parte de las estrategias y objetivos prioritarios de prevención recogidos en el Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000, los inmigrantes fueron incluidos como colectivo prioritario de intervención en 1999. Las diferentes actividades realizadas en las comunidades autónomas vienen resumidas en el apartado 5.2. Se aprecia como muchas de las comunidades autónomas han observado un incremento de personas extranjeras dentro del colectivo de la prostitución.

La SPNS participa activamente en diferentes redes de trabajo en el área de inmigrantes y minorías étnicas mediante un contacto estrecho con ONGs y asociaciones de inmigrantes. Así, en 1999 tuvo lugar la «Primera Reunión Nacional del Grupo de trabajo sobre VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas» y en los días 11 y 12 de Diciembre del 2000 se celebró la segunda reunión en la que se incorporó también un taller práctico sobre presentación de proyectos a las convocatorias de ayudas a ONGs y Asociaciones del Ministerio de Salud y Consumo.

Desde 1998, la SPNS es el Punto Focal de la Red SIDA y Movilidad (AIDS and Mobility) en España. Las funciones de los puntos focales de esta red son favorecer las redes nacionales y las demás actividades descritas, la preparación de informes sobre la situación española así como la selección de los candidatos españoles que quieran acudir a las diferentes actividades de formación desarrolladas por AIDS&Mobility (talleres de capacitación en el trabajo con determinados colectivos de inmigrantes, visitas e intercambios entre países para formación de agentes sanitarios y mediadores culturales). Las actividades de AIDS and Mobility se describen con detalle en este capítulo, cabe destacar el seminario «Salud Pública, VIH/SIDA y las poblaciones magrebíes en Europa» que se celebrará en Marzo del 2001 en Málaga, cofinanciado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y la Unión Europea en cuya organización participan miembros de ambas instituciones y de FASUR (Federación Antisida del Sur).

La SPNS colabora estrechamente con el Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, coordinador de la Red Europea entre las comunidades de África Subsahariana y los agentes de salud para la prevención de VIH/SIDA. La red está constituida por: Bélgica, España, Holanda, Francia, Reino Unido, Suecia y Portugal. La complementariedad de sus miembros está siendo muy productiva para desarrollar una «una visión cruzada» sobre las acciones innovadoras llevadas a cabo en cada país, y durante los días 10-13 de Enero del 2001, se llevará a cabo un taller en Madrid que se centrará en las dificultades y la acción entre los países de allí (África Subsahariana) y de aquí (Europa).

Las campañas de prevención del VIH/SIDA que la SPNS había realizado hasta el momento se habían destinado a la población española. Ninguna se había dirigido al colectivo de inmigrantes mediante un enfoque multicultural y traducida a otros idiomas. Por primera vez se ha realizado una campaña dirigida a inmigrantes y traducida a 4 idiomas; inglés, francés, portugués y árabe. El lema de la campaña es «El SIDA existe... la forma de evitarlo también» sobre una imagen de un grupo de personas de diferentes etnias sobre un preservativo. Esta imagen se reproducirá en

5.000 carteles, 15.000 tarjetas postales, 30.000 pegatinas y 30.000 calendarios de bolsillo. Al mismo tiempo, se editarán 30.000 trípticos donde se proporcionará una información básica sobre el VIH/SIDA así como los teléfonos de contacto de los planes de SIDA de cada una de las Comunidades Autónomas.

En el apartado 5.5 se describen las acciones de cooperación internacional con África y con Iberoamérica. Por sus lazos socio-culturales y económicos las actividades de cooperación internacional que han tenido un mayor desarrollo y tradición histórica, son las establecidas con Iberoamérica, donde la AECI y el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) han destinado una parte muy importante de sus presupuestos a la lucha contra el SIDA. Actualmente existen tres grandes cauces de cooperación internacional en materia de VIH/SIDA: Los programas desarrollados en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), MSC y AECI. Aquellos vehiculizados a través de ONUSIDA y por último los programas desarrollados en el seno de acuerdos bilaterales con distintos países u ONG internacionales. Las actividades en materia de cooperación sanitaria en las Américas han sido tradicionalmente ejercidas por múltiples agencias internacionales o programas, cuyas intervenciones no siempre han gozado de una deseable coordinación entre acciones similares, disminuyendo así potenciales beneficios. Por este motivo, las intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo han estado presididas por la voluntad decidida de consenso y coordinación con el Programa Mundial de Naciones Unidas, con la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, con los propios programas nacionales de SIDA y en general con las agencias internacionales actuantes en el ámbito del VIH. Las necesidades en Iberoamérica son muchas y diversas, dependiendo del nivel de afectación, de la capacidad de respuesta nacional y de las grandes diferencias en cuanto a perfil y perspectivas de expansión de la epidemia.

### **La respuesta desde las ONGs y Asociaciones de Inmigrantes**

La respuesta del movimiento ciudadano en prevención de VIH/SIDA en inmigrantes ha venido hasta el momento de las ONGs que han desarrollado las labores de prevención de VIH/SIDA en los últimos 20 años. Las asociaciones de inmigrantes, la mayoría de reciente creación en España, han tenido hasta el momento un carácter más asistencial de cara a aspectos jurídicos, sociales y culturales, de forma que el VIH/SIDA no ha sido visto como una prioridad. La experiencia de las ONGs en prevención de VIH/SIDA en inmigrantes es todavía escasa, como se ha puesto de manifiesto en las 2 reuniones organizadas por la SPNS, en el mes de diciembre de los años 1999 y 2000.

Dentro de los grupos con más experiencia en España se encuentra el Centro Drassanes de Barcelona que, en colaboración con ACCSAR (Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado) llevan trabajando en este campo desde el año 1985. En el apartado 6.1 del capítulo VI, se presenta el Programa de Salud Comunitaria que se viene llevando a cabo desde 1994 y que se creó como respuesta a las necesidades de atención culturalmente adaptada que se habían detectado en las áreas del VIH, la tuberculosis, las hepatitis y otras enfermedades transmisibles. Para ello, hubo que realizar una serie de adaptaciones en el sistema asistencial de la Unidad para poder atender la creciente demanda de personas de origen no español. El modelo descrito es un modelo innovador de colaboración entre la administración y una ONG. En la actualidad, el centro cuenta con 13 agentes de salud, un equipo de coordinación formado por tres profesionales y un equipo de colaboradores externos variable en función de las necesidades. Estos programas trabajan mediante acciones individualizadas de «counselling» (consejo asistido) y sesiones de información con grupos en castellano, inglés, francés, árabe, urdu, wolof, servo-croata y ruso. El equipo ha sido pionero en España en la elaboración de materiales de prevención culturalmente adaptados y en varios idiomas.

Tal y como se describe en el apartado 6.2 del capítulo VI, nos vamos a encontrar con barreras de muy diversa índole, algunas de las cuales son comunes a las barreras para otras actividades de promoción de la salud; las diferencias socioculturales (lingüísticas, religiosas y educativas), económicas (precariedad social y laboral) y legales (situación de irregularidad administrativa) dificultan la llegada de los mensajes sanitarios a la población diana. Por otra parte, el desarraigo y los aspectos emocionales que conlleva la separación familiar junto a la denegación de los derechos básicos y la falta de perspectivas ocasionan trastornos psicológicos y enfermedades mentales. La prevención del VIH/SIDA tiene una dificultad añadida al tratarse de aspectos tan íntimos como son la conducta sexual y/o las relaciones entre las personas.

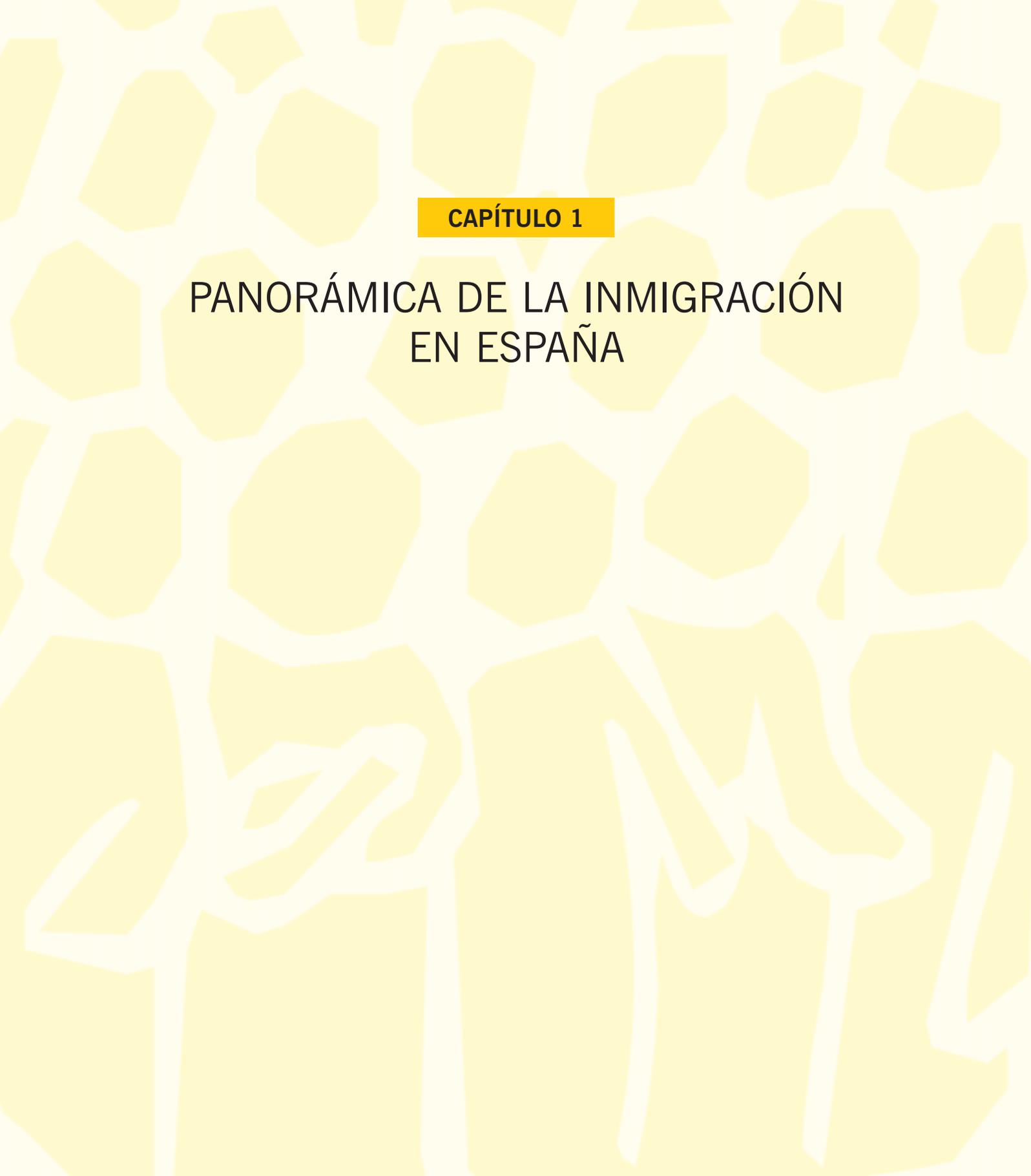
El periódico de acción social El Colectivo nos describe en el punto 6.5 del capítulo 6 cómo las condiciones de precariedad social y laboral y de vivienda van a condicionar cómo percibe la población los mensajes de prevención sanitaria ya que éstos, entre los que se incluye el VIH, no son vistos como una prioridad en este contexto. Parece difícil plantear estrategias de prevención de VIH a un grupo cuya necesidad sanitaria básica en estos momentos es algo tan inmediato como una vivienda digna y la prevención de riesgos laborales, aspectos esenciales para la subsistencia diaria y la salud de todas las personas. Es importante comprender que no se puede enfocar la infección por el VIH como un punto aislado dentro de, no sólo la salud, sino de la forma de vida de los inmigrantes en España.

En el apartado 6.3 del capítulo VI, se describe cual fue la experiencia sueca para poner en marcha programas de prevención de VIH en comunidades de inmigrantes y de qué forma trabajar con las asociaciones de inmigrantes fue un elemento esencial. El gobierno sueco organizó encuentros y talleres de formación y aportó ayuda técnica y económica a las asociaciones de inmigrantes en un marco de derecho e igualdad para todas las personas, independientemente de su origen, a recibir información y tratamiento frente al SIDA. Se describe como a finales de los 80, no existían en Suecia asociaciones de inmigrantes africanos con un número representativo de miembros, y cómo estas asociaciones inicialmente eran de carácter cultural y no sanitario.

Los programas de Cuarto Mundo de Médicos del Mundo para atender a las personas extranjeras sin recursos se describen en el apartado 6.6 del capítulo VI. Médicos del Mundo, en los 6 años que lleva trabajando con población inmigrante, no ha detectado mayor incidencia de infección por VIH que en la población general española, ni tampoco una prevalencia significativa de prácticas de riesgo en este colectivo, por lo que en sus programas no se han establecido proyectos específicos de prevención de dicha infección. No obstante, como parte de las actividades de promoción de la salud, se han elaborado y puesto en marcha talleres de salud sexual y reproductiva que, si en un inicio tuvieron un claro componente de planificación familiar, en los últimos años se han extendido también hacia la prevención de ETS y del VIH. Durante los últimos 3 años, Médicos del Mundo, a través de su Unidad Móvil, lleva realizando un Programa de atención sociosanitaria a prostitutas inmigrantes, dentro del cual realizó una investigación para un mejor conocimiento del colectivo de mujeres Sub.-Saharianas. Por otra parte, Médicos del Mundo participa en la Red Europea de prevención del SIDA entre la población Subsahariana, y como parte de la misma, ha colaborado en la edición y distribución de material preventivo de la infección por VIH entre población inmigrante. Así mismo, MDM participa en el estudio europeo «Implementation of strategies to prevent mother to child transmission of HIV among immigrants in Europe: evaluation of the knowledge and of the needs of immigrants women in Europe». Para profundizar sobre los conocimientos y necesidades de las mujeres inmigrantes en relación con la prevención de la transmisión vertical de la infección por VIH, se están preparando varios grupos focales con mujeres de distintas áreas geográficas en tres ciudades españolas.

En el apartado 6.4, el Secretariado General Gitano nos presenta la percepción del SIDA en la comunidad gitana en España y los problemas para la intervención en este grupo. La comunidad gitana española se sitúa en torno a las

600.000 personas, ubicándose cerca del 45% en Andalucía y concentrándose el resto en los grandes núcleos urbanos. Aunque, en conjunto, sus miembros comparten bastantes rasgos de identificación común y de reconocimiento recíproco, conviene destacar, como punto de partida, la heterogeneidad y diversidad que existe en el seno de la propia comunidad. El común denominador de muchas familias gitanas es su situación de exclusión social grave. Se conoce poco acerca de la situación actual del SIDA en la comunidad gitana y de su extensión, aunque existe la impresión generalizada de que la dimensión del problema pudiera ser grande. El SIDA dentro de la comunidad gitana está afectando principalmente a los usuarios de drogas por vía parenteral. Este hecho pone en cuestión la creencia de rechazo por parte del drogodependiente gitano a la utilización de la vía parenteral. Además de lo anteriormente expuesto, se están empezando a detectar casos en los que otras personas de la comunidad (especialmente mujeres) están siendo infectadas por la vía sexual, por sus parejas usuarias de drogas. La tendencia generalizada es negar la existencia de la enfermedad, aunque cada vez es más difícil mantener el silencio alrededor de estos casos debido al aumento del número de afectados, y al conocimiento cada vez más generalizado de los síntomas de la enfermedad. La información sobre mecanismos de contagio, prácticas de riesgo, medidas de prevención, consecuencias, cuidados paliativos, etc., que está jugando un papel muy importante en otros colectivos, no está llegando a esta población. La constatación generalizada de que la información no llega, hace pensar que se pueda estar produciendo, por desconocimiento, un mayor número de prácticas de riesgo, que provoquen más infecciones dentro de la población gitana a corto/medio plazo. Desde hace varios años, el Secretariado General Gitano está trabajando en la elaboración de materiales que faciliten la comprensión de los mensajes de prevención y está desarrollando estrategias de prevención adaptadas al entorno cultural gitano.



CAPÍTULO 1

PANORÁMICA DE LA INMIGRACIÓN  
EN ESPAÑA



## CAPÍTULO 1

# PANORÁMICA DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Miguel Ángel de Prada, Walter Actis y Carlos Pereda. COLECTIVO IOÉ

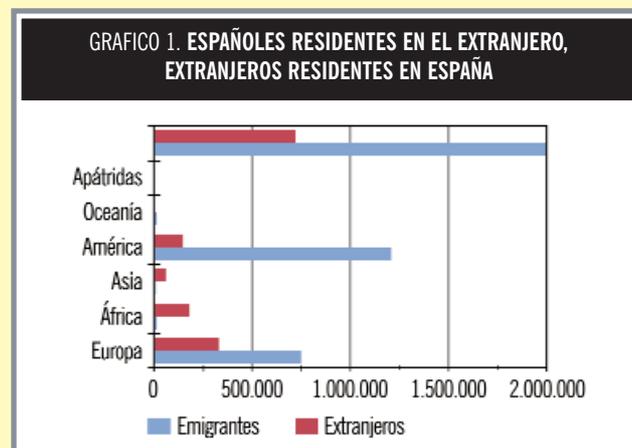
España se encuentra en la encrucijada de ser, a la vez, un país que cuenta con un importante número de ciudadanos que viven en el extranjero y con una creciente presencia de ciudadanos de otros países que llegan para vivir aquí. La regularización de inmigrantes extranjeros de la Ley Orgánica 4/2000 ha puesto sobre el tapete la realidad ineludible de otra doble vertiente de la inmigración extranjera en España: junto a la procedencia de países del sur existe otra gran proporción de extranjeros originarios de Europa. Pero unos y otros cuentan con diversos derechos y obligaciones otorgados por la nueva ley de extranjería (4/2000). Con el presente texto, nos proponemos ofrecer brevemente algunos datos que permitan dibujar una panorámica adecuada de la situación de la presencia de los inmigrantes extranjeros en España, sin temores a invasiones y con la expectación de estar asistiendo a la emergencia de una nueva realidad que marcará los próximos años<sup>1</sup>.

## 1. La gran novedad: de país de emigración a país de inmigración.

En las últimas décadas España se ha ido convirtiendo en país de inmigración, transformándose la tendencia secular de ser sólo país de emigrantes. El flujo de los españoles que salieron a vivir y trabajar a Europa se empezó a detener durante los años 70 y 80 e, incluso, se registró un flujo importante de retorno (medio millón de emigrantes entre 1975 y 1999). Por otro lado, un contingente creciente de inmigrantes extranjeros comenzó a radicarse en España.

A pesar del cambio de tendencia, en el año 2000 hay 2 españoles fuera (unos dos millones: más de un millón en América y tres cuartos de millón en Europa) por cada inmigrante extranjero dentro (en torno a 1.000.000 contando las solicitudes presentadas a la regularización de 2000). En términos absolutos, España es todavía un país de emigrantes, aunque la tendencia actual la configura a la vez como nuevo país de inmigración.

<sup>1</sup> Remitimos a los lectores interesados al texto: COLECTIVO IOÉ, *Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España*, Patronat Sud-Nord, Universitat de València, Valencia, 1999.



## 2. España en el contexto migratorio internacional

Las estimaciones de los organismos internacionales (OIM, OIT) sobre el volumen de personas migrantes (trabajadores y sus familias) están en torno a 85-95 millones, a las que habría que añadir, según el ACNUR, otros 20 o 25 millones de refugiados y otros tantos de desplazados internos. Se trata, pues, de un fenómeno reducido que afecta a unos 120 o 135 millones de personas, es decir, sólo en torno al 1,7% de la población mundial residiendo fuera del país de nacimiento.

El contexto más inmediato de referencia para España es el Espacio Económico Europeo (U.E. más la EFTA) y en él residen en torno a 19-20 millones; el promedio se sitúa sobre el 4,8% de la población. En España dicho promedio está únicamente sobre el 2,5%, contando todas las solicitudes presentadas al proceso de regularización de 2000.

Del conjunto de los migrantes desplazados fuera de sus países de origen, sólo en torno al 20% reside en países europeos; de éstos, alrededor del 5% está afincado de forma legal en España. Por tanto, si tomamos en cuenta el peso de la población española en el mundo y en el seno de la U.E., se constata que proporcionalmente recibimos menos inmigración de la que 'correspondería' a nuestras dimensiones demográficas. El total de españoles representa el 0,7% de la población mundial, en tanto que los extranjeros en España son alrededor del 0,6% del total de inmigrantes estimados en el mundo. Por otro lado, la población española supone el 10,7% del total de habitantes de la U.E, mientras que los extranjeros en nuestro país son alrededor del 5% de los establecidos en los quince estados comunitarios.



## 3. Originarios del Norte y del Sur

Una característica de la inmigración extranjera en España es su diversidad. Contrariamente a lo que ocurre en los países europeos con tradición migratoria, en España gran parte de los inmigrantes ha procedido de países del 'Primer Mundo'. Tras la regularización abierta en 1991 el peso relativo de los provenientes del Tercer Mundo se incrementó sensiblemente hasta llegar a suponer la mitad del conjunto. En 2000, después de la reciente regularización y del incremento notable de los procedentes del Magreb es muy previsible que éstos se aproximen en número a los originarios europeos; en menor proporción habrían incrementado su importancia los procedentes de América Latina y Asia. Con todo, en el año 2000 España sigue mostrando su lugar específico como país de desarrollo intermedio (rico para el sur, pobre para el norte) y con unas condiciones climáticas que atraen un flujo migratorio plural: por una parte, se adaptan líneas generales a la experiencia de los países más desarrollados (inmigración económica sur-norte, con minorías importantes de trabajadores cualificados y de directivos de empresa) y, por otra, se aparta de la misma y

aparecen sectores de inmigración como rentistas y jubilados de países de mayor desarrollo que el nuestro, junto a trabajadores de los servicios y empresas multinacionales; poca presencia de refugiados frente a una notable incidencia de directivos que acompañan al capital transnacional radicado en España.

El número de residentes extranjeros en situación regular entre 1955 y 1998 experimentó un crecimiento notable: pasó desde 66.000 hasta casi 720.000 (ver gráfico). Esta tendencia no se ha repartido de forma homogénea a lo largo del tiempo pero se puede afirmar lo siguiente:

- Existe un claro predominio de los residentes de origen europeo, a pesar del descenso registrado en 1991 a raíz de una depuración de las estadísticas; el fuerte crecimiento entre 1985 y 1990 parece más un efecto estadístico que un incremento real; en cambio si parece adecuado el crecimiento entre los años 1978-1985.
- Los inmigrantes procedentes de África inician en 1984 un crecimiento que lleva en 1990 a igualar a los asiáticos; a partir de 1991, tras la regularización su proporción aumenta considerablemente. Después de 1996, tras la segunda regularización, se colocan en segunda posición, superando a los procedentes de América Latina.
- El tercer lugar lo ocupan los originarios de América que, tras un relativo estancamiento entre 1973 y 1984, en los diez años siguientes prácticamente duplicaron su número.
- Por su parte, los originarios de Asia constituyen el contingente que ha experimentado un mayor crecimiento en el período.

Los últimos datos disponibles desagregados por países de procedencia son los referidos al 31-12-98; los datos de 1999 y el resultado de la regularización de 2000 aún no han sido publicados por países de origen. Según los datos de 1998, el segmento mayor estaba compuesto por los procedentes de la Unión Europea (4 de cada 10), seguidos por los del Magreb (1 de cada 5), América del Sur (1 de cada 10), asiáticos, América Central y Caribe, África subsahariana, Europa del Este y América del Norte. En dicho año, eran 28 países los que tenían más de 5 mil residentes en situación regular. De las seis nacionalidades con mayor presencia en España, sólo una (Marruecos) no pertenece a la U.E. (Gran Bretaña, Alemania, Portugal, Francia e Italia); estos seis países agrupaban al 53% de los residentes. Esta afirmación sigue chocando con la percepción de la opinión pública y las informaciones de los medios de comunicación, obsesionados con el problema de la supuesta invasión de inmigrantes de países pobres. Añadiendo a los 6 países anteriores otros 6 (tres con fuerte incremento: Perú, R. Dominicana y China; y tres que apenas crecen actualmente: Argentina, EE.UU. y Holanda), entre todos sumaban tres de cada cuatro extranjeros. En resumen, sobresalía en 1998 la importancia del contingente de la Unión Europea así como los originarios de países de antiguas colonias españolas. Los procedentes de antiguos dominios, suponían dos de cada tres de los procedentes del Tercer Mundo en dicho año.

En 1999, los datos disponibles señalan que el incremento de residentes ha llegado hasta los 800.000. Si a éstos añadimos las solicitudes presentadas a la regularización de 2000, la suma arroja un total en torno al 1.000.000 de inmigrantes extranjeros residentes en España. Una estimación provisional, basada en la desagregación de determinados orígenes de procedencia en las solicitudes de regularización de 2000, señala el incremento notable del peso de los procedentes del Magreb, seguidos por los de Latinoamérica y asiáticos. Aún así es posible que en el 2000 el grupo de los europeos siga siendo el mayor o esté a la par con los originarios del Magreb.

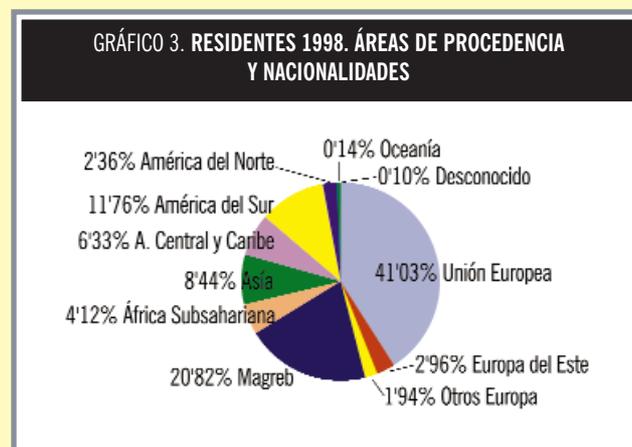


GRÁFICO 4. EXTRANJEROS EN ESPAÑA, 1998-2000

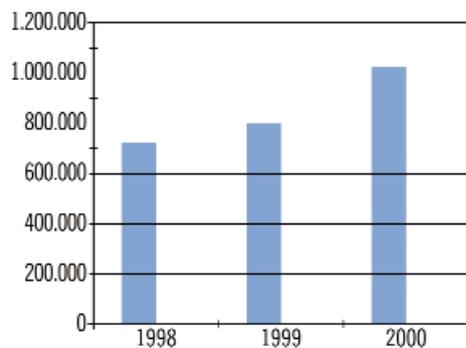


TABLA 1. RESIDENTES EN 1998. GRANDES ÁREAS DE PROCEDENCIA

SEXO	Residentes	Hombre	Mujer	Desconocido
<b>TOTAL</b>	719.647	50,1	46,4	3,5
<i>Nacionalidades más numerosas</i>				
MARRUECOS	140.896	64,5	31,8	3,7
GRAN BRETAÑA	74.419	46,6	50,8	2,5
ALEMANIA	58.089	46,4	49,8	3,8
PORTUGAL	42.310	52,6	43,5	3,8
FRANCIA	39.504	45,8	51,2	3,0
ITALIA	26.514	62,3	35,1	2,6
PERU	24.879	33,3	62,5	4,1
R. DOMINICANA	24.256	20,4	75,3	4,3
CHINA	20.690	52,7	42,8	4,5
ARGENTINA	17.007	46,8	50,4	2,8
HOLANDA	16.144	46,7	50,4	2,9
EEUU	15.563	48,7	47,9	3,4
FILIPINAS	13.553	34,4	63,2	2,4
CUBA	13.214	37,2	58,9	3,9
BELGICA	11.997	45,3	51,9	2,8
COLOMBIA	10.412	26,1	70,0	3,9
SUECIA	8.491	43,6	54,0	2,5
SUIZA	8.468	45,7	51,5	2,8
INDIA	8.144	49,3	46,6	4,1
ECUADOR	7.046	29,4	67,3	3,3
ARGELIA	7.043	76,0	19,2	4,8
BRASIL	7.012	29,0	66,6	4,4
GAMBIA	6.969	65,7	27,1	7,1
VENEZUELA	6.911	41,3	55,3	3,4
SENEGAL	6.657	79,7	17,3	3,0
POLONIA	6.651	52,4	44,0	3,7
CHILE	5.827	41,4	54,7	3,9
DINAMARCA	5.686	46,1	50,7	3,2
MEJICO	4.360	34,0	62,4	3,6
FINLANDIA	4.303	42,7	54,3	2,9
NORUEGA	4.241	44,7	52,3	3,0
PAQUISTAN	4.238	77,5	19,4	3,1
URUGUAY	3.907	47,7	49,1	3,2
RUMANIA	3.543	54,2	42,2	3,7
AUSTRIA	3.521	48,5	48,6	2,9
IRLANDA	3.293	47,4	49,8	2,8
GUINEA ECUATORIAL	3.158	33,2	63,2	3,6
CABO VERDE	2.691	38,5	59,9	1,6
BULGARIA	2.336	48,9	47,4	3,6
RUSIA	2.215	38,8	58,6	2,6
IRAN	2.051	55,5	42,6	1,9

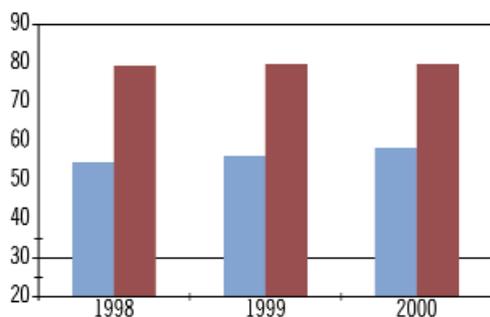
Fuente: Elaboración propia de datos proporcionados por el OPI en base a fichero de la Comisaría General de Documentación

## 4. Ubicación en España

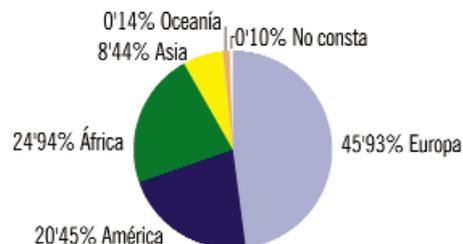
La distribución de la población extranjera en España muestra una pauta importante de *concentración territorial*. Según los datos de residentes extranjeros en 1998 cuatro de cada cinco residentes vivían en seis Comunidades Autónomas, en las que viven 2 de cada tres españoles: Canarias y Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía y Madrid. Poniendo en relación el número absoluto de extranjeros con el volumen de la población de cada provincia en dicho año, se obtiene un *indicador de densidad*, que se situaba en el 1,8%. Las mayores concentraciones se registraban en las provincias de Baleares, Tenerife y Gerona (en torno al 4,6 -5,1%); por CC.AA., las mayores densidades eran las de las CCAA de Baleares (5,1%) y Canarias (4,2%), seguidas de Madrid (2,9%) y Cataluña (2,4%). Por lugares de procedencia, los originarios del ‘Tercer Mundo’ residían preferentemente en Cataluña y Madrid (más de la mitad), mientras que los procedentes del ‘Primer Mundo’ se habían establecido más frecuentemente en Andalucía, C. Valenciana, Canarias o Baleares (más del 50%). Esta distribución produjo modelos de residencia muy diversos en las CC.AA.: (Ver gráficos adjuntos).

Después de la regularización de 2000, la situación apenas ha cambiado la concentración anterior. Las tres comunidades autónomas con mayor concentración son Madrid, Cataluña y Andalucía; las tres reúnen a más del 50% del total. Si les sumamos las tres siguientes (Comunidad Valenciana, Canarias y Baleares) la concentración sobrepasa el 80% del total de residentes, manteniendo una constante en los últimos años, tal como se aprecia en el gráfico:

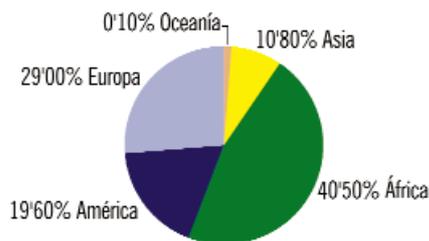
**GRÁFICO 5. CONCENTRACIÓN DE EXTRANJEROS POR CC.AA.: MADRID, CATALUÑA Y ANDALUCÍA (3); 3+ COMUNIDAD VALENCIANA, CANARIAS Y BALEARES**



**GRÁFICO 6. PROCEDENCIA DE RESIDENTES, SEGÚN CONTINENTE, 1998. PROMEDIO DE ESPAÑA**



**GRÁFICO 7. CATALUÑA: MAYORÍA RELATIVA DE AFRICANOS**



**GRÁFICO 8. BALEARES: MAYORÍA DE EUROPEOS**

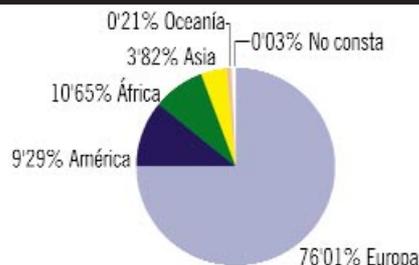


GRÁFICO 9. MURCIA: MAYORÍA AFRICANOS

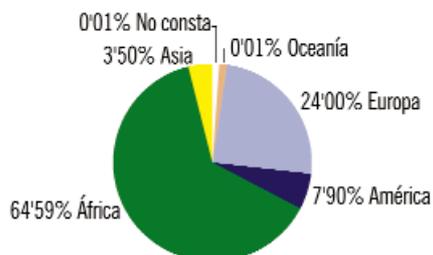
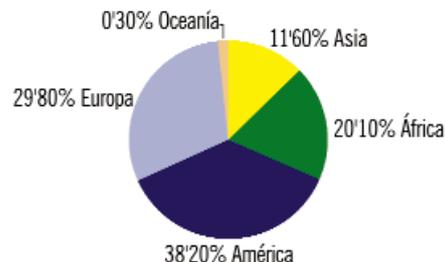


GRÁFICO 10. MADRID: MAYORÍA RELATIVA DE AMERICANOS



## 5. Características demográficas: sexo y edad

En cuanto a la composición por sexos, existe un leve predominio de los varones pero la *feminización* de la inmigración es ya una realidad en España. Entre 1992 y 1998 el total de mujeres se incrementó más que el de hombres; las nacionalidades que más aumentaron son: Ecuador (por tres), Cuba, Gambia, Perú y Argelia (duplicado); disminuyeron las procedentes de Suecia, Argentina, Estados Unidos, Venezuela y Chile.

Según los datos de 1998, por continentes de procedencia, el conjunto de europeos mostraba un discreto predominio femenino; en cambio, entre los originarios de América existía una marcada mayoría femenina. Por el contrario, los hombres eran mucho más numerosos que las mujeres entre los llegados de África y, con menor intensidad, también, entre los asiáticos. La mujeres inmigrantes eran unas 335 mil y representaban en torno al 0,8% del total de la población femenina en España. Predominaban las europeas (47,8%), seguidas de las americanas (27%), africanas (16,5%) y asiáticas (8,3%).

Por su lado, en 1998 la población infantil (menos de 16 años) representaba el 0,7% de todos los extranjeros regulares y el grupo de edad madura (más de 65 años) suponía el 9%. En comparación con los autóctonos, había menos niños (10,7% versus 17,5) y menos mayores (9% versus 14,5) y, por contra, más en edad laboral.

En función del área de procedencia, los más envejecidos eran los procedentes de Europa y América del Norte y las áreas con mayor proporción de niños son África (el Magreb, 19,2%) y Asia. Del conjunto de menores de edad, uno de cada tres procedía de Marruecos, seguidos de británicos, portugueses, alemanes, chinos y dominicanos; los niños magrebíes y de la U.E. juntos suponían 2 de cada tres del total. Aunque no se conozcan los resultados por sexo y edad de la regularización de 2000, las proporciones anteriores, es posible que no se alteren significativamente.

TABLA 2. POBLACIÓN EXTRANJERA POR GRUPOS DE EDAD Y ORIGEN. (1998)

Origen	0 a 15	16 a 25	26 a 45	46 a 65	66 y más
<b>Total Extranjeros</b>	<b>10,7</b>	<b>13,3</b>	<b>48,5</b>	<b>18,5</b>	<b>9,0</b>
UNIÓN EUROPEA	6,0	10,1	40,7	26,9	16,2
MAGREB	19,2	16,8	54,3	8,8	0,8
AMÉRICA DEL SUR	8,3	13,7	57,8	15,1	5,0
ASIA	14,5	17,2	50,4	14,9	2,7
AMÉRICA C Y CARIBE	11,0	17,6	57,2	11,3	2,8
ÁFRICA SUBSAH.	15,2	14,9	61,6	7,0	1,0
EUROPA DEL ESTE	13,0	14,2	58,0	12,2	2,0
AMÉRICA NORTE	6,8	11,5	40,02	2,41	8,8
OTROS EUROPA	4,0	5,7	23,9	35,0	30,9
OCEANÍA	5,5	6,34	4,42	4,21	2,2
DESCONOCIDO	10,1	12,1	41,71	5,31	3,3
<b>Total españoles*</b>	<b>17,5</b>	<b>16,5</b>	<b>29,5</b>	<b>21,9</b>	<b>14,5</b>

\* Distribución etaria de la población española

Fuente: elaboración propia de datos proporcionados por el OPI en base a ficheros de la Comisaría General de Documentación.

## 6. Tipologías de inmigrantes:

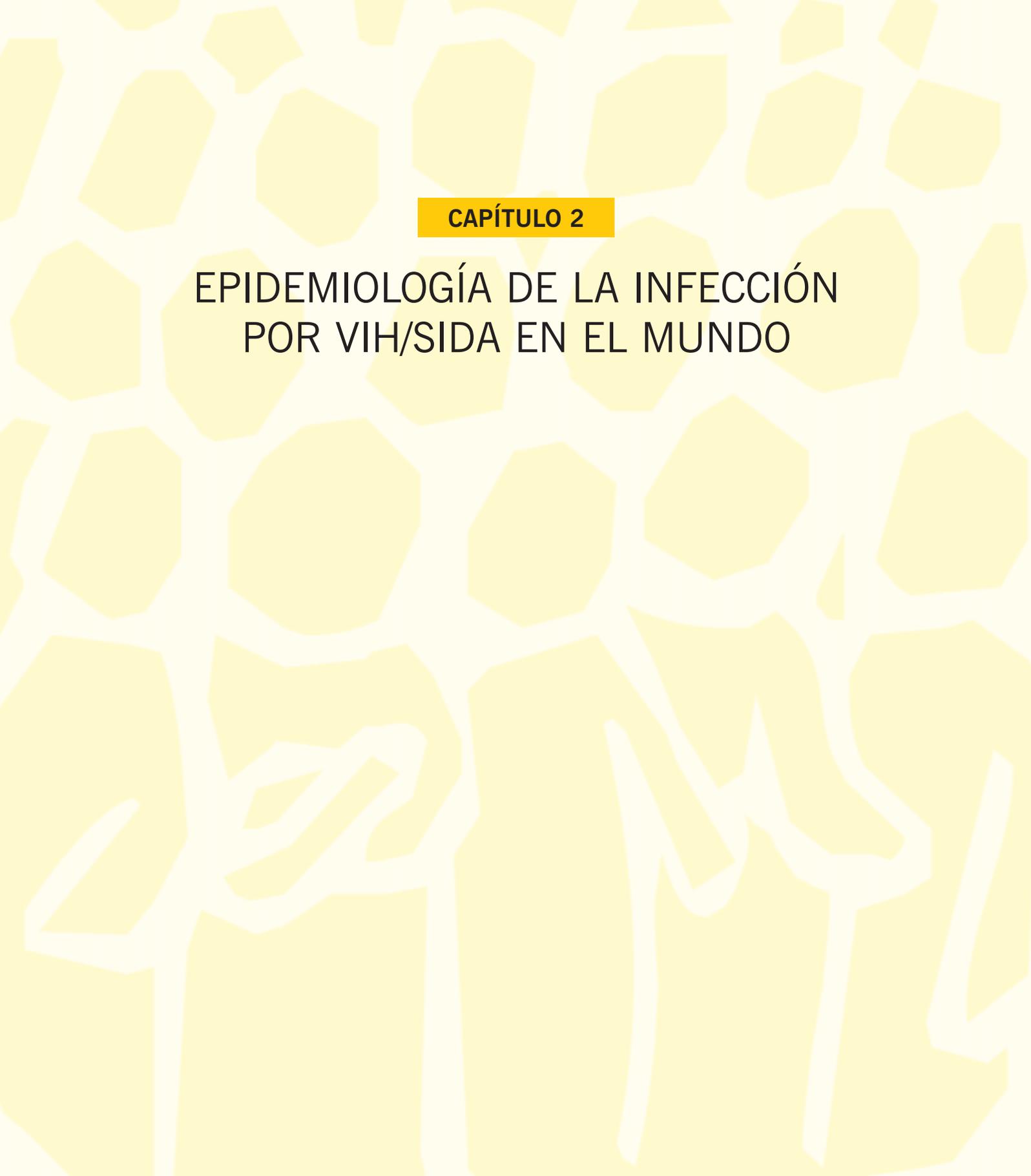
Entre la homogeneización ideológica ('extranjeros', iguales entre sí en tanto distintos a los nacionales) y la casuística interminable (cada inmigrante es un caso diferente) cabe un intento de clasificación analítica de estos grupos humanos de origen inmigrante con el objeto de presentar algunas tipologías básicas, que permitan comprenderlos mejor y tratar de intervenir con sentido respecto a los mismos. No se pretende abarcar una realidad que es tan multidimensional, sino solamente sugerir algunos criterios que permitan seguir pensando esta realidad plural.

Para comenzar, cabe hacer distinciones entre los extranjeros a partir de claves como la mayor o menor distancia cultural con los autóctonos. Así, en el terreno lingüístico encontramos tres grandes grupos: los que tienen como lengua materna el castellano; los que utilizan lenguas de 'prestigio' (inglés, francés, etc.) y los que en origen hablan lenguas desprestigiadas (principalmente africanos y asiáticos). Esta clasificación tiene importancia crucial a la hora de intervenir tanto en los centros escolares como en el repensar nuestras clasificaciones eurocéntricas de culturas superiores o inferiores, así como de sentir mayor o menor cercanía según la cosmovisión que cada grupo sustente. En este caso, parece claro que la mayor proximidad se establece con los originarios de sociedades de mayoría cristiana), situando en un plano intermedio a hinduistas y budistas, y en el plano más alejado a los de religión musulmana. Sobre estos criterios solemos construir juicios de grupos asimilables o inasimilables, con la correspondiente permisividad para que entren o no en España.

Del mismo modo puede tenerse en cuenta el tipo de vínculos históricos existentes entre la sociedad de origen y la destino. Ya hemos señalado que en torno al 40% de los inmigrantes (más del 75% de los originarios del tercer mundo) procede en antiguas colonias españolas. También podemos recurrir a criterios jurídicos administrativos, en función de su situación legal, produciéndose un arco amplio que va desde los nacionalizados a los irregulares, pasando por los ciudadanos comunitarios, los no-comunitarios pero con permisos de residencia y trabajo, etc. Es obvio que las cuestiones relacionadas por la ciudadanía y la integración social están fuertemente condicionadas por el lugar que se ocupe en esta escala.

Finalmente se puede tener en cuenta la estructura y la densidad de redes sociales constituidas por los inmigrantes. En la medida en que se consolidan y expanden permitirán una u otra forma de integración en la sociedad de destino y un mayor o menor enriquecimiento recíproco. Pero quizá han sido los criterios socioeconómicos los que han dado lugar a las clasificaciones más conocidas. Desde ellos podemos deducir que una parte de los extranjeros han venido acompañando a la inversión de capital transnacional, en aumento constante desde los años 60; por otra parte, los rentistas y jubilados del norte de Europa que viven en zonas turísticas (los dos archipiélagos, sobre todo), que aprovechan las ventajas comparativas de las diferencias de rentas y el clima; un tercer sector lo forman los trabajadores cualificados que deciden emigran por las ventajas de ofrecerse en un mercado necesitado de tales cualificaciones, en el que encuentran acomodo suficiente; y finalmente, están los inmigrantes que vienen a nuestro país acuciados por el hambre o la persecución política, descualificados y que se emplean en trabajos precarizados. Este último suele ser el colectivo inmigrante al que dirigimos nuestras miradas pero no es el único ni el más presente en España.





CAPÍTULO 2

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN  
POR VIH/SIDA EN EL MUNDO



## CAPÍTULO 2

# EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN EL MUNDO

---

Jesús Castilla. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

En las dos décadas de historia, el VIH/SIDA se ha extendido por todos los continentes, pero con grados de afectación muy variables. Sus efectos han sido devastadores por su capacidad de propagación, elevada letalidad y afectar especialmente a adultos jóvenes, dejando desamparados a niños y mayores. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimaba que a finales de 2000 había en el mundo 36,1 millones de personas vivas infectadas por el VIH o con SIDA, de los cuales 1,4 millones son niños menores de 15 años.<sup>1</sup> Además se estima que otros 21,8 millones de personas habían muerto por esta causa desde el comienzo de la epidemia, de las cuales una quinta parte eran niños. El VIH continúa propagándose a gran velocidad y se estima que durante 2000 se produjeron 5,3 millones de nuevas infecciones. Las características sociales, culturales y económicas juegan un papel importante en el curso y en las características que adopta la epidemia. La introducción del VIH en cada lugar se ha producido en distintos momentos y a través de diferentes mecanismos de transmisión. Todo ello, junto con la capacidad de respuesta de cada país, está determinando la gran variedad de situaciones que configuran la pandemia de VIH/SIDA (Tabla 1).

## África

África sub-Sahariana es la región más afectada por la pandemia de SIDA, ya que allí viven más de dos terceras partes de las personas infectadas. La infección por VIH comenzó a expandirse muy precozmente por transmisión heterosexual. En un principio la infección se extendió predominantemente en los países de África Oriental. En los años noventa la prevalencia de VIH en estos países siguió subiendo, y en Etiopía y Kenia se superó el 10% de infección en población adulta. A pesar de todo, estos países se han visto rebasados por los del cono sur, donde se ha producido una extensión brutal del VIH en muy pocos años. Sudáfrica ha pasado en tan solo dos años del 12,9% al 19,9% de infección en adultos, situándose como el país del mundo con mayor número de personas infectadas (4,2 millones). En 1999 había 7 países en el cono sur de África en los que al menos uno de cada cinco adultos estaba infectado por el VIH.<sup>2</sup>

La epidemia en África sigue en progresión y cada año aumenta el número de nuevas infecciones respecto al año anterior. La transmisión es fundamentalmente heterosexual. Las mujeres jóvenes están muy afectadas y un elevado número de niños se ha infectado a partir de sus madres. En África viven un millón de niños infectados por el VIH y que otros 3,3 millones ya han muerto. Además, desde el principio de la epidemia más de 12 millones de niños han quedado huérfanos.

Algunos países han conseguido dar un giro a su epidemia. Uganda fue el primer país que consiguió frenar la extensión del VIH, reduciendo la prevalencia del 14% al 8%.<sup>3</sup> Zambia ha seguido el mismo curso y muestra los primeros indicios de control de la transmisión del VIH. En Senegal se iniciaron programas de prevención antes de que la epidemia se extendiera, consiguiendo estabilizar la infección en niveles bajos.

## **Latinoamérica y Caribe**

En Latinoamérica y en los países del Caribe la dimensión de la epidemia y los mecanismos de transmisión predominantes difieren ampliamente de unos lugares a otros. En algunos países la entrada del VIH se produjo entre finales de los setenta y principios de los ochenta, aunque en los del cono sur entró más tarde. A finales de 2000 había 1,4 millones de personas infectadas en Latinoamérica y otras 390.000 en los países del Caribe.<sup>1</sup>

En Centroamérica y el Caribe predomina la transmisión heterosexual del VIH. Algunos de los países del Caribe presentan prevalencias muy elevadas, sólo superadas por las de países de África. En Haití están infectados más del 5% de los adultos y en la República Dominicana cerca del 3%. En Honduras, Guatemala y Belice se ha extendido rápidamente la epidemia por transmisión heterosexual, alcanzándose tasas de prevalencia del 1% al 3% en adultos de población general. En Méjico el VIH infecta principalmente a hombres homosexuales. Los países andinos son los menos afectados por la epidemia, pero presentan comportamientos de riesgo para la transmisión heterosexual y homosexual. En Brasil viven más de medio millón de infectados, y aunque predomina la transmisión heterosexual, también tiene importancia la transmisión entre usuarios de drogas inyectadas (UDI) y entre hombres homosexuales. En Argentina la epidemia se centra en UDI y en hombres con prácticas homosexuales. En algunos países, como Argentina, Brasil y Méjico, se está tratando de extender el tratamiento antirretrovírico a costa de un gran esfuerzo económico.

## **Asia**

La entrada de la epidemia de SIDA en Asia fue relativamente tardía. A finales de los ochenta y principio de los noventa se produjo una propagación intensa del VIH en algunos lugares del sur y sudeste del continente, tanto entre los UDI como a través de prácticas heterosexuales de riesgo. Los niveles de prevalencia de VIH en la población no son muy altos. No obstante, dado que en Asia están los países más poblados del planeta la cifra de infectados puede ser muy elevada. En la India sólo 7 de cada 1000 adultos están infectados por el VIH, pero esto supone 3,7 millones de personas. En Tailandia se realizó una gran intervención que logró controlar una creciente epidemia heterosexual,<sup>4</sup> y esto ha sacado a la luz otras formas de transmisión como el uso de drogas inyectadas y las relaciones homosexuales entre hombres. En el sur y sudeste de Asia viven 5,8 personas con infección por el VIH. En 2000 se produjeron 780.000 nuevas infecciones, lo que denota que la epidemia está en expansión, aunque a un ritmo contenido. En Asia existen muchas regiones que todavía no han sufrido una propagación significativa del VIH a pesar de que son frecuentes las conductas de riesgo. Por ello persiste la amenaza de una propagación mucho más extensa del VIH.

## **Europa**

En Europa Occidental la infección por VIH entró precozmente, pero las medidas de control introducidas han permitido frenar su extensión. La distribución de la epidemia muestra una clara preferencia por las grandes ciudades y por el sur del continente. Las vías de transmisión predominantes han sido el consumo de drogas inyectadas y las

relaciones homosexuales entre hombres, con una importancia creciente de la transmisión heterosexual. A lo largo de los años noventa la mayoría de estos países han conseguido controlar la transmisión del VIH y reducir las conductas de riesgo. Desde 1996 se introdujeron los nuevos tratamientos antirretrovíricos de alta actividad, y han conseguido reducciones importantes en la incidencia y mortalidad por SIDA. Durante muchos años España fue el país más afectado, pero desde 1998 Portugal presenta las mayores tasas de sida.<sup>5</sup>

Desde mediados de los noventa en algunos países de Europa del este, favorecido por la desestructuración social, se han producido focos importantes de transmisión del VIH por vía sexual y por consumo de drogas inyectadas. La epidemia en esta región está en fase de rápida expansión.

## **Norteamérica**

La infección por VIH entró y se extendió en Norteamérica desde finales de los setenta y principios de los ochenta. Las vías de transmisión predominantes han sido las relaciones homosexuales entre hombres y el consumo de drogas inyectadas. La prevalencia de infección en los colectivos con dichas conductas de riesgo se ha alcanzado tasas muy elevadas, mientras que el resto de la población está poco afectado. Los programas de prevención han ido reduciendo la transmisión del VIH, y la extensión de los tratamientos antirretrovíricos de alta actividad ha ocasionado descensos importantes en la incidencia y mortalidad por SIDA. En los Estados Unidos este efecto ha sido muy pronunciado en hombres homosexuales y en personas de raza blanca; sin embargo, en negros e hispanos, debido al peor acceso a los programas de prevención y a la asistencia sanitaria, la incidencia de SIDA ha seguido aumentando.

## **Resumen de las diferentes situaciones de los países respecto a la epidemia**

- Los países en vías de desarrollo afectados por la epidemia, por falta de medios no han sido capaces de emprender una respuesta organizada. En ellos la evolución es a peor. Sin embargo, existen ejemplos que demuestran que las intervenciones en prevención tienen en estos casos resultados espectaculares,<sup>3,4</sup> pero para que esto pueda generalizarse es necesario el apoyo internacional.
- Los países afectados por la epidemia que han tenido los medios y la capacidad para poner en marcha actividades de prevención y de tratamiento de las personas infectadas. En la mayoría de estos casos se ha conseguido revertir la evolución de la epidemia. Sin embargo, quedan con frecuencia grupos de población con peor acceso a la prevención y a los tratamientos antirretrovíricos.
- Los países donde la entrada del VIH ha sido tardía o todavía no se ha producido, pero que presentan conductas frecuentes de alto riesgo. Son lugares críticos en los que la epidemia puede expandirse en los próximos años de forma masiva, por lo que es prioritaria la prevención aunque las prevalencias de infección todavía sean bajas.

La epidemia de VIH y SIDA tiende a concentrarse en los países más pobres, y dentro de los países industrializados, en los grupos de población más desfavorecidos, por lo cual, su control sólo podrá lograrse fruto de la colaboración y solidaridad.

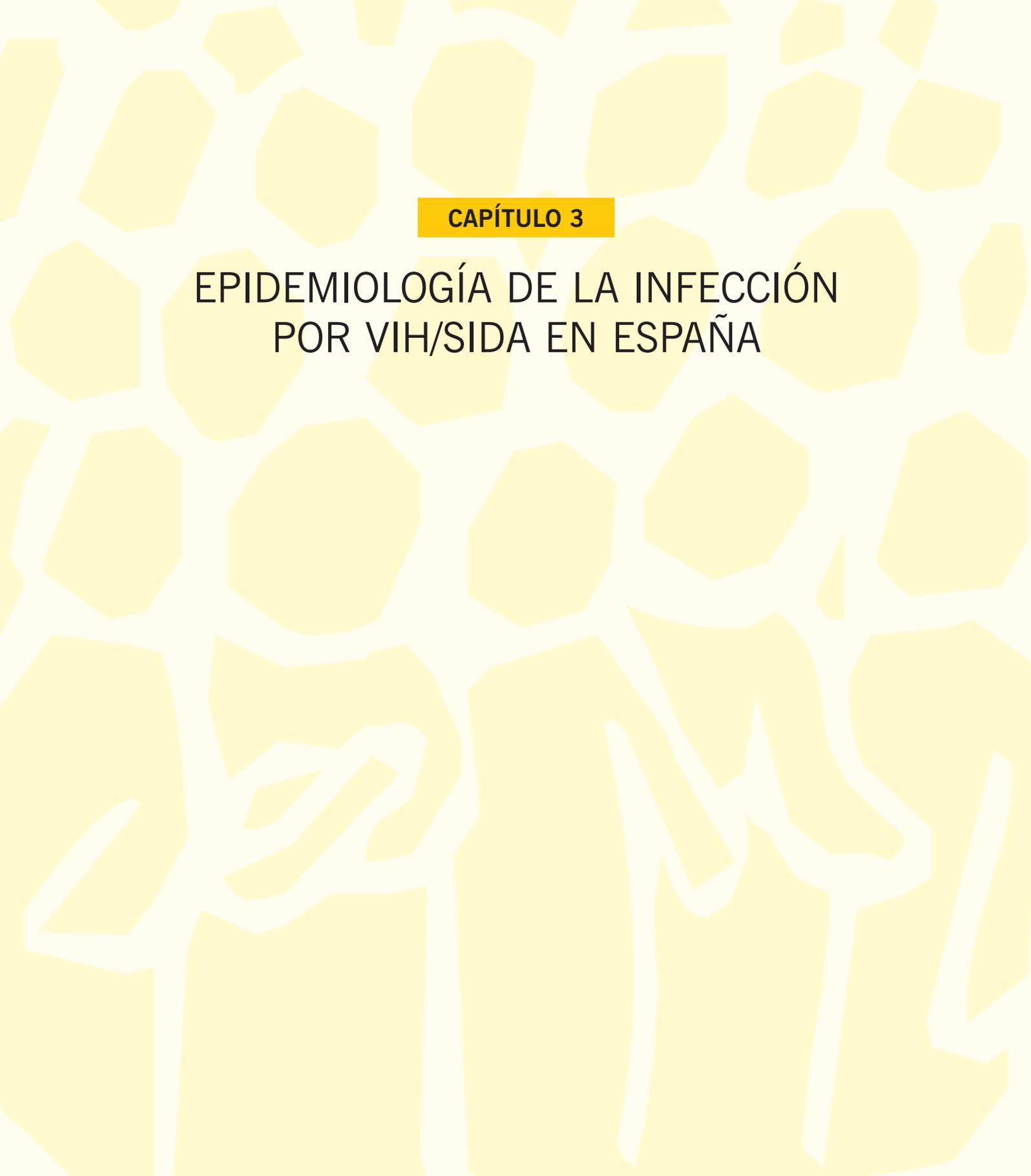
## Bibliografía

- 1.–ONUSIDA. La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000. (<http://www.unaids.org>)
- 2.–ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Junio de 2000. Ginebra: UNAIDS, 2000. (<http://www.unaids.org>).
- 3.–Kamali A, Carpenter LM, Whitworth JA, et al. Seven-year trend in HIV infection rates, and changes in sexual behaviour among adults in rural Uganda. AIDS 2000;14:427-34.
- 4.–Nelson KE, Celentano DD, Eiumtrakol S, et al. Changes in sexual behavior and decline in HIV infection among men in Thailand. N Eng J Med 1996;335:297-303.
- 5.–European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 1999. 2000, N° 62. (<http://www.ceses.org>)

TABLA 1. ESTADÍSTICA DEL VIH/SIDA POR REGIONES A FINALES DE 2000

Región	Década de comienzo de la epidemia	Personas vivas con VIH/sida	Nuevas infecciones	Prevalencia en adultos de 15-49 años (%)	Mujeres entre los infectados (%)	Principales categorías de transmisión
África sub-Sahariana	Final de los 70 comienzo de los 80	25,3 millones	3,8 millones	8,8	55	Hetero.
Norte de África y Oriente Medio	Final de los 80	400.000	80.000	0,2	40	Hetero., UDI.
Sur y Sudeste de Asia	Final de los 80	5,8 millones	780.000	0,56	35	Hetero., UDI.
Este de Asia y Pacífico	Final de los 80	640.000	130.000	0,07	13	UDI, hetero., homo.
América latina	Final de los 70- comienzo de los 80	1,4 millones	150.000	0,5	25	Homo., UDI, hetero.
Caribe	Final de los 70- comienzo de los 80	390.000	60.000	2,3	35	Hetero., homo.
Este de Europa y Asia Central	Comienzo de los 90	700.000	250.000	0,35	25	
UDI.Europa Occidental	Final de los 70- comienzo de los 80	540.000	30.000	0,24	25	Homo., UDI
América del Norte	Final de los 70- comienzo de los 80	920.000	45.000	0,6	20	Homo., UDI, hetero.
Australia y Nueva Zelanda	Final de los 70- comienzo de los 80	15.000	500	0,13	10	Homo.
<b>TOTAL</b>		<b>36,1 millones</b>	<b>5,3 millones</b>	<b>1,1</b>	<b>47</b>	

Modificado de UNAIDS<sup>1</sup>



CAPÍTULO 3

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN  
POR VIH/SIDA EN ESPAÑA



## CAPÍTULO 3

# EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN ESPAÑA

---

Jesús Castilla. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Las características de la epidemia de VIH en España son similares a las de otros países del entorno, aunque los niveles de infección están entre los más altos del mundo desarrollado. En el curso de epidemia de SIDA en España puede resumirse en las siguientes etapas.<sup>1</sup>

### 1. Extensión y consolidación de la epidemia de VIH/SIDA (1981-1996)

A principios de los ochenta había una población numerosa de usuarios de drogas inyectadas (UDI) en España entre los que se propago rápidamente el VIH, alcanzando prevalencias superiores al 50%.<sup>2</sup> Pronto este mecanismo de transmisión se convirtió en el responsable de más de dos de cada tres casos de infección. El VIH también se extendió entre los hombres homosexuales, aunque con una propagación menos abrupta. En Madrid y en Barcelona la seroprevalencia en hombres homosexuales aumentó hasta niveles próximos al 30% a principios de los noventa.<sup>3,4</sup> El elevado número de UDI infectados por el VIH, la mayoría adultos jóvenes y sexualmente activos, dio lugar posteriormente a aumentos secundarios de casos de infección por transmisión heterosexual y perinatal, estos últimos entre hijos de madres que eran UDI ó pareja sexual de UDI.

Al comienzo de la segunda década de la epidemia ya se habían producido más de 100.000 infecciones por el VIH. La notificación de casos de SIDA mostraba un rápido incremento en el número de nuevos diagnósticos, y desde 1990 España pasó a tener las mayores tasa de SIDA de todos los países de Europa. El SIDA fue escalando puestos entre las principales causas de mortalidad en adultos jóvenes. En 1993 pasó a ser la primera causa de muerte en población de 25 a 44 años, y en 1995 la primera causa de años potenciales de vida perdidos. La gravedad de la situación puso en alerta a la sociedad, y se intensificaron los programas de prevención, reduciéndose las prácticas de riesgo. La ocurrencia de nuevas infecciones por el VIH comenzó a disminuir, como han demostrado los estudios seriados de seroprevalencia de VIH en UDI,<sup>7,8</sup> hombres homosexuales<sup>3,4</sup> y prostitución.<sup>5,6</sup> Las sucesivas generaciones de jóvenes se fueron incorporando al consumo de heroína en menor medida, lo que se manifestó en un envejecimiento gradual de las poblaciones de heroinómanos, y a ello se sumó un progresivo cambio en la vía de consumo inyectada a la fumada.<sup>9,10</sup>

## 2. Era de los tratamientos antirretrovirales de alta actividad (1997-2000)

A mitad de los noventa se superaban los 7.000 casos de SIDA y los 5.000 fallecimientos anuales. Desde entonces se fueron introduciendo nuevos avances en el tratamiento de la infección por el VIH que dieron un giro espectacular a la situación descrita.

### Situación de la infección por el VIH

La transmisión del VIH es mucho menor que en épocas pasadas debido a las actividades de prevención que se iniciaron años atrás. Aunque la seroprevalencia entre los UDI que se mantienen en activo todavía alcanza 30%,<sup>10</sup> cada vez son menos los jóvenes que se inician en el consumo de drogas inyectadas. El mayor descenso de infecciones en UDI ha llevado a que la transmisión sexual gane importancia en términos relativos. Las infecciones en hombres homosexuales también han disminuido;<sup>3</sup> pero la seroprevalencia todavía alcanza el 16,7%.<sup>11</sup> En las mujeres que ejercen la prostitución la seroprevalencia de VIH se mantiene por debajo del 2%, y entre ellas el consumo de drogas inyectadas se ha convertido en una práctica infrecuente.<sup>11</sup> Las parejas sexuales de UDI son el grupo que presenta peor evolución, y sus tasas de infección todavía no presentan signos de remisión.

La seroprevalencia global en de la población general española de 18 a 39 años está entorno a 5,6 infecciones por mil habitantes, con tasas tres veces mayores en varones que en mujeres, y 7 veces mayores en los residentes en el medio urbano.<sup>12</sup> En las tres comunidades autónomas cuentan con sistemas de notificación de VIH desde el comienzo de la epidemia, se ha constatado un descenso del 60% en el número de nuevos diagnósticos de VIH desde principios de los noventa.<sup>13</sup> No obstante, en el conjunto de las tres regiones se diagnosticaron 166 nuevas infecciones por VIH por millón de habitantes en 1998, cifra todavía muy elevada en comparación con otros países Europa.<sup>14</sup>

Valorando globalmente la epidemia de VIH en España, predominan los argumentos que respaldan una progresiva reducción de la transmisión del VIH en la población. Por otra parte, la espectacular mejora en la supervivencia de las personas infectadas lograda por los tratamientos antirretrovíricos ha llevado a que se mantengan las cifras de personas vivas con infección por VIH en España entre 110.000 y 150.000.<sup>1</sup> Esto supone una tasa global de 3 personas infectadas por mil habitantes. En la tabla 1 se muestra la distribución de estas infecciones en función de distintas variables epidemiológicas.

### Incidencia y prevalencia de los casos de SIDA

La incidencia de SIDA alcanzó valores máximos en 1994 con 7303 casos, y ha registrado una caída superior al 60% en los cinco años siguientes.<sup>15</sup> A ello han contribuido el conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria; pero fue entre 1996 y 1997 cuando el descenso se hizo más pronunciado (27%) coincidiendo con la extensión de las terapias antirretrovíricas de alta actividad. Posteriormente el ritmo de descenso se ha ido suavizando (figura 1). La mortalidad por SIDA ha experimentado un descenso similar al de la incidencia, pero más pronunciado.<sup>16</sup> Como resultado de la mayor supervivencia, ha aumentado el número de personas vivas que han tenido un diagnóstico de SIDA hasta cerca de 20.000 a finales de 1999.<sup>15</sup>

La transmisión madre-hijo del VIH se ha reducido gracias a la recomendación del tratamiento antirretrovírico a todas las mujeres embarazadas infectadas. Por efecto de esta medida, desde 1995 se inició un descenso en la incidencia de casos de SIDA por transmisión vertical, que ha supuesto una caída del 81% en los cuatro años siguientes.<sup>15</sup>

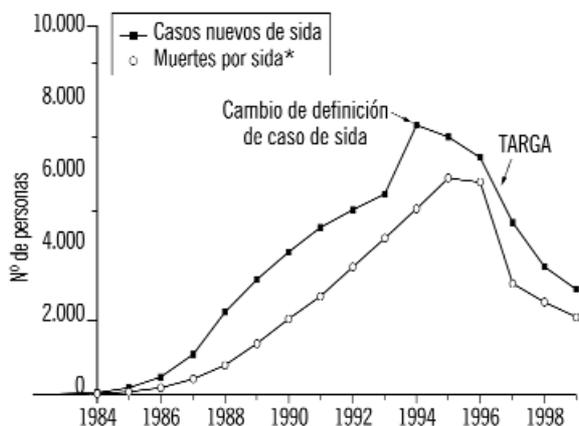
## Bibliografía

- 1.- Castilla J, de la Fuente. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de SIDA. España, 1980-1998. *Med Clin (Barc.)* 2000; 115:85-9.
- 2.- Fernández Sierra MA, Gómez Olmedo M, Delgado Rodríguez M, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población española (II). Metaanálisis de las tendencias temporales y geográficas. *Med Clin (Barc)* 1990;95:366-71.
- 3.- Del Romero J, Castilla J, García S, et al. Evolución de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en un colectivo de varones homo/bisexuales de Madrid (1986/1995). *Med Clin (Barc)* 1997;110:209-12.
- 4.- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/SIDA a Catalunya (SIVES). Informe anual 1997. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
- 5.- Ballesteros J, Clavo P, Castilla J, et al. Low seroincidence and decrease in seroprevalence among female prostitutes in Madrid [letter]. *AIDS* 1999; 13:1143-4.
- 6.- Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández García E, et al. Prospective cohort study of female sex workers and risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-1996). *Sex Transm Inf* 1998;74:264-88.
- 7.- Hernández-Aguado I, Aviñó MJ, Pérez-Hoyos S, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of epidemic over 10 years. *Int J Epidemiol* 1999;28:335-340.
- 8.- Sopolana P, Carrascosa C, García-Benito P. Evolución de la prevalencia de la infección por el VIH-1 en los drogodependientes de la Comunidad de Madrid (1985-1996). *Med Clin (Barc.)* 1998;111:257-8.
- 9.- De la Fuente L, Bravo Mj, Lew C, et al. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre consumidores de heroína en Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de centrar los estudios en consumidores y no sólo en usuarios por vía intravenosa. *Med Clin (Barc)* 1999;113:646-51.
- 10.- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997.
- 11.- Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000;114:211-3.
- 12.- Castilla J, Pachón I, González MP, et al. Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. *Epidemiol Infect* 2000 125:159-62.
- 13.- Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, et al. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. *Med Clin (Barc)* 2000;114:653-5.
- 14.- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 1999. 2000, N° 62.
- 15.- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 30 de junio de 2000. *Bol Epidemiol Semanal* 2000; 8: 21-4.
- 16.- García de Olalla P, Caylà JA, Brugal MT et al. Evolución de la mortalidad y supervivencia del SIDA en Barcelona (1981-1997). *Med Clin (Barc)* 1999;113:169-70.

**TABLA 1. ESTIMADORES DE LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA EN ESPAÑA A FINALES DE 1999**

Personas que viven con infección por el VIH	110.000-150.000
Características de las personas que viven con VIH	
Usuarios de drogas inyectadas	50% - 60%
Hombres con prácticas homosexuales	15% - 25%
Riesgo heterosexual	15% - 25%
Mujeres	20% - 24%
Niños (menores de 13 años)	< 1%
Personas que se han infectado por el VIH desde el comienzo de la epidemia	150.000-180.000
Personas que han desarrollado SIDA desde el comienzo de la epidemia	60.000-65.000
Personas vivas con diagnóstico de SIDA	18.000-20.000
Nuevos diagnósticos de SIDA en 1999	2.800-3.200
Muertes por VIH/SIDA desde el principio de la epidemia	40.000-50.000

**FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR SIDA**



\* Los datos de mortalidad de 1998 y 1999 son estimaciones provisionales

TARGA: Terapia Antirretrovírica de Gran Actividad

## CAPÍTULO 4

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR  
VIH/SIDA EN INMIGRANTES  
Y MINORÍAS ÉTNICAS EN ESPAÑA

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS  
EN EXTRANJEROS EN ESPAÑA



## CAPÍTULO 4

# 4.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN INMIGRANTES Y MINORÍAS ÉTNICAS EN ESPAÑA

---

Jesús Castilla y Julia del Amo. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

### Introducción

Los primeros casos de SIDA en sujetos africanos de raza negra se publicaron en una carta al Lancet por Clumeck et al. en marzo de 1983.<sup>1</sup> Se trataba de cinco pacientes de Africa Central (Zaire y Chad) que vivían en Bélgica y reunían los criterios de definición del Síndrome de la Inmunodeficiencia humana Adquirida. Hasta entonces el SIDA sólo se había descrito en varones homo o bisexuales, usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos e inmigrantes Haitianos en los Estados Unidos. Fue tras el reconocimiento de estos casos de Africanos con SIDA en Europa,<sup>1-6</sup> cuando empezó la investigación de los patrones de la nueva epidemia en el continente Africano. En 1984, los primeros estudios de pacientes con SIDA y con el complejo relacionado con el SIDA en el Zaire y en Ruanda establecieron un nuevo patrón de enfermedad con transmisión mayoritariamente heterosexual.<sup>7-8</sup>

### Casos de SIDA en personas de origen no Europeo en países de la Unión Europea

Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica de los casos de SIDA existe poca información sobre sujetos con origen no europeo y de otros grupos raciales y étnicos en los países europeos. Hasta diciembre de 1986, el centro colaborador de la OMS en Europa recogía información sobre la distribución de casos de SIDA en adultos por país de origen. En los cuatro boletines publicados en 1986, el número de casos de SIDA diagnosticados en Europa en adultos que provenían de Africa Sub-Sahariana, aumentó de 172 en marzo a 215 en diciembre de 1986.<sup>9</sup> En diciembre de 1986, Bélgica declaró 108 (50%) casos, Francia 81 (37%) y Suiza 11 (5%).<sup>9</sup> Ciento treinta y un (57%) sujetos provenían del Zaire y 24 (10%) del Congo. En marzo de 1986, un 7% de los casos de SIDA en adultos en Europa era en sujetos Africanos. Esta proporción disminuyó a un 5% en diciembre del mismo año. En diciembre de 1999, Europa tenía 229.342 casos declarados de SIDA en adultos pero el sistema ya no registra la información sobre el país de origen de estos sujetos.<sup>10</sup>

La recogida de este tipo de información en los diferentes países europeos se realiza de forma muy desigual. La mayoría de los países disponen de escasa información específica sobre la incidencia de SIDA en personas originarias de otros países o pertenecientes a minorías étnicas. Sin embargo, existen excepciones como la del Reino Unido, que recoge datos muy exhaustivos sobre el grupo étnico y el país de origen.

## **Información sobre la prevalencia de infección por el VIH en España en personas originarias de otros países.**

El análisis de la situación epidemiológica de la infección por el VIH plantea mayores dificultades que el del SIDA, y hasta la década de los noventa no se dispuso en España de estrategias consolidadas de vigilancia de esta infección. Esta 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. Hasta el momento no existen estudios sistemáticos dirigidos específicamente a poblaciones de inmigrantes. No obstante, en algunas encuestas se recoge la variable de país de origen, lo que permite obtener la seroprevalencia de VIH en colectivos de inmigrantes y compararla con la de personas con situaciones de riesgo similares nacidas en España.

En un estudio que se realiza desde 1998 en pacientes de seis clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) de varias comunidades autónomas se encontró que el 28,4% de 3.111 pacientes que consultaron por sospecha de una ETS fueron inmigrantes de África o el Caribe, este porcentaje ascendió hasta el 47,9% entre las mujeres que ejercían la prostitución.<sup>11</sup> La prevalencia de VIH fue del 0,6% en mujeres que ejercían la prostitución originarias de África y el Caribe, ligeramente inferior al 1,8% encontrado en las del resto de procedencias, incluidas las españolas. En parte, estas diferencias se explican porque ninguna de las mujeres que ejercen la prostitución de origen africano o caribeño fueron consumidoras de drogas inyectadas.<sup>11</sup> Por otra parte, en mujeres que ejercen la prostitución en la calle de Madrid en 1999 y cuyo origen era sub-Sahariano la seroprevalencia fue del 5%.<sup>12</sup>

En 132 travestis y transexuales captados en las calles de Madrid en 1998, se encontró que el 44% habían nacido fuera de España, siendo Ecuador el país de origen más frecuente (74%). La seroprevalencia de VIH fue del 58% entre las que se inyectaban drogas y del 17% en el resto, sin que existiesen diferencias en función del país de origen.<sup>13</sup>

En un colectivo de hombres que ejercen la prostitución en la calle de Madrid entrevistados en 1998 se encontraron seroprevalencias de VIH claramente mayores que las de las mujeres, tanto en españoles (21%) como en los inmigrantes (35%). En parte estas altas tasas se explican por la elevada frecuencia de consumo de drogas inyectadas (18% en ambos grupos), si bien la prevalencia fue también alta entre los no inyectores (13% y 29%, respectivamente).

Como vemos, las posibilidades de estudio de la infección por VIH en inmigrantes son limitadas, pero se está incluyendo de forma sistemática variables sobre el país de origen en muchas de las actividades de vigilancia epidemiológica, por lo que se espera disponer de mejor información al respecto en los próximos años. Actualmente se está poniendo en marcha un sistema nacional de notificación de infecciones por el VIH que también prevé recoger el país de origen de los pacientes, aunque por el momento no se dispone de datos.

## **Cuantificación de los casos de SIDA notificados en España en personas originarias de otros países.**

El SIDA es una consecuencia habitualmente tardía de la infección por VIH, que supone la aparición de enfermedades graves debido al daño que ocasiona el VIH en el sistema inmunológico. En España existe un Registro Nacional de casos de SIDA donde se recoge información sobre los casos de enfermedad. Esta es una de las pocas enfermedades de las que se recoge el país de origen de los enfermos, ya que el Registro Nacional de casos de SIDA incluye desde su comienzo esta variable.

En España se han declarado un total acumulado de 58.091 casos de SIDA desde el comienzo de la epidemia hasta junio de 2000,<sup>14</sup> lo que le sitúa entre los países de Europa más afectados. De ellos, 1.076 casos fueron personas cuyo país de origen era diferente a España, lo que representa el 1,9% del total de casos de SIDA (figura 1) pero este porcentaje asciende al 2,4% si se analizan sólo aquellas comunidades autónomas que realizan una buena recogida de la variable del país de origen.

La interpretación de estos datos tiene algunas limitaciones que han de tenerse en cuenta. En primer lugar, en no es posible distinguir entre las personas que estaban infectadas antes de llegar a España y las que se han infectado con posterioridad. En Barcelona se ha podido ver que un tercio de los casos llevaba en España más de 10 años y dos tercios más de 5 años.<sup>15</sup> En segundo lugar, el número y porcentaje mencionados han de considerarse como valores mínimos, ya que la variable país de origen no está recogida de forma sistemática en todas las comunidades autónomas. En tercer lugar, no se recoge el grupo étnico de los casos de SIDA, lo que impide conocer el número de casos en minorías étnicas como la gitana, a pesar de ser la más numerosa en España. Tampoco permite conocer el número de afectados en las segundas generaciones de inmigrantes por no haber éstos nacido fuera de España, a pesar de que pertenezcan a un grupo étnico con características muy distintivas. Finalmente, no es posible obtener las 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 que son originarias de otros países. Esto nos impide comparar las 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**

De los casos de SIDA notificados en España hasta junio de 2000 más del 97% se han diagnosticado en personas nacidas en España, lo que demuestra que, hasta el momento, esta epidemia se ha producido fundamentalmente por transmisión autóctona del VIH, con muy poca repercusión de los movimientos de población internacionales.

Hasta junio de 2000 se han notificado 1.076 casos de SIDA en personas originarias de otros países. La procedencia más frecuente es de Europa (41%), seguida por la procedencia de África (28%) y de las Américas (27%) (Figura 1-2 y tabla 1).

Entre todos los casos de SIDA con origen distinto de España, el país de procedencia más frecuente es Portugal, y entre los países europeos le siguen a distancia Alemania, Italia y Francia. Entre los casos de SIDA originarios de África, más de dos tercios lo eran de África Sub-Sahariana y se distribuían entre un amplio número de países, entre los que destacan Gambia, Senegal, Guinea Bissau, Ghana y Guinea Ecuatorial. Sin embargo, en el conjunto de África el país de origen más frecuente fue Marruecos. Entre los originarios de América la procedencia más habitual es Latinoamérica, siendo Argentina el país de origen más frecuente. (Figura 1 y tabla 1).

## **Categoría de transmisión de las personas con SIDA cuyo país de origen es distinto de España**

La distribución de los 1.076 casos según categoría de transmisión se presenta en la figura 3, donde se observan diferentes patrones de transmisión en función de la región de procedencia. El 78% de los sujetos cuyo país de nacimiento era Portugal eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), patrón que es similar tanto al de España como al de su país de origen. También predominan los UDVP entre los originarios de países de la Europa del Este, mientras que los procedentes de otros países de Europa Occidental se reparten entre UDVP (37%) y hombres homosexuales (42%).

El 82% de los procedentes de América del Norte eran hombres homo/bisexuales, que es el mecanismo de transmisión más frecuente en sus países de procedencia. Aunque en menor medida, también los hombres homosexuales son la categoría más frecuente entre los originarios de Latinoamérica (53%).

Resulta llamativo que el 48% de los sujetos de países del Norte de África se han infectado por el consumo de drogas inyectadas, vía de infección poco frecuente en sus países de origen, pero la más frecuente en España, país de acogida. El 58% de los sujetos de origen Sub-Sahariano se han infectado por vía heterosexual, y además probablemente muchos de los casos con categoría de transmisión desconocida (29%) han podido deberse también a esta vía de transmisión, que es la más frecuente en su país de origen.

## **Sexo y edad de los casos de SIDA en personas con país de origen diferente a España**

La distribución por sexo en los diferentes países de origen está muy condicionada por la categoría de transmisión más frecuente en cada colectivo y por el diferente grado de «feminización» del patrón migratorio de cada país. Sin embargo, para todas las regiones de procedencia la proporción de hombres con SIDA es mayor a la de las mujeres (figura 4). En el conjunto de casos de SIDA en España la proporción de mujeres es del 19,4%. Entre las distintas regiones de procedencia predominan claramente los casos de SIDA en hombres, con porcentajes de mujeres que se sitúan en un rango que oscila entre el 14,3% de Asia y el 23,7% de África del Norte. Entre los originarios en Norteamérica el porcentaje de mujeres es mucho menor (3%), influido por el patrón de transmisión predominante de hombres homosexuales.

En el conjunto de los casos de SIDA en España la edad media al diagnóstico fue de 33,6 años. No existen diferencias importantes en la edad al diagnóstico de SIDA en función del país de origen, predominando en todos ellos los adultos jóvenes. Los procedentes de la Europa del Este fueron los que tuvieron una edad media menor (30,6 años) y los de Norteamérica que la tuvieron mayor (41,6 años). La edad media es unos tres años en promedio menor en las mujeres respecto a los hombres, y también varía en función de la categoría de transmisión del VIH.

## **Evolución de la incidencia de casos de SIDA en sujetos con país de origen diferente a España**

La incidencia de casos de SIDA en España ha sufrido cambios muy importantes en el tiempo. Por ello, para interpretar la tendencia del SIDA en personas con país de origen distinto de España es conveniente ponerla en el contexto de la tendencia del SIDA en personas nacidas en España (figura 5).

El número de casos nuevos de SIDA alcanzó su máximo en España en 1994 y desde entonces hasta 1999 ha disminuido más de un 60%. No obstante, la reducción de los casos de transmisión heterosexual ha sido menor y algo más tardía (figura 5). Esta disminución se explica por el conjunto de actividades de lucha contra el SIDA que se iniciaron desde años atrás, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria. Si bien, desde 1996 el descenso se ha acelerado por efecto de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA). Por tanto, el descenso está condicionado al acceso al sistema sanitario y a los nuevos tratamientos, y aquellos grupos de población con peor acceso estarán experimentando un descenso menor.

La interpretación de la tendencia del SIDA en personas con país de origen distinto de España resulta difícil. En primer lugar, no es posible obtener tasas de incidencia de SIDA en función del lugar de procedencia, por no

conocerse la población de personas de diferentes procedencias que viven en España; y en segundo lugar, este número está sufriendo grandes cambios en los últimos años.

El número de casos de SIDA en personas originarias de países distintos de España también ha disminuido en los últimos años, aunque este descenso ha sido claramente menor que el descrito en el resto de los casos, y solo ha supuesto una caída de entorno al 20% entre 1995 y 1999. Sin embargo, la disminución ha sido heterogénea y en algunos casos se ha producido un aumento. Los casos de SIDA en personas originarias de las Américas y del resto de países de Europa exceptuando a Portugal, experimentaron una caída importante, similar a la de los casos nacidos en España (figura 6). Por el contrario los casos de SIDA en personas originarias de África y de Portugal se han mantenido e incluso han seguido aumentando (figuras 6-10). Entre los originarios de África el aumento está asociado a la transmisión heterosexual, y entre los procedentes de Portugal se ha debido a transmisión por consumo de drogas inyectadas. El análisis del registro de SIDA no permite por si solo establecer qué factores y circunstancias han dado lugar a estos aumentos de los casos de SIDA en personas de origen africano o portugués. Independientemente de la causa, las soluciones pasan por la prevención de la transmisión del VIH adaptada a cada colectivo, promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y el acceso al tratamiento antiretroviral adecuado.

## **Casos de SIDA en sujetos con país de origen diferente a España en las diferentes CCAA**

Cataluña es la comunidad autónoma que ha declarado más casos de SIDA con país de origen distinto de España, y le siguen Andalucía y Madrid. Sin embargo, las comunidades en las que es mayor el porcentaje de casos de SIDA con país de origen distinto de España son Melilla (7%), Canarias (6,6%) y Baleares (4,1%).

El patrón geográfico de lugares de procedencia difiere entre comunidades autónomas. Así el origen de Portugal es más frecuente entre los casos de SIDA de Castilla-La Mancha, la procedencia de otros países de Europa Occidental se da más en Canarias y en Baleares, los casos de SIDA con procedencia en Latinoamérica y en África sub-Sahariana se distribuyen por todas las comunidades autónomas, aunque con frecuencias algo mayores en Canarias, y finalmente, el origen en el norte de África aparece en mayor proporción entre los casos de SIDA de Ceuta y de Melilla.

## **Enfermedades diagnósticas de SIDA en personas con país de origen diferente a España**

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 con diferencia enfermedad que ha dado lugar con mayor frecuencia al diagnóstico de SIDA en el periodo 1994-1999, en los casos nacidos en España. Esta enfermedad estuvo presente en el 37,2% de los casos, le siguió la neumonía por *Pneumocystis carinii* con un 20,3% de los casos, y el resto de las enfermedades aparecieron con frecuencias mucho menores.

En las personas que se diagnosticaron de SIDA en España que eran originarias de otros países la frecuencia de tuberculosis fue muy elevada, independientemente de la región de origen de los pacientes (figura 11). Su frecuencia se mantuvo en rangos similares a los que presentan los casos de SIDA nacidos en España. A excepción de los casos de SIDA originarios de países de Europa Occidental, la tuberculosis fue la enfermedad diagnóstica de SIDA más frecuente en los casos de SIDA de todas las procedencias. No obstante, hay que destacar que incluso en las personas de países de Europa Occidental, el porcentaje de casos de SIDA con tuberculosis fue mucho mayor que el que habitualmente se encuentra en dichos países, donde la tuberculosis aparece en menos del 10% de los casos de SIDA.

Entre los sujetos procedentes de Portugal la tuberculosis fue especialmente frecuente en los diagnósticos de SIDA, lo cual puede explicarse porque muchos de ellos fueron usuarios de drogas inyectadas. También tuvieron frecuencias altas de tuberculosis los procedentes de África, lo cual puede deberse en parte a la elevada frecuencia de infección por el *Mycobacterium tuberculosis* en sus países de origen.

## Comparación de la situación española con otros países Europeos

El porcentaje de casos de SIDA en sujetos con país de origen distinto a España es sólo del 2,4%, muy inferior al encontrado en otros países europeos, lo cual puede deberse a que la gran dimensión de la epidemia de SIDA en España hace que la proporción de casos en inmigrantes sea menor. Sólo el 0,5% de los casos de SIDA era sujetos de origen Sub-Sahariano, cifra muy inferior a la de otros países europeos, como el Reino Unido en donde a diciembre de 1995, el 8% de los casos de SIDA se había producido en sujetos de raza negra debidos a transmisión heterosexual con una pareja originaria de un país incluido en la zona II de la clasificación de la OMS. En Portugal, a junio de 1997, en 8,2% de los casos de SIDA se habían producido en sujetos de raza negra, en Francia, a diciembre de 1994, el 7% eran heterosexuales de África Sub-Sahariana, en Bélgica, a julio de 1995, el 29,5% se producían en sujetos de nacionalidad Sub-Sahariana, en Holanda a diciembre de 1995 esta proporción era del 3,1% y en Italia, a junio de 1997, el 1,4% de los casos de SIDA había nacido en África Sub-Sahariana y el 4.6% de los casos de SIDA eran de origen no italiano.

## Conclusión

La proporción de los casos de SIDA que se producen en España que son originarios de otros países, es relativamente baja; no obstante, el número absoluto ha superado las mil personas, y lógicamente el número de personas vivas con infección por el VIH será mucho mayor. La tendencia del SIDA es ascendente en el grupo de origen africano y portugués, lo que entre otras cosas está reflejando necesidades importantes en cuanto a actividades de prevención del VIH dirigidas específicamente a estos colectivos, en la promoción de la prueba del VIH y en el acceso temprano a los servicios sanitarios.

Por otra parte, se evidencia la necesidad de potenciar las actividades de vigilancia epidemiológica que permitan monitorizar de forma más precisa y detallada los problemas de salud en inmigrantes y minorías étnicas.

## Bibliografía

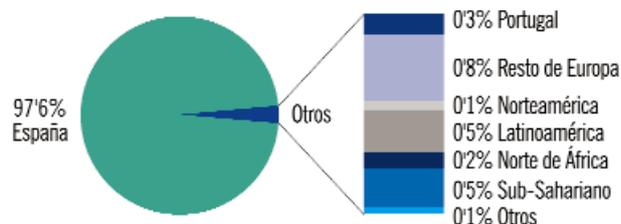
- 1.- Clumeck N, Máscart-Lemone F, De Maubeuge J, Brenez D, Marcelis L. Acquired Immunodeficiency Syndrome in Black Africans. *Lancet* 1983;1:642.
- 2.- Taelman H, Dasnoy J, Van Marck, Eyckmans L. Syndrome D'Immunodeficiency Acquisée chez trois patients du Zaire. *Ann Soc Belge Med Trop* 1983;63:73-4.
- 3.- Clumeck N, Sonnet J, Taelman H et al. Acquired Immunodeficiency Syndrome in african patients. *N Engl J Med* 1984; 310: 492-7.
- 4.- Katlama C, Leport C, Matheron S, et al. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Africans. *Ann Soc Belge Med Trop.* 1984;64:379-89.
- 5.- Taelman H, Dasnoy J, De Ryck A, et al. AIDS cases observed at the Leopold II Clinic, Institute of Tropical Medicine, Antwerp. *Ann Soc Belge Med Trop* 1984;64:107-8.

- 6.- Clumeck N. Epidemiological correlations between African AIDS and AIDS in Europe. *Infection* 1986;3:97-9.
- 7.- Piot P, Quinn TC, Taelman H, et al. AIDS in heterosexuals in Zaire. *Lancet* 1984; 2:65-9.
- 8.- Van De-Perre P, Rouvroy D, Lepage P, et al. Acquired immunodeficiency syndrome in Rwanda. *Lancet* 1984;2:62-5.
- 9.- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. First-fourth Quarterly reports 1986.
- 10.- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 1999.
- 11.- Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000;114:211-213.
- 12.- Belza MJ, Darder M, Llacer A, Castillo S, Del Amo J, Sanz B, Rodriguez MA. Social characteristics and risk behaviour for HIV in black-race female sex workers in Madrid, Spain. XIII International AIDS Conference. Durban, Julio de 2000.
- 13.- Belza MJ, Llácer A, Mora R, et al. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gac Sanit* 2000;14:330-337.
- 14.- Vigilancia del SIDA en España. Situación al 30 de Septiembre de 1999. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 15.- García de Olalla P, Lai A, Jansà JM, Bada JL, Caylà JA. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit* 2000;14:189-194.

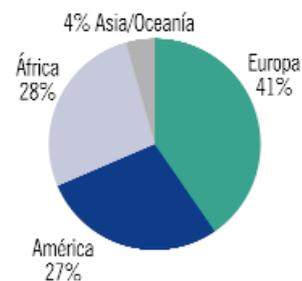
**TABLA 1. CASOS DE SIDA ORIGINARIOS DE PAÍSES DISTINTOS DE ESPAÑA SEGÚN REGIONES Y PAÍSES DE ORIGEN**

REGIÓN	PAÍS	CASOS
EUROPA		463
	Portugal	123
	Alemania	71
	Italia	65
	Francia	64
	Reino Unido	46
	Holanda	14
	Bélgica	14
	Suiza	11
	Andorra	5
	Resto de países	<5
NORTE DE ÁFRICA		93
	Marruecos	71
	Argelia	14
	Túnez	4
	Egipto	4
	Libia	2
ÁFRICA SUB-SAHARIANA		210
	Gambia	44
	Senegal	24
	Guinea-Bissau	19
	Guinea	15
	Ghana	15
	Guinea Ecuatorial	10
	Liberia	10
	Mali	8
	Nigeria	7
	Angola	5
	Resto de países	<5
AMÉRICA		295
	Argentina	90
	Brasil	44
	USA	30
	Colombia	19
	Venezuela	17
	Perú	16
	Uruguay	16
	Chile	15
	Méjico	12
	República Dominicana	11
	Cuba	7
	Resto de países	<5
ASIA		38
	Líbano	6
	Resto de países	<5
OCEANÍA		4
<b>TOTAL</b>		<b>1076</b>

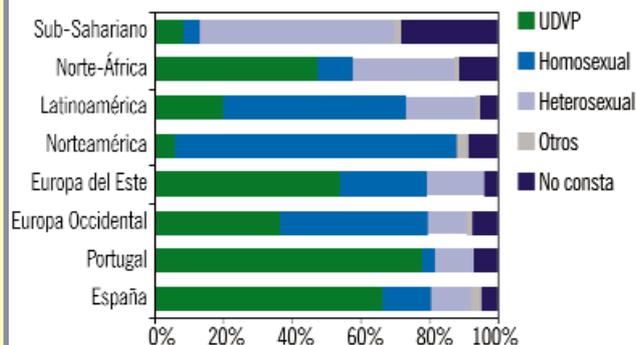
**FIGURA 1. PAÍS DE ORIGEN DE LOS CASOS DE SIDA EN ESPAÑA, 1981 JUNIO DE 2000**



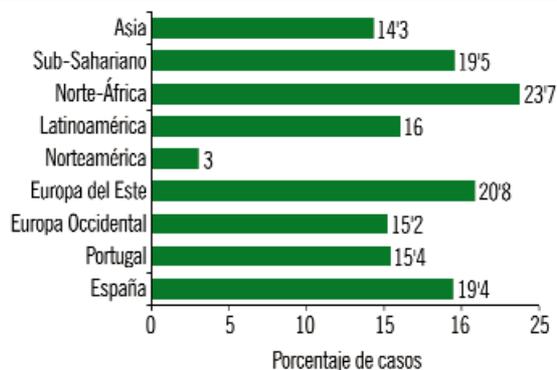
**FIGURA 2. SIDA EN PERSONAS CON PAÍS DE ORIGEN DISTINTO DE ESPAÑA**



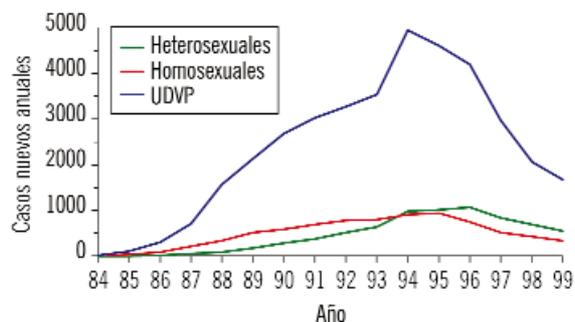
**FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE SIDA POR CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN**



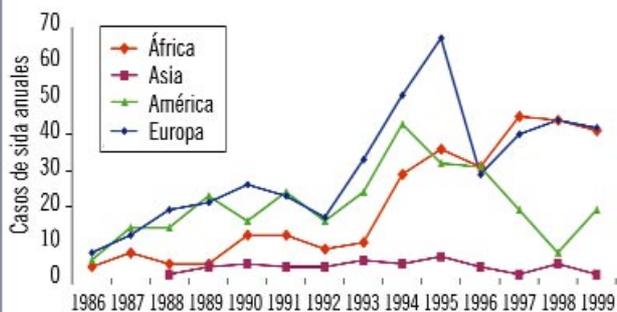
**FIGURA 4. PORCENTAJE DE MUJERES EN LOS CASOS DE SIDA EN LOS CASOS DE SIDA**



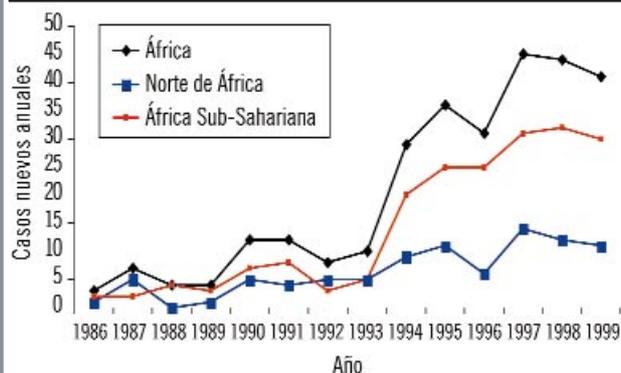
**FIGURA 5. CASOS NUEVOS DE SIDA EN ESPAÑA POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN**



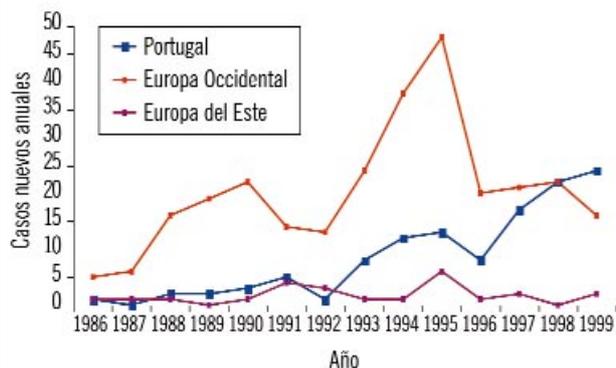
**FIGURA 6. SIDA EN PERSONAS CON PAÍS DE ORIGEN DISTINTO A ESPAÑA**



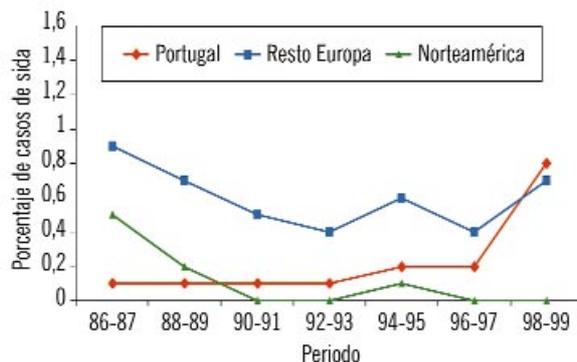
**FIGURA 7. CASOS DE SIDA EN PERSONAS CON PAÍS DE ORIGEN EN ÁFRICA**



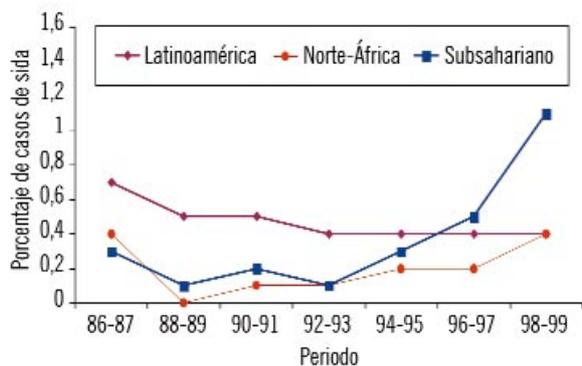
**FIGURA 8. CASOS DE SIDA EN PERSONAS CON PAÍS DE ORIGEN EN EUROPA**



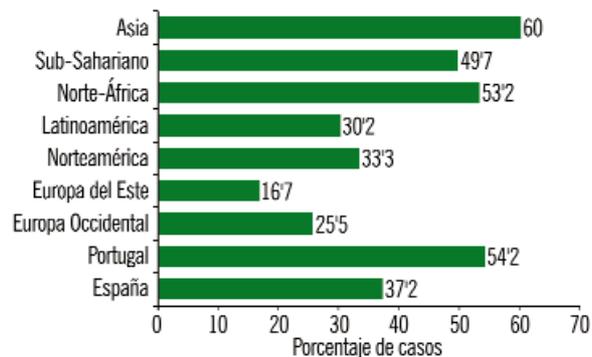
**FIGURA 9. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA EN PERSONAS CON PAÍS DE ORIGEN DISTINTO A ESPAÑA**



**FIGURA 10. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA EN PERSONAS CON PAÍS DE ORIGEN DISTINTO A ESPAÑA**



**FIGURA 11. PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA CON TUBERCULOSIS**



## CAPÍTULO 4

# 4.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS EN ESPAÑA

---

**Mercedes Diez Ruiz-Navarro y M<sup>a</sup> Teresa Caloto González por el GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO MULTICÉNTRICO DE TUBERCULOSIS (PMIT). UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN TUBERCULOSIS-INSTITUTO DE SALUD CARLOS III**

### Introducción

En el momento actual, la tuberculosis es uno de los mayores problemas de salud que existen en el mundo, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró emergencia global en 1993<sup>1</sup>. Se estima que anualmente se producen en torno a 8 millones de casos nuevos en todo el planeta, que, unidos a los 12 millones ya existentes, arrojan un total de 20 millones de casos<sup>2</sup>. Los determinantes de esta situación son varios: la explosión demográfica que se ha producido en los países más afectados por la enfermedad, el aumento de la pobreza y las situaciones de emergencia, la expansión del VIH y la inadecuación de los programas de control a las necesidades existentes<sup>3</sup>.

Aunque la tuberculosis afecta de manera preferente a los países en vías de desarrollo, que aportan más del 95% de los casos, algunos países desarrollados también experimentaron en la década de los 80 incrementos en la incidencia de la enfermedad<sup>4</sup> que ponen de relieve la dificultad de su eliminación.

### La tuberculosis en minoría étnicas

Uno de los hechos que complican la eliminación de la tuberculosis en los países industrializados es la migración de trabajadores procedentes de países de alta endemia<sup>4,5</sup> que, al haber estado expuestos a un alto riesgo de infección en sus países de origen, presentan tasas de tuberculosis mucho más altas que las de la población autóctona, en particular dentro de los 2 primeros años desde su llegada al país de acogida<sup>6</sup>. En algunos países desarrollados este fenómeno ha alcanzado tal entidad que en el momento actual la mayoría de los casos de la enfermedad se producen en minorías étnicas<sup>5, 7-8</sup>. Este hecho tiene implicaciones importantes para el control que han de ser tenidas en cuenta. Los enfermos inmigrantes presentan algunas peculiaridades clínicas y epidemiológicas diferentes a las de los nacidos en el país y, además, es común que se encuentren en una situación de desprotección social, en particular si no tienen residencia legal. Por todo ello el control de la tuberculosis en estos enfermos requiere, en ocasiones, la puesta en marcha de estrategias de control específicas para ellos<sup>9-10</sup>.

## La tuberculosis en España

Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, en 1998, España ocupaba el segundo lugar en incidencia de tuberculosis entre los países de la Unión Europea, con una tasa sólo superada por Portugal<sup>8</sup>. Esto a pesar de que en nuestro país sólo son de declaración obligatoria a nivel nacional las localizaciones del aparato respiratorio y la meningitis tuberculosa<sup>11</sup>.

Esta tasa de incidencia no se corresponde con nuestro nivel de desarrollo y pone de relieve insuficiencias en el control de la enfermedad, a pesar de que nuestro sistema sanitario garantiza acceso generalizado a los medios de diagnóstico y tratamiento para todos los españoles. En este contexto, la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la década de los 80 y la superposición de los grupos sociales más afectados por ambas enfermedades ha tenido como resultado que la tuberculosis sea la enfermedad que con mayor frecuencia lleva al diagnóstico de SIDA, ya que la infección por VIH es el factor de riesgo conocido más importante para el desarrollo de tuberculosis en coinfectados<sup>12</sup>. Además, se ha producido sin duda un aumento notable en el número de casos de tuberculosis<sup>13</sup> que sólo la utilización generalizada de la medicación antirretroviral ha frenado<sup>14</sup>.

A pesar de la magnitud del problema de la tuberculosis como problema de salud pública, existen limitaciones en la información epidemiológica disponible a nivel nacional, por lo que desde el Instituto de Salud Carlos III se impulsó en 1996 la realización de un estudio multicéntrico específico para mejorar el conocimiento de la epidemiología y la práctica clínica respecto a la enfermedad. Este proyecto, conocido como Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT), fue un esfuerzo conjunto entre el Instituto de Salud Carlos III y las Direcciones Generales de Salud Pública de 13 Comunidades Autónomas (CCAA): Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, La Rioja, País Vasco, Ceuta y Melilla. En él participaron 96 áreas de salud y se recogieron datos sobre enfermedad tuberculosa en un área que supone casi el 67% del total de la población española.

La incidencia de todas las formas de tuberculosis en el ámbito del estudio fue de 38,51 casos/100.000 habitantes, con variaciones importantes entre CCAA en un rango que oscila entre los casi 71 casos/100.000 de Galicia y los 16,22 casos/100.000 en Castilla-La Mancha (Tabla 1). Casi el 90% de los casos fueron iniciales, es decir este era el primer episodio de enfermedad.

Los varones presentaron una tasa de incidencia más del doble que la de las mujeres (52,70 y 24,87 casos/100.000 respectivamente), y, en cuanto a la edad, se aprecian dos picos de incidencia con tasas similares en el grupo de 25-34 años y el de 75 años o más (61,33 y 59,42 casos/100.000 respectivamente); este patrón por edad se aprecia tanto en hombres como en mujeres aunque las cifras son mucho más altas en los varones.

La localización más frecuente de la enfermedad fue la pulmonar (casi el 70% de los casos sin incluir la TB diseminada), seguida de la pleural, linfática y diseminada; esta última supuso más del 6% de los casos, de los cuales más del 72% tenían una localización pulmonar o miliar.

El factor de riesgo más frecuente para el desarrollo de tuberculosis fue la infección por VIH, que estaba presente en el 17,7% de los casos (rango, 7%-27,2%); la infección por VIH afectó sobre todo a los varones (21,9% de infectados frente a 9,1% en mujeres) y a los adultos jóvenes (40,7% de positivos en el grupo de edad de 25-34 años y 35,6% en el de 35-44 años)<sup>15</sup>.

## La tuberculosis en inmigrantes en España

Aunque hay algunos estudios publicados que describen las características clínico-epidemiológicas de grupos de inmigrantes<sup>16-22</sup> no existe información en la Red de Vigilancia Epidemiológica sobre la contribución de los extranjeros al problema de la tuberculosis a nivel nacional. No obstante, los datos del PMIT ponen de manifiesto que, desde el punto de vista cuantitativo, ésta no es muy relevante, al menos en el periodo mayo 1996-abril 1997, ya que sólo 303 (3%) del total de casos diagnosticados en el estudio eran personas no nacidas en España<sup>15</sup>. De estas 303 personas, 170 (56,1%), eran originarias de África, 48 (15,8%) provenían de Europa, 37 (12,2%) de América y 26 (8,2%) de Asia; en 22 (7,3%) se desconocía el origen del enfermo. En cuanto a los países de procedencia destaca Marruecos con 106 enfermos (35% del total de extranjeros) seguido de Portugal con 19 (6,3%), Senegal con 13 (4,3%) y Perú con 10 (3,3%).

La distribución de lo inmigrantes por CCAA fue desigual, con variaciones que oscilaron entre el 0,0% en La Rioja y el 36,1% de Melilla. De las CCAA peninsulares la que presentó un porcentaje más alto de extranjeros con TBC fue Cataluña con un 5,6% (Tabla 2).

En cuanto a la distribución por edad y sexo, entre los inmigrantes se observa un mayor predominio de los varones (72,3% frente a 66,9% en españoles) y de los adultos jóvenes (63,7% con edades entre 25-44 años frente a 38,9%). No obstante, la distribución por sexo es variable según cual sea el continente de origen de los enfermos; así, se observa un predominio masculino todavía más marcado entre los africanos (81,2%), mientras que entre los americanos los hombres son minoría (32,4%) y entre los asiáticos la distribución por sexos es casi paritaria. Estos patrones están muy condicionados por los patrones de inmigración en los diferentes colectivos.

Aunque el porcentaje de enfermos con alguna localización pulmonar fue muy similar (75,6% en extranjeros frente a 74,5% en españoles), la proporción del total de enfermos con una baciloscopia positiva fue más alta en los extranjeros (43,2% frente a 35,9%), lo que muestra que, en el momento del diagnóstico, la enfermedad estaba más avanzada. Esta mayor evolución, sin embargo, no parece achacable al sistema de atención sanitaria ya que la mediana de demora en días entre síntomas-primera consulta es mayor en extranjeros que en españoles (25 días frente a 22) mientras que la mediana de demora entre síntomas-tratamiento es menor (31 días frente a 42), lo que, de hecho, sugiere que los sanitarios españoles son más diligentes en el diagnóstico de la enfermedad en inmigrantes, seguramente como consecuencia de la mayor sospecha diagnóstica; no obstante estos datos están pendientes de confirmación mediante análisis multivariado.

En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis, los extranjeros presentan un menor predominio de la infección por VIH, de uso de drogas por vía parenteral y de los factores de riesgo médicos, mientras que hay una proporción mayor de alcohólicos y de mujeres en el embarazo/puerperio (Tabla 3). De gran interés es el análisis de las diferencias entre las situaciones de riesgo para infección tuberculosa, ya que se percibe un mayor porcentaje de internos en prisión y otros colectivos cerrados (posiblemente albergues), y la proporción de enfermos sin domicilio es casi cinco veces mayor en inmigrantes (Tabla 4). Estos datos muestran una mayor marginalidad en este colectivo y son reflejo claro de la precariedad de sus condiciones de vida; esto lo coloca en una situación de desventaja para el acceso a los servicios sanitarios y, probablemente, dificulta el correcto cumplimiento del tratamiento.

Con respecto a la práctica clínica, se aprecian claras diferencias que parecen reflejar la percepción de los facultativos en cuanto a las diferencias cualitativas que tiene la tuberculosis en enfermos extranjeros.

Al igual que en los nativos españoles la mayoría de los casos se diagnostican en hospitales pero el porcentaje de enfermos hospitalizados es claramente superior (76,2% frente a 71,4%); esto podría ser reflejo de la mayor evolución de la enfermedad, como sugieren los hallazgos de la radiografía de tórax que muestran mayor predominio de enfermedad cavitada en los enfermos inmigrantes con enfermedad del aparato respiratorio (Tabla 5). Sin embargo el mayor porcentaje de hospitalización también podría deberse a las adversas circunstancias sociales ya señaladas que dificultarían el alta de estos enfermos.

Es interesante constatar que aunque no hay diferencias en la solicitud de pruebas bacteriológicas en esputo (al 10,5% de extranjeros no se les había solicitado bacteriología frente al 11,6% en españoles), si las hay en cuanto a pruebas solicitadas en otras muestras válidas (BAS, BAL; biopsia) lo que tiene como consecuencia una mayor certeza diagnóstica entre los enfermos nacidos en España (Tabla 6). La explicación más probable para estos hallazgos es que, al presentar los inmigrantes más anomalías en la radiología de tórax y dado que la sospecha diagnóstica es mayor, los médicos no consideraron imprescindible recurrir a procedimientos más agresivos para llegar al diagnóstico microbiológico. De hecho, en los enfermos con tuberculosis extrapulmonar las diferencias en la solicitud de pruebas bacteriológicas van en sentido contrario (Tabla 7) y no hay ninguna diferencia en cuanto a la solicitud de pruebas histológicas.

Los clínicos parecen percibir un mayor riesgo de enfermedad resistente a fármacos en los enfermos extranjeros que en los españoles. De hecho, se ha solicitado estudio de sensibilidad en un porcentaje más alto (39,9% frente a 37,5%) y se ha prescrito tratamiento inicial con cuatro o más fármacos (generalmente isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) a una proporción bastante mayor, a pesar de que los enfermos extranjeros están menos infectados por VIH (Tabla 8). Asimismo, el tratamiento directamente observado es más frecuente (8,4% frente a 5,3%).

## Resumen y conclusiones

La tuberculosis en España presenta características que la diferencian de los países de su entorno socio-económico. Una de las más notorias es que el porcentaje de enfermos extranjeros no llega al 5%, mientras en otros países industrializados suponen más del 50% de los casos. No puede decirse, por tanto, que los inmigrantes hagan una contribución importante a la magnitud del problema de la tuberculosis en nuestro país.

Sin embargo, este grupo de enfermos presenta características sociales que lo hacen más vulnerable y que podrían influir negativamente en el resultado del tratamiento, por lo que sería preciso poner en marcha estrategias específicas para facilitar la curación. Por lo demás, datos procedentes de diversos registros señalan que la proporción de enfermos extranjeros está subiendo en España<sup>23, 24</sup>, por lo que la mejora del control de la enfermedad tuberculosa en este grupo tendrá un beneficio global para la comunidad en su conjunto.

## Bibliografía

- 1.- TB. A Global Emergency. WHO Report on the TB Epidemic. WHO/TB/94.177.
- 2.- Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione M for the WHO Global Surveillance and Monitoring Project. Global Burden of Tuberculosis. Estimated Incidence, Prevalence, and Mortality by Country. JAMA 1999;282:677-86.
- 3.- WHO tuberculosis programme. Framework for an effective tuberculosis control. WHO/TB/94.179.

- 4.- Rieder H, Raviglione M. TB revisits the industrialized world. *World Health* 1993; 4: 20-21.
- 5.- Raviglione MC, Sudre P, Rieder HL, Spinaci S, Kochi A. Secular trends of Tuberculosis en Western Europe. *Bull WHO* 1993;71:297-306.
- 6.- British Thoracic and Tuberculosis Association. Tuberculosis among immigrants related to length of residence in England and Wales. *Br Med J* 1975;3:698-699.
- 7.- Index Tuberculosis 1997. The Netherlands. Royal Netherlands Tuberculosis Association. The Hague. March 1999.
- 8.- EuroTB (CESES/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 1998. November 2000.
- 9.- Rieder HL, Zellweger J-P, Raviglione MC, Zeizer ST, Migliori GB. Tuberculosis control in Europe and international migration. *Eur Respir J* 1994;7:1545-53.
- 10.- Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis. Tuberculosis among foreign-born persons entering the United States. *MMWR* 1990;39 (No RR 18):1-21.
- 10.- Centro Nacional de Epidemiología. Definiciones de caso y formularios de notificación al nivel central de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
- 12.- de March Ayuela P. Tuberculosis y SIDA. Situación en España. Perspectivas. *Rev Clin Esp* 1990;186:365-8.
- 13.- Vall Mayans M, Maguire A, Miret M, Alcaide J, Parrón I and Casabona J. The spread of AIDS and the re-emergence of tuberculosis in Catalonia, Spain. *AIDS* 1997; 11:499-505.
- 14.- Castilla Catalán J, Guerra Romero L, Cañón Campos J, Noguer Zambrano I, Parras Vázquez F. Descenso de la incidencia de tuberculosis siguiendo la introducción de los nuevos tratamientos frente al VIH. *Rev Clin Esp* 1999;199:76-7.
- 15.- Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). *Med Clin (Barc)* 2000;114:530-37.
- 16.- Caminero JA, Diaz F, Rodriguez de Castro F, Pavon JM, Esparza R, Cabrera P. The epidemiology of tuberculosis in Gran Canaria, Canary Islands, 1988-1992: effectiveness of control measures. *Tuber Lung Dis* 1995;76:287-93.
- 17.- Duran E, Cabezas J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1996;106:525-8.
- 18.- Palomo Pinto M, Rodríguez Martín-Millares C, Ayerbe Mateo-Sagasta T. Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. *Rev Esp Salud Pública* 1996;70:345-9.
- 19.- García Vidal J, López del Vallado JM, García de Olalla Rizo P, Barnes Vayes I, Cayla Buqueras JA. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombre de Barcelona. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72:197-208.
- 20.- Rivas Clemente FP, Náchter Conches M, Corrillero Martín J, García-Herreros Madueño MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)* 2000;114:245-9.
- 21.- Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil Juberias G, Sagardui Villamor JK, González López E, Martínez Ruiz R, Orden Martínez B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria* 2000;25:634-8.
- 22.- Huerga H, López-Vélez R, Navas E, Gómez-Mampaso E. Clinicoepidemiological features of immigrants with tuberculosis living in Madrid, Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19:236-40.
- 23.- La Tuberculosis a Barcelona. Informe 1999. Barcelona: Area de Salut Pública. Institut Municipal de la Salut. Programa de prevenció y control de la tuberculosi a Barcelona; 1999.
- 24.- Consejería de Sanidad y Consumo. Memoria 1999. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo 2000.

**TABLA 1. PORCENTAJES DE POBLACIÓN INCLUIDA Y TASAS DE INCIDENCIA DE TODAS LAS FORMAS DE TB POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. PMIT PROYECTO MULTICÉNTRICO DE TUBERCULOSIS, MAYO 1996-ABRIL 1997**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA</b>	<b>Porcentaje de población incluida</b>	<b>Tasa/100.000</b>
ANDALUCIA	91	30,21
ASTURIAS	100	52,56
CASTILLA-LA MANCHA	49	16,22
CASTILLA-LEON	100	39,75
CATALUÑA	100	41,39
VALENCIA	59	27,64
EXTREMADURA	100	30,61
GALICIA	85	70,75
LA RIOJA	100	37,20
MURCIA	75	29,02
PAIS VASCO	100	38,97
CEUTA	100	63,60
MELILLA	100	50,93
<b>TOTAL PMIT</b>	<b>66,5</b>	<b>38,51</b>

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN NACIONALIDAD. DATOS GLOBALES Y POR CCAA.**

<b>CCAA</b>	<b>NACIONALIDAD</b>				<b>TOTAL</b>
	<b>ESPAÑOLA</b>		<b>OTRAS</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
ANDALUCÍA	1.879	97,8	43	2,2	1.922
ASTURIAS	568	98,3	10	1,7	578
CASTILLA-LA MANCHA	134	97,8	3	2,2	137
CASTILLA Y LEÓN	1.017	99,1	9	0,9	1.026
CATALUÑA	2.390	94,1	149	5,9	2.539
C. VALENCIANA	660	95,8	29	4,2	689
EXTREMADURA	312	96,6	11	3,4	323
GALICIA	1.590	99,3	12	0,7	1.602
LA RIOJA	95	100,0	—	—	95
MURCIA	222	95,7	10	4,3	232
PAÍS VASCO	818	98,6	12	1,4	830
CEUTA	42	95,5	2	4,5	44
MELILLA	23	63,9	13	36,1	36
<b>GLOBAL</b>	<b>9.750</b>	<b>97,1</b>	<b>286</b>	<b>3,0</b>	<b>10.053</b>

**TABLA 3. PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y NACIONALIDAD (N=10.053)**

FACTORES DE RIESGO	NACIONALIDAD				TOTAL
	ESPAÑOLA		OTRAS		
	n	%	n	%	n
VIH positivo	1.744	17,9	38	12,5	1.782
Alcoholismo	1.128	11,6	45	14,9	1.173
UDVP (*)	604	6,2	11	3,6	615
ex - UDVP	776	8,0	9	3,0	785
Diabetes mellitus	489	5,0	10	3,3	499
Neoplasias	412	4,2	3	1,0	415
Corticoterapia	243	2,5	4	1,3	247
Tto. inmunosupresor	206	2,1	4	1,3	210
Silicosis	144	1,5	4	1,3	148
Gastrectomía	141	1,4	6	2,0	147
Insuficiencia renal crónica	124	1,3	2	0,7	126
Embarazo/puerperio	30	0,3	4	1,3	34

(\*) UDVP. Usuario de drogas por vía parenteral

**TABLA 4. PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN SITUACIONES DE RIESGO Y NACIONALIDAD (N=10.053)**

SITUACIONES DE RIESGO	NACIONALIDAD				TOTAL
	ESPAÑOLA		OTRAS		
	n	%	n	%	n
Usuario drogas otras vías	408	4,2	18	5,9	426
Prisión	392	4,0	16	5,3	408
Residencia de ancianos	76	0,8	3	1,0	79
Psiquiátrico/cuartel	80	0,9	0	0	80
Otros colectivos cerrados	179	1,8	11	3,6	190
Personal sanitario	95	1,0	2	0,7	97
Sin domicilio	79	0,8	11	3,6	90

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO SEGÚN RESULTADOS DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y NACIONALIDAD**

RESULTADO RADIOGRAFÍA DE TORAX	NACIONALIDAD				TOTAL
	ESPAÑOLA		OTRAS		
	n	%	n	%	n
Normal	471	5,9	8	3,2	479
Anormal cavitada	2.199	27,6	89	35,6	2.288
Anormal no cavitada	5.175	64,8	150	60,0	5.325
No hecha	136	1,7	3	1,2	139
<b>TOTAL</b>	<b>7.981</b>	<b>100,0</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>	<b>8.231</b>

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON LOCALIZACIÓN PULMONAR O MILIAR SEGÚN RESULTADOS DE PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS DE TODAS LAS MUESTRAS PULMONARES (\*) Y NACIONALIDAD**

RESULTADO PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS	NACIONALIDAD				TOTAL
	ESPAÑOLA		OTRAS		
	n	%	n	%	n
Al menos un cultivo (+)	5.285	72,7	149	65,1	5.434
Al menos una baciloscopia (+)	607	8,4	28	12,2	635
Baciloscopia y cultivo (-)/NH	1.374	18,9	52	22,7	1.426
<b>TOTAL</b>	<b>7.266</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>	<b>7.495</b>

(\*) Esputo, BAS, BAL, jugo gástrico y biopsia de pulmón

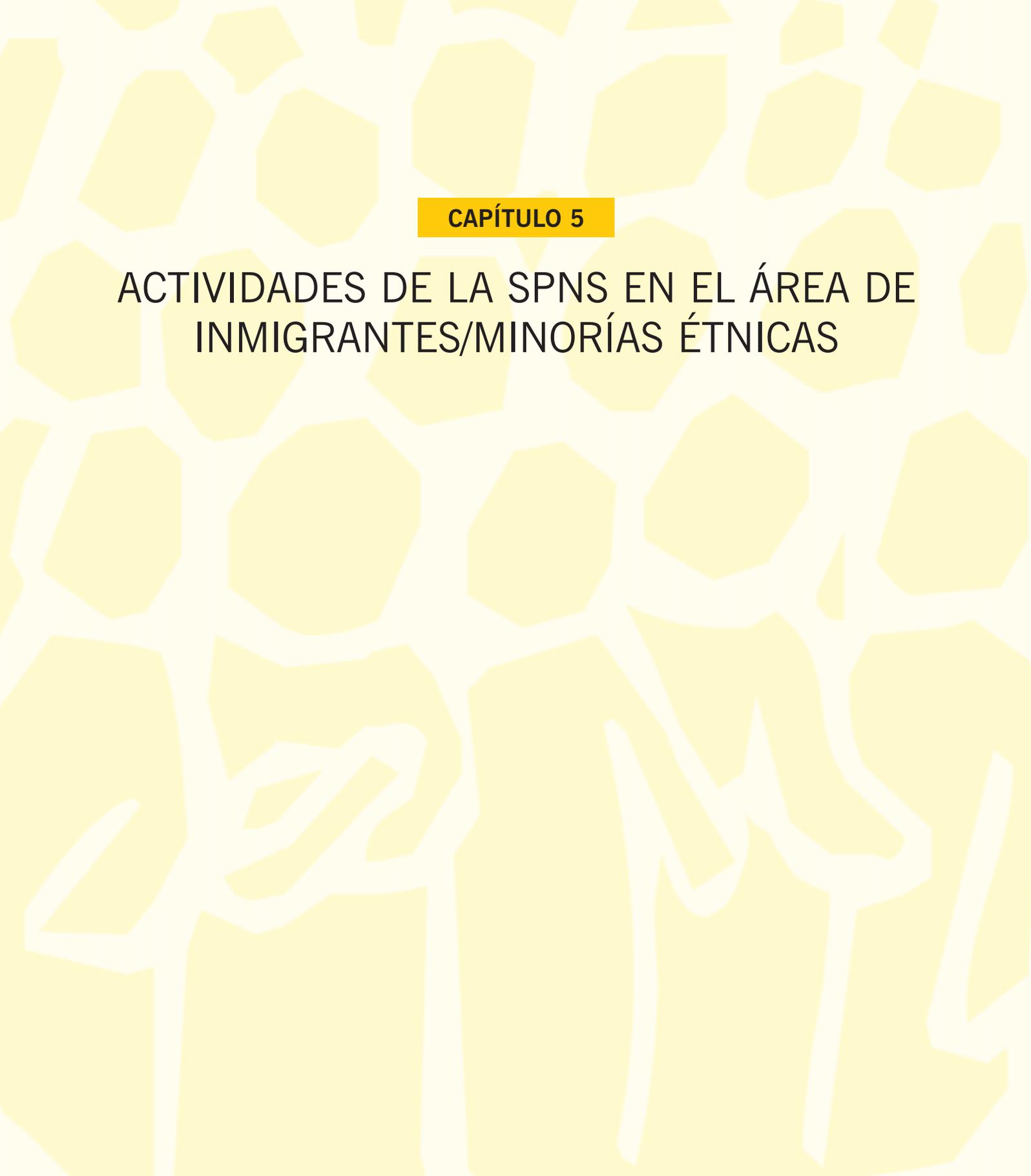
**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON LOCALIZACIÓN EXTRAPULMONAR SEGÚN PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS REALIZADAS EN TODAS LAS MUESTRAS Y NACIONALIDAD**

PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS REALIZADAS	NACIONALIDAD				TOTAL
	ESPAÑOLA		OTRAS		
	n	%	n	%	n
Al menos un cultivo	1.838	75,6	53	72,6	1.891
Al menos una baciloscopia	200	8,2	10	13,7	210
Ninguna prueba	393	16,2	10	13,7	403
<b>TOTAL</b>	<b>2.431</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>2.504</b>

**TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN NÚMERO DE FÁRMACOS PRESCRITOS Y NACIONALIDAD (\*)**

NÚMERO DE FÁRMACOS	NACIONALIDAD				TOTAL
	ESPAÑOLA		OTRAS		
	n	%	n	%	n
Dos	198	2,1	8	2,7	206
Tres	7.398	76,7	175	58,9	7.573
Cuatro	2.001	20,7	114	38,4	2.115
Cinco o más	51	0,5	0	0	51
<b>TOTAL</b>	<b>9.648</b>	<b>100,0</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>	<b>9.945</b>

(\*) Del total de casos diagnosticados se han excluido 108 fallecidos antes de iniciar tratamiento.



**CAPÍTULO 5**

**ACTIVIDADES DE LA SPNS EN EL ÁREA DE  
INMIGRANTES/MINORÍAS ÉTNICAS**



## CAPÍTULO 5

# ACTIVIDADES DE LA SPNS EN EL ÁREA DE INMIGRANTES/MINORÍAS ÉTNICAS

---

### Introducción

En los últimos años, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA ha venido desarrollando diferentes actividades en el área de inmigrantes/minorías étnicas que se pueden resumir en cinco bloques principales de actuación que se describen con más detalle a lo largo de este informe. El objetivo de estas acciones ha sido hacer frente a un nuevo problema de salud, facilitar el trabajo en redes y extender las distintas actividades a las CCAA.

- 5.1.-Apoyo técnico y financiación de actividades de prevención a las ONGs y Comunidades de Base
- 5.2.-Plan Multisectorial: Actividades de prevención de VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas en las CCAA.
- 5.3.-Participación en Redes Nacionales e Internacionales de VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas
- 5.4.-Campaña de prevención del SIDA en inmigrantes para el período 2000-2001
- 5.5.-Actividades de cooperación internacional con Latino América y Caribe

### 5.1. Apoyo técnico y financiación de actividades de prevención a las ONGs y Comunidades de Base.

#### Angela Bolea. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

La SPNS subvenciona programas de prevención dirigidos a población general y a colectivos específicos de mayor riesgo mediante 2 tipos de actuaciones:

- 1.- *Transferencias de fondos a los Planes Autonómicos de SIDA de las diferentes CCAA tal y como se describe en el apartado 5.2*
- 2.- *Concesión de ayudas a ONGs y Asociaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo*

### Concesión de ayudas a ONGs y Asociaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo

La Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), adscrita a la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo, es el órgano encargado en España de coordinar e impulsar las actividades de las diferentes instituciones implicadas en la lucha contra el SIDA, así como de elaborar propuestas de prevención, control y tratamiento de la infección VIH.

Ya desde el inicio de la epidemia, las autoridades sanitarias fueron conscientes del papel fundamental de las asociaciones ciudadanas en el desarrollo de actuaciones de prevención de la infección por VIH, apoyo psicológico y social y lucha contra la discriminación, que complementen las realizadas por las administraciones sanitarias, y de la necesidad de colaborar con ellas, prestándoles el apoyo técnico y financiero necesario. Las subvenciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA a estas ONGs son un elemento importante de apoyo a las mismas que permite, además, garantizar la coherencia y adecuación de dichos programas a los objetivos de prevención del PNS.

La política de apoyo económico del Ministerio de Sanidad y Consumo a las ONGs comenzó en 1989. Desde entonces, cada año se hace pública una convocatoria de ayudas a entidades sin ánimo de lucro, con destino a financiar programas de prevención y control del VIH/SIDA dirigidas, fundamentalmente, aunque no exclusivamente, a los colectivos y poblaciones más vulnerables a la infección.

El volumen de población inmigrante en España es todavía bajo en relación con otros países europeos, salvo en algunas comunidades autónomas con una proporción creciente de inmigrantes procedentes fundamentalmente del norte de África y de Latinoamérica. Por el contrario la población gitana es bastante numerosa y, aunque la información disponible al respecto es escasa, algunos estudios han demostrado su especial vulnerabilidad a la infección por VIH, por lo que han sido un colectivo de especial atención a la hora de la financiación.

En los últimos años, el número de inmigrantes va en aumento y, desde el punto de vista de la prevención del VIH/SIDA, la Secretaría del Plan nacional sobre SIDA se ha planteado la necesidad de ir poniendo en marcha nuevos programas y medidas, adaptados a su diversidad cultural y lingüística, que garanticen que esta población pueda acceder a la información y a las medidas de prevención. Por ello, por primera vez en 1999, se incluyeron explícitamente estos programas entre las prioridades de financiación, si bien ya en años anteriores habían sido objeto de subvención algunas actividades puntuales dirigidas a este colectivo.

A la convocatoria de 1999 se presentaron cuatro proyectos dirigidos a este colectivo, para los que se solicitaba un total de 13.186.158. Tres de ellos fueron rechazados por no ajustarse a los requisitos formales o a los criterios de calidad exigidos, financiándose únicamente el proyecto de Médicos del Mundo «Programa de atención sociosanitaria a prostitutas inmigrantes», con 4.600.000 ptas.

Durante el año 2000, probablemente como resultado de las actividades de impulso de estos proyectos realizadas a través de la propia Secretaría del Plan nacional sobre SIDA, se observó un incremento de las solicitudes en esta área, siendo 7 los programas presentados y 63.969.000 ptas. la cuantía solicitada. Las asociaciones y proyectos financiados, así como el importe concedido, figuran en el cuadro nº 1.

<b>CUADRO 1. PROYECTOS DIRIGIDOS A INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN INMIGRANTE SUBVENCIONADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. AÑO 2000</b>		
<b>ENTIDAD</b>	<b>PROYECTO</b>	<b>IMPORTE</b>
<b>CLUB SOCIAL KIE-NTEM</b>	Prevención y control de la infección por VIH/SIDA entre inmigrantes del África Subsahariana .....	3.000.000
<b>FEDERACIÓN ANTISIDA DEL SUR</b>	Proyecto AMEDIS .....	4.500.000
	Carta Vídeo .....	3.100.000
<b>FUNDACIÓN CIDOB</b>	Proyecto EMETIS .....	3.000.000
<b>MÉDICOS DEL MUNDO</b>	Programa de atención sociosanitaria a prostitutas inmigrantes .....	5.500.000

Mención especial merecen otros dos programas que, si bien no van dirigidos específicamente a población inmigrante, gran parte de la población que atienden lo es. Son los programas realizados por la Fundación ACOSPA en Ceuta y Melilla y el programa de CRUZ ROJA en Valladolid «Intervención integral en barrios marginales». Todos ellos han sido subvencionados tanto en el año 1999 (excepto el de Ceuta que comenzará este año) como en el 2000 con las siguientes cantidades:

	1999	2000
• <b>FUNDACIÓN ACOSPA</b>		
Programa de prevención, diagnóstico y Tratamiento de ETS y VIH en prostitución de la ciudad de Melilla .....	5.000.000	3.500.000
Centro de atención, información y asesoramiento en VIH/SIDA a la población de Ceuta.....		3.000.000
• <b>CRUZ ROJA ESPAÑOLA</b>		
Programa de intervención integral dirigido a personas afectadas por VIH/SIDA en barrios marginales .....	4.000.000	2.250.000

Con relación a otras minorías étnicas frecuentes en España, se vienen financiando ya desde hace algunos años algunos de los proyectos desarrollados desde la Asociación Secretariado General Gitano, que recibió en 1999 una subvención de 5.300.000 ptas. y de 5.524.000 ptas. en el 2000.

Además del apoyo financiero a este tipo de programas, la Secretaría del Plan nacional sobre el SIDA pretende seguir impulsando en el futuro el desarrollo de proyectos y campañas de prevención para este colectivo, prestándoles el apoyo técnico que precisen para ello. Hay que añadir a los programas mencionados, que todos los programas dirigidos a colectivos de riesgo y cuarto mundo, están progresivamente incorporando a los inmigrantes como grupo de intervención.

Otras fuentes posibles de financiación de estas asociaciones, por parte de la Administración Central, son el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con cargo a la asignación tributaria del I.R.PF y el Ministerio de Sanidad y Consumo. A éstas habría que añadir otras ayudas provenientes de las propias comunidades autónomas a través de subvenciones o convenios específicos.

## 5.2. Plan Multisectorial: Actividades de prevención de VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas en las Comunidades Autónomas.

Julia del Amo y Mónica Suárez. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

El Plan Multisectorial se planteó en 1997 con el fin de ampliar las acciones contra el SIDA y de servir como herramienta para movilizar recursos y facilitar apoyo técnico y económico a los programas y actividades preventivas desarrolladas por otras administraciones, entre ellas las comunidades autónomas. A partir de ese año, la SPNS del Ministerio de Sanidad y Consumo transfiere fondos anualmente a las comunidades y ciudades autónomas, destinados a financiar actividades de prevención propias y a través del movimiento asociativo de ámbito autonómico, provincial o local. La distribución de los fondos se realiza con criterios poblacionales y según los casos de SIDA notificados. Las áreas prioritarias a las que se destinan estos fondos se determinan anualmente en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de SIDA. Como parte de las estrategias y objetivos

prioritarios de prevención recogidos en el Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000, los inmigrantes fueron incluidos como un colectivo prioritario de intervención en 1999. En el próximo Plan Multisectorial 2001-2005, se continuará trabajando en este campo. A continuación, se resumen de forma no exhaustiva, las diferentes actividades de prevención de VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas en las comunidades autónomas.

Andalucía empezó a trabajar con programas específicos para inmigrantes en el año 1999 aunque antes de esta fecha ya colaboraba con ONGs como Médicos del Mundo, Cáritas Diocesana, Cruz Roja y otras asociaciones de ámbito más local que incluían a inmigrantes dentro de los colectivos de actuación. En 1999, se empieza a trabajar de forma importante con Aji Atime en Almería en prevención de VIH en el colectivo de marroquíes mediante charlas informativas y reparto de preservativos. La Consejería de Salud firmó en diciembre de 1998 un Convenio con la Fundación Progreso y Salud donde se establecían unas determinadas líneas de actuación en materia de cooperación nacional e internacional para la atención sanitaria a los miembros de colectivos vulnerables. Como consecuencia de dicho Convenio, la Consejería de Salud y la Fundación Progreso y Salud firmaron en Almería el 19 de marzo de 1999, un Convenio de Colaboración en materia de salud pública para el colectivo de inmigrantes, con las organizaciones: Cruz Roja Española, Asociación Médicos del Mundo y Fundación Andaluza Acoge, al que se sumaron posteriormente los sindicatos CCOO y UGT. Dentro de las actividades realizadas se incluye la edición de un folleto, «Inmigración y Salud», que se va a traducir a al menos dos idiomas donde se recogen información sobre el sistema sanitario y diferentes normas de salud que incluyen las drogas, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

En Asturias, la Consejería de Servicios Sociales ha financiado proyectos realizados por Asturias Acoge y Médicos del Mundo que trabajan con inmigrantes en general. Médicos del Mundo tiene un sub-proyecto específico en tuberculosis.

En Cantabria, la Asociación Cántabra Antisida (ACCAS) y Cantabria Acoge, realizan actividades dirigidas a la inserción social y laboral de inmigrantes, aunque se contempla la prevención del VIH solamente a través de actividades puntuales. Por otra parte, el Plan del SIDA de Cantabria está realizando un programa comunitario de SIDA/ETS dirigido a mujeres prostitutas mediante talleres de educación sanitaria en los clubs de esta región, en los que existe un alto porcentaje de población inmigrante.

En Cataluña, se financian numerosos proyectos dirigidos a los colectivos de inmigrantes a través de las siguientes ONGs y que trabajan con los colectivos especificados:

- 1.-ACSAR; Africanos, asiáticos, europeos del Este.
- 2.-Àmbit Prevenció; Africanos, asiáticos, europeos del Este y sudamericanos.
- 3.-ACAS Girona; Africanos, europeos del Este y sudamericanos.

Por otra parte, existen también numerosos proyectos dirigidos a trabajadores del sexo y que incluyen el colectivo de inmigrantes y minorías étnicas:

- 1.-Àmbit Prevenció Africanos, asiáticos y sudamericanos
- 2.-Ventall Africanos, asiáticos y sudamericanos
- 3.-ACAS Girona Africanos, sudamericanos y europeos del Este
- 4.-AAS Lleida Sudamericanos, africanos y europeos del Este
- 5.-Actua Vallès Sudamericanos

En Canarias, durante 1998, se desarrolló una Campaña de información en prevención de la infección por VIH, dirigida a población inmigrante, con el lema «El SIDA no conoce fronteras». Esta campaña incluyó la edición y distribución de material gráfico (carteles y folletos) en castellano, francés, inglés, ruso y árabe, y fue propuesta y

desarrollada por el sindicato Comisiones Obreras y subvencionada por la Dirección General de Salud Pública. Además, se vienen realizando actividades preventivo-asistenciales con población inmigrante a través de Cruz Roja y Médicos del Mundo (consulta médica y unidades móviles), y a través del centro de detección de portadores dependiente de la Dirección General de Salud Pública.

En Ceuta, el Plan sobre el SIDA en colaboración con Cruz Roja está realizando un programa de prevención de ETS/VIH entre los inmigrantes y refugiados que permanecen en el Centro de Estancia Temporal mediante la realización de diferentes actividades de educación para la salud, diagnóstico precoz y derivación al equipo médico, así como la promoción y el reparto de preservativos.

En Galicia, se viene trabajando desde hace unos años con la Asociación gitana «Antonio Noche» de A Coruña mediante una intervención integral de salud donde se contemplan aspectos relacionados con el VIH/SIDA. También tiene suscrito un convenio con Ecos del Sur para trabajar sobre la tuberculosis y el SIDA en inmigrantes. Existe también un proyecto europeo, Alecrín, en colaboración con Portugal que trabaja con prostitución en la frontera entre ambos países. Además de estos proyectos específicos, hay colaboraciones con otras ONGs como Cáritas y Médicos del Mundo que trabajan con inmigrantes.

En Murcia, la Dirección General de Salud Pública puso en marcha un Grupo de Salud del Foro para la inmigración de la región de Murcia dirigido a población magrebí en colaboración con distintas ONGs como Cruz Roja y Cáritas y los sindicatos. Dentro de este programa se realizan actividades informativas y educativas con materiales dirigidos tanto a profesionales que trabajan con inmigrantes como folletos dirigidos a la población magrebí.

En el País Vasco, el Plan Autonómico del SIDA financia un proyecto de *Prevención del SIDA en inmigrantes africanos hombres* realizado por la Comisión Antisida de Bizkaia y otros de *prevención del SIDA en el colectivo de etnia gitana* con el fin de prevenir el VIH en parejas serodiscordantes.

El Plan del SIDA de Navarra desarrolla 3 actividades en este campo:

1.–*Programa de promoción de la salud en la minoría étnica gitana.*

Programa estructurado dentro del Programa de Promoción de la Salud de Minorías Étnicas que se desarrolla desde 1988 a través de las convocatorias públicas del Departamento de Salud. Desde 1992, el tema del VIH/SIDA es una prioridad.

2.–*Programa de Prostitución y SIDA*

Este programa, que se inició en 1990 para atender a las mujeres que ejercían la prostitución en los clubs, ha evolucionado hacia la atención de un elevado número de mujeres y hombres inmigrantes que ejercen la prostitución desde in Centro de Planificación Familiar del Servicio Navarro de Salud.

3.–*Taller de Educación y Promoción de la Salud para mujeres de África Sub-Sahariana y Magreb*

Programa desarrollado en colaboración con Cruz Roja a través de las convocatorias públicas del Departamento de Salud.

El Plan de SIDA de la Comunidad Valenciana lidera un proyecto «*Iniciativa Mujer y Salud*» financiado por el FIS y por fondos de la Comunidad Europea donde se contemplan los aspectos específicos de prevención de VIH/SIDA en mujeres particularmente vulnerables. Dentro de este colectivo, se abordan la problemática de las mujeres gitanas y de las mujeres sub-Saharianas que ejercen la prostitución. La consejería de la Comunidad Valenciana está también preparando materiales de prevención del VIH, en varios idiomas, dirigidos a la población inmigrante en general.

En Melilla, la Consejería de Sanidad proporciona preservativos para las personas que ingresan al CETI (Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes) y ha concedido una subvención a ACOSPA en un programa de prevención de ETS/VIH a mujeres que ejercen la prostitución; la mayoría de origen marroquí.

En la Comunidad de Madrid, se llevan financiando a lo largo del período 1998-2000 numerosos proyectos dirigidos al colectivo de inmigrantes y minorías étnicas a través de 2 convocatorias anuales.

- 1.- A. O Povo de Pitis: Atención sanitaria en el Poblado de Pitis.
- 2.- Centro Entre Culturas. Parroquia de Santa María de Majadahonda: Programa de Educación para la Salud a inmigrantes.
- 3.- Asociación Secretariado General Gitano: Programa de intervención psico-social con afectados por VIH/SIDA en la población gitana de la Comunidad de Madrid.
- 4.- Médicos del Mundo: Educación para la Salud y Prevención y Promoción de la Salud en mujeres que ejercen la prostitución
- 5.- Médicos del Mundo: Prevención del VIH/SIDA en mujeres gitanas.
- 6.- Karibu: Servicio sanitario para inmigrantes.
- 7.- APRAMP: Unidad Móvil inmigrantes
- 8.- Univer-Sida: Programa «outreach» de proximidad al colectivo de inmigrantes y prostitutas.
- 9.- Colectivo Hetaira: Programa Salud para prostitutas
- 10.- Fundación Triángulo: Prevención del VIH en trabajadores masculinos del sexo.
- 11.- Asamblea de Cooperación por la Paz: Información socio sanitaria a inmigrantes.
- 12.- Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad: Promoción de la Salud y de hábitos saludables en inmigrantes.

En este mismo sentido se viene ha firmado un Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y Cruz Roja Española Oficina de la Comunidad de Madrid, que recoge entre sus actividades programas de prevención de la enfermedad dirigidos a población inmigrante, de acuerdo a los protocolos de actuación establecidos por esta Dirección General de Salud Pública y en coordinación con ésta.

Por otra parte, a los programas de reducción de riesgos de la mayoría de las CCAA se están incorporando progresivamente inmigrantes en situación de exclusión social: mujeres y hombres que ejercen la prostitución y usuarios de drogas por vía parenteral. Así, en el Centro de día Alba de Zaragoza, dedicado a mujeres que ejercen la prostitución, un 60% eran mujeres inmigrantes y en el Centro de atención a UDVP, el 40% de los hombres que ejercen la prostitución, son extranjeros. En Castilla-La Mancha, la consejería de Sanidad financia un programa de prevención del VIH a trabajadoras del sexo realizado por ACOSPA, donde una proporción importante son mujeres inmigrantes. En Castilla-León, los programas de reducción de riesgo, aunque no dirigidos exclusivamente a inmigrantes, atienden también a este colectivo.

### **5.3. Participación en Redes Nacionales e Internacionales**

La SPNS participa activamente en diferentes redes de trabajo en el área de inmigrantes y minorías étnicas mediante un contacto estrecho con ONGs y asociaciones de inmigrantes, así como con otras instituciones como el Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, coordinador de la Red Europea entre las comunidades de África Subsahariana y los agentes de salud para la prevención de VIH/SIDA que se describe en el apartado 5.3.3

## Red Nacional - Reunión Nacional 1999

Julia del Amo, Maite Manzanera y M<sup>a</sup> José Belza. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA. Susana Castillo. DEPARTAMENTO DE SALUD INTERNACIONAL. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. Alicia Llácer. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

La SPNS organizó por primera vez en 1999 la «Reunión Nacional del Grupo de trabajo sobre VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas» donde se trataron los siguientes aspectos:

- 1.–Presentación de los datos del Registro de casos de SIDA en personas con origen distinto a España
- 2.–Presentación de las ayudas económicas destinadas a actividades en el área de prevención
- 3.–Presentación de las actividades desarrolladas por la Red Europea de SIDA y Movilidad
- 4.–Descripción por los diferentes participantes de su área de trabajo en inmigrantes y minorías étnicas; tanto de su trabajo actual como de sus próximos proyectos

En esta reunión, participaron miembros de las ONGs, Comunidades de Base y otras instituciones que trabajan en áreas de inmigrantes/minorías étnicas y VIH. A continuación se listan los participantes, sus organizaciones de procedencia y ciertos datos de interés de todas ellas:

### UNIDAD DE ENFERMEDADES TROPICALES E IMPORTADAS Y VACUNACIÓN INTERNACIONAL. UMTIVI

FECHA DE CREACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:	E-MAIL:
1984	Marisa Ros	Avda. Les Drassanes, 17-21 08001 Barcelona	93 441 29 97 93 329 44 95	93 442 18 66	cvmti01@sapbcn.scs.es

#### Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:

- Hombres, mujeres y jóvenes de Marruecos y Argelia.
- África Subsahariana, Hombres y mujeres del Senegal, Gambia, Guinea Ecuatorial.
- Pakistán
- América Latina de Perú, Colombia y Ecuador.
- Europa del Este.

#### Actividades generales que realiza la asociación:

- Asistencia Sanitaria
- Investigación
- Asesoramiento

#### Actividades específicas a VIH/SIDA:

- Test y/o consejo
- Asesoramiento
- Movilización comunitaria
- Programa de educación para la salud
- Investigación
- Visitas a hospital/acompañamiento

#### Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:

- Adolescentes
- Mujeres

#### Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado:

- Programa sobre Salele (mujeres inmigrantes africanas)
- Programa información en inmigrantes recién llegados y refugiados
- Programa de intervención en salud comunitaria

#### Participación de agentes comunitarios en estos proyectos:

- Si

#### Descripción de su actuación:

- Identificación de necesidades del grupo/comunidad
- Movilización comunitaria
- Realización de los Talleres
- Realización de materiales

#### ¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico? • SI

#### Descripción del tipo de material:

- Dípticos y trípticos con mensajes adaptados por la comunidad dirigidos a mujeres africanas; desarrollados por IMTIVI, ACSAR, ETANE
- Juegos de SIDA joc desarrollados por UMTIVI, ACSAR
- Material audiovisual, vídeo informativo pakistaní desarrollado por UMTIVI, ACSAR
- Calendarios y pósters dirigidos al Magreb, Pakistán y África Subsahariana desarrollados por UMTIVI, ACSAR
- Manual de formación dirigidas a mujeres africanas desarrollados por AIDS & MOBILITY

## AYUNTAMIENTO DE MADRID

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 1984	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Concha Colomo	<b>DIRECCIÓN:</b> Montesa, 22. 28006 Madrid	<b>TELÉFONO:</b> 91 588 51 42	<b>FAX:</b> 91 588 51 11
-----------------------------------	--	--	----------------------------------	-----------------------------

**Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:**

- Prostitución en América Latina.
- Prostitución en África Subsahariana.
- Prostitución en América del Este.
- Parejas de riesgo.

**Actividades generales que realiza la asociación:**

- Asistencia Sanitaria.

**Actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Reducción de riesgo.
- Test y/o consejo.
- Asesoramiento.
- Programas de educación para la salud.
- Investigación.
- Grupos de Autoayuda.

**Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Trabajadores/as sexuales.
- Usuarios de drogas.

- Homosexuales.
- Adolescentes.
- Mujeres.
- Población General.

**Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado:**

- Prevención de ETS y SIDA en grupos de riesgo y en población general.

**Participación de agentes comunitarios en estos proyectos:**

- No.

**Descripción de su actuación:**

**¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?**

- Si.

**Descripción del tipo de material:**

- Manuales y guías de planificación familiar dirigida a mujeres magrebíes, subsaharianas, chinas y latinas.

## MÉDICOS DEL MUNDO MDM

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 20-01-1990	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Javier Pretel	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Andrés Mellado, 31 28015 Madrid	<b>TELÉFONO:</b> 91 543 60 33	<b>FAX:</b> 91 543 79 23	<b>E-MAIL/WEB</b> <a href="mailto:mdmosp@ctv.es">mdmosp@ctv.es</a> <a href="http://www.medicosdelmundo.org">www.medicosdelmundo.org</a>
---	--	--	----------------------------------	-----------------------------	---

**Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:**

- Gitanos españoles y portugueses.
- Gitanos rumanos.
- Subsaharianos de Nigeria, Liberia, Sierra Leona.
- Norteafricanos de Marruecos.

**Actividades generales que realiza la asociación:**

- Asistencia Sanitaria.
- Investigación.

**Actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Reducción de riesgo.
- Test y/o consejo.
- Asesoramiento.
- Programas de educación para la salud.
- Investigación.
- Apoyo psico-social.

**Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Trabajadores/as sexuales.

- Usuarios de drogas.
- Mujeres.

**Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado:**

- Atención Sanitaria a prostitutas inmigrantes.
- Atención sociosanitaria a mujeres y travestis inmigrantes.
- Prevención de VIH y otras enfermedades infecciosas en mujeres gitanas y parejas de UDIS.

**Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.**

- No.

**Descripción de su actuación:**

**¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?**

- Si.

**Descripción del tipo de material.**

- Folleto de sexo seguro dirigido a la comunidad Subsahariana.
- Folleto de información sobre VIH y ETS en la comunidad Subsahariana.
- Guías de recursos dirigidas a subsaharianas, norteafricanas, latinoamericanas.
- Boletines periódicos en Andalucía, Valencia y Canarias, dirigidos a inmigrantes que se prostituyen.

## OFICINA REGIONAL PARA LA INMIGRACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID. OFRIM

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 1987 (abril)	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Marián Tiemeijer	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Los Mesejo, 9 28007 Madrid	<b>TELÉFONO:</b> 91 551 47 54	<b>FAX:</b> 91 551 49 64	<b>E-MAIL/WEB</b> <a href="mailto:ofrim@comadrid.es">ofrim@comadrid.es</a> <a href="http://www.comadrid.es/ofrim">www.comadrid.es/ofrim</a> (Guía de recursos humanos)
---	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

**Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:**

**Actividades generales que realiza la asociación:**

- Asesoramiento.

**Actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Asesoramiento.

**Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Profesionales de los Servicios Sociales y de la Inmigración.

**Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.**

- Información a través de nuestras publicaciones.

**¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/educación sobre VIH/SIDA específico?**

- Si

**Descripción del tipo de material.**

- Guía de la inmigración, boletín y revista especializada dirigidos a profesionales del servicio sanitario ONG's y asociaciones de inmigrantes.

## ASOCIACIÓN SECRETARIADO GENERAL GITANO. ASGG

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 1982	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Patricia Bezunartea	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Antolina Merino, 10 28025 Madrid	<b>TELÉFONO:</b> 91 442 09 60	<b>FAX:</b> 91 442 09 61	<b>E-MAIL/WEB</b> <a href="mailto:gitanos@asgg.org">gitanos@asgg.org</a> <a href="http://www.asgg.org">www.asgg.org</a>
-----------------------------------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

**Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:**

- Población Gitana de España, Portugal, Grecia, Reino Unido e Italia.

**Actividades generales que realiza la asociación:**

- Cultural.
- Ayuda Social (vivienda, alimentos).
- Archivo y documentación.
- Alfabetización.
- Asesoramiento.

**Actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Reducción de riesgo.
- Asesoramiento.
- Movilización Comunitaria.
- Programa de educación para la salud.
- Apoyo psico-social.

**Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:**

- Niños.
- Adolescentes.
- Mujeres.
- Población general.

**Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado:**

- Talleres de educación para la salud (incluido VIH/SIDA)
- Sensibilización de la comunidad gitana.
- Apoyo psico-social en afectados.

**Participación de agentes comunitarios en estos proyectos:**

- Si.

**Descripción de su actuación:**

- Los mediadores gitanos sirven de apoyo y de puente entre la comunidad gitana y los servicios y los profesionales no gitanos transmitiendo mensajes que de otra forma no estarían llegando.

**¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/educación sobre VIH/SIDA específico?**

- Si.

**Descripción del tipo de material:**

- Manuales y guías didácticas para trabajar el cómic «Que me puchelas», dirigida a educadores, mediadores y monitores que trabajan con población gitana desarrollado por ASGG, Plan Nacional sobre el SIDA.

## ASOCIACIÓN PER LA SALUT I LA CUALITAT DE VIDA. ÀMBIT PREVENCIÓ

FECHA DE CREACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:	E-MAIL/WEB
1993	Elena Cascallo	C/ Aribau, 154-3ª, 1 08023 Barcelona	93 237 13 76	93 218 13 79	<a href="mailto:ambitp@interbook.net">ambitp@interbook.net</a>

<p><b>Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores /as del sexo de África Subsahariana, Marruecos, Caribe, Sudamérica y Países del este.</li> <li>• Usuarios de drogas árabes.</li> </ul> <p><b>Actividades generales que realiza la asociación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia Sanitaria.</li> <li>• Ayuda Social (vivienda, alimentos).</li> <li>• Asesoramiento.</li> <li>• Programas de educación para la salud.</li> <li>• Visitas a hospital/acompañamiento.</li> </ul> <p><b>Actividades específicas a VIH/SIDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de riesgo.</li> <li>• Asesoramiento.</li> </ul> <p><b>Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores/as sexuales.</li> <li>• Usuarios de drogas.</li> </ul>	<p><b>Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de agentes de salud para prevenir VIH/SIDA entre iguales.</li> <li>• Àmbit dona: servicio para trabajadoras del sexo.</li> <li>• Programa reducción daños para trabajadores sexuales masculinos.</li> </ul> <p><b>Participación de agentes comunitarios en estos proyectos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul> <p><b>Descripción de su actuación:</b> <b>¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si.</li> </ul> <p><b>Descripción del tipo de material:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre inyección higiénica dirigida a usuario de drogas (este material no se ha distribuido. Se utilizó para complementar la información sanitaria con un preservativo dirigida a mujeres trabajadoras.</li> <li>• Tarjeta de información sanitaria con un preservativo dirigida a mujeres trabajadoras del sexo.</li> </ul>
---	--

## FUNDACIÓN ACOSPA CONTRA EL SIDA

FECHA DE CREACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:	E-MAIL/WEB
1992	José Francés	C/ Carlota Pasaron, 12 bajo Alicante	96 592 39 39	96 592 44 56	<a href="mailto:acospa@lobocom.es">acospa@lobocom.es</a> <a href="http://www.lobocom.es/acospa">www.lobocom.es/acospa</a>

<p><b>Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores sexuales de Marruecos, Sudamérica y Países del Este.</li> </ul> <p><b>Actividades generales que realiza la asociación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia Sanitaria.</li> <li>• Jurídica.</li> <li>• Ayuda social (vivienda, alimentos).</li> <li>• Asesoramiento.</li> </ul> <p><b>Actividades específicas a VIH/SIDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de riesgo.</li> </ul> <p><b>Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores/as sexuales.</li> </ul>	<p><b>Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si.</li> </ul> <p><b>Descripción de su actuación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación de usuarios/as.</li> <li>• Información de las características del programa.</li> <li>• Canalización de las demandas.</li> <li>• Información y asesoramiento sobre prácticas sexuales de menor riesgo.</li> <li>• Promocionar hábitos de vida saludable.</li> </ul> <p><b>¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si.</li> </ul> <p><b>Descripción del tipo de material.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folleto de información general sobre VIH/SIDA desarrollado por CRIPS de Francia.</li> </ul>
---	---

## ASOCIACIÓN CULTURAL DE INMIGRANTES GUINEA-BISSAU LUSO AFRICANO. ACIGBLA

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b>	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Gregorio Gomes Ferreira	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Aniceto Saenz, 1 Local 41003 Sevilla	<b>TELÉFONO:</b> 95 490 21 13	<b>FAX:</b> 95 490 21 13	<b>E-MAIL/WEB</b> aibissa@arrakis.es
---------------------------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

### Colectivo de inmigrantes /minorías étnicas con los que trabaja:

- Inmigrantes procedentes de países en desarrollo.
- Refugiados, asilados.

### Actividades generales que realiza la asociación:

- Jurídica.
- Ayuda Social (vivienda,alimentos).

### Actividades específicas a VIH/SIDA:

- Reducción de riesgo.
- Asesoramiento.

### Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:

- Población en general.

### Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.

- Prevención y sensibilización del SIDA y otras ETS.

### Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.

- Si.

### Descripción de su actuación:

- Suministro material de prevención.
- Envío de profesionales médicos a charlas.

### ¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?

- Si.

### Descripción del tipo de material.

- Tríptico informativo y educativo en inglés, árabe, portugués y español dirigido a inmigrantes en general.
- Pósters A-3 con el lema «Conéctate a la vida on-off» dirigido a inmigrantes en general.

## ASOCIACIÓN BASIDA

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 1-10-1988	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b>	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Rey nº 71, Bajo-H. Apartado 229 28300 Aranjuez (MADRID)	<b>TELÉFONO:</b> 91 892 35 37	<b>FAX:</b> 91 891 24 88	<b>E-MAIL/WEB</b> basida@mad.servicom.es basida@retemail.es
--	-----------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------	---

### Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:

- Drogodependientes de África y la Unión Europea.
- Homosexuales de América Latina y la Unión Europea.
- Prostitución en la Unión Europea.

### Actividades generales que realiza la asociación:

- Asistencia sanitaria.
- Jurídica.
- Ayuda social (vivienda, alimento).
- Alfabetización.
- Asesoramiento.

### Actividades específicas a VIH/SIDA:

- Programa de educación para la salud.
- Casas Acogida/pisos tutelados
- Apoyo psico-social.

### Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:

- Usuarios de drogas.
- Homosexuales.
- Población en general.
- Ex-reclusos.

### Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.

- Casa de acogida.
- Centro de desintoxicación.

### Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.

- No.

### ¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?

- No.

## CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA PREVENCIÓN Y LA SALUD. (CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA) CEPS

FECHA DE CREACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:
1992	Dolores López Fernández	C/ Aribau, 154-1º. 08036 Barcelona	93 415 53 32	93 415 53 32
<b>Colectivo de inmigrantes /minorías étnicas con los que trabaja:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Población magrebí de Africa del norte (árabes, beréberes).</li><li>• Senegal, Gambia, Camerún, Angola.</li></ul>		<b>Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formación, asesoramiento y seguimiento de agentes femeninos Africa Subsahariana en Barcelona.</li><li>• Formación, asesoramiento y seguimiento de agentes femeninos en Africa Subsahariana, Barcelona y Lérida.</li><li>• Formación, asesoramiento y evaluación de agentes de salud masculinos y femeninos en Mataró.</li></ul>		
<b>Actividades generales que realiza la asociación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Archivo y documentación.</li><li>• Investigación.</li><li>• Asesoramiento.</li><li>• Formación.</li><li>• Prevención.</li><li>• Trabajo Comunitario.</li></ul>		<b>Participación de agentes comunitarios en estos proyectos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si.</li></ul>		
<b>Actividades específicas a VIH/SIDA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reducción de riesgo.</li><li>• Asesoramiento.</li><li>• Programa de educación para la salud.</li><li>• Investigación.</li></ul>		<b>Descripción de su actuación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervención para reducir el riesgo de las comunidades de origen, respecto a las ETS incluido el SIDA y el embarazo no deseado.</li></ul>		
<b>Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adolescentes.</li><li>• Mujeres.</li><li>• Población en general.</li></ul>		<b>¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si.</li></ul>		
		<b>Descripción del tipo de material:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dípticos/trípticos en fase de publicación, edición.</li><li>• Información sobre VIH/SIDA adaptada a la población diana en idiomas africanos.</li><li>• Material de soporte de las intervenciones dirigidas al Africa Subsaharianas.</li></ul>		

## COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA DE LA REGIÓN DE MURCIA. CASMU

FECHA DE CREACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:	E-MAIL/WEB
1991	Josefa Contreras	Travesía Calle Bolos, 8-1º B 30005 Murcia	968 29 88 31 968 28 38 39	968 29 88 31	<a href="mailto:casmumu@larural.es">casmumu@larural.es</a>
<b>Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gitanos de Cartagena.</li></ul>		<b>Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Usuarios de drogas.</li></ul>			
<b>Actividades generales que realiza la asociación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jurídica.</li><li>• Ayuda Social (vivienda, alimentos).</li><li>• Archivo y documentación.</li><li>• Investigación.</li><li>• Asesoramiento.</li></ul>		<b>Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Programa intercambio de jeringuillas (no es específico del colectivo porque se dirige a UDVP en general).</li></ul>			
<b>Actividades específicas a VIH/SIDA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reducción de riesgo.</li><li>• Test y/o consejo.</li><li>• Asesoramiento.</li><li>• Programas de educación para la salud.</li></ul>		<b>Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• No.</li></ul>			
		<b>¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• No.</li></ul>			

## ASOCIACIÓN ANTI-SIDA DE MÁLAGA. ASIMA

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> Septiembre 1989	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Paqui Ruiz Moreno	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Gaona, 2-1ª izda. 29012 Málaga	<b>TELÉFONO:</b> 952 60 17 80	<b>FAX:</b> 952 60 35 48
--	--	--	----------------------------------	-----------------------------

### Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:

- Inmigrantes magrebíes residentes en Francia, Holanda y Bélgica.
- Inmigrantes de Túnez, Marruecos, Argelia.

### Actividades generales que realiza la asociación:

- Jurídica.
- Ayuda Social (vivienda, alimentos).
- Archivo y documentación.
- Asesoramiento.

### Actividades específicas a VIH/SIDA:

- Test y/o consejo.
- Asesoramiento.
- Movilización comunitaria.
- Programa de educación para la salud.
- Apoyo psicosocial.

### Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:

- Trabajadores/as sexuales.
- Población en general.

### Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.

- Proyecto CAP prevención (prevención inmigrantes en el paso del Estrecho).

- AMEDIS: Formación de agentes de salud en asociación de inmigrantes.
- Prostitución dentro del programa general destinado a este colectivo, se atiende también a mujeres magrebíes.

### Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.

- Si.

### Descripción de su actuación:

- Se les forma en prevención VIH/SIDA y ellos transmiten la información a su grupo.

### ¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/educación sobre VIH/SIDA específico?

- Si.

### Descripción del tipo de material.

- Dípticos y Trípticos de información/prevención VIH/SIDA dirigido a inmigrantes y población general desarrollado por ASIMA (Málaga), ALCS (Tánger), AIDES (Marsella), AMAL (Túnez)
- Película sobre inmigrantes magrebíes en Europa como una historia real dirigida a inmigrantes magrebíes en general desarrollado por AIDES (Marsella), ALCS (Tánger), AMAL (Túnez).
- Manuales y guías sobre infección VIH/SIDA, pasaporte e información por ASIMA (España), AIDES (Francia), AIDES (Francia), ALCS(Tánger) y AMAL (Túnez).

## FEDERACIÓN ANTISIDA DEL SUR. FASUR

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 27-05-1991	<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> Miguel Angel Torres	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ San Luis, 50 Local	<b>TELÉFONO:</b> 95 437 19 58	<b>FAX:</b> 95 491 51 56	<b>E-MAIL/WEB:</b> <a href="mailto:facasa@line-pro.es">facasa@line-pro.es</a>
---	--	--	----------------------------------	-----------------------------	--

### Colectivo de inmigrantes/minorías étnicas con los que trabaja:

- Inmigrantes de Marruecos, Argelia y Africa Sub-Sahariana.

### Actividades generales que realiza la asociación:

- Asistencia sanitaria.
- Jurídica.
- Ayuda Social (vivienda, alimentos).
- Archivo y documentación.
- Investigación.
- Asesoramiento.

### Actividades específicas a VIH/SIDA:

- Reducción de riesgo.
- Asesoramiento.
- Programa de educación para la salud.

### Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:

- Trabajadores/as sexuales.

- Usuarios de drogas.
- Mujeres
- Población en general.

### Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.

- Prostitución.
- Formación.
- Información.

### Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.

- No.

### ¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/educación sobre VIH/SIDA específico?

- Sí.

### Descripción del tipo de material.

- Manual de metodología de la formación dirigida a población general.

## ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN A LA MUJER PROSTITUIDA. APRAMP

<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 02-07-1989	<b>DIRECCIÓN:</b> C/ Plaza del Angel, nº 14-1º	<b>TELÉFONO:</b> 91 420 17 08 28012 Madrid	<b>FAX:</b> 91 420 17 08 91 369 31 72	<b>E-MAIL/WEB</b> <a href="mailto:apramp@retemail.es">apramp@retemail.es</a> <a href="http://www.personales.mundivia.es/personales/apram">www.personales.mundivia.es/personales/apram</a>
---	---	--	---	---

### Colectivo de inmigrantes /minorías étnicas con los que trabaja:

- Mujer prostituida de España, Africa, Europa, Asia.
- Travestis homosexual.

### Actividades generales que realiza la asociación:

- Asistencia Sanitaria.
- Jurídica.
- Alfabetización.
- Investigación.
- Asesoramiento.

### Actividades específicas a VIH/SIDA:

- Reducción de riesgo.
- Asesoramiento.
- Movilización Comunitaria.
- Programas para educación para la salud.
- Casas de acogida/pisos tutelados.
- Investigación
- Vigilancia epidemiológica.
- Visitas a hospital/acompañamiento.
- Grupos de autoayuda.
- Apoyo psico-social.

### Población diana de las actividades específicas a VIH/SIDA:

- Trabajadores/as sexuales.
- Usuarios de drogas.
- Homosexuales.
- Adolescentes
- Mujeres.

### Proyectos relacionados con la prevención y/o la asistencia al VIH que ha realizado.

- Unidad móvil.
- Piso de estancias breves.
- Centros de acogida.

### Participación de agentes comunitarios en estos proyectos.

- Si.

### Descripción de su actuación:

- Prevención social: captación, información y seguimiento social.
- Prevención sanitaria: disminución de la incidencia de SIDA y ETS:
- Reducción de daños en usuarios de drogas por vía parenteral.

### ¿Ha desarrollado vuestra organización material de información/ educación sobre VIH/SIDA específico?

- No.

## Reunión Nacional 2000

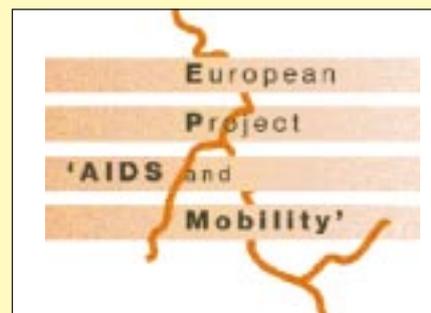
Esta reunión se desarrollará durante 2 días: 11 y 12 de Diciembre del 2000 y se realizará un taller práctico de cómo presentar proyectos a las convocatorias de ayudas a ONGs y Asociaciones del Ministerio de Salud y Consumo.

## 5.4. Redes Internacionales

### 5.4.1. Red Europea AIDS & Mobility

Julia del Amo.

SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA



#### ¿Qué es la Red?

Esta red, creada en 1991 por iniciativa del Programa Global sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud y financiada por la Comunidad Europea, tiene como objetivos la prevención del VIH/SIDA en inmigrantes, minorías étnicas y otras poblaciones móviles en Europa bajo el entendimiento que la prevención en estos colectivos debe tener en cuenta su diversidad cultural y lingüística así como su situación socioeconómica.

En 1996, la Comisión Europea propone a AIDS&Mobility la creación de una red de contactos en los diferentes países europeos, los llamados Puntos Focales con el fin de una conseguir una mayor operatividad y una mayor capacidad de influencia en las políticas a este respecto en los países miembros. Para mayor información, se puede acceder a la página web de la organización: [www.nigz.nl/aidsmobility/index.html](http://www.nigz.nl/aidsmobility/index.html)

Desde 1998, la SPNS es el Punto Focal de la Red en España. Las funciones de los puntos focales de esta red son, a parte de las de favorecer las redes nacionales y las demás actividades descritas, la preparación de informes sobre la situación española así como la selección de los candidatos españoles que quieran acudir a las diferentes actividades de formación desarrolladas por AIDS&Mobility tales como talleres de capacitación en el trabajo con determinados colectivos de inmigrantes, visitas e intercambios entre países para formación de agentes sanitarios y mediadores culturales ect. Durante 1999, la SPNS elaboró un informe de la situación en España sobre el acceso socio-sanitario de inmigrantes y minorías étnicas relacionado con el VIH/SIDA, «HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe», donde se hicieron públicos por primera vez los datos sobre casos de SIDA en personas con país de origen diferente a España.

#### Actividades de AIDS & Mobility en los años 2000-2001

##### Servicios generales

- Centro de documentación de publicaciones y organizaciones accesible a través de la página web <http://www.nigz.nl/aidsmobility/index.html>  
La red ha desarrollado un boletín informativo bianual (Newsletter) donde se describen las actividades de la organización.

##### Seminarios

- Seminario «Salud Pública, VIH/SIDA y las poblaciones magrebíes en Europa». Fecha y lugar de realización: 22-25 Marzo 2000 - CEULAG, Mollina, Málaga.  
Número de participantes: 35  
Duración: 3 días

Objetivos. Se han formulado los siguientes objetivos:

- Estimular el intercambio
  - Entre países de origen y países de destino
  - Entre expertos en las áreas de política sanitaria e investigación
  - Entre asociaciones en el área de intervención en promoción de la salud
- Movilizar a los responsables de la política sanitaria, a los investigadores y a las ONGs que trabajen en el área de la salud pública con relación al VIH y la población magrebí.
- Estimular el desarrollo de intervenciones y la colaboración entre países europeos, así como entre países de origen y de destino

Este seminario está cofinanciado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y la Unión Europea y en su organización participan miembros de ambas instituciones y de FASUR (Federación Antisida del Sur).

- Seminario «Movilidad Este-Oeste: intervenciones para trabajadores del sexo y UDVP».

Fecha y lugar de realización: Junio 2000 - Viena

Número de participantes: 35

Duración: 3-4 días

*Objetivos:*

- Conocer más en profundidad la situación
- Analizar las necesidades de estas comunidades
- Desarrollar respuestas conjuntas

### **Estudios**

- «Las comunidades Africanas en el Norte de Europa; los riesgos asociados al VIH y sus respuestas».  
Estudio cualitativo de 3-4 investigadores africanos con el objetivo de conocer más en profundidad la situación de las comunidades africanas en el Norte de Europa, la percepción de la enfermedad y las respuestas de estos colectivos.
- «La prevención del SIDA y los proyectos de apoyo en Europa en inmigrantes y minorías étnicas ¿qué funciona y qué no?»  
Análisis de evaluación realizado por dos investigadores de los datos producidos por AIDS&Mobility en los últimos años. Se espera que con estos resultados se generen recomendaciones sobre aspectos legislativos que se utilicen como fuerza de presión en el Parlamento Europeo.

### **Intercambios**

- AIDS&Mobility apoyará intercambios entre representantes de las diversas organizaciones en distintos países Europeos con el objetivo de aprender de las experiencias de cada equipo de trabajo. La duración de la visita será de un mínimo de 4 días.

*Red Mediterránea - La inmigración en el área del Mediterráneo.*

- Este sub-proyecto de la red de SIDA y Movilidad, dirigido por el Punto Focal Italiano, tiene como objetivo la creación de una red de información de aquellos centros socio-sanitarios disponibles en los países del Sur de Europa que atienden aspectos relacionados con ETS/VIH en el colectivo de inmigrantes, con el fin de conocer algunos de los aspectos esenciales para el diseño de políticas sanitarias. La necesidad de circunscribir este proyecto al área Mediterránea está motivada por las diferentes corrientes migratorias entre el Sur y el Centro/Norte de Europa ya que sólo en los últimos años, los países Europeos de la cuenca mediterránea se han convertido en países receptores de inmigrantes, no existiendo ni infraestructura ni tradición de trabajo con estos colectivos. Este proyecto se llevará a cabo en colaboración con el Departamento de Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública del ISCIII.

#### **5.4.2. Red Europea entre las comunidades de África Subsahariana y los agentes de salud para la prevención de VIH/SIDA.**

**Susana Castillo. DEPARTAMENTO DE SALUD INTERNACIONAL. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III**

En mayo de 1999, organizaciones e instituciones de siete países de la Unión Europea iniciaron un proyecto de prevención de VIH/SIDA con la implicación de las comunidades de África Subsahariana y los agentes socio-sanitarios. La red está constituida por: Bélgica, España, Holanda, Francia, Reino Unido, Suecia y Portugal. La complementariedad de sus miembros está siendo muy productiva para desarrollar una «una visión cruzada» sobre las acciones innovadoras llevadas a cabo en cada país.

El proyecto tiene una duración de dos años (mayo 1999-mayo 2001) y está co-financiado por la Comisión Europea.

##### **Miembros:**

Dentro de sus miembros caben destacar asociaciones comunitarias como African Health Team (AHT: Equipo africano de Salud- Suecia) y African Foundation for AIDS Prevention and Counselling (AFAPAC: Fundación africana para la prevención y el asesoramiento sobre SIDA- Holanda), instituciones públicas como el Instituto de Salud Carlos III (España), asociaciones que promueven el desarrollo de las comunidades de base, como el Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement Rural (GRDR: Grupo de investigación y acción para el desarrollo rural- Francia) o la promoción de la salud entre los jóvenes, caso de la Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS: Asociación de jóvenes promotores de Amadora salud- Portugal). Otras partes implicadas son Latitudes (asociación que trabaja con organizaciones comunitarias de inmigrantes y con los servicios sociales - Departamento de Migración en Bélgica) y Focus Health (institución social que promueve acciones desarrolladas por asociaciones comunitarias africanas en Reino Unido).

La finalidad del proyecto es desarrollar y evaluar métodos prácticos integrados en la comunidad para prevenir el VIH y otras infecciones transmisibles, especialmente entre los colectivos de África Subsahariana que residen en Europa.

##### **Objetivos y prioridades:**

- Analizar las problemáticas específicas de la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del SIDA entre las comunidades de África Subsahariana en los países partícipes del proyecto.
- Intercambio de información entre los diferentes miembros de la red sobre las estrategias, los métodos y los materiales de prevención destinados a la disminución de riesgos en materia de ITS y SIDA.
- El trabajo conjunto entre las asociaciones de inmigrantes de África Subsahariana en Europa y los agentes de salud para diseñar, poner en marcha y evaluar las acciones de prevención.
- El reforzamiento de las asociaciones comunitarias, prestando soporte técnico y financiero a sus proyectos e iniciativas.
- El desarrollo y combinación de acciones dirigidas a la prevención de VIH/SIDA: materiales de prevención, talleres de formación, el uso de nuevas tecnologías, etc.

### **Objetivos específicos:**

- Definir el perfil de las asociaciones comunitarias africanas que trabajan en educación para la salud.
- Definir las relaciones que mantienen las asociaciones comunitarias con los agentes de salud locales.
- Identificar las acciones, las metodologías específicas y los materiales de educación para la salud utilizados por las asociaciones comunitarias y los agentes de salud en los países participantes.
- Identificar las necesidades específicas en materia de prevención de ITS y SIDA, las dificultades de la intervención y los resultados de la misma entre las comunidades africanas en Europa.
- Contactar con los puntos focales de la red SIDA y Movilidad en cada uno de los países miembros para informarles de la evolución del proyecto.
- Determinar las metodologías de intervención y los materiales adaptados a las necesidades previamente identificadas.
- Desarrollar el acceso a la información y a los servicios de salud entre las comunidades africanas.
- Informar a las comunidades africanas y a los agentes de salud de la existencia de redes nacionales y europeas.
- Elaborar indicadores de seguimiento y evaluación de los programas de prevención.

### **Organización y funcionamiento.**

Existen un Comité de Pilotaje, formado por coordinadores de los siete países europeos que dirige la orientación y las acciones del proyecto y una Secretaría de Coordinación.

Un Equipo de Evaluación de expertos ejerce la función de monitorizar, evaluar y proporcionar apoyo metodológico a los miembros del Comité de Pilotaje.

### **Actividades realizadas.**

Se han celebrado cinco talleres en Londres, Bruselas, Amadora (Portugal), Amsterdam y Estocolmo. La temática desarrollada ha sido:

- ¿Qué tipo de acciones de prevención realizadas por los distintos agentes son más pertinentes y para qué estrategias? Londres.
- ¿Qué dificultades encuentran las asociaciones y los agentes sanitarios en el ámbito de la prevención?, ¿Cuáles son las necesidades identificadas para la prevención? Bruselas.
- ¿Cuáles son las herramientas y las metodologías más pertinentes? Amadora – Portugal.
- El acceso a la información y a la atención sanitaria. ¿Qué mejoras son necesarias? Amsterdam.
- La formación, la educación sanitaria. Estocolmo.

Fundamentalmente se trabaja en el intercambio de puntos de vista entre las asociaciones comunitarias y en la formulación de recomendaciones concretas en prevención. Los talleres han estado centrados en la identificación de los temas claves alrededor del VIH y en las enfermedades de transmisión sexual entre las comunidades africanas. También hemos visitado proyectos locales y asociaciones comunitarias que desarrollan su actividad en el campo del VIH/SIDA.

Edición de tres boletines de información de difusión gratuita en Europa sobre proyectos, acontecimientos pasados y futuros, materiales de prevención y debates de temas de actualidad en VIH/SIDA. Han sido publicados en inglés y francés (números 1 y 2) y en inglés, francés, portugués y español (nº 3). Los boletines están abiertos a cualquier iniciativa y aportación. Estarán disponibles en la página web de la red y en cada uno de los centros coordinadores de la misma.

#### **Acciones en curso.**

España: identificación de asociaciones comunitarias e instituciones que trabajan con inmigrantes y/o prevención de VIH/SIDA. Producción de una base de datos accesible en internet sobre las asociaciones, sus proyectos y materiales de prevención. La base de datos está accesible provisionalmente en la página web del Instituto de Salud Carlos III- Escuela Nacional de Sanidad-Dpto de Salud Internacional ([www.isciii.es](http://www.isciii.es))

Holanda: realizar un sistema de comunicación y intercambio para reforzar los colectivos y las organizaciones comunitarias de inmigrantes. Producción: página web y foro de intercambio que estará listo en el mes de diciembre.

Bélgica y Francia: puesta en práctica de colaboraciones cruzadas entre las organizaciones comunitarias de inmigrantes y los agentes de salud. Producción: carta-vídeo entre las organizaciones comunitarias de habla francófona en ambos países.

Suecia, Portugal y Reino Unido: recopilar modelos y herramientas para la prevención adaptados a la comunidad. Producción: materiales pedagógicos sobre mitos, creencias y costumbres respecto al VIH/SIDA..

#### **Actividades a realizar (2000-2001).**

Talleres:

- Las dificultades y la acción: ¿qué vínculos se han de establecer entre *aquí y allí*? (Madrid 10-13 de enero de 2001).
- La evaluación y el seguimiento de un programa de prevención: ¿qué métodos e indicadores se han de utilizar? (París 28-30 de abril de 2001).

Edición de dos boletines de información.

Preparación de una guía de prevención de VIH/SIDA entre las comunidades de inmigrantes que será elaborada conjuntamente por los miembros que forman la red.

Se prevé la ampliación a una segunda fase del proyecto en la cual se desarrolle y edite la guía de prevención y se inicien proyectos entre las comunidades e instituciones en Europa y en los países de origen.

[La coordinación en España está ubicada en el ISCIII-ENS. Dpto. de Salud Internacional. Madrid. Investigadora principal: Lucia Mazarrasa. Coordinadora: Susana Castillo].

Susana Castillo. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD. DPTO. DE SALUD INTERNACIONAL. Sinesio Delgado, 8. 28029. Madrid. Teléfono 91 387 78 01 (2213). E-mail: [scastillo@isciii.es](mailto:scastillo@isciii.es). Web: [www.isciii.es](http://www.isciii.es)

## Presentación del taller de Madrid.

El tema específico del taller de Madrid se centra en las dificultades y la acción entre los países de allí (África Subsahariana) y de aquí (Europa). Los proyectos, las acciones, metodologías, estrategias y evaluación en materias de prevención VIH/SIDA serán debatidas, así como la competencia técnica, estructural, social y económica de los organismos implicados. Se profundizarán en cuestiones relativas a la implementación de proyectos en África Subsahariana coordinados por asociaciones de inmigrantes en Europa, sus necesidades, dificultades y ventajas.

No se trata de considerar las acciones como una transferencia de competencias desde las asociaciones de inmigrantes hacia sus países de origen sino más bien de valorar las competencias recíprocas, y particularmente aquellas de los actores de prevención del Sur, con el objetivo de reforzar las capacidades de cada uno. Por esta razón, nos ha parecido importante invitar a las asociaciones de África como interlocutores y contrapartes en las acciones de prevención *aquí y allí*.

La segunda parte del proyecto europeo tiene como objetivo construir un vínculo con África, las conclusiones de este taller alimentarán la reflexión y podrán servir de base en la definición de las acciones cruzadas futuras.

## 5.5. Campaña de prevención del VIH/SIDA en inmigrantes para el período 2000-2001

María José Belza, Angela Bolea, Mónica Suárez y Julia del Amo. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Las campañas de prevención del VIH/SIDA que se habían realizado hasta el momento desde la SPNS se habían hecho en español. Además, ninguna se había dirigido al colectivo de inmigrantes mediante un enfoque multicultural y traducción a idiomas. Por ello y debido a las necesidades crecientes de nuestro medio, la SPNS ha desarrollado una campaña de prevención del VIH/SIDA dirigida a inmigrantes y traducida a 4 idiomas desde el español; inglés, francés, portugués y árabe. El lema de la campaña es «El SIDA existe... la forma de evitarlo también» sobre una imagen de un grupo de personas de diferentes razas sobre un preservativo. Esta imagen se reproducirá en 5.000 carteles, 15.000 tarjetas postales, 30.000 pegatinas y 30.000 calendarios de bolsillo. Al mismo tiempo, se editarán 30.000 trípticos donde se proporcionará una información básica sobre el VIH/SIDA así como los teléfonos de contacto de los planes de SIDA de cada una de las Comunidades Autónomas.



## **5.6. Cooperación internacional en materia de VIH/SIDA**

**Isabel Noguer. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA**

**Paloma Cuchí. PROGRAMA ITS/SIDA. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

A lo largo de los 15 últimos años España ha contribuido activamente a la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en países en desarrollo, especialmente en África y en Iberoamérica. Las actividades desarrolladas en el continente Africano son producto de convenios bilaterales o de la cooperación con organismos internacionales u organizaciones no gubernamentales (ONG). Actualmente la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) mantiene proyectos en diferentes países de carácter sanitario, entre los que se incluyen actividades de carácter preventivo o asistencial relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA y otros que son específicos de VIH/SIDA. Entre éstos últimos cabe destacar el proyecto de prevención de VIH/SIDA en poblaciones con riesgo en Namibia, en colaboración con el programa de las Naciones Unidas (ONUSIDA), o el que viene desarrollándose en Tanzania, sobre prevención de VIH y manejo sindrómico de ETS, a través de una ONG. Las nuevas metas marcadas por el programa ONUSIDA de cara a acercar los cuidados sanitarios y los medicamentos al Continente Africano supondrá una intensificación de las actividades de nuestro país en los países africanos.

### **La cooperación con Iberoamérica**

Por sus lazos socio-culturales y económicos las actividades de cooperación internacional que han tenido un mayor desarrollo y tradición histórica, son las establecidas con Iberoamérica, donde la AECI y el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) han destinado una parte muy importante de sus presupuestos a la lucha contra el SIDA. Actualmente existen tres grandes cauces de cooperación internacional en materia de VIH/SIDA: Los programas desarrollados en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), MSC y AECI. Aquellos vehiculizados a través del ONUSIDA y por último los programas desarrollados en el seno de acuerdos bilaterales con los distintos países u ONG internacionales.

Las actividades en materia de cooperación sanitaria en las Américas han sido tradicionalmente ejercidas por múltiples agencias internacionales o programas, cuyas intervenciones no siempre han gozado de una deseable coordinación entre acciones similares, disminuyendo así potenciales beneficios. Por este motivo, las intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo han estado presididas por la voluntad decidida de consenso y coordinación con el Programa Mundial de Naciones Unidas, con la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, con los propios programas nacionales de SIDA y en general con las agencias internacionales actuantes en el ámbito del VIH.

Las necesidades en Iberoamérica son muchas y diversas, dependiendo del nivel de afectación, de la capacidad de respuesta nacional y de las grandes diferencias en cuanto a perfil y perspectivas de expansión.

### **Situación de la epidemia en las Américas**

La Región de las Américas y en especial Iberoamérica y el Caribe constituye uno de los pocos lugares del mundo donde la extensión del VIH, sus patrones de transmisión y la capacidad de respuesta de los gobiernos y de las poblaciones reúne una mayor diversidad. De acuerdo con las últimas estimaciones del programa ONUSIDA/PAHO, una de cada 200 personas residentes en las Américas vive con el VIH, lo que supone una prevalencia de 0,5 %. La tabla adjunta resume la dimensión de la epidemia por áreas geográficas.

REGIÓN	Comienzo de la epidemia	Adultos y niños con VIH/SIDA	Adultos y niños recientemente infectados	Prevalencia de VIH en adultos	Proporción de mujeres VIH positivas	Categorías de Transmisión
Iberoamérica	Finales 70's Principios 80's	1.3 millones	150.000	0.57%	20%	MSM, IDU, Heterosexual
Caribe	Finales 70's Principios 80's	360.000	57.000	1.96%	35%	Heterosexual, MSM

Fuente: HIV and AIDS in The Americas. UNAIDS/WHO/PAHO

La epidemia de VIH/SIDA en Iberoamérica es heterogénea. Existen diferentes patrones de transmisión de acuerdo con la frecuencia y extensión de poblaciones con comportamientos de alto riesgo de infección por VIH. En Centroamérica y el Caribe la transmisión del VIH se produce principalmente a través de relaciones sexuales sin preservativo entre hombres y mujeres. En el cono sur y en México las principales vías de transmisión son las prácticas sexuales sin preservativo entre hombres y el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas intravenosas. Sin embargo, y como consecuencia de la alta de frecuencia de hombres bisexuales entre los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), del sexo inseguro entre los inyectores de drogas y sus parejas y de la alta frecuencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las poblaciones, la epidemia ha ido extendiéndose a poblaciones con menor riesgo a través de las relaciones sexuales y en especial a las mujeres. Los países andinos son actualmente los menos afectados por la infección por el VIH, aunque se han identificado comportamientos de alto riesgo en muchos grupos de población. En general, los países con mayor afectación por la epidemia son los situados en el área del caribe.

La región centroamericana se caracteriza por un predominio claro y en ascenso de la transmisión heterosexual. Honduras y Guatemala ya tiene tasas de prevalencia del VIH en población general del 1% al 2%. En la ciudad hondureña de San Pedro de Sula, la prevalencia de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas ha fluctuado entre el 2% y el 5% durante años. Gran parte de la población infectada es adolescente, lo que hace pensar que lo peor todavía está por llegar. En diversas ciudades de Honduras, entre una quinta y una décima parte de los trabajadores sexuales están infectados. En algunos subgrupos étnicos, principalmente en la costa del Caribe, la prevalencia en la población de 15 a 49 años supera el 8%, y entre los 20 a 30 años del doble. En Guatemala, la infección por el VIH sigue una tendencia similar, con prevalencias de infección más elevadas entre las mujeres embarazadas y profesionales del sexo de ciudades costeras y de la capital. Sin embargo en otros países, como Costa Rica el VIH se transmite principalmente durante las relaciones sexuales sin preservativo entre hombres, identificándose ya en 1993, prevalencias de VIH del 10% al 16%.

En México la epidemia se ha concentrado principalmente en HSH, actuando como puente hacia otras poblaciones de menor riesgo la alta frecuencia de hombres bisexuales. Actualmente más del 14% de los HSH están infectados. Sin embargo, las prevalencias de VIH entre las mujeres embarazadas son aún bajas, estimándose que menos de una de cada 1.000 mujeres en edad de procrear está infectada. Incluso entre los profesionales del sexo, en México, la prevalencia de VIH está por debajo del 1%.

En la región andina, existe una baja prevalencia de la infección por el VIH entre los heterosexuales, al menos en los países en los que existen datos disponibles. En Colombia, la infección por el VIH es más común en las regiones costeras, pero en ninguna parte supera la proporción de una por cada 250 mujeres embarazadas. Incluso entre las

profesionales del sexo, esa cifra está por debajo del 2%. Se registran tasas similares en el Perú y Bolivia. En esos países, la prevalencia de la infección por el VIH entre los HSH es similar a la de México. En muchos países de la región, las políticas de sangre segura aún no tienen la cobertura necesaria para garantizar un control adecuado.

El cono sur mantiene un perfil semejante a las epidemias del sur europeo, donde las prácticas asociadas al consumo de drogas por vía parenteral causan directa o indirectamente una importante proporción de casos de infección y de SIDA. En Argentina por lo general se observan altas prevalencias de VIH en usuarios de drogas intravenosas, al igual que en Brasil, Uruguay y algunas áreas de Paraguay y Chile. También los HSH mantienen altas prevalencias y en mujeres embarazadas en Argentina se estima una prevalencia de VIH de 0,4%, siendo uno de los países con más SIDA por transmisión vertical. Argentina, Brasil y México, intentan proporcionar tratamiento antirretroviral a todas las personas infectadas por el VIH. Su impacto ya es importante. Por una parte, está mejorando tanto la duración como la calidad de la vida de las personas y, por otra, también está aumentando la proporción de personas que viven con el VIH.

### **Tendencias:**

La epidemia de VIH está aumentando en diversos estados del Caribe, como consecuencia del inicio precoz de la actividad sexual, de la alta tasa de intercambio de parejas entre los jóvenes y de la alta prevalencia de ITS. De hecho, algunos sufren una epidemia peor que ningún otro país del mundo, exceptuando África Subsahariana. En Haití, más del 5% de los adultos viven con el VIH y en las Bahamas la prevalencia en ese grupo de población es superior al 4%. En la República Dominicana, uno de cada 40 adultos está infectado por el VIH. En los países más afectados del Caribe, la propagación de la infección por el VIH se atribuye a las relaciones sexuales sin preservativo entre hombres y mujeres, aunque las infecciones asociadas al consumo de drogas intravenosas también son comunes en Puerto Rico. Haití, es la nación más afectada de la región. En algunas zonas, se descubrió que el 13% de las mujeres embarazadas eran VIH-positivas en 1996. En conjunto, alrededor del 8% de los adultos en zonas urbanas y del 4% en zonas rurales están infectados. La transmisión del VIH en Haití es mayoritariamente heterosexual y tanto la infección como la mortalidad, se concentran en adultos jóvenes. En Santo Domingo (R.Dominicana), la prevalencia del VIH entre las nuevas madres se ha duplicado en un período de siete años, alcanzando el 1,9% en 1997, mientras que entre los profesionales del sexo y los pacientes con infecciones de transmisión sexual se sitúa entre el 6% y el 8%.

Los escasos indicadores disponibles sobre conductas, ponen de manifiesto una alta frecuencia de prácticas sexuales de riesgo, especialmente en poblaciones juveniles. En Cuba, R.Dominicana y Chile la proporción de jóvenes que utilizan el preservativo en las relaciones sexuales con parejas ocasionales no supera el 50%, en Cuba la proporción es inferior al 30%.

La información disponible sobre casos de SIDA y muertes por el VIH/SIDA infraestima la situación real, dadas las altas cifras de subnotificación de casos y de muertes. La información sobre VIH es escasa y resultado generalmente de estudios puntuales de diferentes instituciones nacionales o mayoritariamente internacionales. Por otro lado, la infraestructura sanitaria y social en general precaria y escasamente desarrollada favorece una calidad de vida y supervivencia de las personas afectadas muy por debajo de las posibilidades actuales. Finalmente, las altas tasas de analfabetismo, la homofobia, la situación social de las mujeres y las grandes desigualdades económicas y sociales generan grandes barreras para afrontar solidariamente el problema del SIDA. En consecuencia, la epidemia de VIH en las Américas se caracteriza por su gran diversidad, por una capacidad muy desigual para controlarla y por unas perspectivas de futuro en muchos casos incierta.

## Principales líneas de intervención:

De acuerdo con la situación y características de la epidemia de VIH en Iberoamérica, las principales líneas de acción se han centrado en evitar nuevas infecciones, aumentar la calidad de vida y la supervivencia de las personas infectadas y de su entorno y promover actitudes basadas en la promoción de prácticas sexuales y de inyección saludables y en el respeto a los derechos humanos. Para ello es imprescindible fortalecer la capacidad gubernamental para la lucha contra la epidemia, dotándola de todos los elementos técnicos y científicos necesarios para concertar con los actores sanitarios, culturales y sociales necesariamente implicados en la lucha contra la epidemia.

Actualmente, las principales metas de cooperación en materia de VIH/SIDA con Iberoamérica se centran en:

- 1.- Mejorar los sistemas de información convirtiéndolos en instrumentos útiles para la toma de decisiones y dotándolos de capacidad para reflejar la dimensión real de la epidemia y de sus consecuencias en términos de morbi-mortalidad.
- 2.- Aumentar la capacidad nacional para poner en marcha técnicas de laboratorio capaces de colaborar con la vigilancia epidemiológica y aptas para eliminar infecciones evitables.
- 3.- Desarrollar e intensificar los programas de prevención destinados a jóvenes y personas con alto riesgo, con la finalidad de reducir las conductas de riesgo para la infección por VIH.
- 4.- Extender los programas de sangre segura y promover la donación de sangre voluntaria, altruista y no remunerada.
- 5.- Formar en materia de VIH/SIDA a los profesionales de la salud pública, de la asistencia sanitaria, psicológica y social relacionados con el control de la epidemia de todos los países iberoamericanos.
- 6.- Mejorar la calidad de la atención sanitaria y social a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

De acuerdo con las metas descritas, se han desarrollado un gran número de proyectos tanto a nivel regional como de países, que por áreas han sido los siguientes:

### 1.- Area de vigilancia epidemiológica y sistemas de información sobre VIH/SIDA:

- Diseño y apoyo de sistemas de vigilancia activa del VIH y de sus conductas de riesgo, prestando especial atención a los colectivos con comportamientos de alto riesgo.
- Incorporar la vigilancia epidemiológica dentro de los planes estratégicos de los programas nacionales de SIDA, reforzar el proceso de monitorización y evaluación, y asegurar los recursos necesarios.
- Potenciar las redes interpaís e internacionales para promover la colecta, análisis, interpretación y uso de la información epidemiológica; así como el intercambio de experiencias y de tecnología entre los países de la región con fines de formación continuada de los técnicos.
- Aplicar los resultados de la información epidemiológica al diseño e implementación de las actividades, y diseminar la información epidemiológica de manera regular y oportuna para la toma de decisiones, especialmente a las organizaciones no gubernamentales y las autoridades sanitarias

### 2.- Area de Prevención del VIH/SIDA:

- Desarrollar campañas de Información y educación sanitaria sobre VIH/SIDA
- Programas de prevención del VIH entre los usuarios de drogas a través de estrategias de reducción de daños
- Desarrollo de nuevas iniciativas de prevención en el colectivo gay
- Prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA
- Desarrollo de planes de asistencia integral a personas afectadas por el VIH/SIDA

En el área de prevención del VIH/SIDA los esfuerzos se han concentrado en prevenir la infección en grupos marginales, y más específicamente en hombres que tienen sexo con hombres en general y en el grupo de gays adolescentes. Las actividades se han basado en el trabajo directo con la comunidad gay, apoyando la formación de agentes que puedan apoyar los programas de educación de pares, así como facilitar la propia autovaloración de la orientación sexual.

El segundo grupo diana fueron los grupos de usuarios de drogas, donde el objetivo fue lograr intervenciones que aumenten la percepción de riesgo y el cambio de conductas; así como la introducción progresiva de la estrategia de reducción de daños a todos los niveles. La creación de un ambiente social y político que valore positivamente y acepte estas intervenciones supone uno de los grandes retos.

Las principales actividades desarrolladas en prisiones se han concentrado en potenciar estudios/intervenciones que aseguren la integridad de los derechos humanos de estos individuos, con la finalidad de preparar el terreno para intervenciones más específicas, entre ellas la prevención de la transmisión sexual y los programas de reducción de daños.

Finalmente, el tercer grupo diana fueron los profesionales de la salud en su condición de diseminadores de los mensajes de prevención y de líderes de salud comunitarios. Los principales objetivos fueron: aumentar y actualizar el nivel de conocimientos de estos profesionales sobre la infección y el SIDA, mejorar la atención integral que ofrecen a los pacientes, facilitar el apoyo psico-social y prevenir la transmisión del VIH en los contactos.

### **3.-Área de Atención Sanitaria y Social al VIH/SIDA:**

Las intervenciones desarrolladas en el ámbito de la atención sanitaria y social al VIH se han desarrollado dentro de un plan de Atención Integral a las personas con infección por VIH/SIDA, basado en cuatro componentes: el manejo clínico, el consejo y apoyo emocional, los cuidados higiénicos generales y el apoyo psicosocial. Todos estos cuidados deben ser proporcionados en cualquier etapa de la infección, desde la infección aguda hasta la enfermedad avanzada-terminal y por todos los niveles de atención, desde los hospitales de tercer nivel hasta la atención domiciliaria. Estas actividades han sido diseñadas con la intención de comprender todos los aspectos de la asistencia, incluyendo actividades preventivas, consejo, apoyo emocional y social, además de la atención clínica. Dadas las diferentes características socioeconómicas de la región, la atención integral para las personas viviendo con VIH/SIDA se ha abordado con modelos de atención apropiados que facilitaran el acceso a los servicios y garantizaran un «paquete básico» de atención. Con estos criterios, se ha elaborado la guía «Atención Integral: construyendo paso a paso». En esta guía se plantean qué tipos de cuidados se pueden establecer de forma escalonada, dependiendo de la situación de la enfermedad en cada zona y de los recursos disponibles en la misma. De tal manera que si se tiene un primer nivel cubierto (en el que se consideran las actividades más básicas), se puede ir escalando en los siguientes hacia actividades más específicas.

Las actividades desarrolladas en el área de bioseguridad, han incluido tradicionalmente la prevención de la transmisión sanguínea del VIH a través de la recepción de sangre o hemoderivados, y el control de calidad de los laboratorios y de las técnicas de inmunohematología. Sin embargo, para que estas actividades tengan éxito y constituyan una medida efectiva y duradera, es cada vez más importante que los países asuman la prevención de la transmisión sanguínea del VIH y hemoderivados, así como el control de calidad de los bancos de sangre como una estrategia nacional, incluyendo la asignación de los recursos necesarios.

#### **4.-Area de formación de profesionales:**

A lo largo de los últimos años se han desarrollado 12 programas de formación dirigidos a los profesionales de los programas nacionales o regionales de VIH/SIDA, con una afluencia total de 280 técnicos de 22 países. Por otro lado, se impartieron 6 programas docentes destinados a 150 profesionales latinoamericanos expertos en sangre segura y otros 6 destinados a profesionales del área de cuidados sanitarios al paciente VIH, con una participación de 480 médicos y enfermeros de 6 países. En total y a lo largo de los últimos 8 años el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Cooperación Española han formado a cerca de 1000 profesionales de las áreas de la salud pública, sangre segura y atención sanitaria y social al VIH/SIDA en las Américas.

## CAPÍTULO 6

# EXPERIENCIA DE TRABAJO DE LOS COLECTIVOS. IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN CULTURAL EN LA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS



## CAPÍTULO 6

# EXPERIENCIA DE TRABAJO DE LOS COLECTIVOS. IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN CULTURAL EN LA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS

---

### 6.1. Programas de salud comunitaria adaptados culturalmente para población inmigrante

**Marisa Ros. UNIDAD DE ENFERMEDADES TROPICALES E IMPORTADAS Y VACUNACIÓN INTERNACIONAL. CENTRO DRASSANES. BARCELONA**

Este Programa de Salud Comunitaria se está desarrollando desde 1994 de forma conjunta entre la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas de la DAP Ciutat Vella (I.C.S.) y la Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado. Para enmarcar estos programas, exponemos a continuación, de forma breve, la evolución realizada por la Unidad de Enfermedades Tropicales desde su creación; como a partir de aquí surgen los programas de Salud Comunitaria y cual ha sido la evolución de estos últimos cinco años.

En el año 1985, fue creada la Unidad de Enfermedades Tropicales en el antiguo *Centro Diagnostico Atarazanas*. En aquel momento, la principal población atendida estaba formada por emigrantes españoles, fundamentalmente de Cataluña, (trabajadores de empresas españolas, religiosos/as misioneros, miembros de la cooperación española...) que regresaban de países tropicales con patologías importadas. Durante esta década se fueron incorporando paulatinamente casos de inmigrantes que también presentaban estas patologías, destacando de forma significativa los originarios de Guinea Ecuatorial.

Entre los años 1986 y 1993 se había producido un incremento en el nombre de demandas de asilo político que llegaban a ACSAR. En esta época, la Asociación catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado comienza a derivar refugiados a la Unidad de Tropical para que se les de una atención y se haga el reconocimiento médico necesario para obtener el certificado médico necesario para tramitar la demanda de asilo político. Este aumento en el nombre de demandas de asilo coincide a finales de los años ochenta y principios de los años noventa, con un aumento muy importante del número de inmigrantes que llegan a Cataluña. Este aumento supo un fuerte incremento en el número de visitas realizadas a inmigrantes en la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas así como un aumento en el número de derivaciones hechas desde ACSAR.

Durante estos años se vio la necesidad de realizar una serie de adaptaciones en el servicio asistencial de la Unidad para poder atender de forma adecuada a esta población. Parte de esta adaptación se encuentra dentro del plan de la asistencia que se daba en la Unidad e incluía aspectos que iban desde la atención garantizada independientemente de la situación administrativa de los pacientes hasta otros temas como la atención en diferentes idiomas. La experiencia de trabajo del personal de la Unidad en los países de origen de los pacientes fue, además, clave para tener en cuenta aspectos de índole cultural que pudiesen afectar a la comprensión de la problemática de los pacientes.

Dentro de las necesidades que se detectaron desde la Unidad destacaba la falta de información que al respecto del VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis u otras enfermedades transmisibles, presentaban las personas que eran atendidas. Al mismo tiempo, la información al respecto de estas enfermedades que se encontraba disponible estaba dirigida a la población catalana o española, y no tenía en cuenta las posibles diferencias culturales. También se constató que los inmigrantes se encontraban con dificultades a la hora de acceder a los servicios de salud, tanto por causas administrativas como por encontrarse delante de un sistema de salud muy formalizado y alejado de las experiencias previas que tenían de los países de origen.

Para responder a estas necesidades detectadas, el personal de la Unidad de Enfermedades Tropicales comenzó a asumir tareas de información sanitaria sobre enfermedades transmisibles haciendo especial énfasis en la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y la hepatitis. A raíz de esto se fue contactando con otros profesionales para poder aplicar estrategias que estuviesen funcionando en otros servicios de salud. Cabe destacar en este punto la importancia que tuvo contactar el año 1992 con la red europea *AIDS & Mobility* formada por profesionales que trabajan en temas relacionados con la prevención de SIDA con inmigrantes y minorías étnicas.

En 1994 se hizo el primer programa de formación de agentes de salud para que estos actuasen como puente entre los colectivos inmigrantes y la Unidad de Enfermedades Tropicales y fuesen los encargados de transmitir la información de salud.

Después de esta experiencia, se decidió poner en marcha entre la Unidad de Enfermedades Tropicales y ACSAR un programa conjunto de *información sanitaria culturalmente adaptada sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles*.

Este acuerdo hizo posible acceder a financiación externa mediante subvenciones y dio pie a que el año 1995 el Programa de Prevención y asistencia del SIDA de la Generalitat de Catalunya subvencionará la primera edición de este programa. Este soporte del Programa SIDA ha continuado y se ha ampliado a lo largo de estos cinco años.

Desde 1994 los programas de salud comunitaria se han ido ampliando a medida que aumentaban las necesidades. Se han diseñado acciones específicas según los rasgos diferenciales de las diversas comunidades y se han realizado tareas de soporte y formación a otros profesionales.

Para aumentar la efectividad de las acciones se procuró implicar desde un principio a los propios inmigrantes en los diseños de las acciones para poder así responder a sus necesidades. Esta línea de trabajo ha ido aumentando hasta hoy. En la actualidad, se está trabajando no solamente en emprender iniciativas de nuestra Unidad, sino para poder dar soporte y potenciar iniciativas de salud iniciadas desde las propias comunidades para que estas tengan un papel más activo en su salud. Hay que destacar en este apartado el soporte a la creación de la asociación AMAM que trabaja para la sensibilización contra las mutilaciones genitales femeninas.

Entre los años 1994 y 1998, el personal de la Unidad de Tropical combinaba el trabajo de salud comunitaria con las tareas de trabajo asistencial de la Unidad. Desde 1999 la Unidad de Tropical tiene asignado un personal específico así como un circuito diferenciado.

En la actualidad, el circuito de salud comunitaria cuenta con 13 agentes de salud, un equipo de coordinación formado por tres profesionales y un equipo de colaboradores externos variable según las necesidades. Se está trabajando con inmigrantes originarios de África sub-sahariana (Guinea Ecuatorial, Senegal, Gambia); del Norte de África (Marruecos y Argelia); del sud-este asiático (Pakistán); de Latinoamérica (Colombia, Ecuador) y de Europa del Este. Existen tres

programas principales con financiación propio dirigidos a inmigrantes recién llegados, a mujeres de África subsahariana y a jóvenes inmigrantes. Estos programas trabajan mediante acciones individualizadas de «counseling» (consejo asistido) e información individual, y mediante sesiones de información con grupos hechas en castellano, inglés, francés, árabe, urdu, wolof, servo-croata y ruso.

Durante estos cinco años, el programa de salud comunitaria ha realizado 542 «counseling» (consejo asistido) individualizados, 304 sesiones de información sanitaria con grupos de inmigrantes y refugiados de diferentes comunidades y ha dispensado 6.000 preservativos desde 1997. Desde la Unidad se ha formado a 20 agentes de salud que han trabajado a la Unidad (13 aunque continúan trabajando). Paralelamente, se ha hecho formación de diferentes profesionales del ámbito sanitario y socio-educativo y se han organizado foros de debate para a inmigrantes y profesionales de estos ámbitos. Hay que añadir, también, que para poder desarrollar la tarea de forma más apropiada, se han desarrollado materiales específicos de soporte a las intervenciones como pueden ser cassettes, vídeos, juegos, trípticos y manuales de formación y se ha dado soporte técnico a otros organismos o entidades que los estaban desarrollando.

Esta línea de trabajo se pretende que continúe durante los próximos años, consolidando la situación del equipo de salud comunitaria y trabajando para ampliar los conocimientos sobre los problemas de salud de las comunidades, así como para encontrar estrategias y colaboraciones que nos ayuden a superarlos.

## **6.2. La mediación sanitaria con población extranjera: Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración**

**Ali Kadhim Qassim. ESCUELA DE MEDIADORES SOCIALES PARA LA INMIGRACIÓN. MADRID**

Desde hace tiempo, se viene incidiendo en los cambios sociales que están ocurriendo en la sociedad española y madrileña motivados por los continuos y crecientes flujos migratorios. Estos cambios obligan a todos los estamentos sociales e instituciones a adaptar sus objetivos y metodología de trabajo a las necesidades de esta nueva sociedad.

En lo que concierne a la salud, queremos empezar intentando enumerar los elementos o factores que condicionan o dificultan la plena integración de los inmigrantes en el sistema sanitario español:

- Aspectos legales: Aunque la reformada Ley de Extranjería ha significado un avance, todavía persisten unas bolsas de inmigrantes que no tienen acceso a la tarjeta sanitaria.
- Desconocimiento del idioma: En líneas generales, el conocimiento del español es bajo y se circunscribe a otros campos (especialmente el laboral). Hay que tener en cuenta que desenvolverse en el ámbito sanitario requiere un nivel bastante alto de español.
- Desconocimiento del sistema sanitario y de su funcionamiento: Muchos mecanismos como es la cita previa, las derivaciones, los volantes, etc. son poco o nada habituales a muchos inmigrantes.
- Aspectos culturales: Se refiere a la concepción de la salud y la enfermedad, comunicación, aspectos religiosos, cuestiones de género, hábitos y costumbres, alimentación, higiene, etc.
- Condiciones económicas y de vida: La pobreza y las condiciones de trabajo y vivienda inciden de forma directa en el estado de salud.
- Desarraigo y aspectos emocionales: El desarraigo, la ruptura y separación familiar junto a la precariedad legal y falta de perspectivas de futuro crean malestar y tensiones psicosociales que afectan al estado de la salud

Todas estas barreras, hacen imprescindible que las autoridades sanitarias deban considerar estos aspectos a la hora de perseguir la integración de los distintos colectivos inmigrantes en el sistema sanitario. Por ello, es de vital importancia la formación del personal sanitario (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, gestores, etc.) en estas cuestiones como una forma de sensibilización y para asegurar una mejor atención a esta población. También, es muy importante la formación en medicina y enfermedades tropicales para todo el personal sanitario que trabaja con inmigrantes

Con todo esto, queremos resaltar que las acciones que habría que tomar para asegurar la plena integración de los inmigrantes en el sistema sanitario español son bidireccionales. Por una parte, una adaptación de los recursos sanitarios a las necesidades específicas de los inmigrantes y una mayor formación y sensibilización del personal sanitario. Por otra parte se trata de informar a la población inmigrante de las posibilidades y mecanismos del sistema sanitario español y, en definitiva, conciliar las condiciones de vida de los inmigrantes y su cultura con éste.

La consideración de la cultura es muy importante, ya que la concepción de la salud y de la enfermedad no son universales, sino que varían de una cultura a otra. Las manifestaciones de la enfermedad, ¿cómo expresarlo? ¿cuándo acudir a un médico?, el tratamiento a seguir, la alimentación, la higiene, etc. son elementos humanos y culturales que habría que tener en cuenta en los programas de atención sanitaria a la población extranjera. También hay que considerar muchas normas sociales y religiosas que orientan y condicionan el acceso y el seguimiento del tratamiento médico por parte de las distintas comunidades inmigrantes.

Dentro de los aspectos culturales, merecen una especial mención las cuestiones de género que impiden el acceso de la población inmigrante (especialmente las mujeres) a los recursos sanitarios en algunos casos, pero que condicionan la comunicación y la relación médico-paciente en muchos más casos. Por último, apuntar a la diversa importancia y el arraigo de la medicina tradicional de las distintas culturas y a la necesidad de conciliarlas con la medicina moderna.

Otro aspecto a considerar, es la necesidad de incorporar un apoyo a la labor médica fuera de los centros sanitarios. Todos los estudios han coincidido en la falta de seguimiento y la interrupción del tratamiento como una de las barreras que dificultan la integración de los inmigrantes en el sistema sanitario. Con esto se podrá conseguir una mayor dinamización y sensibilización de la población inmigrante acerca de cuestiones, oferta y recursos sanitarios.

En esta dinamización o sensibilización, son esenciales los programas de prevención y educación para la salud dirigidos a la población extranjera. Estos deben recoger las cuestiones culturales, condiciones de vida u otras barreras que puedan condicionar el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario. También sería necesario acercar estos programas a los espacios donde se concentran los inmigrantes (centros de trabajo, viviendas, etc.) para asegurar su acceso a estos programas.

Por lo anteriormente expuesto, sería interesante facilitar una conexión o mediación entre los centros sanitarios y su profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales), y la población inmigrante. Con esta mediación se podrá paliar muchas de las barreras que dificultan la plena integración de los inmigrantes en el sistema sanitario. Para poder realizar esta función, sería imprescindible:

- Un conocimiento profundo de los distintos colectivos inmigrantes y de sus características y condiciones de vida. Todo esto en la zona del centro sanitario de referencia.
- Un dominio de la cultura de acogida y de las culturas de origen. También es necesario poseer conocimientos de los otros idiomas más hablados por la población inmigrante.
- Unas nociones básicas de medicina y de hábitos y costumbres tanto de la población inmigrante como de la sociedad de acogida. (Alimentación, higiene, sexualidad, etc.) También son imprescindibles los conocimientos de recursos tanto sanitarios como de otros ámbitos.

Esta línea de trabajo que planteamos ha sido llevada a cabo en otros campos sociales con resultados muy positivos. Por lo tanto, consideramos necesario que las autoridades y los agentes sanitarios reflexionen sobre las posibilidades que ofrece la Mediación Sociosanitaria con población inmigrante. Aunque advertimos que esta medida en sí no es suficiente, sino que tiene que ser complementada por otras.

### **6.3. Trabajar en prevención del VIH con Comunidades de Inmigrantes desde la base: la experiencia sueca.**

**Mariana Buzzglo. FOLKHAUSINSTITUTET-INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. ESTOCOLMO-SUECIA**

Cuando los primeros casos de VIH/SIDA se presentaron en Suecia, el país ya estaba preparado para combatirlo. Suecia tenía una larga tradición de información y educación sexual escolar obligatoria<sup>1</sup>; un buen nivel educacional de la población y un buen servicio de salud. Además, se había trabajado intensamente para disminuir otras enfermedades transmitidas sexualmente como la gonorrea y la Clamidia. Esta fue una buena base para poder movilizar a la población en la lucha contra el VIH/SIDA en los años 80.

La ONG sueca que trabaja por los derechos de los homosexuales y otras ONGs ligadas al tema de la sexualidad se comprometieron desde muy temprano a hacer frente a la posible epidemia de SIDA en Suecia. Además de contar con un apoyo legal para todo trabajo de prevención (ley de protección contra enfermedades infecciosas) partiendo de una base por la igualdad entre hombres y mujeres y por la igualdad del derecho a la salud entre los distintos grupos sociales, se contó desde un comienzo con un gran apoyo financiero por parte del gobierno nacional que destinó una gran suma de dinero para la prevención del VIH/SIDA. Se realizaron campañas de información dirigidas a la población en general, a jóvenes, homosexuales y usuarios de drogas por vía parenteral. La información se realizó a través de los distintos medios de comunicación como la radio y la televisión. También se integraron dentro de la enseñanza escolar cursos específicos sobre el VIH/SIDA y se destacó la importancia del uso del preservativo; informando sobre el sexo más seguro. Se dieron cursos específicos para los maestros y para distintos grupos de profesionales dentro del área de la salud; se realizaron conferencias nacionales, regionales y locales sobre la sexualidad, convivencia, homosexualidad, drogadicción y naturalmente sobre el VIH/SIDA. Además, se imprimieron folletos especiales sobre prevención del VIH/SIDA, y para aquellos que ya estuvieran contagiados, folletos sobre el sexo más seguro, de como vivir con el VIH/SIDA y a dónde podían dirigirse para participar en grupos de apoyo. Así fue como surgieron otras ONG formadas por las personas ya contagiadas por el virus y/o los familiares de las mismas. En algunos municipios por iniciativa de las ONG o de las organizaciones gubernamentales, comenzaron a surgir distintos proyectos de información para la prevención del VIH/SIDA.

Al comienzo, los casos de VIH/SIDA se presentaron sobre todo en dos grupos: el de los homosexuales y el de los drogadictos. En los años 1987-88 se observó que en el grupo de inmigrantes, homo y heterosexuales, la cantidad de casos de contagio por el VIH había aumentado considerablemente<sup>2</sup>. Pese a que se había publicado un librito sobre las enfermedades transmitidas sexualmente en 11 idiomas que se había distribuido en todas las escuelas, hospitales,

<sup>1</sup> En Suecia hay una actitud muy liberal hacia la sexualidad. Desde el año 1955 se imparte educación sexual en las escuelas. Desde el primer año escolar hasta finalizar el ciclo elemental. Algunos de los temas como sexualidad y convivencia, métodos anticonceptivos, enfermedades transmitidas sexualmente, homosexualidad son enseñados y discutidos durante los primeros nueve años escolares.

<sup>2</sup> Los inmigrantes constituyen alrededor del 10% de la población sueca, una tercera parte proviene de países fuera de Europa.

campamentos de refugiados, consultorios para jóvenes<sup>3</sup> ( todos los sitios donde los inmigrantes tenían contacto), se percibió que el aparato de salud sueco necesitaba ayuda para poder informar a este grupo.

El grupo de inmigrantes es heterogéneo; no solo porque provienen de distintos continentes y países sino también porque tienen diferentes niveles educacionales y religiones. La barrera del idioma y la adaptación de la información teniendo en cuenta la cultura de los inmigrantes fue el primer obstáculo en la información sobre el VIH/SIDA. Hablar sobre el VIH, su forma de contagio, implica hablar sobre la conducta sexual, es decir sobre algo «privado» del individuo: su sexualidad. No existe algo que esté tan fuertemente condicionado por la cultura como la sexualidad.

Algunos grupos de inmigrantes se sintieron partícipes de la información masiva que se les brindó, esto ocurrió sobre todo en las ONG de inmigrantes que desde hacia años participaban en todos los asuntos que estaban ligados a la situación social y laboral del inmigrante, entre ellos el tema salud. Estas organizaciones no sólo participaron activamente en las campañas gubernamentales sino que iniciaron sus propios proyectos de información y utilizaron sus programas televisivos y radiofónicos para darle una mayor difusión. El problema se presentó cuando se observó que el VIH había aumentado sobre todo en el grupo de inmigrantes provenientes de los países africanos, ya que en este grupo no existía una tradición de información como la que existía en los otros grupos de inmigrantes.

Al ingresar en Suecia, a todos los solicitantes de asilo se les ofrece un control médico, y se les informa sobre el VIH/SIDA. El aumento de casos de VIH en la población inmigrante fue debido a que una parte de los solicitantes de asilo estaban contagiados de VIH a su llegada y algunos de ellos ya tenía SIDA. El equipo sueco de salud debía informales sobre el uso del preservativo, sexualidad más segura, la ley de protección contra las enfermedades infecciosas y también proporcionar apoyo psicológico a quienes lo solicitaran. Se pudo entonces observar que muchos de los solicitantes de asilo nunca habían recibido información sobre las vías de contagio del VIH, ni tampoco habían usado preservativo. Otro problema que se presentó fue la situación de los inmigrantes que llegaban a Suecia como «reunificación familiar» y las personas que entraban clandestinamente. Para poder tratar estos temas era necesario entablar un dialogo.

¿Cómo iniciarlo cuando cada cultura tiene aquello sobre lo cual es permitido hablar y aquello que es tabú? ¿Cómo poder hablar sobre todos los temas ligados a la sexualidad, cómo se podía comenzar a trabajar en la prevención del VIH/SIDA con estos grupos de inmigrantes?

En 1987 no existían ONGs de inmigrantes africanos que tuvieran una cantidad representativa de miembros, y las contadas organizaciones que había eran de tipo cultural.

El punto de partida para el trabajo de prevención del VIH/SIDA estuvo basado en principios éticos y de derechos humanos:

- Todo individuo que vive en Suecia tiene derecho al conocimiento necesario para evitar el contagio del VIH. Esto significa que todos los recursos deben adaptarse a la capacidad de los diferentes grupos o individuos para que ellos puedan adquirir esos conocimientos.
- Todas las personas que viven en Suecia tienen el mismo derecho a recibir información o tratamiento. El desconocimiento del idioma sueco no debe ser un impedimento para obtener información sobre el VIH/SIDA.
- Si la persona cuenta con un buen conocimiento sobre el VIH/SIDA se brinda a ella la posibilidad de hacer su propia elección es decir, cuáles son los riesgos a los cuales se expone.

<sup>3</sup> Allí se pueden dirigir todos los jóvenes hasta los 25 años de edad si tienen preguntas sobre las ETS, pruebas de embarazo, recibir métodos anticonceptivos. En Suecia hay más de 200 consultorios para jóvenes. Los consultorios cuentan con un equipo de profesionales compuesto por: médico clínico, ginecólogo, asistente social, psicólogo y enfermeras. La atención es gratuita.

Para hacer efectiva la información, se realizó un encuentro nacional sobre el VIH/SIDA a la que fueron invitados a participar representantes de las ONG que trabajaban dentro de esta área, todas las ONGs de inmigrantes, trabajadores del área de salud de origen inmigrante, maestros, y personal que trabajaba en la recepción de los solicitantes de asilo. Se invitó a diversos conferenciantes: antropólogos, médicos y a ONGs que tenían experiencia en el trabajo de prevención del VIH/SIDA. Los temas que se trataron fueron: homosexualidad, cultura, religión, VIH/SIDA y metodología de trabajo para la prevención del SIDA.

Al finalizar el encuentro, se entregó a cada participante un formulario con preguntas de evaluación y de si estaba interesado en trabajar sobre el tema de inmigrantes/SIDA. Numerosos participantes contestaron positivamente a esta pregunta y así fue como se formó el primer grupo que comenzó a trabajar sobre este tema. A partir de ese momento se fueron dando conferencias dirigidas a distintos grupos de profesionales, comenzando a establecer un contacto entre los grupos de profesionales y las ONGs de inmigrantes que se habían interesado por esta problemática. Se dieron cursos de metodología, técnicas de la información y se realizaron cursos a nivel universitario para estimular a las ONGs de inmigrantes en su trabajo de lucha contra el SIDA. En distintos municipios, por iniciativa de las ONGs o de las organizaciones municipales/provinciales comenzaron a surgir proyectos de información sobre el SIDA dirigidos a los grupos de inmigrantes. Las ONG de inmigrantes pudieron comenzar a informar a sus compatriotas eligiendo distintos medios de comunicación: teatro, música, periódicos y también haciéndose presentes en aquellos lugares adonde concurrían los inmigrantes en su tiempo libre como por ejemplo el estadio de fútbol. Se desarrollaron estrategias para poder informar a los familiares de los inmigrantes que no habían pasado por un control médico a su llegada y para los inmigrantes «ilegales».

Esto permitió brindar información adaptada a las distintas culturas de los grupos de inmigrantes.

Para apoyar a las ONGs, a las organizaciones municipales, provinciales y regionales en su trabajo, el gobierno sueco les brindó la posibilidad de recibir ayuda económica para poder llevar a cabo distintos proyectos. Todo este trabajo se realizó con una actitud abierta y positiva hacia la sexualidad, trabajando por la tolerancia y la solidaridad con los grupos de riesgo, estableciendo una colaboración entre las distintas organizaciones, las autoridades y los grupos de profesionales, al mismo tiempo que se iba brindando capacitación a las personas que eran importantes en el trabajo de prevención del SIDA. Esto dio la posibilidad de desarrollar métodos para el trabajo preventivo.

Así comenzaron a formarse nuevos grupos de ONGs tales como el «Grupo de salud africano» que reúne en un equipo a diferentes trabajadores de la salud para poder informar sobre el VIH/SIDA a la comunidad africana. Los inmigrantes africanos contagiados formaron su propia organización para contar con un lugar de reunión y formar grupos de autoayuda. Los homosexuales de América latina e iraníes crearon también sus organizaciones. De esta forma se fueron creando nuevas redes a nivel nacional: entre las ONGs, entre las distintas organizaciones locales y regionales y también redes entre los trabajadores del área de la salud. Paralelamente las redes nacionales comenzaron a relacionarse con otras organizaciones europeas como por ejemplo la red de las ONGs africanas.

Durante todos estos años el trabajo en prevención de ETS incluyendo el VIH/SIDA se fue documentando y evaluando. Así surgieron nuevas estrategias, y métodos de información como por ejemplo [www.sexaktuell.com](http://www.sexaktuell.com) dirigida a los inmigrantes. Se ha formado un grupo nacional de consulta compuesto por representantes de ONGs, trabajadores de la salud y funcionarios estatales para discutir estrategias y métodos; además, se organizan encuentros nacionales e internacionales centrados en el tema salud migración. Para dar una continuidad al trabajo y para estimular a los distintos actores que participan en esta tarea el Instituto Nacional de Salud Pública reúne, durante dos días dos veces al año, a todas las personas que desarrollan proyectos de prevención del VIH/SIDA para presentar las

distintas experiencias de trabajo, recibir información sobre las investigaciones que se realizan actualmente en los distintos campos y también para estimular el desarrollo de nuevas metodologías.

## **Bibliografía**

- STD and HIV Prevention in Sweden. The National Institute of Public Health, Sweden, 1996.
- Buzaglo, M. Strategi För Invandrares Folkhälsa. In Att överbrygga hälsogapen i Sverige, FHI, Sweden 1996.
- Mångfald och ursprung. Statens Invandrarverk, Sweden 1997.
- The Department of Epidemiology, Infectious Diseases in Sweden, 1988.

## **6.4. La prevención del VIH/SIDA en la Comunidad Gitana**

**Patricia Bezunartea. ASOCIACIÓN DEL SECRETARIADO GENERAL GITANO. MADRID**

### **Situación social**

La comunidad gitana española se sitúa en torno a las 600.000 personas, repartiéndose cerca del 45% de ellas en Andalucía y concentrándose el resto mayoritariamente en los grandes núcleos urbanos. Aunque, en conjunto, sus miembros comparten bastantes rasgos de identificación común y de reconocimiento recíproco, conviene destacar, como punto de partida, la heterogeneidad y diversidad que existe en el seno de la propia comunidad.

Esta heterogeneidad obedece al menos a dos razones de distinta naturaleza. En primer lugar la diseminación territorial por el conjunto del Estado determina trayectorias históricas distintas, en contextos también distintos que devienen en modos diferentes de manifestar la propia cultura gitana. En segundo lugar, los fuertes procesos de cambio social que se operan en nuestras sociedades no son ajenos a las minorías que forman parte de ellas. Así, dentro de la comunidad gitana se vienen operando fuertes transformaciones en los últimos años que son fáciles de observar en la actualidad: la coexistencia de sensibilidades diferentes ante la propia cultura, las formas de preservarla ante el riesgo de la asimilación por el conjunto, la revisión de ciertas tradiciones, de los papeles convencionales tanto de los mayores como de las mujeres, del valor de la educación y del trabajo... Cambios, en definitiva, en las formas de interrelación entre sus miembros, derivados, por una parte, de cambios fuertes en el medio (el paso a formas de vida urbanas y convivencia con el resto de los ciudadanos) y, por otra, acompañados por la extensión de nuevos planteamientos y nuevas actitudes, especialmente entre la población joven y más instruida, que a su vez favorecen nuevas transformaciones.

Pero una vez remarcada la existencia de esa heterogeneidad, conviene volver a constatar lo que son situaciones y características sociales compartidas por un alto porcentaje de la comunidad. El común denominador de muchas familias gitanas es su situación de exclusión social grave caracterizada por los elementos que citamos a continuación y que han sido constatados reiteradamente por los estudios que se han llevado a cabo.

La población española gitana tiene unas tasas de natalidad sustancialmente mayores y una esperanza de vida claramente inferior al resto de los ciudadanos de nuestro país, lo que conforma una pirámide de población muy joven, siendo en torno al 40% de sus miembros menor de 16 años.

Si comenzamos por los más jóvenes, aún hoy, a pesar de los progresos de los últimos años, el abandono prematuro de la escuela, de mayor gravedad en el caso de las niñas, o la asistencia discontinua a los centros educativos, son fenómenos generalizados entre los grupos menos favorecidos de familias gitanas. Esta carencia formativa básica dificultará, poco después, el aprendizaje de una profesión y el subsiguiente acceso al mercado de trabajo normalizado.

Si nos fijamos en los adultos, encontramos unas tasas de analfabetismo tanto absoluto como funcional muy altas con respecto al resto de la población. Esta población adulta había venido subsistiendo, no necesariamente mal, desarrollando actividades (comercio ambulante, recogida de residuos urbanos, chalaneo...) en un contexto de economía familiar y ejerciéndolas tradicionalmente casi en exclusividad. Pero actualmente prácticamente todas ellas se encuentran en un proceso de fuerte transformación y regulación que «expulsa» en muchos casos a los gitanos de estos «nichos» que prácticamente ostentaban en monopolio y, en cualquier caso, deja sin esas opciones laborales tradicionales a las nuevas generaciones.

Esta panorámica ofrece una caracterización suficiente para entender que la proporción de personas en situación de exclusión social sea mucho mayor entre la población gitana que en el resto, y que, según recientes estudios, más del 50% de los ciudadanos gitanos pobres estén en situación de extrema pobreza (por debajo del 25% de los ingresos medios del conjunto). Así, las condiciones de vida de muchas familias gitanas, que afortunadamente no son la mayoría, siguen siendo de precariedad límite en muchas ciudades y entornos del Estado español (chabolismo, asentamientos segregados, hacinamiento, etc.).

### **Descripción de la situación de la epidemia del VIH/SIDA en la población gitana en España**

La infección por VIH/SIDA presenta en la comunidad gitana unas características específicas que es preciso tener en cuenta:

- 1.- Conocemos poco acerca de la situación actual del SIDA en la comunidad gitana y de su extensión, aunque existe la impresión generalizada de que el alcance del problema es mayor de lo que a primera vista pudiera parecer debido al progresivo aumento de las muertes ocasionadas por la infección. Este desconocimiento supone que no se hayan desarrollado acciones adaptadas para la intervención con esta comunidad, al no conocerse la incidencia, no se toman medidas encaminadas a su solución.
- 2.- El SIDA dentro de la comunidad gitana está afectando principalmente a los usuarios de drogas por vía parenteral (coincidiendo este dato con la práctica de riesgo que más infecciones ha producido en la población general en nuestro país). Actualmente la persona de etnia gitana portadora de VIH o enferma de SIDA es drogodependiente. Este hecho pone en cuestión la creencia de que existe un cierto rechazo por parte del drogodependiente gitano a la utilización de la vía parenteral de consumo. Además de lo anteriormente expuesto, se están empezando a detectar casos en los que otras personas de la comunidad (especialmente mujeres) están siendo infectadas por la vía sexual, por sus parejas usuarias de drogas.
- 3.- La tendencia generalizada es a negar la existencia de la enfermedad, aunque cada vez es más difícil mantener el silencio alrededor de estos casos debido al aumento del número de afectados, y al conocimiento cada vez más generalizado de los síntomas de la enfermedad.
- 4.- La información sobre mecanismos de contagio, prácticas de riesgo, medidas de prevención, consecuencias, cuidados paliativos, etc., que está jugando un papel muy importante en otros colectivos, no está llegando a esta población. La constatación generalizada de que la información no llega, hace pensar que se puedan estar

produciendo, por desconocimiento, un mayor número de prácticas de riesgo, que a corto/medio plazo provoque más infecciones en la población gitana en comparación con otros grupos.

- 5.– Existen otros datos recogidos por algunos estudios, que no dejando de ser parciales que aportan conclusiones interesantes, y que, a pesar de no ser generalizables, sí suponen una primera aproximación que coincide con impresiones compartidas:
  - El diagnóstico del VIH/SIDA se produce con cierto retraso entre la población gitana con respecto al resto de la población.
  - En la población general la mayoría de los afectados son hombres, este hecho se agudiza en la población gitana.
  - La infección por VIH se desarrolla en edades más tempranas.
  - Existe un menor contacto habitual con los sistemas de salud y cuando éste se produce, el deterioro orgánico es mayor.
  - Se da mayor resistencia a conocer la seropositividad (dificultad de que se realicen la prueba), al tratamiento, al seguimiento y a que la familia conozca su situación que en otros grupos.
- 6.– No podemos perder de vista en nuestra reflexión la diversidad de situaciones y la heterogeneidad de los distintos grupos que conforman lo que llamamos de una forma unitaria «comunidad gitana». En este sentido, el SIDA no afecta a todos por igual y lo hace de una forma más intensa (o al menos distinta) en las familias gitanas que están inmersas en situaciones de pobreza extrema. Estos casos son más vulnerables a la infección y menos proclives a la prevención.

### **La intervención sobre VIH/SIDA con población gitana**

Ante esta realidad, los objetivos de trabajo en materia de prevención de VIH/SIDA con la población gitana deberían ir, según nuestro punto de vista, en la siguiente dirección:

- Incorporar la figura del mediador/a gitano/a en la intervención, como miembro de equipos interculturales y dotarlos de formación adecuada para que puedan ser competentes en el desarrollo de su tarea de manera que puedan actuar como agentes de salud y transmisores de mensajes preventivos en su comunidad.
- Conocer la realidad de los infectados por el VIH/SIDA y sus familiares en cada comunidad gitana y buscar estrategias adecuadas de contacto y de intervención adaptadas.
- Cubrir con estos grupos objetivos tendentes a fomentar el conocimiento de su situación, mejorar su calidad de vida en un sentido biopsicosocial y provocar la implicación positiva de los grupos familiares y su acogida en su comunidad:
  - Promover el seguimiento sanitario y la continuidad o el inicio de las terapias farmacológicas;
  - Promover prácticas y comportamientos saludables, instaurar hábitos que faciliten los cuidados propios y los que pueden prestar los familiares.
  - Promover el conocimiento de la situación serológica de los individuos con percepción de riesgo.
- Realizar un trabajo con los familiares de los afectados tendente a reducir su desconocimiento y angustia y a facilitar su competencia en el apoyo y cuidados a los afectados.
- Impulsar desde las asociaciones gitanas un discurso de solidaridad y de no rechazo hacia los afectados por el VIH/SIDA en la comunidad.

- Favorecer el acceso a la información y la puesta en práctica de comportamientos preventivos entre la población gitana desde la intervención comunitaria.
- Elaboración de materiales adaptados como herramienta específica de intervención con la población gitana.

## **6.5. La precariedad social y laboral de los inmigrantes en España: una barrera para la prevención del VIH**

**Norberto MASA AKAPO. ASOCIACIÓN CULTURAL COLECTIVO DE INMIGRANTES INDEPENDIENTES. SEVILLA**

El concepto de prevención está a la orden del día en todas las latitudes, haciéndose hincapié en la prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria. Se habla de prevención de accidentes, de enfermedades físicas y mentales, prevención de alcoholismo y otras fármacodependencias, prevención a lo largo del ciclo vital, prevención del individuo, la familia y la comunidad.

Este énfasis en la prevención se ha extendido a muchas disciplinas y no sólo a la medicina. Se ocupan de ella la psicología y la psiquiatría, en odontología, la enfermería, y en general, todas las ciencias de la salud y muchas de las denominadas ciencias sociales y de la conducta. Subyace la premisa de que si evitamos que se presente la enfermedad, el trastorno, el desajuste o el accidente, tendremos una sociedad mejor y una mejor calidad de vida.

Así pues, la prevención forma parte del «espíritu del tiempo» y se trata de prevenir todo lo que se considere prevenible, con el objetivo de reducir los riesgos a un mínimo posible. Las labores de prevención de la infección por VIH van encaminadas en este sentido.

Hay que tener en cuenta también que, de forma general, los sectores de la población más vulnerables son los de mayores riesgos de salud social, psicológica y física, si se comparan con el grupo mayoritario. Incluida dentro de este grupo de riesgo se encuentra la población inmigrante, a la que también va dirigida la prevención del VIH.

Por todo ello conviene resaltar conceptos como el de salud laboral y seguridad, inscritos dentro de la psicología laboral. Se entiende la salud del trabajador como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como ausencia de dolencia o enfermedad» (OMS 1964).

De igual manera, la seguridad no es sólo el conjunto de normas escritas, medidas de protección, carteles o colores de señalización, sino una filosofía operativa que persigue el estudio de factores químicos, físicos, biológicos y ergonómicos, que puedan provocar enfermedades y desequilibrios de la salud o disminuir el confort de los trabajadores.

El objetivo, por tanto, de la seguridad e higiene laboral no sólo es reducir accidentes y enfermedades profesionales, sino también mejorar las condiciones de trabajo, entendidas como el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto a aspectos que determinan al trabajador en la triple dimensión apuntada.

Entre los problemas más comunes para el trabajador se encuentra el cansancio, la fatiga y los descontentos provocados por las condiciones de trabajo inadecuadas, lo que unido a la mecanización, introducción de sustancias químicas y a los trabajos a los que se ve reducido el mercado laboral para la población inmigrante, añade nuevos riesgos para la salud.

De hecho, la situación laboral de muchos inmigrantes en España está muy lejos de cumplir los objetivos de higiene y seguridad que se han descrito. Es por ello que, a la hora de plantear estrategias de prevención de VIH/SIDA, es necesario conocer si las necesidades más básicas de estos colectivos están cubiertas. Asimismo, y partiendo de la base de que si las barreras sociales entre estos colectivos son rígidas y la posibilidad de comunicación es nula, cabe preguntarse cómo hacer prevención.

En este sentido, se apunta aquí una reflexión sobre algunas de las barreras de prevención al VIH que se encuentra parte del colectivo inmigrante que trabaja y vive en la zona de Elegido en Almería; la precariedad social y laboral. Las conclusiones, expuestas públicamente en su día, son alarmantes tanto desde el punto de vista de la exclusión social como desde las condiciones de vida y de trabajo de la población inmigrante. Así, la precariedad en la vivienda es una realidad; los inmigrantes viven en los almacenes de los cortijos, sin agua, sin luz y expuestos también por la noche a los pesticidas, la que también sufren por el día bajo los plásticos de los invernaderos.

Hay sin duda, mucho por hacer y no podemos quedarnos en las meras palabras. Esta asociación conoce la importancia de la prevención del VIH/SIDA, y sobre todo teniendo en cuenta la precariedad laboral y social en las que se encuentran los inmigrantes. Desde aquí brindamos nuestra ayuda y nuestra colaboración en este sentido, haciendo un llamamiento a la reflexión y demandando soluciones para problemas inmediatos como el acceso a una vivienda digna y regulación de las condiciones de trabajo, ya que sin solución para los problemas urgentes a corto plazo, las soluciones a largo plazo parecen utópicas.

## **6.6. Programas de médicos del mundo dirigidos a personas extranjeras sin recursos.**

**M. Ángeles Rodríguez Arenas. Responsable de Cuarto Mundo. Médicos del Mundo. Madrid**

Médicos del Mundo desarrolla programas de atención sociosanitaria específicamente dirigidos a la población inmigrante sin recursos desde 1994; esta actividad la realiza, fundamentalmente, desde los Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIM).

Hasta la aprobación de la Ley 4/2000 en estos centros se ha prestado atención sociosanitaria integral a todos los inmigrantes sin recursos que se han acercado a nuestros servicios. Una vez aprobada la ley, a pesar de la situación «provisional» de la misma, se ha procurado derivar a todos los usuarios a los centros sociales y de salud públicos que les correspondían, para que tramitaran la emisión de su tarjeta sanitaria y que fueran atendidos siguiendo los cauces normalizados.

Si bien la atención sociosanitaria ha pasado, o debería de pasar, a ser prestada por los servicios públicos en aplicación de la mencionada ley, en nuestros centros se sigue prestando atención a aquellas personas que por diferentes motivos no son atendidas por la sanidad pública. Así mismo, se da información, asesoramiento y se realizan las derivaciones correspondientes para la solicitud de la tarjeta sanitaria y la tramitación de la documentación necesaria para la regularización de la situación de cada inmigrante.

Médicos del Mundo desarrolla los programas de atención sociosanitaria a la población inmigrante sin recursos en las comunidades autónomas y ciudades siguientes: Andalucía (Sevilla y Málaga), Aragón (Zaragoza), Baleares (Palma de Mallorca), Canarias (Tenerife), Castilla - La Mancha (Toledo), Madrid (Madrid y Leganés), País Vasco (Bilbao) y

Valencia (Valencia y Alicante). En el Principado de Asturias (Oviedo y Gijón) desde el momento que entra en vigor la Ley 4/2000 todos los casos son derivados, con su correspondiente informe médico, a los Servicios Públicos por lo que este programa se cierra en los primeros meses del año 2000.

### **Objetivos del Programa**

- Mejorar el nivel de salud del colectivo de inmigrantes sin recursos.
- Aumentar el conocimiento y la motivación sobre el propio cuidado, mediante la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables.
- Orientar y apoyar a este colectivo en su integración en las redes de servicios de salud y servicios sociales, públicas y privadas, mediante la coordinación con los dispositivos que componen dichas redes.
- Mejorar la integración de estas personas en la comunidad, mediante la sensibilización de la opinión pública sobre la situación real de este colectivo en nuestro entorno.

Estos objetivos son revisados según las necesidades de la población inmigrante y de las políticas sociosanitarias que desde las diferentes administraciones se establecen.

### **Actividades**

- Sanitarias y Sociales:
  - Consultas sanitarias: medicina general, de especialidades (incluida Salud Mental) y enfermería.
  - Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías detectadas.
  - Asesoramiento y apoyo psicológico.
  - Asesoramiento jurídico.
  - Facilitación de medicamentos.
  - Información, asesoramiento y orientación social.
- De Prevención y Promoción de la salud:
  - Despistaje de tuberculosis.
  - Campañas de vacunación de tétanos y hepatitis B.
  - Talleres de Educación para la Salud (nutrición, salud sexual y reproductiva, hipertensión, diabetes, educación postural, cuidados del anciano).
- Encaminadas a favorecer la integración:
  - Talleres de lengua castellana.
  - Campañas de sensibilización («Cómo hablamos de los inmigrantes», «Iniciativa Papeles para todos y todas»).
  - Realización de exposiciones, jornadas, coloquios, mesas redondas, charlas...
  - Edición de material divulgativo.
- Actividades dirigidas al voluntariado:
  - Curso de formación básica y específica.

Entre enero y septiembre del año 2000 han sido atendidas en nuestros centros un total de 8.569 personas. El número de usuarios atendidos en los diferentes centros, se ha visto incrementado en un 21.45% con respecto al mismo periodo de 1999, siendo el aumento a expensas de los usuarios nuevos, cuyo número ha aumentado considerablemente (48.51%), habiendo disminuido, sin embargo, el número de usuarios en seguimiento.

Por el contrario, el número de las atenciones o intervenciones realizadas ha disminuido con respecto a 1999 (15.246 intervenciones), habiéndose realizado en el presente periodo (enero a septiembre 2000) un total de 13.668 intervenciones (no se disponen de los datos de atención de Tenerife). En aplicación de la Ley 4/2000, se ha visto aumentado el número de derivaciones realizadas a los servicios públicos, ascendiendo en el periodo de enero a septiembre del presente año a un total de 4.469 derivaciones frente a las 1.904 del mismo periodo en el año anterior.

### **Perfil de la persona inmigrante atendida en médicos del mundo**

Los datos que a continuación detallamos se han obtenido de las fichas abiertas que existen en los diferentes Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes sin recursos. En lo que respecta a la distribución por sexo de los usuarios y usuarias de estos servicios, como ya destacábamos en los Informes de Exclusión de 1998 y 1999, se mantiene la tendencia al aumento en el número de mujeres que acuden a estos centros. En 1999 el índice mujer/hombre fue de 1,2. En el año 2000, el número de mujeres atendidas ha sido de 4.415, lo que supone el 51.52% frente a los 4.154 hombres (48.48%). Los datos referentes a la edad de los usuarios y usuarias de este servicio, nos muestra que se trata de una población joven, el 57.82% es menor de 34 años (60.06% de los hombres y el 55.72% de las mujeres) y el 82.53% está por debajo de los 45 años.

En lo que respecta al área geográfica de procedencia, la mayoría de los usuarios provienen de Latinoamérica (61.99%), de estos el 39.77% son hombres y el 60.23% mujeres. La siguiente área de procedencia en importancia es el África Subsahariana (15.81%, la mayoría hombres: 68.93%). Del resto de las zonas geográficas destacan el Magreb (9.05%) y el Este de Europa (8.18%).

En cuanto a las patologías tratadas, las más frecuentes, con el 12,13%, han sido las enfermedades del aparato genitourinario, seguida de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (11,54%), enfermedades del aparato respiratorio (10,66%), las relacionadas con el aparato digestivo (9,56%) y las enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos (9,25%). Los trastornos mentales ocupan el décimo puesto en frecuencia, con un 5,79%.

Por sexos, las enfermedades del aparato genitourinario son las más frecuentes entre la mujeres (19,26% de los diagnósticos) y las del aparato respiratorio entre los hombres (13.76% de los diagnósticos).

### **Proyectos específicos de prevención del VIH**

Médicos del Mundo en los 6 años que lleva trabajando con población inmigrante no ha detectado en esta mayor incidencia de infección por VIH que en la población general española, ni tampoco una prevalencia significativa de prácticas de riesgo para la misma, por lo que en nuestros programas no se han establecido proyectos específicos de prevención de dicha infección. No obstante, como parte de nuestras actividades de promoción de la salud, sí se han elaborado y puesto en marcha talleres de salud sexual y reproductiva que, si en un inicio tuvieron un claro componente de planificación familiar, en los últimos años se han extendido también hacia la prevención de ETS y del

VIH. Por otra parte, Médicos del Mundo participa en la Red Europea de prevención del SIDA entre la población Subsahariana, y como parte de la misma, ha colaborado en la edición y distribución de material preventivo de la infección por VIH entre población inmigrante.

Así mismo, MDM participa en el estudio europeo «Implementation of strategies to prevent mother to child transmission of HIV among immigrants in Europe: evaluation of the knowledge and of the needs of immigrants women in Europe». Para la detección de conocimientos y necesidades de las mujeres inmigrantes en relación con la prevención de la transmisión vertical de la infección por VIH, se están preparando varios grupos focales con mujeres de distintas áreas geográficas en tres ciudades españolas.

### **Programas de reducción de daños específicos para personas que ejercen la prostitución (PEP)**

La aparición de la epidemia de VIH/SIDA hizo que se empezara a prestar atención sobre las condiciones higiénicas que encaraban quienes ejercían la prostitución para proteger su salud aunque fuera mínimamente y sobre los servicios de salud a los que deberían de tener un acceso fácil. En general sólo se piensa en proteger a los clientes y en que este colectivo no se constituya en un foco de infección o riesgo para el resto de la población.

Normalmente la prostitución está unida a bajos niveles socioeconómicos y a otros factores que propician la desventaja social, como la carencia de seguridad laboral y de las condiciones de vida y las constantes de incertidumbre, violencia y marginación que conlleva su realización. Observaciones basadas en la evidencia nos muestran que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son más prevalentes entre aquellas mujeres con menores niveles de educación y, por ende, con menores niveles de información sobre la salud y las enfermedades.

El papel que juega la prostitución en la transmisión del VIH ha sido ampliamente debatido. Sin embargo, no hay una posición unánime sobre si la prostitución constituye una conducta de alto riesgo para la infección del VIH, sobre todo, para el colectivo de usuarios de estos servicios. No obstante y dada la alta prevalencia entre las prostitutas de factores de riesgo asociados a la infección del VIH (relaciones heterosexuales numerosas, presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), uso insuficiente del preservativo, uso de drogas...), se ha considerado a veces el ejercicio de la prostitución como una conducta de riesgo para la transmisión de dicho virus.

La prevalencia de infección por VIH en prostitutas varía de unos países a otros y de unas ciudades a otras. En cualquier caso, nos da idea del nivel de transmisión heterosexual en la zona de que se trate. En zonas donde la drogadicción intravenosa apenas existe y la transmisión heterosexual es importante, la prostitución juega un importante papel en la transmisión del VIH y la seroprevalencia en este colectivo es elevada. En áreas donde el nivel de drogadicción intravenosa es elevado, la prevalencia de infección en prostitutas suele ser baja y va a ser muy diferente entre prostitutas que se inyectan drogas y prostitutas que no se inyectan drogas.

Un estudio constató una tendencia ascendente de la infección por VIH en el colectivo de prostitutas entre los años 1986 y 1988, al pasar la prevalencia global de un 2.3% a un 9.1%, lo que se atribuyó al incremento que había experimentado la transmisión heterosexual en España en aquellos años.

En general, el aumento en la prevalencia de VIH ha sido a expensas del colectivo de prostitutas consumidoras o ex-consumidoras de drogas intravenosas. Varios estudios en distintas ciudades o regiones de España, muestran porcentajes de entre 0 y 5% de seropositividad para prostitutas no UDI y entre 37 y 71% para las UDI. Otro hecho

constable es que las prostitutas utilizaban el preservativo con su pareja estable con muchísima menos frecuencia que con los clientes.

Médicos del Mundo, empezó a trabajar con colectivos de prostitutas en 1993, con una unidad móvil en la ciudad de Madrid. En esa unidad se llevaba a cabo un programa de reducción de daños relacionados con el ejercicio de la prostitución, realizándose actividades de educación para la salud, consejo sobre VIH y distribución de preservativos. Actualmente, Médicos del Mundo cuenta con este tipo de programas en Madrid, Andalucía (Sevilla y Málaga), Baleares, Canarias (Las Palmas, Tenerife y Lanzarote), Galicia y Valencia.

Los programas se dirigen a personas que están inmersas en una situación que se aparta de la normalidad socialmente aceptada y que por ello se encuentran en un estado de exclusión social, ya sea por falta de apoyo, de adecuación o por desconocimiento de la existencia de las redes de atención establecidas. Se interviene acercándonos a esas personas, dándoles información (mediante la edición de material impreso específico para esta población, teniendo en cuenta sus limitaciones educativas e idiomáticas), asesoramiento y educación sobre los procesos de salud y enfermedad y sobre los medios preventivos para evitar riesgos asociados a su actividad y ofreciéndoles el material preventivo necesario para realizar esos cambios.

Médicos del Mundo propugna por la toma de políticas de salud -por parte de las autoridades sanitarias- que fomenten actuaciones genéricas hacia toda la población y específicas hacia estos colectivos (y sus más directos contactos: compañeros, hijos, clientes), haciendo grandes esfuerzos contra la discriminación, dando máxima prioridad al respeto y a la dignidad de estas mujeres, a la prevención de situaciones de riesgo, la asistencia psicosocial y el acceso a los servicios de salud y a los programas de prevención de ETS, incluyendo los dirigidos al VIH/SIDA.

### **Características de las personas atendidas en los programas dirigidos a pep durante los 9 primeros meses del año 2000**

Entre enero y septiembre del año 2000 se han atendido en nuestros programas a un total de 7.637 personas, de las que el 36% fueron usuarias nuevas de los programas y el resto estaban en seguimiento. Estas personas han supuesto un volumen de 45.066 atenciones (una media de 5,9 atenciones por persona). De nuestros usuarios, un 88,6% son mujeres, un 7,1% transexuales y un 4,3% hombres. La media de edad es de 30,7 años; como ha sucedido en años precedentes, la edad media de los transexuales es la mayor (31,4 años), seguida de la edad de las mujeres (30,75 años) y siendo los hombres los más jóvenes (28,4 años). De los usuarios cuyo origen conocemos, un 36,8% son españoles y un 63,2% proceden de otros países. Esta proporción es mayor entre las mujeres (66,2%) que entre transexuales (41,7%) y hombres (22,6%). Las mujeres proceden en su mayoría (69%) de países del África Subsahariana, seguido de países latinoamericanos (20,5%) y de Europa (8,2). De los transexuales extranjeros, el 97% proceden de Latinoamérica, fundamentalmente de Ecuador. El 67,5% de los hombres extranjeros, proceden de Latinoamérica.

De los datos disponibles observamos que un pequeño porcentaje de las personas que ejercen la prostitución son usuarias de drogas inyectadas (3,2%); de ellas, el 97% son mujeres. Las delegaciones que cuentan con una mayor proporción de consumidores de drogas por vía parenteral entre las personas que ejercen la prostitución son Canarias-Lanzarote (12,2%) y Baleares-Palma de Mallorca (9,6%). Las cifras más bajas las encontramos en Andalucía y en Las Palmas de Gran Canaria, zonas donde tradicionalmente no se utiliza la vía venosa para el consumo de drogas.

Por otro lado, la edad media de las personas que ejercen la prostitución y usan drogas inyectadas es superior a la media global (31,8 años para el total de los usuarios y 31,6 años de media en el caso de las mujeres).

Como se ha mencionado más arriba, aproximadamente un tercio de las personas atendidas en nuestros programas son inmigrantes, aunque la proporción varía según la ciudad en la que se desarrolla el programa. En aquellas zonas donde esta proporción es mayor, se han establecido proyectos específicos dirigidos a esta población. En general, se editan y distribuyen materiales divulgativos sobre prevención de ETS y VIH en varios idiomas. Uno de los proyectos con más respuesta por parte de estas personas es el de Atención Sanitaria. Este proyecto, ofrece atención ginecológica a las mujeres extranjeras que no acuden a otro tipo de dispositivos sanitarios. Se oferta, entre otro tipo de pruebas analíticas, la serología del VIH y consejo sobre el VIH.



## CONCLUSIONES

---

### **Caracterización del fenómeno migratorio en España**

- La inmigración es un fenómeno reciente en España aunque la proporción de inmigrantes (2,5%) es muy inferior a la media de la CEE (4,8%). Sin embargo, su tendencia es creciente, debido fundamentalmente a la llegada de personas procedentes de países en desarrollo. El segmento más numeroso de inmigrantes procede de Europa (40%) seguido del Magreb (20%) y de Iberoamérica (18%). Los inmigrantes en situación de irregularidad administrativa, en número y origen indeterminados, suponen en principio el colectivo más vulnerable de esta población

### **Magnitud de la epidemia de VIH en España**

- Dentro del contexto mundial, España tiene un nivel intermedio de infección por VIH, superior al de los países europeos (con excepción de Portugal) y del Norte de África, pero inferior al de los países de África Sub-Sahariana y al de algunos del Caribe y Asia.

### **Repercusiones de la inmigración en la epidemia de VIH en España**

- La epidemia de VIH/SIDA en España es autóctona y la inmigración no ha supuesto un aumento significativo de los casos. Desde el comienzo de la epidemia el número de casos de SIDA en inmigrantes ha sido de 1076 personas, un 2% del total de los 58.092 casos notificados en España. Los casos en inmigrantes son en su mayoría personas procedentes de Europa (41%), seguidas de África (28%) y de las Américas (27%).

### **Escenario de la infección: Conductas de riesgo autóctonas vs adquiridas.**

- Las categorías de transmisión de los casos de sida en inmigrantes son heterogéneas y de patrón similar a la de sus países de origen. La excepción se da en los casos originarios de Marruecos entre los que se ha detectado un elevado porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral, patrón de consumo poco frecuente en este país y presumiblemente adoptado en España.

### **Tendencia actual de los casos vs Asistencia**

- Los casos de SIDA en inmigrantes procedentes de Europa (excepto Portugal) y de las Américas están disminuyendo al igual que en españoles. Sin embargo, se evidencia un aumento del número absoluto de casos de personas procedentes de Portugal y África Sub-Sahariana.

### **Vulnerabilidad**

- Las personas que llegan a España son por lo general jóvenes, sanas y en busca de trabajo, dándose el fenómeno del «inmigrante sano». Es la situación de vulnerabilidad socioeconómica y afectiva de los inmigrantes al llegar a España el principal factor de riesgo para la infección por el VIH.

### **Prostitución**

- A consecuencia del trafico ilegal de personas, se está dando una proporción creciente de inmigrantes dentro de los colectivos que ejercen la prostitución (hombres, mujeres y travestis); esta situación de sobremarginación puede hacerles más vulnerables a aceptar conductas sexuales de riesgo.

## **TBC en España**

- La tuberculosis en España es autóctona y no importada; en 1997 la proporción de casos en personas de otros países de origen era baja (3%), si bien ha aumentado en los tres últimos años. La tuberculosis en personas cuyo origen es diferente a España está especialmente asociada a situaciones de exclusión social; los casos se diagnostican en estados más avanzados de enfermedad y por lo tanto habiendo sido infecciosos durante más tiempo; ello es debido a barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud y no a retrasos en la asistencia una vez dentro del mismo. La proporción de casos de tuberculosis en inmigrantes (y en españoles) con tratamiento directamente observado es todavía baja.

## **TBC/Sida:**

- La tuberculosis es la enfermedad definitoria de SIDA más frecuente en españoles e inmigrantes, a excepción de los procedentes de Europa Occidental y EEUU.

## **Problema prioritario para SPNS-CCAA**

- Desde 1999, inmigrantes y minorías étnicas son grupos prioritarios en las subvenciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y constituyen un área de trabajo consensuada como prioritaria entre la SPNS y las CCAA . En el 2000 se ha producido un aumento del número de solicitudes y de proyectos financiados dirigidos a estos grupos.

## **Barreras /Mediadores**

- Existen barreras socioeconómicas, culturales, lingüísticas y legales para realizar prevención de VIH/SIDA en los grupos de inmigrantes en España. La figura de los mediadores socioculturales y de los agentes de salud comunitaria es clave para superarlas.
- La prevención de VIH/SIDA en los grupos de inmigrantes en España debe formar parte de un enfoque sanitario integrador que garantice el derecho a la salud en estas poblaciones.
- La situación de marginalidad a la que se ven abocados algunos segmentos de los inmigrantes podría derivar en situaciones que obstaculicen el desarrollo de estrategias preventivas de salud pública y en concreto del VIH/SIDA. Las administraciones sanitarias y las ONGs deben romper las barreras de acceso del segmento de inmigrantes en situación de irregularidad administrativa.

## **Las ONGs y las Asociaciones de Inmigrantes**

- En España, el desarrollo de las Asociaciones de Inmigrantes es reciente y sus prioridades son las básicas de regularización, acceso a una vivienda y a un trabajo dignos y no la prevención de VIH/SIDA. Por otra parte, aquellas asociaciones que tienen experiencia en VIH/SIDA en población española, por lo general, apenas han trabajado con inmigrantes.

## **El VIH/SIDA en la Comunidad Gitana**

- Se conoce poco la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA en la comunidad gitana aunque parece afectar principalmente a UDVP y estar asociada a exclusión social grave. La comunidad gitana presenta una resistencia a tratar el tema y la información sobre prácticas de riesgo no está adaptada a sus características socioculturales. El SGG trabaja en la elaboración de materiales que faciliten la comprensión de los mensajes y desarrolla estrategias de prevención adaptadas al entorno cultural gitano.

# RECOMENDACIONES A ESTRUCTURAR DENTRO DEL PLAN MULTISECTORIAL 2001-04

---

**D**esde la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA **impulsar un nuevo Plan Multisectorial 2001-2004 que mejore la coordinación con**

- el **Ministerio de Asuntos Sociales** en la elaboración de propuestas conjuntas de trabajo y en la elaboración de nuevas para las ayudas al colectivo de afectados por VIH/SIDA, con especial atención a inmigrantes y minorías étnicas

**y con**

- los **Planes Autonómicos de SIDA**, en la prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas y que integre, entre otras, las siguientes actividades:
  - **Continuar desarrollando campañas de prevención** de VIH/SIDA dirigidas a inmigrantes en diferentes idiomas y ampliar a otros idiomas y otros medios de difusión.
  - **Apoyar técnica y económicamente programas de prevención** del VIH/SIDA culturalmente adaptados para minorías étnicas y aquellos grupos de personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad (social, económica, afectiva y legal) para infectarse por el VIH.
  - **Apoyar técnica y económicamente proyectos de investigación** sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para el VIH/SIDA en minorías étnicas y en personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad (social, económica, afectiva y legal) para infectarse por el VIH.
  - **Mejorar e impulsar** las actividades de **vigilancia epidemiológica** del VIH y del SIDA en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en España, con especial atención a la recogida de la variable «*país de origen*» en los Registros Nacional y Autonómicos de casos de SIDA.
  - **Extender la realización de seminarios/encuentros dirigidos a las asociaciones de inmigrantes y minorías étnicas** para capacitarles en el aprovechamiento de los recursos que ofertan las administraciones públicas (solicitud de subvenciones de programas de intervención, elaboración de los mismos, etc).
  - **Potenciar la incorporación de la figura** de los mediadores culturales y agentes de salud comunitarios en las organizaciones sanitarias que trabajan con inmigrantes y minorías étnicas ya sean gubernamentales como no gubernamentales.

- **Elaborar una** guía metodológica apropiada para tratar los aspectos relacionados con el VIH/SIDA en estos grupos que contemple también aspectos terminológicos que eviten las posibles connotaciones xenófobas a las que pudiera dar lugar el tratamiento del VIH/SIDA en estas poblaciones.
- **Incorporar** al grupo de trabajo sobre prostitución y VIH/SIDA los aspectos específicos que afectan a los trabajadores inmigrantes como grupo potencialmente vulnerable.
- **Estimular el trabajo y la colaboración** entre las asociaciones de inmigrantes de carácter cultural, social o sindical y las ONGs con experiencia de trabajo en VIH/SIDA para desarrollar actividades preventivas eficaces en sus colectivos.