



MIGRANTES CON INFECCIÓN VIH EN
SITUACIÓN IRREGULAR EN LA
COMUNIDAD DE MADRID:
PERFIL SOCIAL, CLÍNICO Y
PSICOLÓGICO.

Agosto del 2022

**MIGRANTES CON INFECCIÓN VIH EN SITUACIÓN
IRREGULAR EN LA COMUNIDAD DE MADRID: PERFIL
ACTUAL, CARACTERÍSTICAS SOCIALES, CLÍNICAS y
PSICOLÓGICAS.**

Agosto del 2022

Autores:

PABLO RYAN

Especialista en Medicina Interna
Hospital Universitario Infanta Leonor
Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Av. Gran Vía del Este 80
28031 Madrid (España)

NEDA DEIHIM

Trabajadora social
Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P.
C/ Sinesio Delgado, 6 (Pabellón 6)
28029 Madrid (España)

Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Metodología.....	7
Modelo alternativo	7
Entrevista social	7
Cuestionarios	8
Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social (FSCAI)	8
Interdisciplinaridad	9
Aspectos éticos.	9
Datos.....	9
Plan de comunicación.....	9
Resultados	11
Datos sociodemográficos	11
Infecciones de transmisión sexual y uso de drogas	12
Infección por el VIH	13
Cuestionarios	15
Seguimiento a los 6 meses.	16
Conclusiones	17
Agradecimientos.....	18
Referencias.....	19

Resumen

Objetivo: Describir el perfil actual de personas con VIH (PVIH) migrantes en situación irregular, analizando su situación social, clínica y cómo les afecta la dificultad para acceder al sistema sanitario.

Material y métodos: Las PVIH fueron atendidos en la consulta de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor. El circuito de derivación se realizó directamente desde una ONG a la consulta de VIH. A todos las PVIH se les generó un código local o número de historia a través del Servicio de Admisión. Todos las PVIH recibieron una valoración por especialista en Enfermedades infecciosas y una valoración por una trabajadora social (ND) contratada específicamente para tal fin por la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social (FSCAI) Se recogieron variables de interés demográfico, social y clínico para realizar un análisis. A las PVIH se les entregó unos cuestionarios validados sobre estigma, estrés post traumático ansiedad y depresión. Se han recolectado datos con software RedCap.

Resultados: Durante el periodo del estudio 486 PVIH migrantes en situación irregular fueron atendidos en la consulta monográfica VIH del Hospital Universitario Infanta Leonor y por la trabajadora social de la FSCAI. La mediana de edad fue de 32 (28-37) años, 420 (86%) eran varones cis, 364 (85%) afirmaron orientación homosexual y 427 (88%) eran hispanos. A su llegada, la mayoría no tenía red social de apoyo 199/409 (49%), 192/383 (50%) tenían estudios universitarios y 318/362 (88%) presentaban barreras para acceder al sistema sanitario. El 46% (217/475) habían sido diagnosticados de una infección de transmisión sexual (ITS) en el último año. Un total de 68 PVIH (14%) consumió algún tipo de droga en el último año, y 14 (24%) se habían inyectado (3% del total). Un 7% (36 PVIH) del total consumió drogas en el último año en el contexto sexual (chemsex). La mediana de duración de la infección por el VIH fue de 5 (3-8) años (transmisión del VIH fue por vía sexual 97%). De los que tomaban TARV a su llegada, 78 personas (22%) lo tuvo que discontinuar después de cruzar la frontera por falta de acceso a una consulta de VIH. Las variables que se asociaron a no tener una carga viral indetectable fueron: el sinhogarismo, practica de chemsex y no estar en TARV cuando se consigue llegar a la consulta de VIH. La mitad de los pacientes fueron contactados a los 6 meses de la primera valoración: 235 (99.6%) continuaba en TARV, 231 (98%) presentaba una carga viral plasmática indetectable para el VIH, 143 personas (61%) consiguieron reconocimiento de su derecho a asistencia sanitaria y 116 (50%) consiguieron trabajo.

Conclusiones

Los migrantes con infección por VIH que se encuentran en situación irregular son predominantemente varones jóvenes, de origen latinoamericano y con estudios superiores. A su llegada mantienen conductas sexuales de riesgo y presentan barreras para acceder al sistema sanitario, que dificultan el acceso al tratamiento antirretroviral. A pesar de utilizar circuitos de derivación directos, un tercio de las personas que son valoradas en consultas presentan carga viral del VIH detectable.

Introducción

El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España.

España cuenta, desde el año 2018, con una norma (Real Decreto-ley 7/2018) que obedece fundamentalmente a la necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español (1). Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijan el procedimiento específico para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere el Real Decreto-ley 7/2018.

Sin embargo, esta normativa se aplica de forma diferente en las distintas comunidades autónomas, generando inequidades y una falta de garantía del ejercicio de este derecho como consecuencia de los requisitos burocráticos o los retrasos en la tramitación de las solicitudes, que afecta sobre todo a aquellos que llevan menos de tres meses en España o que no se han podido empadronar. En marzo del 2022 la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad publicó un informe donde identificaban las barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España en el año 2022, globalmente y en las diferentes CCAA (2). En este informe se concluye que la comunidad en la que se han identificado un número mayor de barreras es la Comunidad de Madrid, que recibe también la puntuación media más baja en comparación con el resto de CCAA. Además, la Comunidad de Madrid no está concediendo el derecho a atención ni tratamiento con cargo a fondos públicos a ninguna persona que lleve menos de 90 días en España, a pesar de que el Real Decreto-ley 7/2018 recoge que estas personas pueden acceder al sistema de salud con un informe favorable de servicios sociales.

Diversas ONG y profesionales sanitarios han reportado casos de exclusión sanitaria de personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en la Comunidad de Madrid (3-4). Las barreras en el acceso al sistema de salud afectan a diversos colectivos, incluyendo personas que llevan menos de 90 días en España, personas en situación administrativa incierta, colectivos vulnerables como mujeres embarazadas y menores y personas con permiso de residencia en España.

Las enfermedades infecciosas transmisibles (tuberculosis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], hepatitis virales, viruela del mono, infecciones de transmisión sexual, COVID-19...) son hoy en día una importante causa de morbimortalidad, constituyendo un problema de salud muy importante. Estas enfermedades son de declaración obligatoria por su impacto en la salud de la sociedad. Retrasar el acceso al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades infecciosas transmisibles tiene graves consecuencias para la salud del individuo y un impacto negativo en la salud de la comunidad, ocasionando un problema de salud pública. Por

todo ello, la atención de las enfermedades infecciosas transmisibles bajo ningún contexto es demorarle.

Es especialmente delicada la situación en que se encuentran aquellas personas que están infectadas por el VIH o que están en riesgo de infectarse. Las barreras de acceso al diagnóstico y al tratamiento profiláctico (profilaxis preexposición o PrEP) o terapéutico (los antirretrovirales) impiden la consecución de unos objetivos clínicos, epidemiológicos, de economía de la salud y de salud pública que redundarán en beneficio no sólo de la persona atendida sino de toda la sociedad.

Existe una evidencia científica consolidada en el tiempo que recomienda comenzar el tratamiento antirretroviral (TARV) de manera inmediata cuando una persona recibe un diagnóstico positivo de infección por el VIH (5). Está demostrado que las personas infectadas por el VIH que reciben TARV y mantienen la carga viral indetectable en sangre, no transmiten el virus a otras personas (6-7). Así, el tratamiento es una herramienta muy eficaz para la prevención de la transmisión sexual del virus y esto se traduce en una reducción en la incidencia de la infección por el VIH a nivel poblacional, mostrando beneficios para la salud personal y pública.

Las personas con infección por VIH sin TARV (bien porque no lo han iniciado o lo han interrumpido) tienen un mayor riesgo de presentar supresión viral incompleta, progresión de la enfermedad, ingreso hospitalario o muerte, que las personas que se mantienen indetectables con el tratamiento (8). El acceso temprano al TARV ha demostrado importantes beneficios tanto en relación con la aparición de complicaciones de la infección por el VIH (9) (reduciendo drásticamente la morbilidad y la mortalidad), como en términos de calidad de vida (10). En el contexto español, el TARV ha evitado 323.651 muertes por el SIDA, 500.120 casos de SIDA y 161.417 casos de infección por el VIH en el transcurso de 32 años (11). El análisis de coste-efectividad desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud demuestra que el coste económico que supondría no haber evitado esas cifras en muertes, casos del SIDA y nuevas infecciones por el VIH supera claramente el coste del TARV. Por tanto, el asegurar que todas las personas con el VIH, con independencia de su origen y estado administrativo, tengan acceso a atención y tratamiento, debe considerarse una prioridad para la salud pública en nuestro país

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral a todas las personas con infección por el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4 (12) y esto requiere la implementación de programas de cribado del VIH y programas fiables y sostenidos para el acceso inmediato y universal a la terapia del VIH (13). ONUSIDA estableció el objetivo 95-95-95 como estrategia para acabar con la epidemia del SIDA en 2030. Este objetivo se traduce en lograr que el 95% de las personas con el VIH sean conocedoras del diagnóstico, que el 95% de las personas diagnosticadas estén bajo tratamiento antirretroviral (TARV) y que el 95% de las personas en tratamiento consigan la supresión viral (14).

A pesar de esta evidencia, las dificultades y demoras en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria está impidiendo o retrasando el acceso a test diagnósticos, tratamientos o medidas preventivas.

Las personas migrantes en situación irregular y las personas solicitantes de protección internacional (por razones políticas, raciales, religiosas o de orientación sexual) tienen reconocido y garantizado en España el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que las personas con nacionalidad española (15,16). Las administraciones públicas, tanto a nivel estatal como autonómico o local, tienen la obligación de hacer efectivo ese derecho a la asistencia sanitaria de la manera más diligente posible, facilitando el cumplimiento de los requisitos básicos para acceder a la tarjeta sanitaria; sin que se produzcan dilaciones indebidas en el tiempo que atrasen el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de todas las condiciones de salud, en especial de aquellas que puedan tener una mayor repercusión en la salud pública por ser enfermedades infecciosas que pueden transmitirse a terceras personas.

Estas circunstancias hacen necesario un análisis objetivo y una monitorización de la situación de las personas migrantes infectados por el VIH. La evaluación sociodemográfica y clínica es primordial para poder caracterizar a las PVIH migrantes y así intentar buscar soluciones a este problema de salud. El objetivo de este informe es realizar una descripción de las PVIH migrantes que han sido atendidas en un hospital de la Comunidad de Madrid. Este informe se realiza de forma conjunta por profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y personal contratado para este fin por la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P. (CSAI). La Fundación CSAI es una institución del sector público estatal, de interés general en el ámbito de la salud, los servicios sociales, la protección a los menores y la promoción de la igualdad, tanto en España como en terceros países.



Metodología

Para este informe se recogió la información de las personas migrantes infectadas por el VIH que fueron atendidas en la consulta monográfica de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Modelo alternativo

Las personas migrantes con una enfermedad infecciosa sin acceso a asistencia sanitaria (mayoritariamente infección por VIH) fueron derivados a través de ONG al hospital para poder recibir tratamiento. Las ONG que habitualmente trabajan en red con la consulta monográfica de VIH son las siguientes: gTt-VIH, Apoyo positivo, Cogam, Acción Triangulo, Kif-Kif y Cruz Roja Española. Estas ONG facilitan el proceso de inicio de atención sanitaria en esta población. Todas las PVIH fueron derivadas o acompañadas a través de una ONG al hospital. A través del Servicio de admisión y presentando el pasaporte, se les generó un código local o número de historia.

Una vez provistos de código local las PVIH se dirigen directamente a la unidad de VIH donde son valorados por especialistas en enfermedades infecciosas (PR y GC) y una enfermera (SR) de la unidad de VIH. Los pacientes son atendidos por una vía rápida en la que se realiza una historia clínica completa (anamnesis dirigida y antecedentes personales), exploración física, extracción de sangre, orina y exudados. Según área geográfica de procedencia se les realiza las pruebas complementarias oportunas (prueba de tuberculina, serologías para parásitos...). Una vez realizados los procedimientos se les deriva a la farmacia hospitalaria para la dispensación del TARV. Los pacientes posteriormente son contactados por vía telefónica por una trabajadora social contratada para tal fin. Una vez otorgado el consentimiento oral, se les realiza una valoración social (entrevista social) y se les informa sobre los procedimientos administrativos para regularizar su situación (ver apartado correspondiente). A aquellos pacientes que lo precisen, se les realiza un informe social.

Por último, a todos se les ofrece completar unos cuestionarios online (ver apartado correspondiente) para poder evaluar diferentes esferas psicológicas y sociales.

Entrevista social

El paciente fue contactado por vía telefónica por la trabajadora social, que forma parte del equipo de investigación de este proyecto, esta colegiada en Madrid, puede hacer informes sociales que son válidos para las unidades de tramitación y tiene amplia experiencia en personas migrantes en situación irregular. Las entrevistas tienen una duración máxima entre 30 a 45 minutos.

Se individualizó cada caso y se le ofreció información y ayuda para poder acceder a los diferentes servicios (unidades de tramitación, asesoramiento legal, evaluación

psicológica, derivación a diferentes redes (drogas, salud mental...) o recursos sociales de alojamiento en caso de necesitarlo).

Se realizó una entrevista estructurada: las preguntas se hacían de una forma concreta con una lista fija (guion de entrevista). Aunque también se realizaron diferentes tipos de preguntas como preguntas abiertas, preguntas del tipo sí/no o preguntas qué. La trabajadora social tiene mostrada experiencia en este tipo de entrevistas y se priorizaron aspectos como el sentido de la empatía, la escucha activa, actitud receptiva, clima de confianza, amabilidad e interés, romper con los prejuicios y transmitir sinceridad.

Además, la trabajadora social, ofreció a todos la realización de unos cuestionarios online (creados en Redcap™). Estos cuestionarios incluyen preguntas creadas para recoger variables psicológicas de interés. Los cuestionarios se completaron en la primera visita basal y fueron autocompletados mediante un dispositivo móvil.

Cuestionarios

El objetivo de los cuestionarios fue poder captar dificultades sociales y/o psicológicas clínicamente relevantes de las PVIH en situación irregular.

Además, en la valoración social comentada previamente, se utilizaron los siguientes PRO ("Patient reported outcome") que evalúan variables relevantes desde la esfera psicológica.

1. La escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), se compone de 14 ítems que evalúan presencia y grado de síntomas de ansiedad y depresión durante la última semana.
2. Escala de Estrés Percibido (PPS, Perceived Stress Scale), evalúa el grado de estrés sentido y la percepción de manejo de los problemas del día a día durante el último mes mediante 14 ítems.
3. Escala EARLY-G, evalúa la presencia de acontecimientos estresantes tempranos. Consiste en 14 ítems dicotómicos para evaluar presencia de acontecimientos como abuso sexual, problemas económicos graves, maltrato etc.
4. La adaptación española de la HIV Stigma Scale (HSS), incluye 30 ítems que evalúan el estigma percibido por VIH.

Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social (FSCAI)

La Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P. (FSCAI) ha sido receptora de una beca de GILEAD (III Convocatoria de Becas Gilead a Proyectos sobre Diagnóstico y Derivación del Paciente con VIH al SNS), concedida al Dr. Pablo Ryan Murua y titulada: Diagnóstico y derivación de las personas infectadas por el VIH que se encuentran en situación irregular o han solicitado protección internacional en el estado español.

El objetivo principal de esta beca ha sido caracterizar a las PVIH en situación irregular y que son atendidos en una consulta de VIH. Para llegar a este objetivo se contrató en marzo del 2022 y a través de la FSCAI a una trabajadora social con experiencia en población vulnerables. La FSCAI únicamente es la receptora de la beca y la responsable de la contratación de la trabajadora social, pero no ha participado en la conceptualización

del proyecto, la recogida o procesado de los datos o la redacción del informe. Para el presente proyecto la FSCAI ha firmado un contrato con GILEAD Science y un convenio de colaboración con la Fundación de investigación del Hospital Universitario Infanta Leonor y el Hospital Universitario del Sureste (FIIB)

Interdisciplinaridad

Los pacientes con VIH fueron atendidos en la consulta de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. En la asistencia participaron profesionales de distinto perfil con diferentes roles y trabajando de forma transversal y horizontal para poder ofrecer una atención centrada en el paciente y en sus necesidades. Participaron médicos especialistas en VIH, enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y coordinadores de salud de diferentes ONG y centros sanitarios.

Aspectos éticos.

A todos los participantes se les ofreció participar y se les incluyó en el estudio después de otorgar consentimiento oral. Se han seguido los principios establecidos por la Declaración de Helsinki y los requisitos reguladores aplicables. Además, se han cumplido los requisitos técnicos de recogida de datos y las normas de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales según la cual el participante puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Además, ante cualquier duda o cuestión relativa a este proyecto, el participante ha podido contactar en cualquier momento con el personal sanitario o investigadores.

Datos

Tanto para la creación de los cuestionarios como de los cuadernos de recogida de datos (CRDs) se utilizó REDCap (Research Electronic Data Capture), una plataforma web que posibilita la creación de bases de datos seguras y robustas en línea. Facilita el trabajo colaborativo y es una herramienta óptima para la investigación clínica. Además, permite la importación y exportación de datos con Excel y los paquetes estadísticos más habituales (SPSS, SAS, Stata, R).

La información obtenida y difundida será confidencial y será tratada como tal. Los participantes serán identificados mediante un código numérico, de tal forma que las bases que contienen datos identificativos no se vincularán al resto de datos de los participantes. La base de datos se guardó en un servidor seguro, teniendo sólo acceso a ellas los investigadores y el personal sanitario del proyecto, introduciendo claves de acceso.

Plan de comunicación.

En cuanto al plan de comunicación y difusión de resultados, se ha previsto realizar un primer análisis de datos que incluya los resultados preliminares. Se han enviado estos datos para ser comunicados en el congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina

Interna y el congreso de SEISIDA que se celebra en octubre del 2022 en Bilbao. De forma paralela, se escribirán al menos dos artículos científicos, uno de ellos reportando la descripción de los diferentes perfiles de PVIH migrantes. Dichos artículos serán publicados en revistas de alto impacto como AIDS Care, International Journal of STD & AIDS, AIDS Patient Care and STDs o PLOS One. Los resultados serán difundidos entre las principales sociedades médicas (GESIDA, SEIMC etc....), de pacientes (SEISIDA, CESIDA ect.) y entre los agentes de las ONG interesadas, para que se pueda valorar la aplicabilidad de las herramientas creadas en varios contextos asistenciales.

Además, se enviará un informe de los casos atendidos a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Sanidad con el fin de proporcionar un perfil detallado de las personas migrantes infectadas por el VIH y que se encuentran en situación irregular.

SEISIDA

Resultados

Datos sociodemográficos

Durante el periodo del estudio 486 PVIH migrantes en situación irregular fueron atendidos en la consulta monográfica VIH del Hospital Universitario Infanta Leonor y por la trabajadora social de la FSCAI. La mediana (rango intercuartílico, RIC) de edad fue de 32 (28-37) años. Sobre su identidad sexual, 420 (86%) eran varones cis, 32 (7%) mujeres cis y 34 (7%) mujeres trans.

Con respecto a la raza: 427 (88%) eran hispanos, 46 (9%) de raza negra, 9 (2%) caucásicos y 3 (1%) asiáticos y atendiendo al país de origen, en el siguiente gráfico se muestran los más frecuentes:

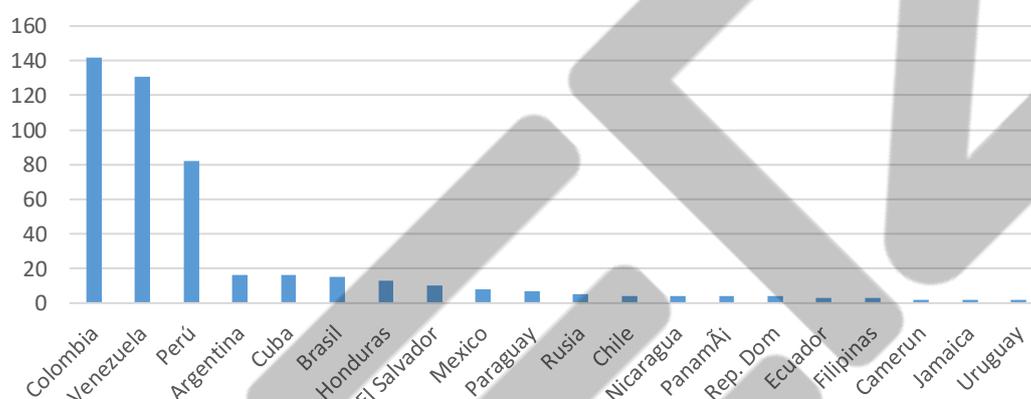


Figura 1: País de nacimiento de los participantes

Porcentualmente las nacionalidades más frecuentes fueron: 29% Colombia 27% Venezuela y 17% Perú.

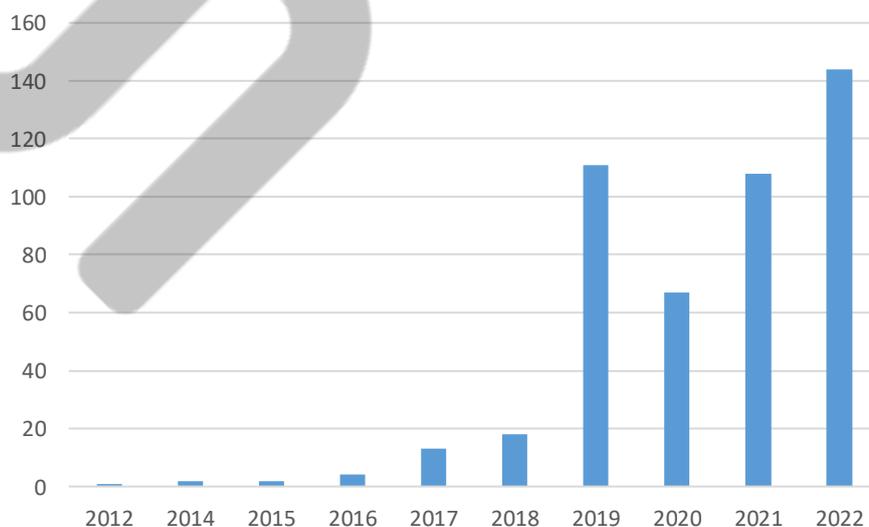


Figura 2: Número de participantes según el año de entrada en España.

En el gráfico anterior se muestran en número de participantes según el año de entrada en nuestro país. Existe un descenso de casos en 2020 y 2021 debido a la pandemia COVID-19.

Cuando las PVIH llegaron a nuestro país, el 90% residía en un hogar, el 3% en una casa de acogida y el 7% en un albergue del ayuntamiento de Madrid. A su llegada, la mayoría no tenía red social de apoyo 199/409 (49%) y el resto tenía apoyo social de amigos/conocidos 132/409 (32%) y de la familia 78/409 (19%).

Del total de personas entrevistadas, 318/362 (88%) presentaban barreras para acceder al sistema sanitario. Los tipos de barreras más frecuentes fueron el desconocimiento de los procedimientos a realizar y lugar donde dirigirse para realizar dichos procedimientos y la ausencia de padrón.



Figura 3: Proporción de solicitantes protección internacional: 285 PVIH, en situación irregular y no solicitantes protección internacional: 87 PVIH y estudiantes: 26 PVIH

Con respecto a la educación, 173/383 (45%) tenían estudios secundarios y 192/383 (50%) estudios universitarios. 323/395 (82%) tenía empleo activo en su país de origen.

En relación con la orientación de deseo, 364 (85%) afirmaron orientación homosexual, 45 (11%) heterosexual y 16 (4%) bisexual. De todos ellos, 136 (30%) tenían pareja estable (48% de las parejas eran personas con infección por VIH).

Infecciones de transmisión sexual y uso de drogas

El 85% (345/406) eran sexualmente activos en el último año y de estos, 122 (37%) practicaron sexo sin protección fuera de la pareja. El 46% (217/475) habían sido diagnosticados de una infección de transmisión sexual (ITS) en el último año. Sífilis 181(85%), uretritis por gonorrea o clamidia 69 (32%), hepatitis C aguda 10 (5%) y linfogranuloma venéreo 6 (3%).

Un total de 68 PVIH (14%) consumió algún tipo de droga en el último año, y las drogas más consumidas fueron las siguientes: cocaína 49%, catinonas sintéticas 47%, metanfetamina 33%, ketamina 13%, gamma hidroxilo-butirato (GHB) 39%, éxtasis 18%, heroína 3% y otras drogas un 38%. Del total de pacientes que había consumido en el último año, 14 (24%) se habían inyectado (3% del total). Un 7% (36 PVIH) del total consumió drogas en el último año en el contexto sexual (chemsex).

Infección por el VIH

Todos los participantes en el estudio tenían infección por el VIH. La mediana de duración de la infección por el VIH fue de 5 (3-8) años. La mitad de los pacientes se diagnosticaron entre el año 2014 y el 2019. En la mayor parte la transmisión del VIH fue por vía sexual 464 (97%), 3 (1%) por vía vertical (de madre a hijo), 1 por utilización de drogas inyectadas y 12 (2%) por vía desconocida.

Antes de ser valorados en la consulta de VIH, 60 (13%) personas habían presentado una enfermedad oportunista o definitoria de sida. Las enfermedades oportunistas más frecuentes se detallan en la siguiente tabla:

Enfermedad oportunista	N (%)
Neumonías adquiridas en la comunidad bacterianas recurrentes	7 (1%)
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	27 (6%)
Candidiasis en esófago, bronquios, tráquea o pulmones	5 (1%)
Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>	6 (1%)
Histoplasmosis extrapulmonar	4 (0.8%)
Criptococosis extrapulmonar	2 (0.5%)
Criptosporidiosis	1 (0.2%)
Infecciones por virus del herpes simple: ulceraciones crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis	3 (0.6%)
Infecciones por el citomegalovirus (localizadas fuera del hígado, bazo, ganglios linfáticos)	2 (0.4%)
Toxoplasmosis de órganos internos	11 (2.3%)
Sarcoma de Kaposi	5 (1%)
Linfomas (de Burkitt, cerebrales primarios, inmunoblásticos)	1 (0.2%)
Síndrome de caquexia progresiva por VIH	5 (1%)

Tabla 1: Antecedentes de enfermedades definitorias de sida de los participantes

Las enfermedades oportunistas más frecuentes fueron la tuberculosis, la toxoplasmosis y las neumonías de repetición. La mediana de nadir de linfocitos CD4+ fue de 300 (180-449) células.

Del total de participantes, 400 (82%) habían tomado tratamiento antirretroviral (TARV) antes de la primera valoración en consultas de VIH y por lo tanto, 86 personas (18%) eran naives y nunca habían recibido TARV. Ver siguiente figura:

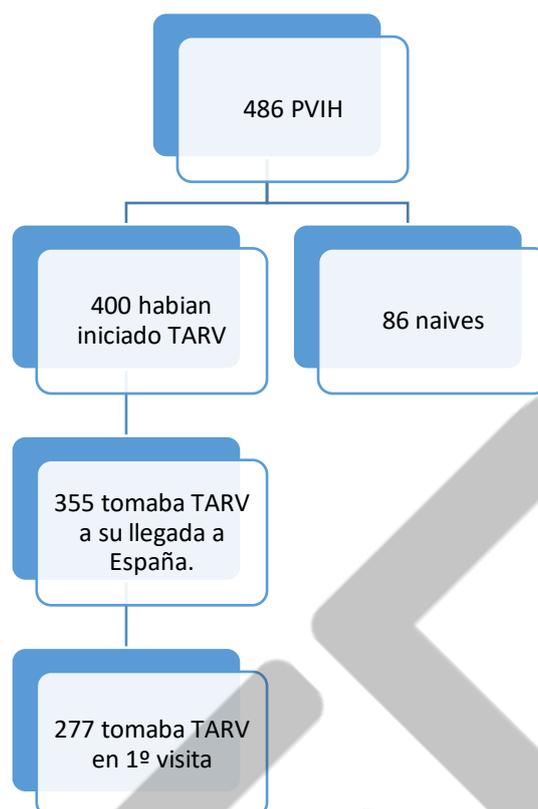


Figura 4: Participantes según la toma de tratamiento antirretroviral (TARV)

Globalmente de todos los pacientes que necesitaban TARV para evitar deterioro inmunoviroológico y transmisión de virus a otras personas, 209 (43%) no estaban en tratamiento. De los que tomaban TARV a su llegada, 78 personas (22%) lo tuvo que discontinuar después de cruzar la frontera por falta de acceso a una consulta de VIH. Estos datos hay que ponerlos en contexto de dos consideraciones: 1) ninguno de los participantes era turista y 2) todos los pacientes fueron derivados o acompañados por una ONG al hospital y no utilizaron los circuitos tradicionales de derivación (a través de atención primaria).

Los pacientes que se encontraban sin tratamiento tardaron de media 4 semanas en conseguir acceso al TARV y un 25% tardó más de tres meses en conseguir acceder al tratamiento. La mayoría de los pacientes que accedían a la consulta de VIH con TARV estaban en tratamiento con inhibidores de la transcriptasa no análogos de nucleósidos (ITNN) y 19 (7%) pacientes bajo tratamientos considerados actualmente como subóptimos (zidovudina/lamivudina).

Tercer componente del régimen TARV	N (%)
Inhibidores de la integrasa	96 (34%)
Inhibidores de la transcriptasa no análogos de nucleósidos/tidos	168 (61%)
Inhibidores de la proteasa	12 (5%)

Tabla 2: Número de personas que recibían TARV según el tipo (familia) de tratamiento pautado en su país de origen

La mediana de linfocitos CD4+ en la visita inicial realizada fue de 344 (489-661) células y 148/448 (33%) de los pacientes presentaba una carga viral detectable en sangre. Cuando ajustábamos por variables que se asociaban a estar detectable en el análisis univariante, las variables que se asociaron de forma independiente con estar detectable fueron las siguientes:

Factores	Univariante			Multivariante		
	OR	IC 95%	Valor P	aOR	IC 95%	Valor P
Edad (años)	0.9	0.9-0.9	0.015*	0.9	0.4-1.0	0.952
Transgénero	2.1	1.0-4.4	0.038*	2.5	0.6-10	0.203
Sin estudios ¹	2.2	0.9-5.6	0.072	4.3	0.8-23	0.084
Sin hogar ²	2	1.1-3.7	0.023*	5.0	1.5-16	0.007*
Chemsex ³	4.5	1.0-11	0.001*	5.0	1.3-18	0.014*
Sin TARV en 1ª visita	9.3	5.1-17	0.000*	6.1	2.9-12	0.000*

Tabla 3: Factores asociados a presentar carga viral detectable en la primera visita médica. 1 No estudios universitarios o secundarios. 2 No vivir en un piso o casa (vivir en un albergue o centro de acogida). 3 Chemsex o utilización de drogas recreativas en el contexto sexual * estadísticamente significativos. OR Odds ratio, y aOR, Odds ratio ajustada.

Por lo tanto, las variables que se asociaron a no tener una carga viral indetectable fueron: el sinhogarismo cuando se llega a nuestro país, la utilización de drogas recreativas en el contexto sexual y no estar bajo TARV cuando se consigue llegar a la consulta de VIH.

Cuestionarios de calidad de vida, estado emocional, estima y estrés post traumático.

De las personas que fueron evaluadas por la trabajadora social más del 60% completaron cuestionarios sobre su percepción de salud, calidad de vida, estrés sentido, síntomas de ansiedad y depresión y estigma.

De los 299 cuestionarios completados de la escala HADS, se obtuvo una puntuación media de 8.5 con una desviación estándar de 4.7 para ansiedad y de 5.3 con una desviación estándar de 4.2 para depresión.

El cuestionario de estrés percibido fue completado por 309 paciente con infección por VIH. Globalmente presentaron una puntuación media de 24.1 y una desviación típica de 9.3

Del cuestionario HSS, se completaron correctamente 265 cuestionarios. Se obtuvo una puntuación media de 72.1 con una desviación estándar de 17.

De los 292 PVIH que completaron los cuestionarios EARLY-G para evaluar la presencia de acontecimientos estresantes tempranos, se obtuvo una puntuación media de 5.2 con una desviación estándar de 2.8.

Seguimiento a los 6 meses.

A los pacientes que fueron evaluados en la consulta de VIH 6 meses antes del presente informe (49%) se les realizó un seguimiento para conocer su situación administrativa, social y clínica. Se obtuvieron datos de 236 pacientes, 62 (26%) de forma presencial y 147 (74%) por vía telefónica.

A los 6 meses de la primera valoración, 235 (99.6%) continuaba en TARV y 231 (98%) presentaba una carga viral plasmática indetectable para el VIH. Desde el punto de vista administrativo/social a los 6 meses, 143 personas (61%) consiguieron reconocimiento de su derecho a asistencia sanitaria y 116 (50%) consiguieron trabajo.

Del total de pacientes, 84 se perdió el seguimiento, siendo las principales causas de seguimiento: Éxodo a otras regiones/países 35 (42%), fallecimiento 1 (1%) y desconocido 48 (57%).

Conclusiones

- Las personas migrantes con infección por VIH y que se encuentran en situación irregular son predominantemente varones jóvenes, de origen latinoamericano, con estudios superiores y empleo previo.
- A su llegada a Madrid las PVIH migrantes en situación irregular tienen poco soporte social, mantienen conductas sexuales de riesgo y presentan barreras para acceder al sistema sanitario, que dificultan el acceso al tratamiento antirretroviral.
- Todos los participantes en este estudio son valorados en la consulta de VIH a través de un circuito alternativo vía ONG. A pesar de utilizar circuitos de derivación directos **más del 20% de las personas que entran en España con TARV lo tiene que abandonar por falta de acceso.** Estos pacientes tardaron de media 4 semanas en conseguir acceso al TARV y un cuarto tuvo que esperar más de tres meses en conseguir acceder al tratamiento
- **Un tercio de las personas que son valoradas en consultas presentan carga viral del VIH detectable.**
- Los factores que se asociaron a presentar una carga viral del VIH detectable fueron el: sinhogarismo, el uso de drogas recreativas y haber suspendido el TARV durante el periplo migratorio.
- Las PVIH migrantes en situación irregular presentan a su llegada niveles altos de estrés post traumático, ansiedad y estigma.
- A los seis meses de la primera valoración más del 98% de los pacientes estaban en TARV y con carga viral del VIH indetectable, 6 de cada 10 personas valoradas había regularizado su situación y la mitad habían conseguido un trabajo.

Agradecimientos

Queremos agradecer la participación en este trabajo a los y las profesionales del Hospital Universitario Infanta Leonor que han atendido a PVIH migrantes y los activistas de las diferentes ONG que han participado en la derivación y acompañamiento de estas personas a la consulta de VIH (Acción Triángulo, Apoyo positivo, Madrid positivo, Cogam, Kif-Kif, gTt-VIH (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH) y Cruz Roja Española). Agradecer a Alicia González Baeza psicóloga y profesora de la Universidad Autónoma de Madrid por su trabajo en el diseño de los cuestionarios de calidad de vida y escalas psicológicas y a la Dra. Laura Martín González adjunta del Servicio de Urgencias y especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario Gregorio Marañón por su asesoramiento y revisión. Por último agradecer a la FSCAI por las gestiones administrativas que han hecho posible que este proyecto arranque.

Referencias

1. España. Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de Julio, Sobre El Acceso Universal Al Sistema de Salud.; 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/07/27/7>
2. Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad Marzo de 2022 Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/DificultadesAccesoServiciosSanitarios_Final_2022.pdf
3. Yo sí Sanidad Universal. Informe Sobre La Exclusión Sanitaria a Un Año Del RDL 7/2018 Sobre “El Acceso Universal Al Sistema Nacional de Salud”; 2019. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018/1275290117-1576313745/informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf>
4. P. Ryan , J. Troya , G. Cuevas , J. Valencia , J. Aciego, S. Chuvieco , J. Beltran, A. Diaz, G.J. Pérez , D. Santa Isabel , S. Vazquez-Morón, S. Resino Características socio-demográficas y clínicas de las personas solicitantes de protección internacional infectadas por el VIH. XXIV congreso Nacional de la SEIMC. Zaragoza 2020. Disponible en <https://seimc.org/noticias/noticias-destacadas/detalle/4840/libro-de-abstract-2020>
5. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015 Aug 27;373(9):795–807.
6. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet. 2019 Jun 15;393(10189):2428–38.
7. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011 Aug 11;365(6):493–505.
8. Fielden SJ, Rusch MLA, Yip B, Wood E, Shannon K, Levy AR, et al. Nonadherence increases the risk of hospitalization among HIV-infected antiretroviral naive patients started on HAART. J Int Assoc Physicians AIDS Care Chic Ill 2002. 2008 Oct;7(5):238–44.
9. Insight Star Study Group, Lundgren J, Babiker A, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015;373(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa1506816
10. Lifson AR, Grund B, Gardner EM, et al. Improved quality of life with immediate versus deferred initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. AIDS. 2017;31(7):953-963. doi:10.1097/QAD.0000000000001417
11. Pérez-Elías MJ, Podzamczak Palter D, Ventayol Bosch P, et al. Clinical and economic benefit of 32 years of antiretroviral treatment for people living with HIV in Spain: Has it

been an efficient intervention? *Enferm Infec Microbiol Clin*. doi:10.1016/j.eimc.2021.05.006

12. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: 2021.

13. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>

14. UNAIDS. Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. Published online 2014. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

SEER