



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Secretaría del Plan Nacional sobre el sida



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACION



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/sida EN INMIGRANTES

Sumario

- Las personas inmigradas afectadas por el VIH en España representan ya una parte importante de la epidemia del VIH en España. Su presencia es consecuencia de las corrientes de inmigración que se han producido en la última década, pero no ha estado en el origen de la epidemia ni es la causa de su mantenimiento.
- Las personas provenientes de Sudamérica y de África subsahariana son las más numerosas entre los infectados.
- Las personas inmigradas afectadas por VIH son más jóvenes y la proporción de mujeres es mayor.
- Desciende la notificación de diagnósticos debidos a la exposición heterosexual y por compartir material de inyección, pero no entre el grupo de HSH. Entre los HSH atendidos en clínicas ITS/VIH la frecuencia de infección es alta, y extremadamente alta entre los que ejercen la prostitución, de los que más de la mitad provienen de Sudamérica.
- El diagnóstico tardío, cuando la inmunidad del paciente ya está deteriorada, es un grave problema que afecta a más de la mitad de los nuevos diagnósticos. Factores como ser hombre y de origen extranjero predisponen al retraso diagnóstico.
- Los datos de las clínicas ITS/VIH demuestran que españoles y extranjeros presentan diferentes patrones de realización de la prueba diagnóstica. En las primeras visitas la prevalencia de infección es superior entre los inmigrantes, pero en las revisiones es mayor entre españoles.
- Entre las mujeres que acuden a realizarse la prueba del VIH casi la mitad son inmigrantes. La prevalencia de infección es similar, pero entre las españolas tiende a descender. Entre las mujeres extranjeras, las procedentes de África presentan una prevalencia considerablemente mayor que las de otras regiones.
- El porcentaje de personas extranjeras atendidas en los hospitales aumenta desde 2001. Son más jóvenes que los españoles, la vía de transmisión principal es la sexual y están en una situación social más vulnerable. La tuberculosis, la toxoplasmosis cerebral y el sarcoma de Kaposi les afectan más que a los españoles.

Recomendaciones

- Potenciar intervenciones de diagnóstico y tratamiento precoces, especialmente en los contactos primarios con el sistema de salud y en particular para los extranjeros.
- Este grupo presenta necesidades específicas en la atención y la prevención secundaria, siendo primordial aprovechar sus contactos con los servicios hospitalarios para promover conductas de sexo seguro.
- Renovar el esfuerzo para llegar a los grupos más vulnerables de inmigrantes que puedan tener barreras de acceso a los servicios. Entre ellos es necesario abordar formalmente el tema de la prevención entre los hombres que ejercen la prostitución y sus clientes.

Agosto, 2009

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA DE LAS PERSONAS INMIGRADAS EN ESPAÑA (datos 2007)

La inmigración hacia o entre los países europeos no es un fenómeno nuevo, pero últimamente está cambiando patrones, tanto de características como de dimensiones. La inmigración actualmente tiende a ser menos organizada, más indocumentada y el movimiento de personas es mayor, más rápido y proveniente de regiones más distantes¹. Entre las razones de la migración, la fundamental es la debida a las pobres condiciones de vida en los países emisores. A medida que aumentan la pobreza y las diferencias entre países, más personas se ven forzadas a abandonar sus casas en busca de trabajo y oportunidades de un futuro mejor.

En los países receptores, el fenómeno crea desafíos y nuevas necesidades sociales. En salud, el impacto de la inmigración está condicionado por varios aspectos. Primero, la historia previa a la migración, las condiciones de vida y culturales de la persona en su país de origen. Segundo, la forma y las condiciones en la que se organiza el propio desplazamiento, y tercero, las condiciones socioeconómicas que se alcanzan en el país de acogida. En general, la mayoría de las personas migradas han tenido pocas oportunidades de adquirir una preparación especializada para el trabajo, por lo que son encauzadas hacia trabajos que generan una baja renta, lo que produce unas pobres condiciones de vida en el país de acogida¹. La movilidad de muchos de los inmigrantes entre regiones y entre países debida a la situación laboral, y la existencia de un número importante de personas en situación irregular, hacen que la situación real no sea bien conocida. Las implicaciones que la inmigración tiene sobre la salud es objeto de atención en los países europeos, que recientemente han entendido la importancia de poner en marcha sistemas de información específicos para monitorizar y comprender bien este fenómeno¹.

El informe provisional del Instituto Nacional de Estadística (INE) de la población empadronada a 1 de enero del 2008² en España, muestra que el colectivo de extranjeros esta conformado por grupos muy heterogéneos, con necesidades sociales y sanitarias diferentes. En una década en España, se ha multiplicado casi 10 veces la proporción de población inmigrada, pasando del 1,6% en 1998 al 11,3% en el 2008². La población extranjera empadronada llegó en el 2008 a 5.220.000, siendo 2.100.000 ciudadanos de la Unión Europea (UE) y el resto de otras regiones de origen². Comparada con la población española, cabe destacar dos características de esta población: hay una menor proporción de mujeres (46,8% frente a 51%), y una mayor proporción se encuentra entre 16 y 45 años de edad (63,9% frente a 41,3%).

Entre los extranjeros de la UE, la mayoría son rumanos (35%), seguidos de los británicos (18%) y alemanes (9%). Entre el colectivo de extranjeros no comunitarios hay que destacar los marroquíes (16%), seguidos de los ecuatorianos (10%) y los colombianos (7%). Por regiones, el 40% de la población extranjera proviene de países de la UE, mientras que cerca del 30% provienen de Sudamérica, siendo la proporción de mujeres mayor en este ultimo grupo².

Las principales razones para emigrar a España fueron por orden de preferencia: la demanda de una mejor calidad de vida, la búsqueda de un empleo o de un empleo mejor, y razones familiares (reagrupación). El 66% viven con su pareja y/o hijos. El tamaño medio del hogar varía con el origen y composición de los miembros².

En España, existen varios sistemas para vigilar indicadores y tendencias de la infección por el VIH. En este informe se presentan los resultados de esa monitorización que conciernen a los inmigrantes y que surgen de los siguientes sistemas:

- 1) Sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH, en 8 comunidades autónomas (CCAA)
- 2) Registro Nacional de Sida,

- 3) Estudios concurrentes sobre grupos específicos de población, con diversos grados y mecanismos de exposición:
 - a. Estudio de prevalencia y nuevos diagnósticos en usuarios de clínicas especializadas en infecciones de transmisión sexual y VIH (ITS/VIH)
 - b. Encuesta hospitalaria sobre pacientes VIH/sida atendidos en los servicios públicos

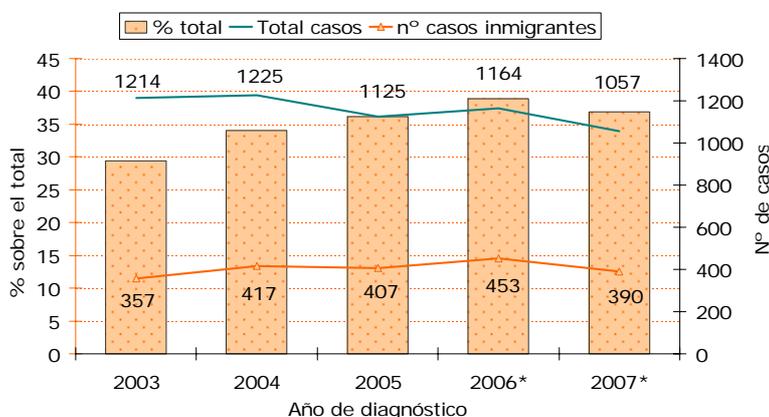
1. Situación de la infección por VIH

1.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH, 2003-2007

En los últimos años, los sistemas establecidos en 7 CCAA y la ciudad autónoma de Ceuta ofrecen datos orientativos de la situación global de la infección en España. En el período 2003-2007 se comunicaron 5.785 nuevas infecciones por el VIH. En conjunto, estas ocho CCAA tienen una población de 14.157.108 personas, es decir un 32,2% del total de la población española.

Esta información³ muestra que el 35% de las nuevas infecciones se realiza en personas de origen extranjero, observándose un ascenso significativo de ese porcentaje desde el 29% en 2003 al 37% en 2007. Sin embargo, este aumento proporcional no se ve acompañado de un aumento tan marcado en el número absoluto de nuevos diagnósticos (figura 1.1).

Figura 1.1. Nuevos diagnósticos de infección por VIH y proporción de diagnósticos en inmigrantes. Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, La Rioja, Navarra y País Vasco



* sin corrección del retraso en la notificación

Por regiones, los más numerosos son los inmigrantes sudamericanos (14%) y subsaharianos (11,5%). La inmensa mayoría se infectó a través de relaciones sexuales no protegidas. Entre los sudamericanos el 49% fue por contactos homosexuales y el 44% heterosexuales. Entre los subsaharianos el 88% de las infecciones fue por contacto heterosexual.

Para el periodo y comparados con los españoles, hay una mayor proporción de mujeres afectadas entre los extranjeros (31,8% frente a 19,8%). Se detecta una tendencia ascendente de diagnósticos entre mujeres inmigrantes, debido probablemente al cambio de patrón migratorio que provoca un aumento en números absolutos de mujeres inmigrantes. La razón hombre/mujer se mantiene alrededor de 4 entre españoles, mientras que es en torno a 2 entre los inmigrantes (tabla 1.1.1).

Tabla 1.1.1. Nuevos diagnósticos de infección por VIH, por sexo y origen

población	2003		2004		2005		2006		2007		Total*	
	española	inmigrante										
hombres	663	285	623	283	582	264	586	307	518	268	2.972	1.380
mujeres	191	99	182	134	133	143	121	146	107	122	734	644
total	854	384	805	417	715	407	707	453	625	390	3.706	2.024
H/M	3,5	2,9	3,4	2,1	4,4	1,8	4,8	2,1	4,8	2,2	4,0	2,1

* 55 casos no tienen información sobre sexo

Entre los hombres diagnosticados, los extranjeros suponen el 31% y entre las mujeres el 47%. El porcentaje de mujeres inmigrantes aumentó del 34% en el 2003 al 53% en 2007. Entre las extranjeras, las mujeres que provienen de África subsahariana (46,4%) y de Latinoamérica (36%) son las más numerosas.

Se define diagnóstico tardío cuando el número de linfocitos CD4 es menor de 200 células/ μ L al diagnóstico, y susceptibilidad para recibir tratamiento cuando es menor de 350. Ambas situaciones indican que la inmunidad del paciente ya está deteriorada porque la infección es de larga evolución.

Del total de nuevos diagnósticos de VIH, más de la mitad (56,2%) se diagnostican cuando ya son susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral³. Ser hombre y ser de origen extranjero se encuentran entre los factores asociados al diagnóstico tardío⁴.

Más de un tercio de las personas inmigradas presenta una inmunidad deteriorada cuando se le diagnostica la infección. La probabilidad de que el VIH se diagnostique con retraso entre los inmigrantes aumenta con la edad, es más frecuente entre los hombres, entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y los heterosexuales⁵ (tabla 1.1.2).

Tabla 1.1.2. Factores asociados a diagnóstico tardío de VIH entre población inmigrante. Odds ratios ajustadas e intervalos de confianza al 95% (OR, IC95%) (2003-2007)⁵

VARIABLES	OR (IC95%)	p
Sexo (mujer)		
Hombre	1,6 (1,2-2,5)	0,003
Edad (<28 años)		
28-33	1,8 (1,2-2,5)	0,001
34-39	2,6 (1,8-3,8)	0,000
>39 años	2,4 (1,6-3,5)	0,000
Zona de Origen (África subsahariana)		
Latinoamérica	1,2 (0,9-1,7)	0,234
Europa Occidental	0,9 (0,6-1,4)	0,573
Mecanismo de transmisión (HSH)		
UDVP	3,1 (1,7-5,7)	0,000
Heterosexual	2,8 (1,9-4,0)	0,000

Baleares, Cataluña, Canarias, Ceuta, Extremadura, La Rioja, Navarra y País Vasco

Modelo ajustado por CCAA y año de diagnóstico

Las categorías de referencia se muestran entre paréntesis

1.2. PREVALENCIA DE VIH EN PERSONAS QUE ACUDEN A HACERSE LA PRUEBA DE VIH (Estudio Epi-VIH, 2000 - 2007)

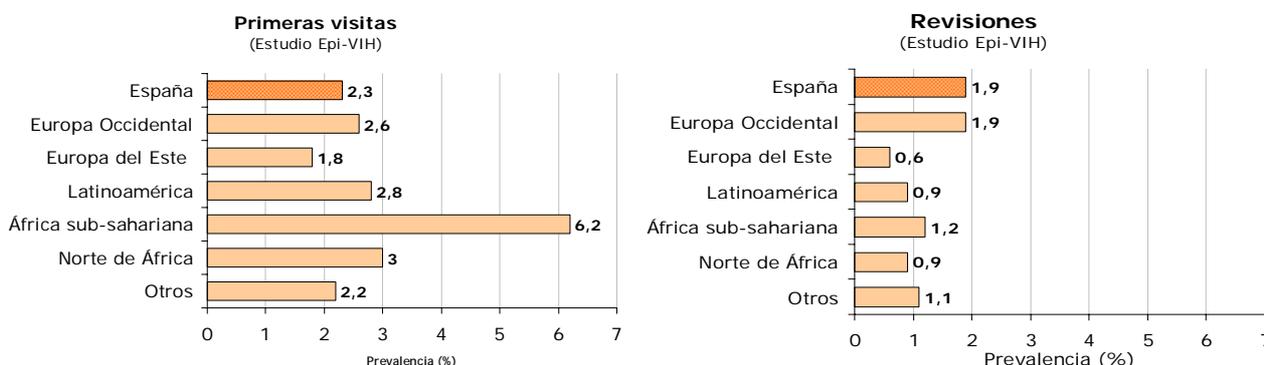
Los resultados de este estudio reflejan la situación epidemiológica de las personas que presentan conductas de riesgo frente al VIH que acuden para diagnóstico o tratamiento a una red de centros especializados en VIH e ITS⁶.

En el periodo entre 2000 y 2007 se realizaron 165.679 determinaciones serológicas. Alrededor de un tercio se produjo entre personas extranjeras. La región de procedencia mayoritaria ha sido Latinoamérica.

Se diagnosticaron un total de 3.625 infecciones por el VIH a lo largo del periodo. La proporción de personas inmigrantes ha aumentado desde un 24,1% en 2000 hasta un 49,0% en 2002, estabilizándose en los años siguientes. La región de procedencia mayoritaria entre los diagnosticados también fue Latinoamérica.

La prevalencia global de infección por VIH fue del 2,2%. La distribución de la prevalencia depende de los patrones de realización de la prueba. En las primeras visitas, los originarios de África Subsahariana y Latinoamérica presentan prevalencias significativamente más altas que las de los españoles ($p < 0,05$). Por el contrario, en las revisiones la prevalencia más alta se da entre los españoles y es significativamente mayor que la de las personas originarias de Europa del Este y Latinoamérica ($p < 0,05$) (Figura 1.2.1).

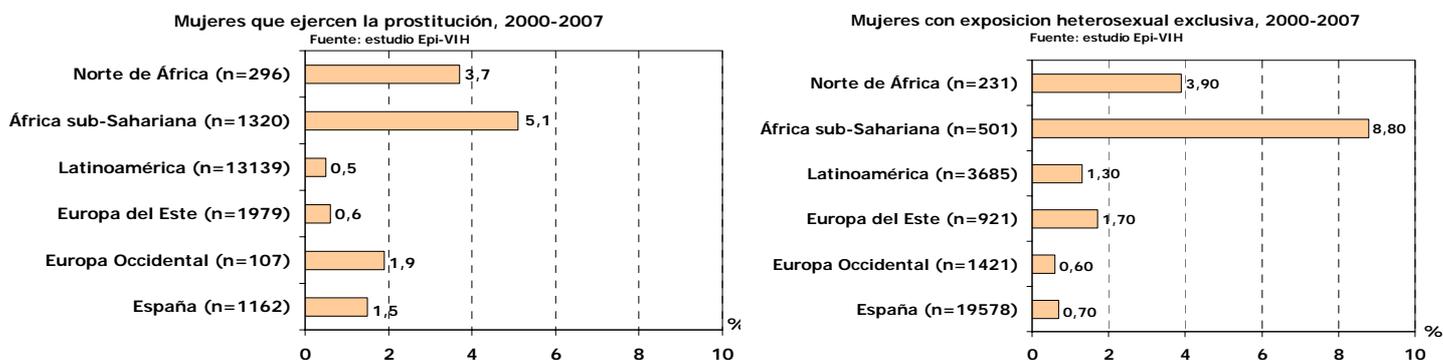
Figura 1.2.1. Prevalencia (%) de VIH según región de origen y tipo de visita, 2000-2007 (Estudio Epi-VIH)



La mitad de las mujeres diagnosticadas son españolas y la otra mitad inmigrantes. Entre las españolas, el grupo de exposición más frecuente es por contacto heterosexual sin otro factor de riesgo (50%), en contraposición con las extranjeras en las que es por el ejercicio de la prostitución (54%).

Las mujeres extranjeras diagnosticadas son más jóvenes, con una media de edad de 28,6 años (DE: 7) frente a los 33 años de las españolas (DE: 8). La prevalencia de VIH es de 1,1% para las españolas y de 1,2% para las mujeres de origen extranjero. Del 2000 al 2007 disminuye significativamente entre las españolas, sin embargo permanece estable entre las extranjeras. Además la prevalencia de VIH varía según la región de origen de las mujeres, encontrándose la mayor claramente en las procedentes de África (Figura 1.2.2)

Figura 1.2.2. Prevalencia (%) de VIH en mujeres por región de origen y grupo de exposición, 2000-2007 (estudio Epi-VIH)



Entre los hombres el porcentaje de extranjeros atendidos es menor que entre las mujeres. La mayor parte de ellos pertenecen al grupo de exposición heterosexual (62,5%), seguidos de los hombres con prácticas homo/bisexuales (31%). Un 14,8% de los HSH inmigrados ejerce la prostitución en comparación con el 1,2% de los españoles. Entre los hombres que ejercen la prostitución, el 64% provienen de Sudamérica.

La prevalencia de infección por VIH es de 6,2 entre los extranjeros en comparación con el 2,9% entre los españoles. Los grupos con mas alta prevalencia son los HSH que ejercen la prostitución (17,6% extranjeros y 7,2% españoles) y los HSH (13,7% y 6%)(de los que se han excluido los que además presentaban UDVP o prostitución). El análisis multivariado de los datos demuestra que entre los HSH, provenir de Sudamérica es un factor asociado a la aparición de infección (OR=1,8 IC95%: 1,1-2,9)⁷.

1.3. PACIENTES CON INFECCIÓN VIH QUE RECIBEN CUIDADOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Desde 1996, se realiza una encuesta, en un día prefijado, a pacientes con VIH/sida que son atendidos en los servicios hospitalarios del sistema público de salud. Desde el 2001 se recoge la información del país de origen de los encuestados. La encuesta se realizó en 138 hospitales de 17 CCAA durante 2001 al 2007⁸.

Se atendieron 5.235 personas con VIH, 388 (7,5%) de los cuales eran de origen extranjero. Se observa un aumento significativo en la proporción de inmigrantes, debido a la disminución del número de españoles, desde el 4,1% en 2001 al 12% en 2007.

En la tabla 1.3 se presentan las características de ambos grupos. Comparados con los españoles, el análisis

indica que los extranjeros atendidos en los hospitales son en menor porcentaje mujeres, son más jóvenes, tienen superior nivel de estudios y en su situación laboral se encuentran menos pensionistas. Se infectaron mayoritariamente por contacto sexual. El 40,7% son latinoamericanos y 23,7% subsaharianos. Un porcentaje mayor de extranjeros tuvo relaciones sexuales en el año previo (74 frente a 67%), pero utilizó menos el preservativo en la última relación sexual. Los pacientes de origen extranjero presentan una mayor proporción de TB extrapulmonar (7 frente a 3,5%), sífilis (6,4 frente a 2%) y uretritis gonocócica (2,1 frente a 0,4%), y menor de infección por VHC (19 frente a 60%).

Sufren menos lipodistrofia (5,7 contra 17,3%), lo que puede relacionarse con el menor tiempo en Tratamiento Antiretroviral (TARGA) (3 años; DE 3,5 contra 6; DE 4,1). La menor

Tabla 1.3. Características de los pacientes VIH atendidos en los hospitales según origen, 2001-2007

	inmigrantes		españoles		p
Total	388		4.847		
Sexo	n	%	n	%	
Hombre	246	66,3	3.355	72,6	0,01
Mujer	125	27,9	1.268	33,7	
Media de edad (en años)		DE		DE	
total	36,7	8,9	39,9	9,0	0,00
Hombres	38,1	9,0	40,8	8,9	0,00
Mujeres	34,4	7,7	37,8	8,6	0,00
Nivel de estudios	n	%	n	%	
No sabe leer ni escribir/primaria	192	50,8	2.934	62,0	0,00
Secundaria/Superior	186	49,2	1.796	38,0	
Situación laboral	n	%	n	%	
Trabajador activo	227	59,7	2.158	45,7	0,00
Desempleado	100	26,3	1.132	24,0	
Pensionista	16	4,2	1.108	23,5	
estudiante/ama de casa/otros	37	9,7	325	6,9	
Región de origen	n	%			
América latina	158	40,7			
Europa occidental	77	19,8			
África subsahariana	92	23,7			
Europa del este	28	7,2			
Norte de África	20	5,2			
Otros	13	3,4			
Categoría de transmisión	n	%	n	%	
Drogas vía parenteral	62	16,0	2.772	57,2	0,00
Prácticas heterosexuales	187	48,2	1.093	22,6	
Prácticas homo/bisexuales	106	27,3	697	14,4	
Hemoderivados/transfusiones	7	1,8	52	1,1	
Transmisión vertical	1	0,3	63	1,3	
Otras/desconocido	25	6,4	170	3,5	
Usó preservativo última rel. sexual	190	63,1	2.568	70,3	0,01
En estadio sida	163	43,5	2.245	46,3	0,00
En TARGA	269	71,4	3.687	77,0	0,01
Acuden regularmente a las revisiones	239	86,0	3.049	79,6	0,00

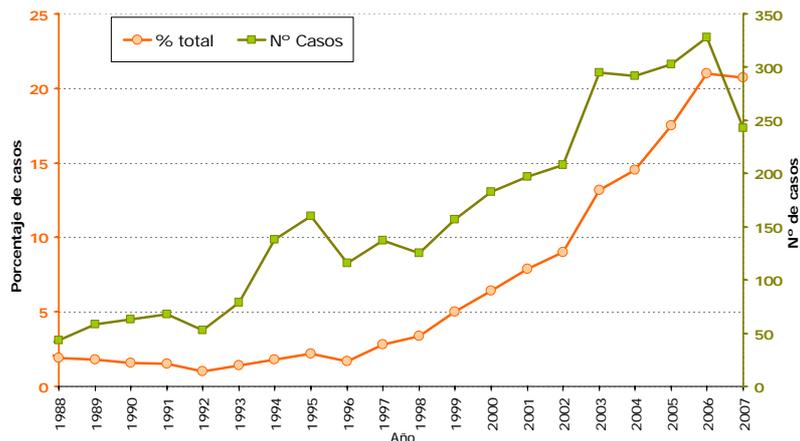
Encuesta hospitalaria 2001-2007

proporción de tratados puede estar explicada por varios factores, como que presentan menor proporción de casos de sida y que una mayor proporción son primeros contactos con el hospital (16,3 frente a 6,2%). Pero una mayor proporción de pacientes con CD4 por debajo de 200 células/ μ L en la última determinación, aunque no muestre significación estadística, sugiere que presentan un mayor deterioro inmunitario. Además, en mayor proporción entre los extranjeros el diagnóstico de infección VIH es simultáneo con el de sida (69,5 frente a 41,6%).

2. Situación del sida

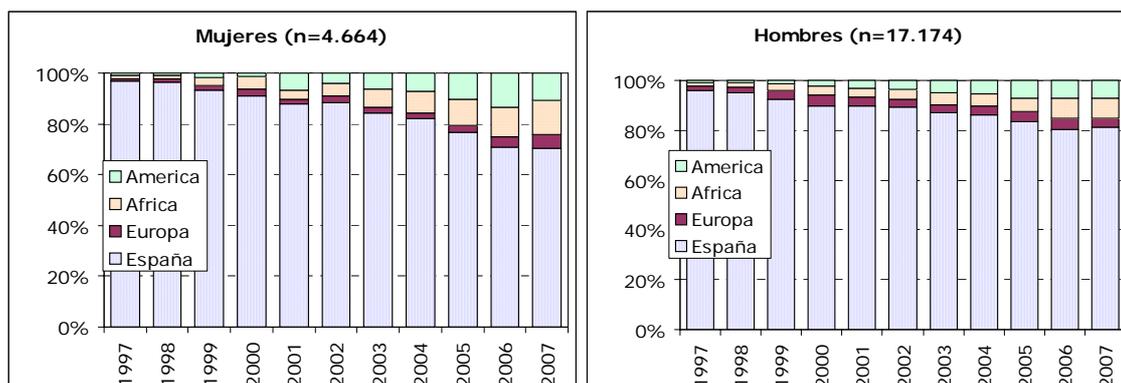
Desde el inicio de la epidemia, se han notificado en España un total de 76.386 casos de sida⁹. Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%. Pero a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 20,7% en 2007 (figura 2.1). En ese año, el 39,5% de estos casos proceden de Latinoamérica, el 38% de África y el 17,3% del continente europeo. En el 2007, de un total de 1.176 casos de sida (no corregidos por retraso en la notificación), se diagnosticaron 243 inmigrantes.

Figura 2.1. Evolución de los diagnósticos de sida en españoles e inmigrantes, 1998-2007



En números absolutos por sexo y por origen, las personas inmigradas ascienden levemente, pero la proporción de mujeres crece más, observándose que en el 2007 llega a superar el 25% de los casos de sida en mujeres. Estas mujeres son originarias principalmente de América latina y África subsahariana (figura 2.2).

Figura 2.2. Nuevos casos de sida diagnosticados por sexo, según continente de origen, 1997-2007

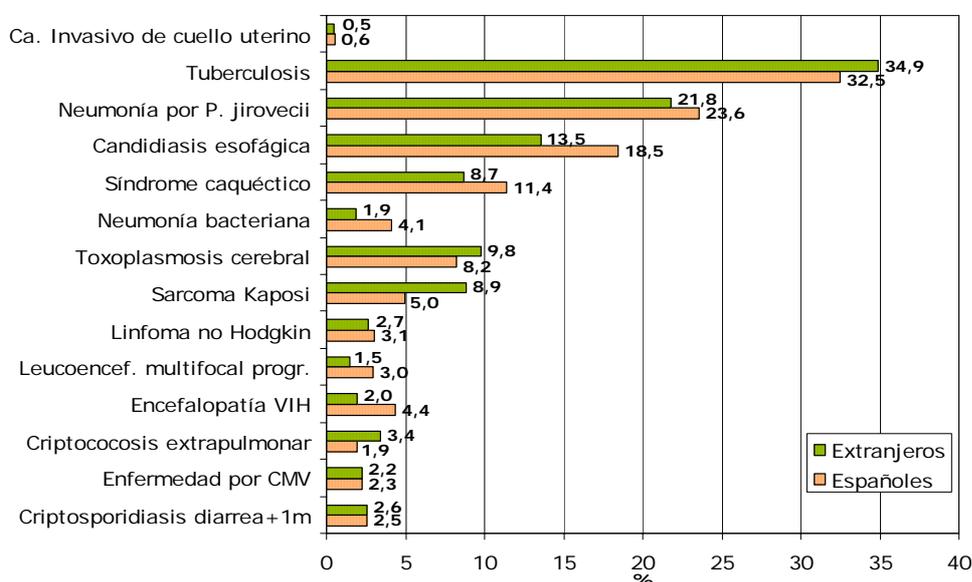


La media de edad al diagnóstico de los españoles ha ido aumentando a lo largo de los años, pero se mantiene estable entre los extranjeros, en alrededor de 36,1 (DE: 9,54). En 2007 fue de 36,9 (DE: 9,26 años) años para los inmigrantes y de 42,2 (DE: 10,2 años) para españoles.

La distribución por grupo de exposición es notablemente diferente, siendo la mas frecuente entre los inmigrantes la vía heterosexual.

Entre 2003 y 2007, se registró un patrón de enfermedades indicativas de sida similar entre españoles y extranjeros, aunque con algunas diferencias. La infección más frecuente en ambos grupos es la tuberculosis, pero afecta más a inmigrantes. Otras enfermedades también más frecuentes en estos pacientes son la toxoplasmosis cerebral, el sarcoma de Kaposi y la criptococosis pulmonar (figura 2.3).

Figura 2.3. Enfermedades indicativas según origen, nuevos casos diagnosticados en jóvenes y adultos del 2003 al 2007.



3. Tabla resumen

Tabla 3.1. Epidemiología del VIH según origen, 2007.

	inmigrantes		españoles		total
	n	%	n	%	
nuevos diagnosticos de vih*	390	36,90	667	68,83	1.057
casos de sida^	243	20,66	933	79,34	1.176
nº personas VIH atendidas en hospitales**	81	12,10	592	87,90	673
nº personas en TARGA	63	78,70	492	83,10	555
nº determinaciones VIH 1ª visita***	5.218	36,26	9.172	63,74	14.390
prevalencia (%) de infección VIH	3,07		1,97		2,37
nº determinaciones VIH revisiones***	3.693	41,23	5.265	58,77	8.958
prevalencia (%) de infección	1,57		2,36		2,03

*SINIVIH 8 CCAA ^Registro nacional de sida **Encuesta hospitalaria 2007 ***Estudio Epi-VIH 2007

4. Conclusiones

- Es importante conocer la afectación de las personas inmigradas por el VIH en España, porque representan ya una parte importante de la epidemia del VIH en España (Tabla 3.1). Su presencia es consecuencia de las corrientes de inmigración que se han producido en la última década, pero no ha estado en el origen de la epidemia ni es la causa de su mantenimiento.
- Las regiones de origen más frecuente entre los inmigrantes con VIH reflejan sólo en parte el patrón de migración a España. Los provenientes de Sudamérica y de África subsahariana son los más numerosos entre los infectados, mientras que las personas que provienen del Norte de África, el segundo grupo más numeroso de inmigrantes en España, apenas tienen reflejo en la epidemia.
- Las personas inmigradas afectadas por VIH son más jóvenes. La razón entre sexos es diferente de la de los españoles, indicando una mayor proporción de mujeres entre los inmigrantes afectados.
- Desciende la notificación de diagnósticos debidos a la exposición heterosexual y por compartir material de inyección, pero no entre el grupo de HSH. Entre los HSH atendidos en clínicas ITS/VIH la frecuencia de infección es alta, y extremadamente alta entre los que ejercen la prostitución, de los que más de la mitad provienen de Sudamérica.
- El diagnóstico tardío, cuando la inmunidad del paciente ya está deteriorada, es un grave problema que afecta a más de la mitad de los nuevos diagnósticos. Factores como ser hombre y de origen extranjero predisponen al retraso diagnóstico.
- Los datos de las clínicas ITS/VIH demuestran que españoles y extranjeros presentan diferentes patrones de realización de la prueba diagnóstica. En las primeras visitas la prevalencia de infección es superior entre los inmigrantes, pero en las revisiones es mayor entre españoles.
- Las mujeres que acuden a realizarse la prueba del VIH en las clínicas son jóvenes, el factor de exposición es mayoritariamente el contacto sexual y casi la mitad son inmigrantes. La prevalencia es similar para inmigrantes y españolas, pero entre las españolas tiende a descender. Entre las mujeres extranjeras, las procedentes de África presentan una prevalencia considerablemente mayor que las de otras regiones.
- El porcentaje de personas extranjeras atendidas en los hospitales aumenta desde 2001. Son más jóvenes que los españoles, la vía de transmisión principal es la sexual y están en una situación social más vulnerable. La tuberculosis, la toxoplasmosis cerebral y el sarcoma de Kaposi les afectan más que a los españoles.

RECOMENDACIONES

- Potenciar intervenciones de diagnóstico y tratamiento precoces, especialmente en los contactos primarios con el sistema de salud y en particular para los extranjeros.
- Este grupo presenta necesidades específicas en la atención y la prevención secundaria, siendo primordial aprovechar sus contactos con los servicios hospitalarios para promover conductas de sexo seguro.
- Hay que hacer un renovado esfuerzo para llegar a los grupos más vulnerables de inmigrantes que puedan tener barreras de acceso a los servicios. Entre ellos, es necesario abordar formalmente el tema de la prevención entre los hombres que ejercen la prostitución y sus clientes.

Referencias

- (1) ECDC. Migrant health: Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU'. Technical Report. 2009.
- (2) Instituto Nacional de Estadística. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Datos provisionales. 2008.
- (3) CNE-ISCI, MSPS-PNS. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los Sistemas de Notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2007. Actualización 30 de junio de 2008. 2008.
- (4) SPNS-MSPS, CNE-ISCI. Infección VIH no diagnosticada: Situación en España. 2009.
- (5) Oliva J, Díez M, Vives N, Álvarez M, Castilla J, Nicolau A et al. Retraso diagnóstico en los nuevos diagnósticos de VIH en personas de origen extranjero. Datos de 8 CCAA. XI Congreso Nacional sobre el sida: Inmigración y vulnerabilidad al VIH. Córdoba, 2008.
- (6) MSPS-PNS, ISCI-CNE. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2007. 2009.
- (7) Sánchez F, Díaz A, Colomo C, López de Munain J, de Armas C, Junquera M et al. Factores asociados a la infección por el VIH en hombres y transexuales que ejercen la prostitución (estudio EpiVIH). XI Congreso Nacional sobre el sida: Inmigración y vulnerabilidad al VIH. Córdoba, 2008.
- (8) MSPS-PNS, ISCI-CNE. Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida. Resultados 2007. Análisis de la evolución 1996-2007. 2008.
- (9) MSPS-PNS, ISCI-CNE. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008.