

Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España

C. Postigo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), con más de 330 millones de casos anuales¹, representan un problema de salud prioritario a nivel mundial, tanto por el impacto que producen sobre la salud física y mental de las personas que las padecen, como por sus repercusiones sobre la fertilidad, el desarrollo de neoplasias y la transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde mediados de la década de los noventa, la Unión Europea (UE) está experimentando un aumento significativo y mantenido de las ETS, especialmente de las bacterianas agudas, con incrementos centrados en la población joven, las minorías étnicas y los homosexuales². Pero si se pretenden comparar las tendencias y la distribución de las ETS en cada país, nos encontramos con que los sistemas de vigilancia son muy heterogéneos y en general deficitarios³. Sólo Inglaterra cuenta con una red nacional de centros de ETS cuyas estadísticas se integran en programas de vigilancia a nivel nacional. En el resto de los países, incluido España, la información se basa en una mezcla de estudios centinelas y notificaciones obligatorias desde la clínica o los laboratorios, sin existir siquiera homogeneidad en la definición de caso.

En España la vigilancia epidemiológica de las ETS a nivel nacional se realiza semanalmente y por comunidades autónomas a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), con una cobertura estimada del 50% de los casos que se diagnostican y del sistema más reciente de Información Microbiológica, que recopila datos de 46 laboratorios en 12 comunidades con una cobertura del 25% de la población³. Pese a la infradeclaración, estos sistemas se han mantenido estables en el tiempo, por lo que se muestran sensibles a los cambios. Así, los datos aportados en los últimos años muestran, aunque con cierto retraso respecto a otros países de la UE, un claro incremento en las tasas de incidencia de las ETS declarables, sobre todo de la sífilis, con un repunte desde el año 2003 (fig. 1)⁴. Sin embargo, al no ofrecer datos poblacionales, estos sistemas no permiten identificar grupos de riesgo.

Otra fuente valiosa de información se obtiene a través de una red de centros de ETS, de acceso gratuito y voluntario,

que ofrecen información más amplia sobre ETS y síndromes asociados (ETS víricas, uretritis, cervicitis), así como datos sociodemográficos y de comportamiento sexual, además de participar en la monitorización de la prevalencia de la infección por el VIH. Los estudios que se realizan en estos centros se basan en personas que presumiblemente presentan conductas sexuales de mayor riesgo que la población general y confirman la tendencia ascendente de las ETS bacterianas agudas, especialmente la sífilis infecciosa, que afecta sobre todo a varones homosexuales y se asocia en casi un 40% de los casos a coinfección por el VIH⁵⁻⁷. Este hecho se viene constatando en numerosas ciudades europeas y norteamericanas desde finales de los años noventa y se achaca a cambios en los comportamientos de riesgo en este colectivo, debidos tanto al éxito de la terapia antirretroviral como a la facilidad de establecer contactos sexuales gracias a Internet^{8,9}.

En este escenario, en España, desde principios de los noventa y también con retraso respecto a otros países, se está produciendo una llegada masiva de inmigrantes, de modo que en enero de 2007 ya representan el 9,68% de la población censada y superan el 12% en algunas comunidades¹⁰. Aunque la población inmigrante es muy heterogénea, últimamente predomina la llegada de personas procedentes de países en vías de desarrollo donde la prevalencia de ETS en la población general es muy alta. Esto se puede objetivar, dada la falta de sistemas de notificación en estos países, a partir de la prevalencia de serología luética en embarazadas: mientras que en España las tasas van desde 0 a 3,38 por mil^{11,12}, en Sudamérica y el Caribe son al menos de diez a veinte veces mayores, oscilando desde el 1% en Perú hasta el 6,1% en Paraguay, con incidencias de sífilis congénitas de hasta un 12 por mil y año en Honduras¹³. En África subsahariana la prevalencia varía del 2,4 al 17,4%¹⁴. Además, las condiciones que en muchos casos motivan la inmigración, como el tráfico de personas, o simplemente la precariedad a nivel social, económico y afectivo, hacen que una vez en España pueda haber determinados grupos de inmigrantes más vulnerables frente a las ETS, en los que habría que centrar las actividades preventivas.

Tratando de identificar a estos grupos podemos basarnos en: *a)* análisis de muestras de la población general; *b)* estudios realizados en centros de ETS-VIH; *c)* extrapolación a partir de datos sobre la transmisión sexual de la infección por el VIH.

Los estudios basados en la población general son muy escasos pero confirman que, entre al menos determinadas per-

Correspondencia:

Concepción Postigo Llorente.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Planta Baja del Hospital Materno-Infantil.
Ctra. Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.
concha.postigo@telefonica.net

Aceptado el 6 de junio de 2007.

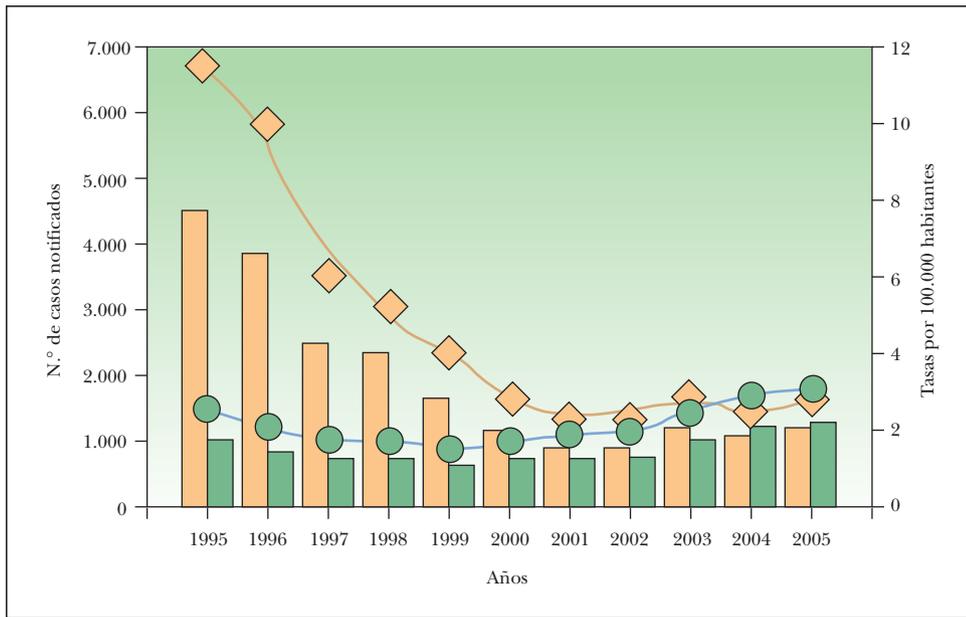


Figura 1. Incidencia de infecciones de transmisión sexual. Número de casos declarados y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2005. Barras naranjas: n.º de casos de gonococia. Cuadrados naranjas: tasas de gonococia. Barras verdes: n.º de casos de sífilis. Círculos verdes: tasas de sífilis. Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria⁴.

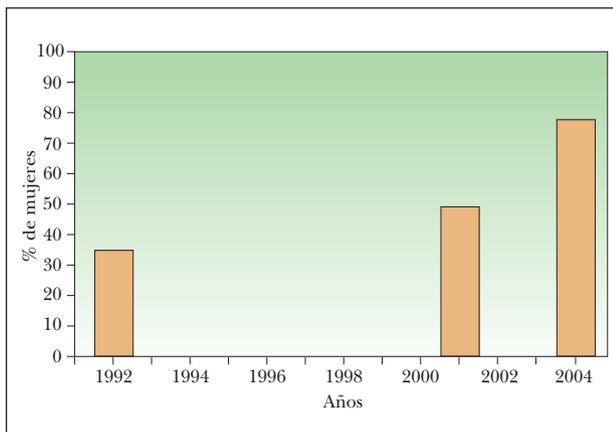


Figura 2. Proporción de mujeres extranjeras que ejercen la prostitución en España.

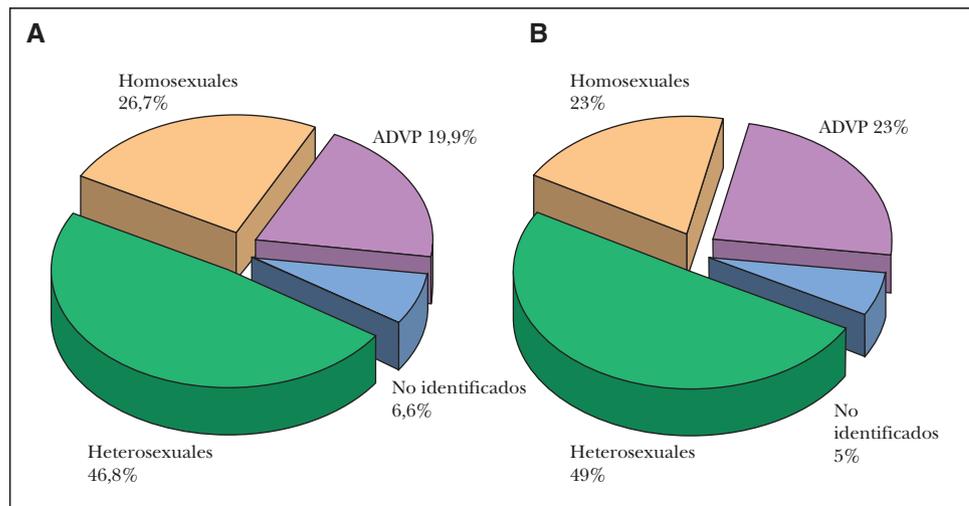
sonas de origen extranjero, la prevalencia de ETS es mucho mayor que entre los españoles: en 1999 en Ceuta, donde la mayoría de los inmigrantes proceden de África, se encontraron tasas de sífilis entre la población autóctona de 4,1/10⁵ frente a 1.081/10⁵ entre los inmigrantes¹⁵. Una situación similar debe darse en Melilla que ostentó, según el *Boletín Epidemiológico Semanal* del año 2006¹⁶, la tasa de sífilis más alta de España: 24,39/10⁵ frente a una tasa global de 3,39/10⁵. En otro trabajo realizado en un centro de planificación familiar en Alicante, la prevalencia de infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo en mujeres procedentes de Sudamérica triplicaba a la de las españolas, tras ajuste de la edad, número de parejas y motivo de consulta¹⁷.

Los datos aportados por centros de ETS muestran un incremento importante en la proporción de inmigrantes

atendidos y que la mayor parte de la prostitución femenina y también, aunque en menor medida, la ejercida por hombres, la realizan extranjeros. En el año 2000, el 31,7% de todas las personas que acudieron a realizarse una prueba de VIH en 18 centros de ETS eran inmigrantes¹⁸, frente al 19% en 1988¹⁹. Dos años más tarde en el centro de ETS de Barcelona, el 48% de todas las ETS diagnosticadas se vieron en extranjeros⁵. Estos inmigrantes proceden sobre todo de América Latina (74%) y a mucha distancia de África subsahariana (10%) y Europa del Este (10%). En comparación con los españoles que acuden a estos centros, entre los inmigrantes es mayor la proporción de heterosexuales (86% frente al 71%), de mujeres (61% frente al 36%) y dentro de las mujeres un 47% ejercen la prostitución frente al 6% de las españolas. La prevalencia de lúes entre ellos es similar a la de sus países de procedencia (3,1% frente al 1,1%), mientras que la de infección por VIH, al venir de países donde las tasas son más bajas que en España, no difiere de la de los españoles (1,8% frente al 1,7%) salvo entre los subsaharianos (8%)^{18,19}.

Centrándonos en las muestras de mujeres que ejercen la prostitución y acuden a centros de ETS-VIH, la proporción de extranjeras ha pasado del 46% en 1988 al 83,3% en 2001²⁰⁻²² (fig. 2). La mayoría de ellas (89-96%) procede de Latinoamérica, y en segundo lugar de Europa del Este y África subsahariana; inician la prostitución cuando llegan a España y trabajan en clubes, burdeles o saunas. Al no consumir drogas por vía parenteral, la prevalencia de infección por VIH es baja (0,2-0,4%), excepto en subsaharianas, donde alcanza el 9%. La mayoría utilizan preservativo en sus relaciones con los clientes pero no en su vida privada, por lo que la tasa de interrupciones voluntarias del embara-

Figura 3. Mecanismos de transmisión de las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
 A. En Cataluña 2001-2003²⁷.
 B. En cinco comunidades autónomas 2000-2004²⁶.
 ADVP: adicto a drogas por vía parenteral.



zo entre ellas es muy alta (38%), así como la de infección por el virus del papiloma humano (39%). La incidencia de otras ETS (sobre todo cervicitis no gonocócica) se sitúa entre el 11 y el 18% y se relaciona con el número de parejas sexuales no comerciales. Respecto a los hombres que practican la prostitución, en un estudio realizado en 18 centros de control del VIH²³, el 67% eran extranjeros, en su mayoría latinoamericanos. Sin embargo, en este tipo de estudios puede estar limitado el acceso de los inmigrantes más vulnerables, que practican la prostitución en la calle y, por miedo a ser extraditados, por dificultad para hablar español o por barreras socioculturales no solicitan ningún servicio sanitario. Muy probablemente estas personas presentan diferentes riesgos de exposición a drogas, ETS e infección por el VIH²⁴. En España hay muy poca información sobre las personas que ejercen la prostitución en la calle. En 1998, el 44% de los travestis y transexuales captados en las calles de Madrid eran extranjeros, en su mayoría ecuatorianos, y el 21% de ellos estaban infectados por el VIH. Este colectivo, con una alta frecuencia de prácticas sexuales no protegidas y de consumo de drogas, desempeña un papel muy importante en la transmisión sexual del VIH especialmente entre los homosexuales²⁵.

Respecto a la infección por el VIH tampoco hay un registro a nivel nacional, pero en todas las comunidades que disponen de datos (Canarias, Ceuta, Navarra, La Rioja, País Vasco, Cataluña y Madrid)²⁶ se ha observado desde principios de los noventa un descenso en más de un 70% de los nuevos diagnósticos, de modo que España ha pasado de ser el país europeo con la tasa más alta de sida a situarse a nivel medio-bajo respecto a las nuevas infecciones por el VIH (tasas de 50 a 65 por millón). Esto se ha debido sobre todo al descenso en la transmisión del VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral y, en menor grado, entre hombres homosexuales, por lo que la transmisión heterosexual ha pasado a ser el primer mecanismo de conta-

gio, siendo responsable del 46 al 49% de las nuevas infecciones^{26,27} (fig. 3).

En este contexto, la proporción de infecciones por el VIH entre personas de otros países, según los registros de cuatro comunidades autónomas, aumentó desde el 25% en el año 2001 al 37% en 2004²⁶. No obstante, el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH entre personas extranjeras se mantuvo sin apenas cambios en este periodo y por debajo del de la población autóctona. Se ha visto que la prevalencia del VIH entre inmigrantes es similar a la de los españoles con el mismo factor de riesgo, excepto en personas de origen subsahariano y en varones latinoamericanos tanto hetero como homosexuales¹⁸. Un estudio realizado en una red de centros de diagnóstico del VIH en 18 ciudades españolas muestra que al menos el 33% de los inmigrantes adquiere la infección en España y, como está sucediendo en otros países europeos, la mayoría de los varones latinoamericanos se infectan por vía homosexual y los sudafricanos por vía heterosexual²⁸.

El mismo estudio indica que el riesgo de seroconversión en España es ya 8 veces mayor en personas subsaharianas y 2,7 veces mayor en personas de Europa del Este frente a la población española y de otros orígenes con la misma categoría de exposición²⁹.

En otros estados de la UE se está produciendo un ascenso en los diagnósticos de infección por el VIH debidos a casos de transmisión sexual en inmigrantes³⁰. En estos países el porcentaje de inmigrantes es mayor que en España y tiene mucho más peso la población sudafricana. Parece lógico pensar que esta situación no va a producirse en España a corto plazo, ya que de momento predomina la inmigración latinoamericana y norteafricana, en la que las tasas de prevalencia del VIH son incluso menores que las nuestras. Pero lo que sí es evidente es que en nuestro país la proporción de inmigrantes con riesgo de adquirir una ETS es superior a la de la población autóctona y que los grupos

más vulnerables entre ellos, a diferencia de lo que ocurre en otros países³¹ o con la infección por el VIH, no están claramente definidos. Para ello sería imprescindible promover la ampliación y mejora de la notificación de ETS a nivel nacional de modo que se incluyan datos que permitan identificar grupos de riesgo. Los dermatólogos ocupamos una posición inexcusable para hacerlo y proporcionar así la base adecuada para el conocimiento real de la situación y el desarrollo de las actividades preventivas pertinentes.

Conflicto de intereses

Declaro no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. WHO/CDS/EDC/2001. Global prevalence and incidence of selected curable Sexually Transmitted Infections. [consultado 29-04-2007]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
2. Fenton KA, Lowndes CM, the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI). Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80:255-63.
3. Lowndes CM, Fenton KA, the ESSTI (European Surveillance of STI) Network. Surveillance systems for STI in the European Union: Facing a changing epidemiology. *Sex Transm Infect.* 2004;80:264-71.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. Evolución en el periodo 1995-2005. Noviembre 2006: 1-6 [consultado 2-05-2007]. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/its.pdf>
5. Val Mayans M, Sanz Colomo B, Loureiro Varela E, Armengol Egea P. Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. *Med Clin (Barc).* 2004;122:18-20.
6. Menéndez B, Ballesteros J, Clavo P, Romero J. Aumento de la sífilis y de la infección gonocócica en varones homosexuales o bisexuales en Madrid. *Med Clin (Barc).* 2005;125:756.
7. Vall-Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. *Med Clin (Barc).* 2006;126:94-6.
8. Ashton M, Sopwith W, Clark P, McKelvey D, Lighton L, Mandal D. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sex Transm Infect.* 2003;79:291-3.
9. Stolte IG, Dukers NH, de Wit JB, Fennema JS, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual in Amsterdam in relation to HAART. *Sex Transm Infect.* 2001;77:184-6.
10. Inmigración en España [consultado 30-04-2007]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Inmigraci%C3%B3n_en_Espa%C3%B1a
11. Martín Martínez A, Álvarez Sánchez M, Reyes Suárez D. Características epidemiológicas de la sífilis congénita en Canarias. ¿Es necesario el cribado? *Progr Obst Ginecol.* 2007; 50:15-22.
12. Gutiérrez-Zufiarrue N, Sánchez-Hernández J, Muñoz S, Marín R, Delgado N, Sáenz MC, et al. Seroprevalence of antibodies against *Treponema pallidum*, *Toxoplasma gondii*, rubella virus, hepatitis B and C virus and HIV in pregnant women. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:512-6.
13. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16:211-7.
14. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sex Transm Infect.* 2005;81:294-302.
15. Ibarra V, Oteo JA. ¿Otra vez la sífilis? *Med Clin (Barc).* 2003; 120:295-6.
16. Servicio de vigilancia epidemiológica. Centro Nacional de epidemiología. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España: año 2005. Boletín Epidemiológico Semanal semana 38. 2006;14:193-204.
17. González C, Ortiz M, Canals J, Muñoz L, Jarrín I, de la Hera MG, et al. Higher prevalence of human papillomavirus infection in migrant women from Latin America in Spain. *Sex Transm Infect.* 2006;82:260-2.
18. The EPI-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Transm Infect.* 2002;78:250-4.
19. Vall M, Grupo de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Atención Primaria. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002;20:154-6.
20. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* 2004;18:177-83.
21. Belza MJ on behalf of the Spanish Group for the Unlinked Anonymous Survey of HIV seroprevalence in STD patients. Prevalence of HIV, HTLV-1 and HTLV-2 among female sex workers in Spain, 2000-2001. *Eur J Epidemiol.* 2004;19: 279-82.
22. Del Amo J, González C, Losana J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, et al. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sex Transm Infect.* 2005;81: 79-84.
23. Belza MJ, the EPI-VIH study group. Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sex Transm Infect.* 2005; 81:85-8.
24. Pyett PM, Warr DJ. Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk. *AIDS Care.* 1997; 9:539-47.
25. Belza MJ, Llacea A, Mora R, Castilla J, de la Fuente L, Cañellas S, 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; 14:330-7.
26. Castilla J, Sobrino P, Lorenzo JM, Moreno C, Izquierdo A, Lezaun ME, et al. Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29:13-25.

27. Romaguera A, Binefa G, Casabona J, García de Olalla P, Caylà J, Camps N, et al. Declaración de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Cataluña. Implementación y resultados. *Gac Sanit.* 2005;19:356-62.
28. Barrasa A, Grupo EPI-VIH. Mecanismos de transmisión y lugar probable de adquisición de la infección por el VIH en inmigrantes. *Gac Sanit.* 2005;19 Supl 1:22.
29. Sobrino P, Castilla J, Grupo EPI-VIH. Incidencia de seroconversiones al VIH en una cohorte de personas a riesgo 2000-2003. *Gac Sanit.* 2005;19 Supl 1:44.
30. Elford J, Anderson J, Butuku C, Ibrahim F. HIV in East London: ethnicity, gender and risk. *Design and Methods. BMC Public Health.* 2006;6:150 [consultado 2-05-2007]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/150>
31. Hughes G, Catchpole M, Rogers PA, Brady AR, Kihghorn G, Mercey D, et al. Comparison of risk factors for four sexually transmitted infections: results from a study of attendees at three genitourinary medicine clinics in England. *Sex Transm Infect.* 2000;76:262-7.