

Encuesta *on-line* europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)

Resultados en España

Encuesta *on-line* europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)

Resultados en España



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya



Centre d'Estudis Epidemiològics
sobre les Infeccions de Transmissió
Sexual i Sida de Catalunya



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



Funded by the



Financiación: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC); Centre de Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT); Department of Health for England; Regione del Veneto; Robert Koch Institute; Maastricht University.

En España se contó con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



Edita y Distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid

NIPO CD: 680-13-032-0

Depósito Legal: M-18293-2013

Imprime: Cia. Europea Digital Press, S.L.

El copyright y otros derechos de la propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para su uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Encuesta *on-line* europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS)

Resultados en España



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Equipo de trabajo:

Cinta Folch

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Institut català d'Oncologia (ICO), Agència Salut Pública de Catalunya (ASPC), Generalitat de Catalunya

Laia Ferrer

CEEISCAT – ICO - ASPC

Jordi Casabona

CEEISCAT – ICO - ASPC

Percy Fernández-Dávila

Stop Sida y CEEISCAT

Raúl Soriano

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Mercedes Díez

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Revisores:

Olivia Castillo

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Asunción Díaz

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología

B. Rodríguez Ortiz de Salazar

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Elena Andradas

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Agradecimientos:

A las organizaciones no gubernamentales que trabajan en prevención del VIH en HSH de España y a los Planes Autonómicos de SIDA por colaborar en la difusión del estudio.

Al portal de contactos gay Bakala y al Hotel Axel por su apoyo desinteresado en este proyecto.

A todos los hombres que participaron en la encuesta, por su generosa contribución.

Índice

Lista de figuras, gráficos y tablas	10
Glosario de siglas y términos	13
Resumen ejecutivo	15
I. Introducción	17
II. Método	21
1. Diseño	21
2. Reclutamiento	21
3. Instrumento	23
4. Análisis estadístico	24
III. Resultados	27
1. Reclutamiento	27
2. Características socio-demográficas	28
2.1. Región y tamaño del lugar de residencia	28
2.2. Género	30
2.3. Lugar de nacimiento	30
2.4. Edad	32
2.5. Nivel de estudios	32
2.6. Ocupación	33
2.7. Identidad sexual	33
2.8. Visibilidad de la identidad sexual	34
2.9. Convivencia	35
3. Discriminación y violencia homofóbica	35
3.1. Experiencia de actos de homofobia social en los últimos 12 meses según características socio-demográficas	36
4. Conductas sexuales según tipo de pareja	38
4.1. Pareja estable	38
4.1.1. Relación actual de pareja estable	38

4.1.2. Concordancia respecto al VIH de ambos miembros de la actual pareja estable	39
4.1.3. Relaciones sexuales con parejas estables masculinas (últimos 12 meses)	39
4.1.4. Conductas sexuales de riesgo con parejas estables masculinas (últimos 12 meses)	40
4.1.5. Penetración anal no protegida con la pareja estable según variables socio-demográficas (últimos 12 meses)	41
4.2. Parejas sexuales ocasionales	42
4.2.1. Relaciones sexuales con parejas ocasionales masculinas (últimos 12 meses)	43
4.2.2. Conductas sexuales de riesgo con parejas ocasionales masculinas (últimos 12 meses)	44
4.2.3. Penetración anal no protegida con parejas sexuales ocasionales según variables socio-demográficas (últimos 12 meses)	45
4.2.4. Conducta sexual con la última pareja ocasional	46
4.3. Relaciones sexuales a cambio de dinero	48
4.4. Uso del preservativo	48
5. Consumo de drogas	49
5.1. Consumo de alcohol y otras drogas	49
5.2. Percepción del consumo de alcohol y otras drogas	51
5.3. Uso de esteroides y/o drogas inyectables	51
5.4. Consumo de alcohol y otras drogas según variables socio-demográficas	52
6. Conocimientos	55
6.1. Conocimientos sobre el VIH/SIDA y la prueba del VIH	55
6.2. Conocimientos sobre la transmisión del VIH	57
6.3. Conocimientos sobre las ITS	59
6.4. Conocimientos sobre la PPE	61
6.5. Conocimiento general	63
6.6. Conocimientos sobre el VIH, la prueba del VIH, las ITS, y la PPE según variables socio-demográficas	64

7. Infecciones de transmisión sexual	65
7.1. Pruebas para la detección de ITS	65
7.2. Diagnóstico de las ITS	66
7.2.1. Diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas y otras variables	67
7.3. Vacunación contra la Hepatitis B	69
7.4. Uso y acceso a la PPE	69
8. Prueba del VIH y prevalencia de infección por el VIH	69
8.1. Tiempo y lugar de realización de la última prueba del VIH	70
8.2. Servicio de la prueba y consejo asistido	71
8.3. Prevalencia de infección por el VIH	71
8.3.1. Prevalencia autodeclarada del VIH según variables socio-demográficas	71
9. Infección por el VIH	73
9.1. Año y lugar del diagnóstico	73
9.2. Recuento de CD4 y nivel de carga viral	74
9.3. Tratamiento antirretroviral	74
IV. Limitaciones del estudio	77
V. Conclusiones	79
VI. Recomendaciones	83
VII. Bibliografía	87
Anexo: Definiciones	89

Lista de figuras, gráficos y tablas

Figura 1: Banner de promoción de la encuesta	22
Gráfico 1: Distribución de las fuentes de acceso a la Encuesta EMIS	27
Gráfico 2: Distribución de los participantes según CCAA de residencia (N=13.111)	28
Gráfico 3: Distribución de los participantes según su identidad sexual	34
Gráfico 4: Distribución de los participantes según la duración de la actual relación de pareja con un hombre y con una mujer	38
Gráfico 5: Distribución de los participantes según el estado serológico frente al VIH de ambos miembros de la pareja estable actual	39
Gráfico 6: Proporción de participantes que pagaron y fueron pagados por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses según la frecuencia	48
Gráfico 7: Proporción de participantes según conocimiento de ítems sobre el VIH y la prueba del VIH	57
Gráfico 8: Proporción de participantes según conocimiento de ítems referidos a la transmisión del VIH	59
Gráfico 9: Proporción de participantes según conocimiento sobre los ítems referidos a las ITS	61
Gráfico 10: Proporción de participantes según conocimiento sobre los ítems de la PPE	63
Gráfico 11: Proporción de participantes según conocimiento general sobre el VIH/SIDA/ITS/PPE	63
Tabla 1: Distribución de la población masculina entre 13 y 65 años, población HSH estimada, número de participantes y tasa de respuesta de EMIS por CCAA	29
Tabla 2: Distribución de los participantes según el tamaño del municipio de residencia	30
Tabla 3: Distribución de los participantes inmigrantes (N=2.933) según lugar de nacimiento y tiempo de residencia en España	31
Tabla 4: Distribución de los participantes según grupo de edad	32
Tabla 5: Distribución de los participantes según el nivel de estudios completado	32
Tabla 6: Distribución de los participantes según su ocupación actual	33

Tabla 7: Distribución de los participantes según las personas de su entorno que conocían su identidad sexual	34
Tabla 8: Distribución de los participantes según las personas con las que convivían	35
Tabla 9: Distribución de los participantes según experiencia de actos de homofobia social en los últimos 12 meses	36
Tabla 10: Proporción de participantes que sufrieron algún tipo de homofobia social en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas	37
Tabla 11: Distribución de los participantes según número de parejas estables masculinas con las que practicaron la penetración anal y número de veces que la realizaron en los últimos 12 meses	40
Tabla 12: Distribución de los participantes según prácticas sexuales de riesgo con sus parejas estables en los últimos 12 meses	41
Tabla 13: Proporción de participantes que practicaron la PANP con la pareja estable en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas	42
Tabla 14: Distribución de los participantes según el número de parejas sexuales ocasionales masculinas en los últimos 12 meses	43
Tabla 15: Distribución de los participantes según el tipo de prácticas sexuales realizadas con parejas ocasionales masculinas en los últimos 12 meses	44
Tabla 16: Distribución de los participantes según prácticas sexuales de riesgo con sus parejas ocasionales en los últimos 12 meses	45
Tabla 17: Proporción de participantes que practicaron la PANP con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas	46
Tabla 18: Distribución de los participantes según el lugar donde conocieron a su última pareja sexual ocasional de los últimos 12 meses, relación sexual previa con ésta y prácticas sexuales realizadas	47
Tabla 19: Distribución de los participantes según el acceso y uso de lubricante y del preservativo en los últimos 12 meses	49
Tabla 20: Distribución de los participantes según el consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses	50
Tabla 21: Distribución de los participantes según el número de drogas utilizadas al menos una vez en los últimos 12 meses	51
Tabla 22: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses según tamaño del municipio de residencia	52

Tabla 23: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses según edad	53
Tabla 24: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses según nivel educativo	54
Tabla 25: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses según ocupación	54
Tabla 26: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas alguna vez en los últimos 12 meses según orientación sexual	55
Tabla 27: Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y la prueba del VIH	56
Tabla 28: Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre la transmisión del VIH	57
Tabla 29: Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre las ITS	60
Tabla 30: Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la PPE	62
Tabla 31: Porcentaje de hombres que conocía el 100% de los ítems sobre el VIH/SIDA, la prueba del VIH, las ITS y la PPE según variables socio-demográficas	64
Tabla 32: Distribución de los participantes según la realización de pruebas para la detección de ITS en los últimos 12 meses	66
Tabla 33: Prevalencia autodeclarada de ITS diagnosticadas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses	67
Tabla 34: Proporción de participantes con algún diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses, según características socio-demográficas y otras variables	68
Tabla 35: Distribución de los participantes según el estatus de vacunación contra la Hepatitis B y su vulnerabilidad	69
Tabla 36: Distribución de los participantes según la realización de la prueba del VIH y el lugar donde se la realizaron	70
Tabla 37: Distribución de los participantes según características del servicio recibido en la última prueba del VIH	71
Tabla 38: Prevalencia autodeclarada de infección por el VIH según variables socio-demográficas	72
Tabla 39: Distribución de los participantes con el VIH según características relacionadas con su diagnóstico	73
Tabla 40: Distribución de los participantes con el VIH según el recuento de CD4 en el momento de su diagnóstico y el nivel de carga viral en la última determinación realizada	74
Tabla 41: Motivos por los que nunca recibió tratamiento antirretroviral	75

Glosario de siglas y términos

CCAA	Comunidades Autónomas
CD4	Cúmulo de Diferenciación 4, tipo de linfocito T, responsable de la respuesta inmunitaria frente al VIH
EMIS	European MSM Internet Survey
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
DE	Desviación estándar de la media
DG SANCO	Dirección General de Salud y Protección al Consumidor
IC	Intervalo de confianza
ITS	Infección de transmisión sexual
MSM	Men who have sex with men
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PANP	Penetración anal no protegida
PPE	Profilaxis post-exposición
RI	Rango Intercuartílico
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SINIVIH	Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
μl	Unidad de volumen equivalente a la millonésima parte de un litro. También equivale a 1 milímetro cúbico
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UE/AEE	Unión Europea/Área Económica Europea
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Resumen Ejecutivo

La Encuesta EMIS (European Men to Men Internet Survey) se llevó a cabo en 2010, a través de Internet, en 38 países de la Región Europea de la OMS. La encuesta, financiada por la DG SANCO de la Comisión Europea, utilizó una metodología común en todos los países, y en su ejecución colaboraron instituciones académicas, organismos gubernamentales y ONGs. El objetivo de EMIS fue investigar aspectos sobre sexualidad, conductas sexuales e ITS (incluyendo la infección por el VIH) en el colectivo de HSH.

En este informe se presentan los resultados del estudio EMIS en España, entre los que destacan los siguientes:

- En total, participaron 13.111 hombres, siendo las CCAA más representadas Madrid (26,1%) y Cataluña (24,5%).
- El perfil del participante fue el de un hombre español, de 33 años de edad, con nivel educativo alto, empleado y que se identificaba como gay u homosexual. No obstante, casi el 23% de los participantes era de origen extranjero, en su mayoría procedentes de Latinoamérica y Europa Occidental.
- Más del 40% de participantes dijo haber sufrido algún acto de violencia homofóbica, en los últimos 12 meses, principalmente intimidación o violencia verbal. Los HSH menores de 25 años refirieron con mayor frecuencia hechos de este tipo.
- El 27,4% de los encuestados declaró haber tenido más de 10 parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses. De los hombres que practicaron la penetración anal con alguna pareja ocasional, casi la mitad (45,3%) no utilizó el preservativo consistentemente con alguna de ellas.
- Tres cuartas partes de los hombres que practicaron la penetración anal con alguna pareja estable en los últimos 12 meses no usaron consistentemente el preservativo.
- De los participantes que refirieron penetración anal no protegida (PANP) con una pareja estable en el último año, un tercio (34,8%) la realizó con una pareja cuyo estado serológico respecto al VIH era diferente o desconocido. En el caso de las parejas ocasionales este porcentaje se elevó al 69,8%.
- El 20,1% de los encuestados refirió alguna PANP en los últimos 12 meses por no tener preservativos disponibles.
- Entre aquellos que refirieron alguna penetración anal de forma activa, el 57,9% utilizó la saliva como lubricante y el 42% no utilizó ningún tipo de lubricante. El 39,6% de los que usaron lubricante reportaron un uso inadecuado.

- Más del 50% de los participantes había consumido alguna vez alguna droga recreativa en los últimos 12 meses. Las drogas más usadas fueron el cannabis (30,1%), el popper (28,4%), la cocaína (18,7%) y el éxtasis (10,1%). La prevalencia del consumo de viagra o similares fue del 13,3%.
- El nivel de conocimientos sobre el VIH, sus formas de transmisión y la prueba de detección fue alto, mientras que se conocía menos la PPE y algunos aspectos referidos a otras ITS.
- El 26,2% de los encuestados manifestó no haberse realizado jamás la prueba del VIH y casi la mitad (44,4%) se había realizado el test en los últimos 12 meses. El 38,6% tuvo oportunidad de hablar sobre sexualidad en la última prueba del VIH realizada.
- La prevalencia autodeclarada del VIH entre los que se habían realizado la prueba de detección alguna vez en la vida fue del 12%.
- Entre los hombres infectados con el VIH, el 37,2% tuvo un diagnóstico tardío (menos de 350 células CD4/ μ l) y casi el 70% presentó carga viral indetectable en su último control médico.
- Las prevalencia de la gonorrea y la sífilis en los últimos 12 meses fue del 3,9% y 3,8% respectivamente. Después del VIH estas fueron las ITS más frecuentes, seguidas de las verrugas ano/genitales cuya prevalencia fue del 3,3%.

I. Introducción

La infección por el virus del VIH es un problema de salud pública importante en Europa. En el año 2010 la tasa global de incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en la región europea de la OMS fue de 137 por millón de habitantes, y durante el periodo 2004- 2010 esta tasa se incrementó en un 18% en los países que notificaron regularmente. En los países europeos, las infecciones por el VIH se concentran en un pequeño número de subpoblaciones, en particular los usuarios de drogas inyectables (UDI), los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y ciertas poblaciones de inmigrantes (ECDC, 2011).

En el conjunto de la Unión Europea la tasa de nuevos diagnósticos del VIH en 2010 fue de 57 casos por millón y las relaciones sexuales entre hombres supusieron el modo predominante de adquisición de la infección, seguidas por la transmisión heterosexual. Durante el periodo 2004-2010 la tasa global de nuevos diagnósticos se mantuvo estable, pero al desglosar por categorías de transmisión se observa que las tasas descienden en todos los grupos excepto en los HSH, entre los que aumentan.

En España la incidencia notificada de nuevos diagnósticos del VIH en 2010 fue de 88,5 por millón. En cuanto a la evolución temporal la situación es igual a la del conjunto de la UE: las tasas entre HSH aumentan mientras que descienden en las otras categorías, y como resultado de todo ello las tasas globales se mantienen estables (ECDC, 2011).

Toda la información epidemiológica disponible en los últimos años subraya la enorme vulnerabilidad del colectivo HSH en nuestro país. En 2010, los HSH representaron el 46,1% del total de nuevos diagnósticos del VIH notificados al SINIVIH y el 56% de los realizados en hombres. Asimismo, los datos del estudio EPI-VIH, integrado por 20 centros específicos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, muestran que la prevalencia del VIH entre HSH vistos por primera vez en la red ha aumentado en los últimos años, como también lo ha hecho la incidencia entre los HSH que acudieron más de una vez a estos centros (EPI-VIH Study Group, 2011). Por otra parte, desde hace ya una década, en toda Europa occidental, incluyendo España, se constata el incremento de otras ITS en este colectivo, así como la aparición de brotes de ITS antes poco comunes como el linfogranuloma venéreo o la hepatitis C (Tortajada et al., 2009; Vall Mayans et al., 2008; Montoya-Ferrer et al. 2011).

En cuanto a la información epidemiológica sobre conductas sexuales disponible en HSH, hay que señalar que, dada la imposibilidad de definir un marco muestral apropiado, la mayoría de estudios al respecto utilizan

muestras oportunistas, muchas veces reclutadas en saunas, bares, etc. En cualquier caso, estos estudios muestran un incremento en la proporción de HSH que declaran tener relaciones sexuales de riesgo en los últimos años, tanto con parejas ocasionales como con la pareja estable (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009; Folch et al., 2005; Folch et al., 2006).

En la última década, Internet se ha evidenciado como un método económico y rápido para reclutar a HSH, por lo que su uso para la investigación se ha ido incrementando a lo largo de los años (Fernández et. al., 2004; Chiasson et al., 2006). Aunque en España se han llevado a cabo previamente algunos estudios a través de Internet dirigidos a HSH (Cuidate.info, InterSex2006 y Sexhom; Stop Sida, 2007; Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009; CEEISCAT y Stop Sida, 2008), ninguno de ellos ha sido de alcance estatal.

La Encuesta Europea por Internet para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (European MSM Internet Survey (EMIS)) forma parte de un proyecto multicéntrico, financiado por la Comisión Europea (UE-Programa de Salud 2008-2013), en el que participaron más de 180.000 hombres de 38 países europeos: Alemania, Austria, Bosnia y Herzegovina, Bélgica, Bielorrusia, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Latvia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía, Serbia, Suiza, Rusia, Suecia, Turquía, Ucrania. Las organizaciones participantes en el estudio incluyen organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y centros académicos.

El objetivo principal del EMIS fue describir las conductas de riesgo de los HSH para el VIH y otras ITS, dentro del marco de la vigilancia del VIH de segunda generación. Los objetivos secundarios fueron transferir conocimiento respecto a las encuestas por Internet en HSH a los países con menos experiencia, y generar un conjunto de datos para países pequeños con dificultades para conducir encuestas nacionales por Internet. La información generada será clave para el desarrollo de intervenciones preventivas específicas, mediante la identificación de subgrupos de HSH especialmente vulnerables al VIH y otras ITS.

En España, los centros y organismos participantes fueron el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/VIH/SIDA de Catalunya (CEEISCAT), como centro asociado al proyecto y, la ONG Stop Sida, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III como centros colaboradores. En el contexto español la encuesta se planteó como un estudio de ámbito nacional, con participación de HSH de todas las Comunidades Autónomas (CCAA). Los resultados del estudio aportarán información valiosa para

la planificación de intervenciones de prevención al identificar necesidades comúnmente no atendidas en los HSH en general y en subgrupos de HSH con mayor vulnerabilidad.

El presente informe describe la metodología y los resultados más importantes del estudio EMIS en España.

II. Método

1. Diseño

El estudio EMIS se diseñó como una encuesta *on-line* para recoger datos auto-declarados de HSH en los 38 países europeos participantes. La encuesta estuvo disponible en 25 idiomas diferentes. Se trata del primer estudio sobre sexualidad, conducta homosexual e ITS en HSH de ámbito paneuropeo, y la utilización de una metodología común facilitará las comparaciones entre países.

2. Reclutamiento

Los criterios de inclusión fueron que los hombres participantes vivieran en un país europeo, en nuestro caso España, que tuvieran la edad mínima para el consentimiento de relaciones sexuales (en España, 13 años), que se sintieran atraídos sexualmente por hombres y/o que tuvieran relaciones sexuales con hombres, que hubieran indicado entender la naturaleza y el propósito del estudio y, finalmente, que hubieran dado su consentimiento para participar en él.

La recogida de datos se llevó a cabo entre el 4 de junio y el 31 de agosto del 2010 a través de los principales portales de contacto nacionales e internacionales existentes en Internet orientados al público gay. Para ello se hizo un mapeo de los portales gay más utilizados en España (chats, página de contactos, etc.). De todos los portales gais identificados, cuatro de ellos fueron seleccionados como colaboradores atendiendo a la diversidad del público HSH que los visita: ManHunt, Chueca, Gayromeo y Bakala. Otras webs quedaron finalmente descartadas debido a que no accedieron a colaborar en la promoción de la encuesta.

Para garantizar la difusión a gran escala de los *banners* de la encuesta (Figura 1), la organización central del proyecto negoció con los administradores de los portales internacionales paneuropeos (Gayromeo y ManHunt). En España se negoció con los portales Chueca y Bakala. Además de los *banners* “alojados” en cada portal, Gayromeo y ManHunt enviaron mensajes instantáneos a todos sus usuarios invitándoles a participar en la encuesta. Esta estrategia fue la que más éxito de captación tuvo, pues fue la vía por la que accedieron al cuestionario la mayor parte de los participantes.

Figura 1: Banner de promoción de la encuesta



Aparte de la difusión *on-line*, para dar a conocer la encuesta, se distribuyeron por todo el Estado español un total de 500 pósters y 10.000 tarjetas promocionales. El criterio de distribución de estos materiales fue el de concentración de HSH por CCAA. Teniendo en cuenta que no se dispone de ningún censo de HSH, se recurrió a la estimación de 3,9% de HSH de la población masculina en el conjunto del Estado que hizo la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales en 2003 (Instituto Nacional de Estadística, 2007) y sobre este indicador se hizo una estimación proporcional al tamaño poblacional de cada CCAA.

La difusión de la encuesta contó con el soporte y apoyo de los Planes de Sida Autonómicos, la *Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB)*, la Coordinadora Gay-Lesbiana y otras ONGs. A todas estas instituciones y organizaciones se les pidió que colocaran el *banner* de la encuesta en su página web institucional y que colaboraran en la distribución del material impreso en lugares de ocio homosexual.

Para identificar la procedencia de la fuente por la cual los encuestados accedieron al cuestionario, se asignaron direcciones web diferenciadas que enlazaban con la página donde estaba alojada la encuesta (www-emis-survey.eu). Cada una de las direcciones fue construida a partir de una única dirección, a la cual se agregaba un código al final.

Durante la recogida de datos, y su monitorización, se hizo un mayor esfuerzo para estimular la participación en aquellas CCAA con baja tasa de respuesta, para lo que se solicitó una mayor promoción de la encuesta a los Planes Autonómicos y ONGs de estos territorios, y se enviaron mensajes instantáneos a los usuarios a través de los portales colaboradores.

3. Instrumento

El instrumento de recogida de información en el estudio EMIS fue un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas y alternativas múltiples. Este incluyó preguntas dirigidas a obtener 15 indicadores básicos para la monitorización de las conductas en HSH sugeridos por el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC) (ECDC, 2009):

- a. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.
- b. Uso del preservativo en la última penetración anal, diferenciado según tipo de pareja (estable/ocasional).
- c. Realización de la prueba del VIH (alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses), año y resultado de la última prueba.
- d. Intercambio de dinero por mantener relaciones sexuales en los últimos 12 meses.
- e. Nivel de educación (de acuerdo a la Clasificación Internacional Estándar de la Educación), nacionalidad/origen, orientación sexual (medida según la clasificación Kinsey modificada).
- f. Conocimientos sobre las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y el rechazo de ideas o creencias equivocadas.
- g. Edad de la primera relación sexual.
- h. Diagnóstico reciente de ITS.
- i. Uso del preservativo con diferentes tipos de parejas.
- j. Exposición a riesgo de infección del VIH/ITS (en los últimos 12 meses).
- k. Última vez que se ha realizado la prueba de la hepatitis C y resultado.
- l. Consumo de drogas, y tipos de drogas que se consumen.
- m. Proporción de hombres infectados con el VIH en tratamiento antirretroviral.
- n. Nivel de carga viral (detectable o indetectable) en el último control.
- o. Recuento de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico.

Además, EMIS incluyó cuestiones sobre otros aspectos que se consideraron necesarios para la planificación de programas de prevención, incluidos los relativos a la política sanitaria respecto al VIH/ITS y las intervenciones estructurales:

1. Conocimientos sobre transmisión del VIH, riesgos, uso seguro del preservativo y PPE.
2. Uso recreativo de drogas y problemas relacionados con su consumo.
3. Barreras percibidas para la aplicación temprana del tratamiento antirretroviral.
4. Discriminación relacionada con el VIH.

5. Violencia anti-gay/homofobia.
6. Acceso a preservativos.
7. Acceso a las pruebas del VIH y otras ITS.
8. Lugares de realización de las pruebas del VIH y otras ITS, y atención recibida de los servicios dirigidos a los HSH.
9. Relaciones sociales y sentimientos de soledad.

En el cuestionario, las preguntas sobre conductas se refirieron principalmente a la última ocasión en que tuvieron lugar, con las siguientes categorías de respuesta: a) últimas 24 horas, b) últimos 7 días, c) últimas 4 semanas, d) últimos 6 meses, e) últimos 12 meses, f) últimos 5 años y g) hace más de 5 años.

En el análisis de datos, el período de referencia de las prevalencias fue el de los últimos 12 meses. Por ejemplo, para el cálculo de la prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses, se tuvo en cuenta el número de participantes que refirieron haberlas consumido al menos en una ocasión durante ese periodo, independientemente de la frecuencia del consumo.

En el Anexo se presenta una lista de definiciones de algunas categorías y conceptos.

Antes de implementar la encuesta, el cuestionario fue evaluado mediante una prueba piloto con el fin de analizar su adecuación y funcionamiento en condiciones reales. Además, la versión final fue evaluada por expertos del ECDC para detectar inconsistencias.

El tiempo promedio que resultó necesario para completar el cuestionario fue de 20 minutos.

4. Análisis estadístico

Una vez terminada la recogida de datos, se procedió a la depuración de la base de datos, eliminando los casos con discrepancias o incongruencias en las respuestas.

Los valores perdidos (*missing*) no se incluyeron en el análisis de las variables correspondientes, a menos que para mejorar la interpretación de los datos se considerase necesario incluirlos como una categoría más. Por este motivo el total de la muestra analizada varía, aún en aquellas preguntas que deberían haber sido respondidas por el total de participantes.

Los datos fueron analizados utilizando el SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versión 17. Se utilizaron estadísticos descriptivos e inferenciales para estimar parámetros de interés y evaluar la relación entre las variables de estudio:

- Para el análisis descriptivo, se utilizaron tablas de frecuencias a efectos de

determinar proporciones para las variables cualitativas, mientras que para las cuantitativas se calcularon medidas de centralización y dispersión.

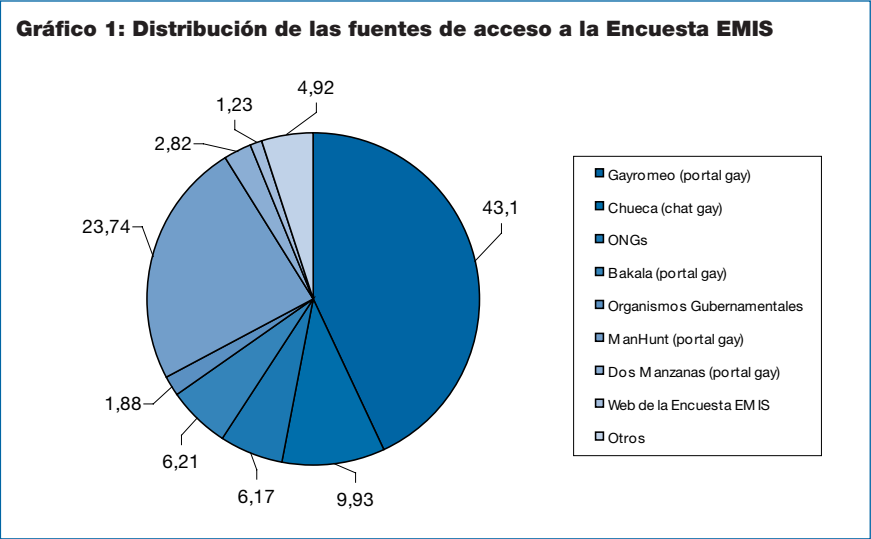
- Para el análisis inferencial, se utilizaron el test de asociación de Chi-Cuadrado (χ^2) o el test exacto de Fischer para analizar el grado de dependencia o asociación entre algunas variables cualitativas con respecto a una variable principal.
- Para reducir múltiples categorías de una misma variable, como en el caso del consumo de drogas, se utilizó el análisis factorial.

Por lo que se refiere a los análisis inferenciales, se consideró un nivel de significación $<0,05$ o $p<0,001$. A efectos de interpretación de este informe, aparecerá una llamada a pie de tabla cuando exista una diferencia estadísticamente significativa entre categorías.

III. Resultados

1. Reclutamiento

Las principales fuentes de reclutamiento en España fueron los portales de contacto dirigidos al público gay, que representaron el 83% del total. Destacaron los portales Gayromeo y ManHunt mediante los que se captaron un alto número de participantes a través del envío de mensajes instantáneos a los perfiles de sus usuarios (Gráfico 1).



En total, 30.699 personas accedieron a la encuesta y leyeron la pantalla introductoria, de las que 9.946 (32,4%) desistieron de participar. Del total de 20.753 hombres que comenzaron a hacer la encuesta, la completaron 13.753 (66,3%).

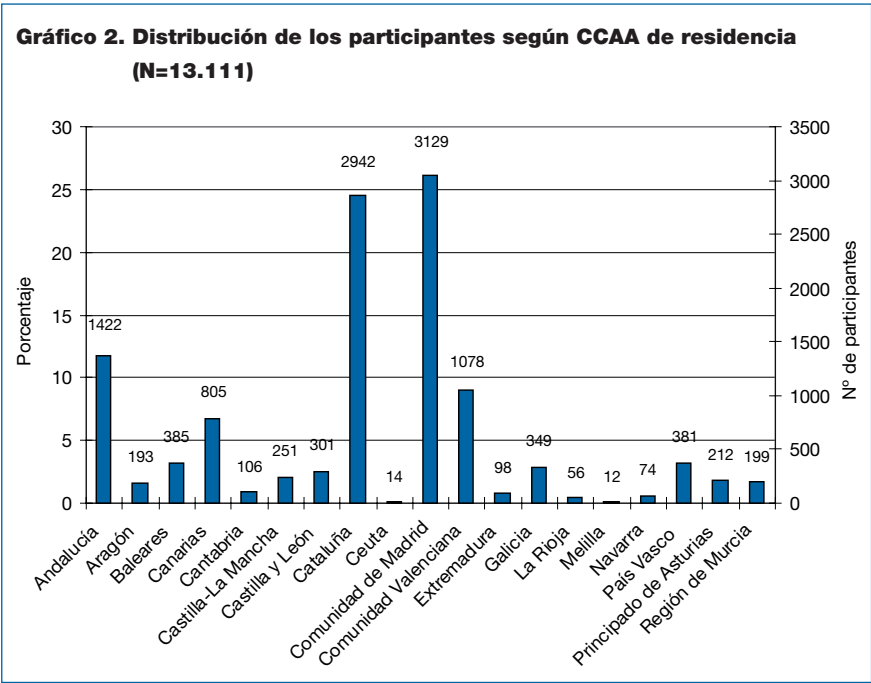
El total de cuestionarios completados por los HSH residentes en España y que reunían los criterios de inclusión fue de 13.730. Tras la depuración de la base de datos, el número de encuestas válidas incluidas en el análisis fue de 13.111.

2. Características socio-demográficas

En este capítulo se describe la muestra de 13.111 participantes del estudio EMIS en España desagregada según las siguientes características: región y tamaño del lugar de residencia, género, lugar de nacimiento, edad, nivel de estudios, ocupación, identidad sexual, visibilidad de la identidad sexual y convivencia.

2.1. Región y tamaño del lugar de residencia

Las CCAA en las que residía un mayor número de encuestados fueron Madrid con 3.129 participantes (26,1% de los que respondieron a esta pregunta) y Cataluña con 2.942 (24,5%), mientras que las comunidades con menor número fueron Ceuta, Melilla (0,1% en ambos casos) y La Rioja (0,5%). Un total de 1.104 hombres no refirieron su CCAA de residencia (Tabla 1 y Gráfico 2).



Para el cálculo de las tasas de respuesta, global y por CCAA, se tomó como referencia la población masculina correspondiente entre 13 y 65 años y el número estimado de HSH. Las CCAA con una mayor tasa de respuesta fueron: Madrid, Cataluña, Canarias e Islas Baleares (Tabla1).

Tabla 1. Distribución de la población masculina entre 13 y 65 años, población HSH estimada, número de participantes y tasa de respuesta de EMIS por CCAA

Comunidades autónomas	Población masculina de 13-65 años ¹	Población de HSH (3,9%) ²	Número de participantes en EMIS	Tasa de respuesta
Andalucía	3.034.638	118.351	1.422	1,20
Aragón	482.429	18.815	193	1,03
Asturias (Principado de)	378.065	14.744	212	1,44
Balears (Illes)	416.649	16.249	385	2,37
Canarias	802.639	31.303	805	2,57
Cantabria	212.154	8.274	106	1,28
Castilla y León	897.327	34.996	301	0,86
Castilla - La Mancha	762.002	29.718	251	0,84
Cataluña	2.714.146	105.852	2.942	2,78
Comunitat Valenciana	1.851.888	72.224	1.078	1,49
Extremadura	394.070	15.369	98	0,64
Galicia	964.161	37.602	349	0,93
Madrid (Comunidad de)	2.319.755	90.470	3.129	3,46
Murcia (Región de)	540.876	21.094	199	0,94
Navarra (Comunidad Foral de)	230.143	8.975	74	0,82
País Vasco	771.231	30.078	381	1,27
Rioja (La)	117.007	4.563	56	1,23
Ciudad autónoma de Ceuta	30.358	1.184	14	1,18
Ciudad autónoma de Melilla	28.293	1.103	12	1,09
Sin información **	-	-	1.104	-
Total	16.947.831	660.964	13.111	1,98

¹ Según el Padrón Municipal del INE (2010)

² Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (INE, 2007)

** Un total de 1.104 participantes no aportaron información sobre su comunidad autónoma de residencia

De acuerdo al tamaño del municipio de residencia de los participantes, se encontró que el 38,9% vivía en una ciudad con más de un millón de habitantes, mientras que sólo un 8,4% vivía en un municipio de menos de 10.000 habitantes (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de los participantes según el tamaño del municipio de residencia

	n*	%
Más de un millón de habitantes	4.921	38,9
Entre 500.000-999.999 habitantes	1.577	12,5
Entre 100.000-499.999 habitantes	2.944	23,3
Entre 10.000-99.999 habitantes	2.137	16,9
Menos de 10.000 habitantes	1.063	8,4
Total	12.642	100

* Un total de 669 participantes no aportaron información sobre el tamaño del municipio de residencia

2.2. Género

Casi todos los participantes se definieron como hombres (99,8%), y el resto (0,2%) se identificó como transexual (n=25).

2.3. Lugar de nacimiento

En total, nacieron en España 9.928 participantes (77,2% de los que contestaron esta pregunta), y el resto eran de origen extranjero residentes en territorio español. De los inmigrantes (ver definición en Anexo), la mayor parte fueron de origen latinoamericano (53,5%), o de otros países de Europa Occidental (35,8%). En el caso de los latinoamericanos, la mayor parte procedía de Venezuela (14,9%), Argentina (14,3%), Colombia (14%), México (13,7%) y Brasil (11,7%). Entre los nacidos en Europa Occidental, los países de procedencia más frecuentes fueron: Alemania (22,2%), Italia (18%), Francia (13,9%), Inglaterra (13,4%) y Portugal (7,5%) (Tabla 3).

La gran mayoría de los inmigrantes encuestados llevaba viviendo más de 3 años en España (75,2%), con una mediana de estancia de 7 años (Tabla 3), y el 62,2% contestó la encuesta en castellano, mientras que el resto lo hizo en otro idioma (principalmente inglés, alemán, portugués, italiano o francés).

Tabla 3: Distribución de los participantes inmigrantes (N=2.933) según lugar de nacimiento y tiempo de residencia en España.

	n	%
Región de nacimiento (n=2.869)		
Europa Occidental	1.029	35,8
Europa Central	106	3,7
Europa del Este	38	1,3
Norte América (EEUU y Canadá)	75	2,6
América Latina y El Caribe	1.536	53,5
Mediterráneo Oriental (Argelia, Marruecos y otros países)	30	1,0
Pacífico Occidental (Australia, Nueva Zelanda y otros países)	29	1,0
Otras regiones de la OMS	26	0,9
País de nacimiento en América Latina (n=1.536)		
Argentina	220	14,3
Bolivia	17	1,1
Brasil	180	11,7
Chile	53	3,5
Colombia	210	13,7
Cuba	107	7,0
Ecuador	59	3,8
México	198	12,9
Perú	102	6,6
República Dominicana	33	2,1
Uruguay	42	2,7
Venezuela	229	14,9
Otros	86	5,7
País de nacimiento en Europa Occidental (n=1.029)		
Alemania	230	22,4
Austria	18	1,7
Bélgica	35	3,4
Escócia	23	2,2
Francia	143	13,9
Holanda	50	4,9
Inglaterra	138	13,4
Italia	185	18,0
Portugal	77	7,5
Suiza	46	4,5
Otros	84	8,1
Tiempo de residencia en España (n=2.909)		
Menos de 1 año	261	9,0
1 – 2 años	461	15,8
3 – 5 años	728	25,0
6 – 10 años	794	27,3
Más de 10 años	665	22,9

2.4. Edad

La edad de los participantes se distribuyó entre los 14 y 79 años, siendo la edad promedio de 33,1 años (DE: 10,1) y la mediana de 32 años (RI: 25-40). El grupo de edad mayoritario fue el de hombres entre 20 y 29 años (37,6%) (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución de los participantes según grupo de edad		
	n	%
< 19 años	638	4,9
20 - 29 años	4.941	37,6
30 - 39 años	4.108	31,3
40 - 49 años	2.553	19,5
50 - 59 años	667	5,1
60 - 69 años	192	1,5
70 - 79 años	12	0,1
Total	13.111	100

2.5. Nivel de estudios

La mayoría de los encuestados declaró tener un alto nivel educativo (ver definición en Anexo): el 40,9% tenía estudios universitarios y el 17,7% estudios de postgrado; un 9% tenía estudios primarios o no los había completado (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de los participantes según el nivel de estudios completado		
	n	%
Sin estudios o estudios primarios incompletos	103	0,8
Primarios (EGB, ESO)	1.066	8,2
Técnico (Formación profesional de grado medio o superior)	2.027	15,6
Secundarios (Bachiller, BUP, COU, LOGSE)	2.185	16,8
Universitarios (Diplomatura, Licenciatura, Grado)	5.328	40,9
Estudios de Postgrado	2.304	17,7
Total	13.013	100

* Un total de 98 participantes no aportaron información sobre el nivel de estudios

2.6. Ocupación

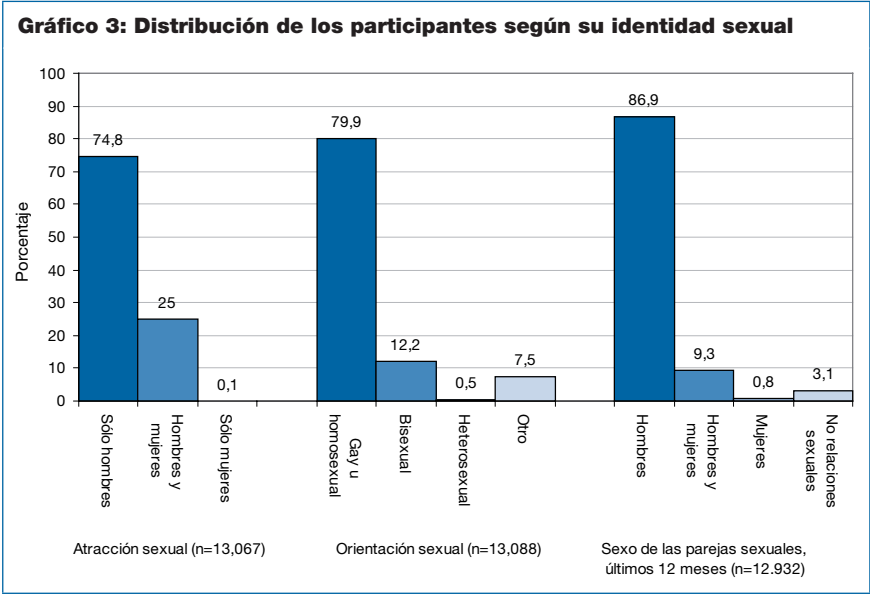
Respecto a la ocupación (ver definición en Anexo) declarada por los encuestados en el momento de la encuesta, se observó que más de la mitad (54%) se encontraban empleados (a jornada completa o parcial), el 17,6% eran estudiantes y el 10,7% estaban desempleados (Tabla 6).

Tabla 6: Distribución de los participantes según su ocupación actual		
	n	%
Empleado a jornada completa	6.300	48,4
Empleado a media jornada	733	5,6
Autónomo	1.576	12,1
Estudiante	2.296	17,6
Retirado	168	1,3
Baja laboral por enfermedad crónica (incapacidad permanente)	131	1,0
Desempleado	1.400	10,7
Otras situaciones	407	3,1
Total	13.011	100
* Un total de 100 participantes no aportaron información sobre la ocupación		

2.7. Identidad sexual

En el estudio EMIS, la identidad sexual se analizó a partir de preguntas relacionadas con tres de sus componentes: la atracción sexual, la orientación sexual y la conducta sexual según el sexo de las parejas sexuales.

La mayor parte de los encuestados señalaron sentirse atraídos sexualmente sólo por hombres (74,8%) y la gran mayoría se definió como gay u homosexual (79,9%). Respecto al sexo de sus parejas sexuales en los últimos 12 meses, la gran mayoría fueron sólo hombres (86,7%) (Gráfico 3).



2.8. Visibilidad de la identidad sexual

La mayoría de los participantes (65,3%) señaló que más de la mitad o todas las personas que los conocían, sabían que ellos se sentían atraídos por hombres.

Tabla 7: Distribución de los participantes según las personas de su entorno que conocían su identidad sexual

	n*	%
Todos o casi todos	5.883	45,1
Más de la mitad	2.633	20,2
Menos de la mitad	1.416	10,9
Pocos	2.175	16,7
Ninguno	933	7,2
Total	13.040	100

* Un total de 71 participantes no contestaron esta pregunta

2.9. Convivencia

Al explorar con qué personas vivían los encuestados, se observó que generalmente vivían con sus padres o solos (en torno al 30% en ambas categorías). Los que vivían con una pareja masculina fueron el 17,5%, y con una pareja femenina el 3,3% (Tabla 8).

Tabla 8: Distribución de los participantes según las personas con las que convivían		
	n*	%
Pareja masculina	2.292	17,5
Pareja femenina	426	3,3
Hijo(s)	272	2,1
Amigos	1.749	13,4
Padres	3.858	29,5
Otros familiares	1.240	9,5
Otros	861	6,6
Vive solo	3.767	28,8
* Categorías no mutuamente excluyentes		

3. Discriminación y violencia homofóbica

La homofobia social (ver definición en Anexo) fue evaluada en la encuesta EMIS a través de tres situaciones de violencia:

- Sentirse intimidado por alguien que sabía (o creía saber) que el participante se sentía atraído por hombres.
- Recibir insultos verbales directamente, por parte de alguien que sabía (o creía saber) que el participante se sentía atraído por hombres.
- Recibir un puñetazo, ser atacado, recibir una patada o golpes por parte de alguien que sabía (o creía saber) que el participante se sentía atraído por hombres.

Casi el 60% de los hombres no sufrió ningún tipo de acto de homofobia social en los últimos 12 meses. Los que la sufrieron refirieron sobre todo haberse sentido intimidados (18,8%), o bien haber sido intimidados y sufrido violencia verbal (12,6%) (Tabla 9).

Tabla 9: Distribución de los participantes según experiencia de actos de homofobia social en los últimos 12 meses

	n*	%
Intimidación	2.433	18,8
Violencia verbal (insultos)	980	7,6
Intimidación y violencia verbal	1.627	12,6
Violencia física (patadas, puñetazos)	17	0,1
Intimidación y violencia física	12	0,1
Violencia verbal y física	65	0,5
Todas las formas de homofobia social	170	1,3
Ninguna forma de homofobia social	7.628	59,0
TOTAL	12.932	100

* Un total de 179 participantes no aportaron información sobre la experiencia de actos de homofobia social

3.1. Experiencia de actos de homofobia social en los últimos 12 meses según características socio-demográficas

Al analizar la experiencia de actos de homofobia social según las distintas variables socio-demográficas se encontraron diferencias significativas según tamaño de la ciudad de residencia, edad, nivel de educación, ocupación y orientación sexual (Tabla 10).

El perfil de los HSH con mayor probabilidad de haber sido víctima de algún acto de homofobia social en los últimos 12 meses es el siguiente:

- residencia en una ciudad pequeña o zona rural
- edad menor de 25 años
- nivel educativo bajo y medio
- ocupación diferente a estar empleado o desempleado (estudiante, retirado, baja laboral, otras)
- orientación bisexual u otra

Tabla 10: Proporción de participantes que sufrieron algún tipo de homofobia social en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas

	n	%
Tamaño de la ciudad ¹ (n=12.473)		
Más de 500.000 hab.	2.532	39,5
100.000 – 499.999 hab.	1.227	42,2
Menos de 100.000 hab.	1.388	44,0
Origen (n=12.685)		
Español	4.024	41,1
Extranjero	1.184	40,9
Edad ¹ (n=12.932)		
<25 años	1.757	59,8
25 - 39 años	2.726	39,0
Más de 40 años	821	27,3
Nivel educativo ² (n=12.910)		
Bajo	487	42,1
Medio	1.780	42,6
Alto	3.032	40,0
Ocupación ¹ (n=12.907)		
Empleado	3.148	36,9
Desempleado	585	42,2
Otro	1.565	52,4
Orientación sexual ¹ (n=12.911)		
Gay u homosexual	4.139	40,1
Bisexual	695	44,8
Otro	460	44,7

¹p<0,001; ²p<0,05

4. Conductas sexuales según tipo de pareja

En este capítulo se describen los principales hallazgos sobre la experiencia y la conducta sexual, el sexo por dinero y el acceso y el uso del preservativo. La descripción de las conductas sexuales se presenta según el tipo de pareja sexual: estable u ocasional; en este último caso, se ha analizado, además, la conducta con la última pareja ocasional.

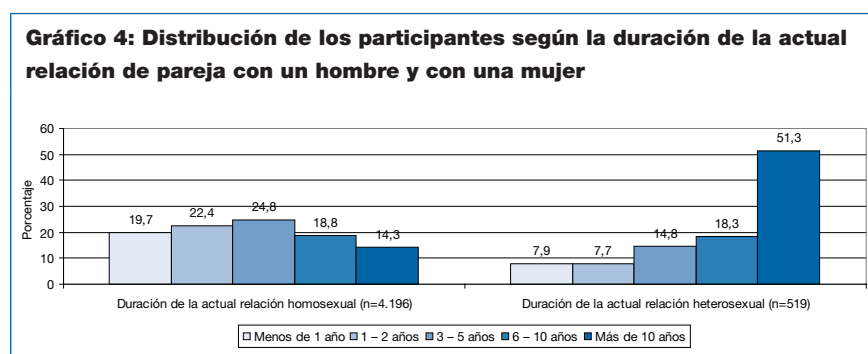
4.1 Pareja estable

EMIS definió como ‘pareja estable masculina’ al hombre al cual se consideraba novio o marido, y no a aquellos que se consideraban simplemente como contactos sexuales ocasionales.

4.1.1. Relación actual de pareja estable

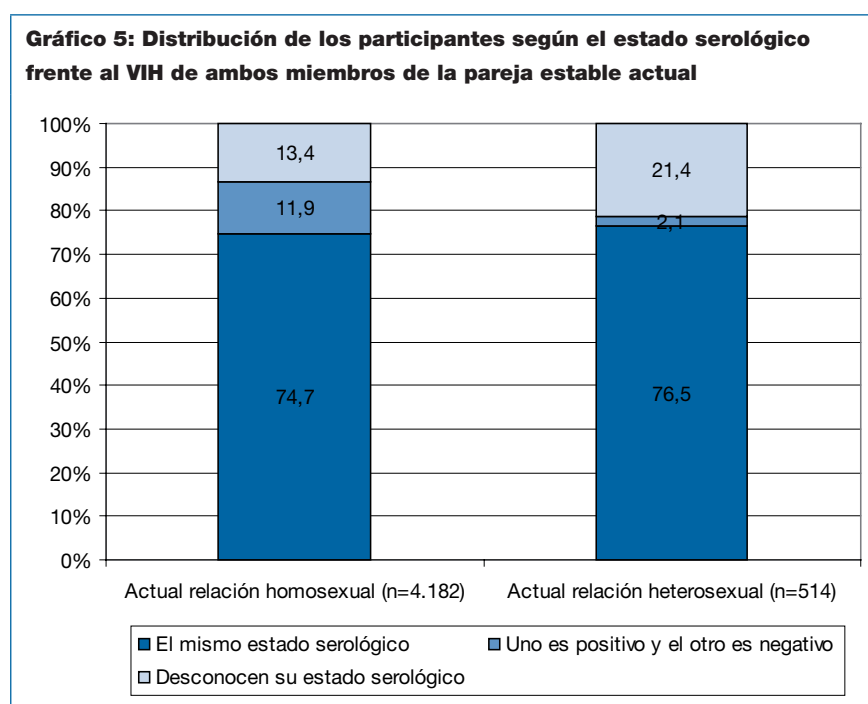
De los 13.076 hombres que contestaron a la pregunta sobre la relación actual de pareja estable, 36% manifestaron tener una pareja estable con uno o más hombres o mujeres en el momento de la encuesta. Entre los 4.204 hombres con una actual pareja estable masculina (32,2%), el 4,7% declaró tener más de una pareja al mismo tiempo. Entre los 521 hombres con una actual pareja estable femenina (4%), el porcentaje de relaciones concurrentes (ver definición en Anexo) fue del 2,9%.

La mayoría (57,9%) de los hombres con pareja estable masculina llevaba más de 3 años de relación con su pareja. Sólo el 19,7% tenía una relación de menos de un año. Entre los hombres con pareja estable femenina, el 51,3% llevaba más de 10 años de relación con su pareja (Gráfico 4).



4.1.2. Concordancia respecto al VIH de ambos miembros de la actual pareja estable

De los hombres con una relación actual de pareja estable masculina y que contestaron a la pregunta sobre el estado serológico frente al VIH de los miembros de la pareja (n=4.182), el 11,9% tenía una pareja serodiscordante (ver definición en Anexo). Entre los que tenían una relación estable heterosexual (n=514), el porcentaje de parejas serodiscordantes fue del 2,1%. La proporción de los que no sabían su estado serológico y/o el de su pareja fue mayor entre los que tenían una relación estable heterosexual que entre los que tenían una relación homosexual, 21,4% frente a 13,4% (Gráfico 5).



4.1.3. Relaciones sexuales con parejas estables masculinas (últimos 12 meses)

De los 6.482 hombres que tuvieron alguna pareja estable masculina en el último año (49,4% del total), independientemente de si esta relación se mantenía o no en la actualidad, el 21,8% declaró haber tenido dos o más parejas distintas.

Entre los hombres con pareja estable masculina en el último año, el 94% practicó alguna vez la penetración anal (ver definición en Anexo) con ella. De estos, el 71,8% lo hizo más de 11 veces en un año (Tabla 11).

Tabla 11: Distribución de los participantes según número de parejas estables masculinas con las que practicaron la penetración anal y número de veces que la realizaron en los últimos 12 meses		
	n	%
Número de parejas estables masculinas con las que habían practicado la penetración anal (n=6.475) ¹		
Ninguna	386	6,0
1	4.797	74,1
2	733	11,3
3	223	3,4
4	81	1,3
5 o más	255	3,9
Número de veces que habían practicado la penetración anal con una pareja estable (n=5.926) ²		
1 – 2 veces	472	8,0
3 – 10 veces	1.195	20,2
11 – 50 veces	2.183	36,8
Más de 50 veces	2.076	35,0
¹ Un total de 7 participantes no aportaron información sobre la penetración anal		
² Un total de 163 participantes no aportaron información sobre el número de parejas estables con las que realizaron la penetración anal		

4.1.4. Conductas sexuales de riesgo con parejas estables masculinas (últimos 12 meses)

Entre los 6.089 hombres que practicaron la penetración anal con alguna pareja estable en los últimos 12 meses, 5.918 contestaron a la pregunta sobre frecuencia de uso del preservativo. Entre estos, el 25,2% usó siempre el preservativo en sus relaciones sexuales con parejas estables en los últimos 12 meses. En relación a la última penetración anal realizada con una pareja estable, un 37,1% afirmó haber usado el preservativo (Tabla 12).

Entre quienes refirieron haber tenido alguna PANP con la pareja estable en los últimos 12 meses y reportaron el estado serológico frente al

VIH de la pareja (n=4.410), el 34,8% practicó sexo no protegido con una pareja serodiscordante o con seroestatus desconocido, con el consiguiente riesgo de transmisión del VIH (Tabla 12).

Tabla 12: Distribución de los participantes según prácticas sexuales de riesgo con sus parejas estables en los últimos 12 meses		
	n	%
Frecuencia de uso del preservativo con parejas estables ¹ (n=5.918)		
Nunca/uso inconsistente	4.424	74,8
Siempre	1.494	25,2
Uso del preservativo en la última penetración anal ² (n=5.911)		
No	3.720	62,9
Sí	2.191	37,1
PANP con una pareja estable de desconocido o discordante estado serológico ³ (n=4.410)		
No	2.874	65,2
Sí	1.536	34,8
¹ Entre aquellos que refirieron haber tenido penetración anal con alguna pareja estable en los últimos 12 meses y respondieron a la pregunta sobre uso del preservativo		
² Entre aquellos que refirieron haber tenido penetración anal con alguna pareja estable en los últimos 12 meses y respondieron a la pregunta sobre uso del preservativo en la última penetración anal		
³ Entre aquellos que tuvieron PANP con alguna pareja estable en los últimos 12 meses y respondieron a la pregunta sobre el estado serológico de los miembros de la pareja		

4.1.5. Penetración anal no protegida con la pareja estable según variables socio-demográficas (en los últimos 12 meses)

El perfil de los HSH que presentaron las mayores prevalencias de PANP con la pareja estable en los últimos 12 meses es el siguiente (Tabla 13):

- a. residencia en una ciudad pequeña o zona rural
- b. nivel educativo bajo y medio
- c. estado serológico frente al VIH negativo o desconocido

Tabla 13: Proporción de participantes que practicaron la PANP con la pareja estable en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas

	n	%
Tamaño de la ciudad ¹ (n=5.723)		
Más de 500.000 hab.	2.183	72,7
100.000 – 499.999 hab.	1.005	75,1
Menos de 100.000 hab.	1.090	79,0
Origen (n=5.923)		
Español	3.271	74,9
Extranjero	1.068	74,1
Edad (n=5.918)		
≤25 años	953	75,2
>25 años	3.471	74,6
Nivel educativo ¹ (n=5.898)		
Bajo	392	79,4
Medio	1.416	77,0
Alto	2.599	72,9
Ocupación (n=5.900)		
Empleado	3.028	74,5
Desempleado	471	76,2
Otro	909	74,7
Orientación sexual (n=5.907)		
Gay u homosexual	3.750	74,8
Bisexual	367	74,4
Otro	298	74,9
Estado serológico ¹ (n=5.886)		
VIH negativo o desconocido	4.118	77,1
VIH positivo	285	52,0

¹ p<0,01

4.2. Parejas sexuales ocasionales

EMIS definió como ‘parejas ocasionales’ a aquellas con las que se tuvo uno o más de un contacto, pero a la que no se considera novio o marido (incluye

relaciones de una noche, parejas casuales y anónimas y parejas sexuales regulares).

4.2.1. Relaciones sexuales con parejas ocasionales masculinas (últimos 12 meses)

Un total de 9.442 participantes (76,5% del total de participantes con información) manifestaron haber tenido alguna relación sexual (ver definición en Anexo) con una pareja ocasional masculina en los últimos 12 meses. En total, el 27,4% de los hombres tuvo más de 10 parejas sexuales ocasionales en el último año (Tabla 14).

Tabla 14: Distribución de los participantes según el número de parejas sexuales ocasionales masculinas en los últimos 12 meses		
	n*	%
Ninguna	3.424	26,6
1 - 2	1.932	15,0
3 - 5	2.252	17,5
6 - 10	1.741	13,5
11 - 20	1.500	11,7
21 - 50	1.340	10,4
Más de 50	677	5,3
Total	12.866	100
*Un total de 245 participantes no aportaron información sobre número de parejas sexuales ocasionales		

La práctica sexual más frecuente realizada con las parejas ocasionales masculinas en los últimos 12 meses fue el sexo oral (99,6%), seguida de la masturbación mutua (93,8%). El 93,6% practicó la penetración anal (insertiva o receptiva) (Tabla 15).

Tabla 15: Distribución de los participantes según el tipo de prácticas sexuales realizadas con parejas ocasionales masculinas en los últimos 12 meses¹

	n	%
Masturbación mutua (n=9.432)		
No	588	6,2
Sí	8.844	93,8
Sexo oral (n=9.365)		
No	40	0,4
Sí	9.325	99,6
Anilingus (n=9.260)		
No	1.136	12,3
Sí	8.124	87,7
Fist-fucking (n=9.323)		
No	8.210	88,1
Sí	1.113	11,9
Penetración anal (n=9.249)		
No	588	6,4
Sí	8.661	93,6
Insertivo	7.484	80,9
Receptivo	7.057	76,3

¹ Para cada práctica sexual no respondieron algunos de los 9.442 hombres con pareja ocasional.

4.2.2. Conductas sexuales de riesgo con las parejas ocasionales masculinas (últimos 12 meses)

De los 8.661 hombres que practicaron la penetración anal con parejas ocasionales en los últimos 12 meses, 8.148 contestaron a la pregunta sobre el número de parejas sexuales ocasionales. Entre estos, cerca del 50% realizó esta práctica con al menos 5 parejas sexuales. Entre los que realizaron penetración anal, el 45,3% no utilizó siempre el preservativo con las parejas ocasionales de los últimos 12 meses (Tabla 16).

Entre quienes refirieron haber tenido PANP con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 69,8% practicó sexo no protegido con una pareja serodiscordante o con seroestatus desconocido, con el consiguiente riesgo de transmisión del VIH (Tabla 16).

Tabla 16: Distribución de los participantes según prácticas sexuales de riesgo con sus parejas ocasionales en los últimos 12 meses

	n	%
Número de parejas ocasionales masculinas con las que ha practicado la penetración anal (n=8.148) ¹		
1 - 2	2.386	29,3
3 - 5	2.048	25,1
6 - 10	1.344	16,5
11 - 20	1.146	14,1
21 - 50	861	10,6
Más de 50	363	4,4
Frecuencia de uso del preservativo con parejas ocasionales (n=8.021) ²		
Nunca/uso inconsistente	3.636	45,3
Siempre	4.385	54,7
PANP con una pareja ocasional de desconocido o discordante estado serológico (n=3.635) ³		
No	1.099	30,2
Sí	2.536	69,8

¹ 513 hombres que practicaron la penetración anal con alguna pareja ocasional no respondieron esta pregunta

² Entre aquellos que refirieron haber tenido penetración anal con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses y respondieron a la pregunta sobre uso del preservativo

³ Entre aquellos que tuvieron PANP con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses y respondieron a la pregunta sobre el estado serológico de los miembros de la pareja

4.2.3. Penetración anal no protegida con parejas sexuales ocasionales según variables socio-demográficas (últimos 12 meses)

El perfil de los hombres que realizaron PANP con las parejas ocasionales en los últimos 12 meses (Tabla 17) es el siguiente:

- Inmigrante
- nivel educativo medio y bajo
- desempleado
- estado serológico positivo frente al VIH

Tabla 17: Proporción de participantes que practicaron la PANP con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses según variables socio-demográficas

	n	%
Tamaño de la ciudad (n=7.763)		
Más de 500.000 hab.	1.886	44,5
100.000 – 499.999 hab.	802	45,8
Menos de 100.000 hab.	833	47,0
Origen ¹ (n=7.859)		
Español	2.667	44,6
Inmigrante	898	47,8
Edad (n=8.021)		
≤25 años	761	46,6
>25 años	2.875	45,0
Nivel educativo ² (n=8.001)		
Bajo	347	54,2
Medio	1.199	48,6
Alto	2.081	42,5
Ocupación (n=8.004) ¹		
Empleado	2.435	44,5
Desempleado	435	49,9
Otro	760	45,8
Orientación sexual (n=8.006)		
Gay u homosexual	3.007	45,9
Bisexual	376	41,8
Otro	246	44,4
Estado serológico (n=7.988) ²		
VIH negativo o desconocido	3.177	44,2
VIH positivo	447	55,7

¹ p<0,05; ²p<0,001

4.2.4. Conducta sexual con la última pareja ocasional

Entre los 9.442 hombres que declararon haber tenido parejas sexuales ocasionales masculinas en los últimos 12 meses, 9.421 contestaron a la

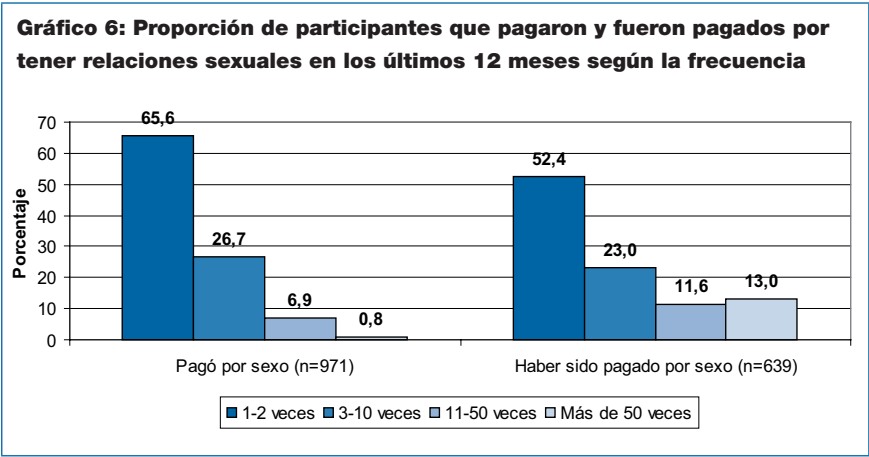
pregunta sobre donde conocieron a su última pareja sexual. Entre estos, la mayoría declaró haberla conocido a través de Internet (57,6%), en páginas de contactos dirigidas al público gay (Tabla 18).

Esta última pareja ocasional fue un hombre con el que, en el 31,3% de los casos, ya se había tenido por lo menos algún contacto sexual previo. Casi el 74% de los participantes dijeron haber realizado una penetración anal con la última pareja ocasional y, entre ellos, los que no usaron el preservativo en la última penetración anal fueron el 23,5% (Tabla 18).

Tabla 18: Distribución de los participantes según el lugar donde conocieron a su última pareja sexual ocasional de los últimos 12 meses, relación sexual previa con ésta y prácticas sexuales realizadas		
	n	%
Lugar donde se conocieron (n=9.421) ¹		
Lugar de socialización/recreación ^a	1.151	12,2
Lugar donde se practica sexo ^b	1.833	19,4
Internet (portal gay)	5.431	57,6
Otro lugar	1.006	10,8
Relación sexual previa (n=9.412) ¹		
No	6.465	68,7
Sí, una vez	1.065	11,3
Sí, más de una vez	1.882	20,0
Penetración anal (n=8.246) ¹		
No	2.155	26,1
Sí	6.091	73,9
Uso del preservativo en la última penetración anal (n=6.034) ²		
No	1.415	23,5
Sí	4.619	76,5
¹ No todos los hombres con alguna pareja sexual ocasional en los últimos 12 meses respondieron a esta pregunta		
² Entre quienes declararon haber practicado la penetración anal con su última pareja sexual ocasional y contestaron a la pregunta sobre uso del preservativo		
^a Asociación comunitaria, grupo social, café, bar o discoteca gay		
^b Cuarto oscuro, sex club, fiesta de sexo en local público o privado, sauna, cine porno o zona de cruising		

4.3. Relaciones sexuales a cambio de dinero

EMIS exploró la existencia de intercambios sexuales a cambio de dinero entre los hombres que habían tenido relaciones sexuales con hombres en los últimos 12 meses. Entre los hombres que contestaron a estas preguntas (pagar y haber sido pagado, respectivamente), el 7,8% refirió haber pagado y el 5,1% haber recibido dinero a cambio de mantener relaciones sexuales. Entre estos, el 65,6% y el 52,4% de los hombres pagaron y recibieron dinero, respectivamente, por tener relaciones sexuales de 1 a 2 veces en el último año (Gráfico 6).



4.4. Uso del preservativo

La encuesta EMIS también indagó sobre la accesibilidad del preservativo y su correcto uso en la penetración anal. El 20,1% de los encuestados realizaron alguna PANP en los últimos 12 meses al no tener preservativos disponibles. Entre los que declararon haber realizado la penetración anal de forma insertiva en los últimos 12 meses, cabe señalar que el 57,9% utilizaba la saliva como lubricante y el 42% no utilizaba ningún tipo de lubricante. Entre los hombres que usaron lubricante (n=5.209), el 39,6% reportó un uso inadecuado (uso de lubricante dentro del preservativo, uso insuficiente de lubricante en el exterior del preservativo o bien uso de lubricante de base oleosa con preservativos de látex) (Tabla 19).

Tabla 19: Distribución de los participantes según el acceso y uso de lubricante y del preservativo en los últimos 12 meses

	n	%
Aceso al preservativo ¹		
No disponibilidad de preservativos cuando se necesitaban (n=12.845)	4.105	32,0
Practicar PANP por no disponer de preservativos (n=12.990)	2.609	20,1
Uso inadecuado del preservativo ²		
Uso de un preservativo de tamaño inadecuado (n=8.911)	1.886	21,2
Penetración durante más de media hora sin cambiar el preservativo (n=8.909)	2.072	23,3
Uso lubricante ²		
Uso de saliva como lubricante (n=8.952)	5.180	57,9
Uso de lubricante (n=8.981)	5.209	58,0
Uso inadecuado de lubricante (n=5.209) ³	2.064	39,6

¹ La última vez que tuvo la intención de tener penetración anal en los últimos 12 meses

² Entre los que declararon realizar la penetración anal de forma activa en los últimos 12 meses

³ Uso de lubricante dentro del preservativo, uso insuficiente de lubricante en el exterior del preservativo o bien uso de lubricante de base oleosa con preservativos de látex, entre los que declararon uso de lubricante en los últimos 12 meses

5. Consumo de drogas

En este capítulo se presenta una descripción del consumo de drogas recreativas, que pueden ser legales o ilegales (ver definición en el Anexo). El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2009) sugiere que en las encuestas sobre drogas se deben introducir preguntas sobre sustancias lícitas o legales como el tabaco, el alcohol y medicamentos. EMIS incluyó preguntas sobre el uso de esteroides anabólicos (testosterona) y antidepresivos, ya que su consumo ha demostrado estar asociado con conductas sexuales de riesgo en HSH.

5.1. Consumo de alcohol y otras drogas

La prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses se muestran en la Tabla 20. La mayoría de participantes declaró haber consumido alcohol alguna vez en los últimos 12 meses (91,2%).

Entre las otras drogas de uso recreativo, el cannabis ocupó el primer lugar de consumo (30,1%), seguido del popper (28,4%), la cocaína (18,7%) y el éxtasis (10,1%). La prevalencia del consumo de Viagra o similares fue del 13,3%. Los que consumieron alguna droga alguna vez en los últimos 12 meses (excepto tabaco y alcohol) representaron el 51,4% de los encuestados.

Tabla 20. Distribución de los participantes según el consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses		
	n	%
Alcohol	11.871	91,2
Tabaco	6.999	53,9
Sedantes o tranquilizantes (Valium®, Rivotril®, Rohypnol®)	2.102	16,2
Popper	3.672	28,4
Viagra®, Cialis® o Levitra®	1.724	13,3
Cannabis (marihuana, hachís)	3.948	30,1
Cocaína	2.450	18,7
Éxtasis/MDMA	1.329	10,1
Speed	1.003	7,7
Crystal	776	5,9
Heroína	116	0,9
Mephedrona	177	1,4
GHB (éxtasis líquido)	751	5,7
Ketamina	703	5,4
LSD	167	1,3
Crack	88	0,7

En la Tabla 21 se muestra el número de drogas diferentes que fueron consumidas por los encuestados al menos una vez en los últimos 12 meses. El 24,2% consumió sólo un tipo de droga y el 17,2% consumió 3 o más.

Tabla 21: Distribución de los participantes según el número de drogas¹ utilizadas al menos una vez en los últimos 12 meses

	n*	%
Ninguna	6.335	48,6
1	3.150	24,2
2	1.303	10,0
3	688	5,3
4	476	3,6
5	339	2,6
6 o más	743	5,7
Total	13.034	100

¹ No están incluidas alcohol, tabaco y tranquilizantes/sedantes

* Un total de 77 participantes no aportaron información sobre el número de drogas consumidas

Dada la diversidad de las sustancias consumidas, se buscó un patrón de agrupación que llevó a realizar un análisis estadístico factorial; este mostró cuatro factores que definieron un patrón de uso según el contexto y las drogas consumidas: drogas para fiesta (éxtasis, speed, cristal, mephedrona, GHB, ketamina, LSD y cocaína), drogas para sexo (popper y Viagra o similares), drogas marginales vinculadas con situaciones de exclusión social (heroína y crack) y cannabis (marihuana y hachís). El tipo de drogas más comúnmente utilizado fueron las drogas para el sexo (33,6%), seguidas del cannabis (30,1%).

5.2. Percepción del consumo de alcohol y otras drogas

Sobre la auto-percepción del uso y abuso de alcohol y otras drogas se encontró que el 8,7% (n=1.127) de los encuestados que contestaron esta pregunta manifestó estar preocupado por su consumo de alcohol, y el 5,1% (n=655) estaba preocupado por su consumo de drogas con fines recreativos.

5.3. Uso de esteroides y/o drogas inyectables

Un total de 238 hombres se habían inyectado testosterona¹ (esteroides anabólicos) en los últimos 12 meses (1,8% de personas que contestaron a esta pregunta). Asimismo, 181 hombres habían usado alguna droga de

¹ En hombres que hacen ejercicio físico, la testosterona es una de las sustancias más efectivas para conseguir músculo y fuerza en un corto periodo de tiempo. Su uso puede tener severos efectos secundarios para la salud.

manera inyectada en este mismo período de tiempo (1,4%). Los que se habían inyectado esteroides o drogas alguna vez en sus vidas fueron el 6%. No se exploró el uso compartido de jeringuillas u otro material de inyección.

5.4. Consumo de alcohol y otras drogas según variables socio-demográficas

Tamaño de la ciudad de residencia

Los hombres que vivían en ciudades de más de 500.000 habitantes presentaron las mayores prevalencias de consumo de sedantes, cannabis, drogas para sexo y drogas para fiesta. La prevalencia del consumo de drogas (excepto alcohol y tabaco) en alguna ocasión (56,6%) y del consumo de 3 o más drogas diferentes en los últimos 12 meses (22,3%) fue mayor también entre los hombres que declaraban vivir en grandes ciudades (Tabla 22).

Tabla 22: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses según tamaño del municipio de residencia						
	Más de 500.000 hab.		100.000 – 499.999 hab.		Menos de 100.000 hab.	
	n	%	n	%	n	%
Alcohol	5.917	91,7	2.651	90,7	2.898	91,1
Tabaco	3.495	54,3	1.549	53,0	1.712	53,9
Sedantes o tranquilizantes ¹	1.094	17,1	471	16,2	439	13,9
Cannabis ¹	2.161	33,3	852	28,9	816	25,5
Drogas para sexo ¹	2.608	40,1	807	27,4	801	25,0
Drogas para fiesta ¹	1.754	27,0	539	18,3	472	14,8
Drogas marginales	100	1,5	35	1,2	44	1,4
Alguna vez consumió alguna droga* ¹	3.681	56,6	1.379	46,8	1.386	43,3
Consumo de 3 o más drogas ¹	1.439	22,3	399	13,6	323	10,1
* Excepto alcohol, tabaco y sedantes/tranquilizantes.						
¹ p<0,001						

Edad

La prevalencia del consumo de alcohol fue mayor entre los menores de 25 años (93,5%), así como también del consumo de cannabis (34,1%). En cambio,

fueron los mayores de 25 años quienes presentaron una mayor prevalencia de consumo de drogas para fiesta y sexo (23,2% y 38,3%, respectivamente). Los mayores de 25 años fueron los que en mayor proporción consumieron alguna vez alguna de estas sustancias en los últimos 12 meses (53,6%) y los que presentaron una prevalencia más alta del consumo de 3 o más drogas diferentes (18,6%) (Tabla 23).

Tabla 23: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses según edad				
	<25 años		≥25 años	
	n	%	n	%
Alcohol ¹	2.756	93,5	9.115	90,5
Tabaco ¹	1.666	56,6	5.333	53,1
Sedantes o tranquilizantes ¹	316	10,8	1.786	17,8
Cannabis ¹	1.012	34,1	2.936	29,0
Drogas para sexo ¹	526	17,1	3.881	38,3
Drogas para fiesta ¹	507	17,1	2.360	23,3
Drogas marginales	49	1,6	137	1,4
Alguna vez consumió alguna droga* ¹	1.266	42,6	5.433	53,6
Consumo de 3 o más drogas ¹	372	12,6	1.874	18,6

* Excepto alcohol, tabaco y sedantes/tranquilizantes.

¹ p<0,001

Nivel educativo

Los hombres de nivel educativo bajo fueron los que presentaron las mayores prevalencias de consumo de tranquilizantes, cannabis, drogas para fiesta, drogas para sexo, así como heroína y crack. Los de nivel educativo medio consumieron más tabaco y los de nivel educativo alto consumieron más alcohol. No hubo diferencias entre los hombres de nivel educativo bajo, medio y alto respecto a haber consumido alguna vez alguna droga en los últimos 12 meses, así como tampoco con respecto al consumo de 3 o más drogas (Tabla 24).

Tabla 24: Prevalencias del consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses según nivel educativo

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Alcohol ¹	992	85,2	3.809	90,6	7.041	92,4
Tabaco ¹	765	65,7	2.419	67,8	3.796	49,9
Sedantes o tranquilizantes ²	217	18,7	696	16,7	1.183	15,6
Cannabis ²	383	32,8	1.315	31,2	2.238	29,3
Drogas para sexo ²	414	35,4	1.359	32,3	2.620	34,3
Drogas para fiesta ¹	291	24,9	973	23,1	1.595	20,9
Drogas marginales ¹	29	2,5	68	1,6	88	1,2
Alguna vez consumió alguna droga*	632	54,1	2.176	51,7	3.873	50,7
Consumo de 3 o más drogas	229	19,6	736	17,5	1.275	16,7

* Excepto alcohol, tabaco y sedantes/tranquilizantes.

¹ p<0,001; ² p<0,005

Ocupación

Los hombres que se encontraban desempleados presentaron mayor consumo de todas las drogas (a excepción de las drogas para el sexo), y mayor prevalencia de consumo de 3 o más drogas (21%) en comparación con los que estaban empleados y los que tenían otra ocupación (Tabla 25).

Tabla 25: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses según ocupación

	Empleado		Desempleado		Otro	
	n	%	n	%	n	%
Alcohol	7.835	91,2	1.270	91,0	2.733	91,3
Tabaco ¹	4.642	54,2	792	59,9	1.548	51,8
Sedantes o tranquilizantes ¹	1.442	16,9	271	19,5	385	12,9
Cannabis ¹	2.540	29,9	482	34,4	918	30,6
Drogas para sexo ¹	3.217	37,4	523	37,4	657	21,9
Drogas para fiesta ¹	2.020	23,5	373	26,6	467	15,6
Drogas marginales	111	1,3	29	2,1	45	1,5
Alguna vez consumió alguna droga* ¹	4.615	53,7	778	55,7	1.292	43,1
Consumo de 3 o más drogas ¹	1.592	18,5	294	21,0	354	11,8

* Excepto alcohol, tabaco y sedantes/tranquilizantes.

¹ p<0,001

Orientación sexual

Los hombres con orientación sexual homosexual fueron los que en mayor proporción refirieron consumo de alcohol y otras drogas (a excepción del cannabis, la heroína y el crack), así como de consumo de 3 o más drogas (Tabla 26).

Tabla 26: Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas alguna vez en los últimos 12 meses según orientación sexual						
	Gay		Bisexual		Otro	
	n	%	n	%	n	%
Alcohol ¹	9.527	91,6	1.417	90,6	909	87,9
Tabaco ¹	5.657	54,5	781	50,1	551	53,5
Sedantes o tranquilizantes ¹	1.762	17,0	183	11,8	155	15,0
Cannabis ¹	3.220	30,8	381	23,9	341	32,8
Drogas para sexo ¹	3.703	35,4	408	25,6	290	27,9
Drogas para fiesta ¹	2.448	23,4	235	14,7	179	17,2
Drogas marginales	145	1,4	24	1,5	17	1,6
Alguna vez consumió alguna droga* ¹	5.505	52,9	680	43,4	506	48,8
Consumo de 3 o más drogas ¹	1.940	18,6	162	10,3	139	13,4

* Excepto alcohol, tabaco y sedantes/tranquilizantes.
¹ p<0,001

6. Conocimientos

EMIS evaluó algunas necesidades de prevención no atendidas en los HSH, incluyendo las relacionadas con los conocimientos sobre el VIH, las ITS y la PPE, ya que esta información es de utilidad para ayudar a proveer el contenido de los programas de educación y prevención. En este capítulo se describe la distribución de participantes según al nivel de conocimientos general sobre el VIH, las ITS y la PPE.

6.1. Conocimiento sobre el VIH/SIDA y la prueba del VIH

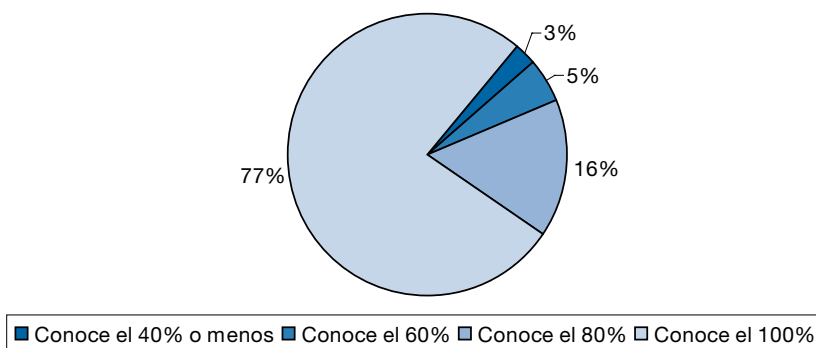
La gran mayoría de entrevistados (más del 89%) tenía información sobre el VIH/SIDA y la prueba del VIH. Del total de ítems que componían este apartado la afirmación menos conocida fue: “*Si alguien se infecta con el VIH*

pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba (el 3,7% no conocían esta afirmación) (Tabla 27).

Tabla 27: Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y la prueba del VIH												
ITEMS	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entiendo		No me lo creo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El sida está causado por el virus del VIH.	12.850	98,2	113	0,9	28	0,2	19	0,1	69	0,5	13.079	100
Existe un test diagnóstico que puede indicarte si tienes o no el VIH.	12.022	92,2	398	3,1	432	3,3	51	0,4	141	1,1	13.044	100
Si alguien se infecta con el VIH pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba.	11.643	89,2	840	6,4	486	3,7	20	0,2	71	0,5	13.060	100
Actualmente no hay curación para la infección por el VIH.	12.254	93,8	480	3,7	80	0,6	28	0,2	227	1,7	13.069	100
La infección por el VIH se puede controlar con un tratamiento de modo que su impacto en la salud es menor.	12.156	93,2	608	4,7	180	1,4	24	0,2	80	0,6	13.048	100

El 76,6% de la muestra respondió conocer todos los ítems que evaluaban el conocimiento del VIH/SIDA y la prueba del VIH (Gráfico 7).

Gráfico 7: Proporción de participantes según conocimiento de ítems sobre el VIH y la prueba del VIH



6.2. Conocimientos sobre la transmisión del VIH

El nivel de conocimientos sobre cómo se transmite el VIH fue elevado, excepto para el ítem “*El tratamiento efectivo para el VIH reduce el riesgo de transmisión del virus*” que sólo la mitad de la muestra refirió conocer, e incluso un 9% de ella no se creía esta afirmación (Tabla 28).

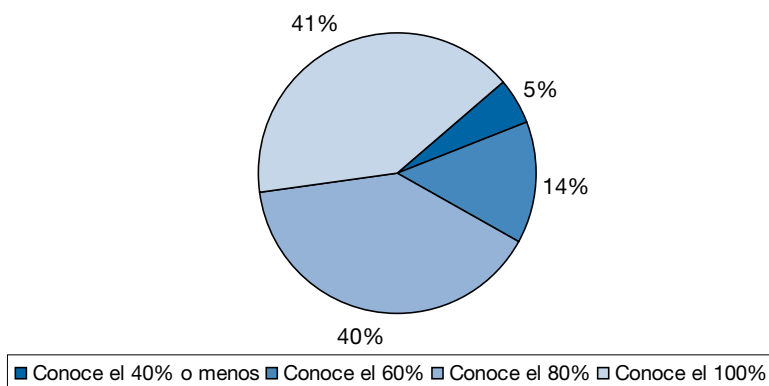
Tabla 28: Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre la transmisión del VIH

ITEMS	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entiendo		No me lo creo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Por el aspecto físico no puedes estar seguro de que alguien tiene o no el VIH.	11.913	91,3	642	4,9	111	0,9	57	0,4	329	2,5	13.052	100
El tratamiento efectivo para el VIH reduce el riesgo de transmisión del virus.	6.605	50,6	2.622	20,1	2.493	19,1	163	1,2	1.180	9,0	13.063	100

ITEMS	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entiendo		No me lo creo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El VIH no se transmite besando, incluso con un beso profundo, porque la saliva no transmite el virus.	11.529	88,7	1.021	7,9	158	1,2	19	0,1	270	2,1	12.997	100
Puedes adquirir el VIH a través de tu pene mientras practicas una penetración anal o vaginal desprotegida de forma 'activa' (penetrar) con una pareja infectada, incluso sin eyacular.	11.567	89,1	1.099	8,5	212	1,6	24	0,2	87	0,7	12.989	100
Puedes adquirir el VIH a través de tu ano durante una penetración anal desprotegida de forma 'pasiva' (ser penetrado) con una pareja infectada.	12.660	97,5	227	1,7	51	0,4	8	0,1	34	0,3	12.980	100

El 41% de los encuestados conocía todos los ítems que evaluaban el conocimiento sobre la transmisión del VIH (Gráfico 8).

Gráfico 8: Proporción de participantes según conocimiento de ítems referidos a la transmisión del VIH



6.3. Conocimientos sobre las ITS

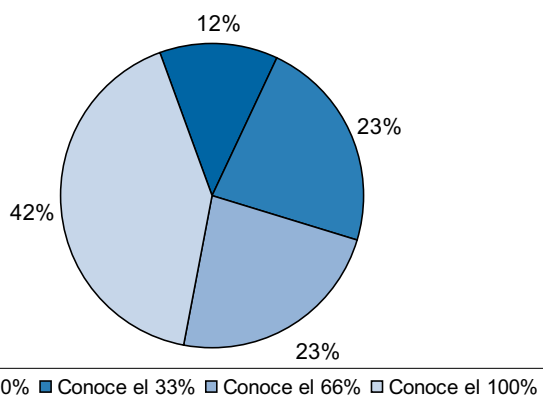
El conocimiento sobre las ITS fue dispar. De las tres afirmaciones planteadas para evaluar el conocimiento sobre este tema, la más conocida fue “*Incluso sin eyaculación, una felación (chupar y que te chupen el pene) conlleva un riesgo de infección por sífilis y gonorrea*” (78,3%) y la menos conocida fue “*Cuando un hombre infectado y uno no infectado tienen una relación sexual juntos, las oportunidades de que se transmita el VIH son mayores si cualquiera de ellos tiene otra infección de transmisión sexual*” (54,2%) (Tabla 29).

Tabla 29: Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre las ITS

ITEMS	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entiendo		No me lo creo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Incluso sin eyaculación, una felación (chupar y que te chupen el pene) conlleva un riesgo de infección por sífilis y gonorrea.	10.180	78,3	1.988	15,3	769	5,9	22	0,2	36	0,3	12.995	100
Cuando un hombre infectado y uno no infectado tienen una relación sexual, las oportunidades de que se transmita el VIH son mayores si cualquiera de ellos tiene otra infección de transmisión sexual.	7.041	54,2	2.331	17,9	3.290	25,3	165	1,3	160	1,2	12.987	100
La mayoría de infecciones de transmisión sexual pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH.	7.974	61,4	2.621	20,2	2.073	16,0	58	0,4	263	2,0	12.989	100

Como se observa en el Gráfico 9, el 41,5% de los participantes conocía todas las afirmaciones sobre las ITS planteadas.

Gráfico 9: Proporción de participantes según conocimiento sobre los ítems referidos a las ITS



6.4. Conocimientos sobre la PPE

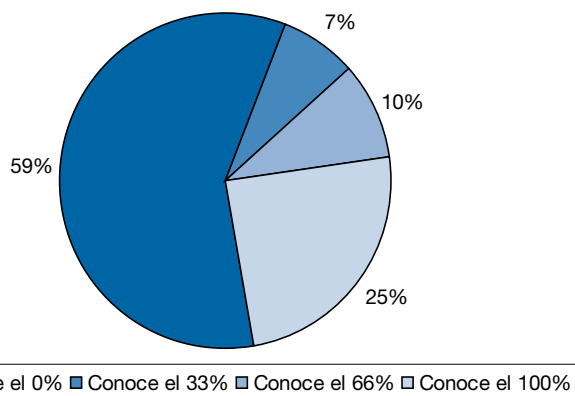
La Profilaxis Post Exposición (PPE) (ver definición en Anexo) fue el tema que más porcentaje de hombres afirmó no conocer. La afirmación “*la PPE es un tratamiento para evitar la infección del VIH que dura aproximadamente un mes*” fue la menos conocida (56,8% de la muestra total) (Tabla 30).

Tabla 30: Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la PPE

ITEMS	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entiendo		No me lo creo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La PPE pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus.	4.965	38,3	1.512	11,7	5.648	43,5	716	5,5	130	1,0	12.971	100
La PPE es un tratamiento para evitar la infección del VIH que dura aproximadamente un mes.	3.389	26,1	1.743	13,4	7.365	56,8	267	2,1	206	1,6	12.970	100
La PPE debería usarse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las horas posteriores.	4.586	35,4	1.266	9,8	6.666	51,5	291	2,2	130	1,0	12.939	100

Casi el 60% de los encuestados no conocía ninguna de las afirmaciones sobre la PPE (Gráfico 10).

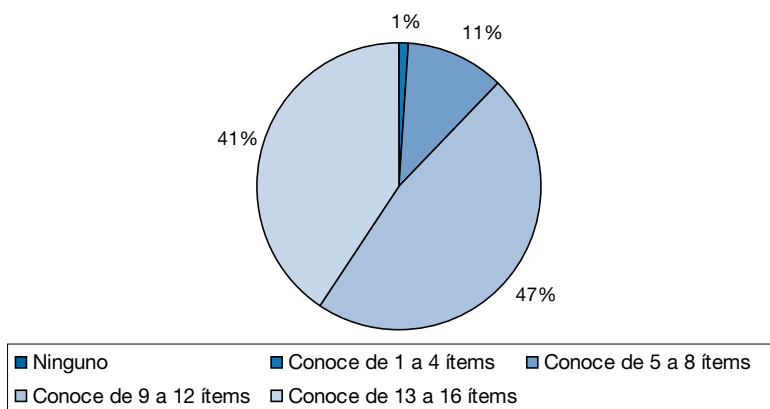
Gráfico 10: Proporción de participantes según conocimiento sobre los ítems de la PPE



6.5. Conocimiento general

El conocimiento general sobre el VIH/SIDA, las ITS y la PPE se evaluó a partir de todos los ítems (16) que sirvieron para medir el conocimiento en cada uno de estos temas. El 41% de los participantes indicó conocer más del 75% de todas las afirmaciones y un 12% conocía hasta la mitad de ellas (Gráfico 11).

Gráfico 11: Proporción de participantes según conocimiento general sobre el VIH/SIDA/ITS/PPE



6.6. Conocimientos sobre el VIH/sida, la prueba del VIH, las ITS y la PPE según variables socio-demográficas

En la Tabla 31 se muestra la asociación entre conocer el 100% de los diversos ítems explorados en la encuesta y algunas variables socio-demográficas. En general, el perfil de los hombres con mayor conocimiento sobre todos los temas analizados es el siguiente:

- a. residencia en grandes ciudades
- b. inmigrante
- c. mayor de 25 años
- d. nivel educativo alto
- e. empleado
- f. identidad sexual gay u homosexual

7. Infecciones de transmisión sexual

La salud sexual de los HSH se ve comprometida por la presencia de ITS, tales como la sífilis, la gonorrea (faríngea, genital o rectal), las verrugas genitales o anales y la clamidia. Además las ITS, en particular las ulcerosas, aumentan el riesgo de infección por el VIH.

En este capítulo se incluye la información sobre ITS obtenida en EMIS, así como un apartado sobre la PPE.

7.1. Pruebas para la detección de ITS

De los HSH que participaron en EMIS y contestaron a la pregunta sobre pruebas de detección de ITS, el 55,7% refirieron haberse hecho alguna prueba al menos una en su vida, y 4.526 (36,6%) lo hizo en los últimos 12 meses. Entre los que se la hicieron alguna prueba para detectar ITS en el último año, el 73,3% se la realizó sin mostrar evidencia de síntomas.

Los tipos más frecuentes de evaluación o análisis para diagnosticar alguna ITS incluyeron: muestra de sangre (92%) y de orina (o hisopo genital) (49,2%) (Tabla 32).

Tabla 31: Porcentaje de hombres que conocía el 100% de los ítems sobre el VIH/SIDA, la prueba del VIH, las ITS y la PPE según variables socio-demográficas

	Sobre el VIH y la prueba		Sobre la transmisión del VIH		Sobre las ITS		Sobre la PPE		Conocimiento general	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tamaño de la ciudad										
Más de 500.000 hab.	5.177	79,8	2.894	44,6	2.821	43,7	1.852	28,7	945	14,6
100.000 – 499.999 hab.	2.234	76,0	1.169	39,8	1.133	38,8	625	21,4	313	10,6
Menos de 100.000 hab.	2.252	70,5	1.135	35,5	1.219	38,4	600	19,0	291	9,1
Origen										
Español	7.520	75,9	4.034	40,7	3.901	39,6	2.304	23,4	1.153	11,6
Inmigrante	2.316	79,1	1.255	42,9	1.380	47,4	810	27,9	417	14,2
Edad										
≤25 años	1.972	66,5	980	33,0	963	32,7	523	17,8	230	7,8
25 - 39 años	5.618	79,4	3.073	43,4	2.973	42,3	1.873	26,7	956	13,5
Más de 40 años	2.439	80,1	1.336	43,9	1.457	48,1	780	25,8	416	13,7
Nivel educativo										
Bajo	694	59,5	345	29,5	477	41,0	212	18,3	94	8,0
Medio	3.028	71,9	1.553	36,9	1.677	39,9	859	20,5	430	10,2
Alto	6.263	82,1	3.476	45,6	3.224	42,3	2.100	27,6	1.075	14,1
Ocupación										
Empleado	6.813	79,2	3.764	43,7	3.805	44,3	2.236	26,1	1.169	13,6
Desempleado	1.010	72,2	530	37,9	554	39,8	319	23,0	141	10,1
Otro	2.158	71,9	1.082	36,0	1.020	34,0	615	20,6	289	9,6
Orientación sexual										
Gay u homosexual	8.244	79,0	4.443	42,5	4.566	42,0	2.691	26,0	1.367	13,1
Bisexual	1.057	66,7	577	36,4	636	40,7	280	17,9	147	9,3
Otro	713	68,7	359	34,6	380	36,7	200	19,4	84	8,1

■ Diferencias significativas entre categorías (p<0,05)

Tabla 32: Distribución de los participantes según la realización de pruebas para la detección de ITS en los últimos 12 meses

	n	%
Se hizo pruebas para detectar ITS (n=12.356)*		
No	7.830	63,4
Sí	4.526	36,6
Motivo para hacerse pruebas para ITS (n=4.526) ¹		
Evidencia de síntomas	1.208	26,7
Sin evidencia de síntomas	3.318	73,3
Tipo de evaluación/análisis de ITS realizadas (n=4.526) ^{1,2}		
Sangre	4.176	92
Orina o hisopo genital	2.228	49,2
Inspección del pene y el ano	706	15,6
Hisopo anal	687	15,2

* Un total de 955 participantes no aportaron información sobre pruebas de detección de ITS

¹ Entre los que se habían realizado alguna prueba para la detección de ITS en el último año

² Categorías no mutuamente excluyentes

7.2. Diagnóstico de las ITS

Por lo que se refiere a las ITS diagnosticadas alguna vez en la vida, las más frecuentes fueron: gonorrea (15,6%), condilomas o verrugas ano/genitales (13,6%) y sífilis (10,2%). Estas ITS fueron también las más prevalentes en los últimos 12 meses (gonorrea y sífilis: 3,9% y 3,8%, respectivamente).

Al agrupar las ITS por tipo de agente infeccioso, se halló que la prevalencia de las ITS bacterianas (clamidia, gonorrea y sífilis) en los últimos 12 meses fue del 8,1%, mientras que la del conjunto de ITS bacterianas y virales cutáneas (condilomas y herpes genital), fue del 11,3% (Tabla 33). El 0,4% de los HSH encuestados habían recibido un diagnóstico de hepatitis C en el último año.

El 91,9% de los hombres encuestados percibieron estar totalmente o muy seguros de poder hacerse pruebas para diagnosticar ITS cuando ellos quisiesen.

Tabla 33: Prevalencia autodeclarada de ITS diagnosticadas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses

	Alguna vez en la vida*		Últimos 12 meses*	
	n	%	n	%
ITS diagnosticadas				
Clamidia (n=12.942)	669	5,2	234	1,8
Gonorrea (n=12.977)	2.028	15,6	500	3,9
Sífilis (n=12.885)	1.326	10,2	488	3,8
Verrugas ano/genital (n=12.975)	1.770	13,6	425	3,3
Herpes (n=12.988)	544	4,2	135	1,0
Hepatitis B (n=13.034)	998	7,7	--	--
Hepatitis C (n=13.018)	250	1,9	46	0,4
ITS bacterianas (n=13.061) ¹	--	--	1.056	8,1
ITS bacterianas/virales cutáneas ² (n=13.065)	--	--	1.482	11,3

¹ Clamidia, Gonorrea y Sífilis; ² Verruga ano-genital y Herpes

* Para cada ITS no respondieron el total de los hombres entrevistados

7.2.1. Diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses según características socio-demográficas y otras variables

El perfil de los HSH con mayores prevalencias de ITS (sífilis, gonorrea, clamidia, condilomas o herpes genital) en los últimos 12 meses es el siguiente (Tabla 34):

- residencia en una gran ciudad
- inmigrante
- edad entre 25 y 39 años
- desempleado
- con una orientación sexual homosexual/gay
- sin una pareja estable masculina
- estado serológico positivo frente al VIH
- consumidor de alguna droga en los últimos 12 meses

Tabla 34: Proporción de participantes con algún diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses, según características socio-demográficas y otras variables

	n	%
Tamaño de la ciudad (n=12.601) ¹		
Más de 500.000 hab.	895	13,8
100.000 – 499.999 hab.	284	9,7
Menos de 100.000 hab.	253	7,9
Origen (n=12.816) ¹		
Español	1.011	10,2
Extranjero	447	15,3
Edad (n=13.065) ¹		
<25 años	273	9,2
25 - 39 años	951	13,5
Más de 40 años	258	8,5
Nivel educativo (n=13.005)		
Bajo	127	10,9
Medio	495	11,8
Alto	853	11,2
Ocupación (n=13.003) ¹		
Empleado	1.023	11,9
Desempleado	190	13,6
Otro	263	8,8
Orientación sexual (n=13.043) ¹		
Gay u homosexual	1.237	11,9
Bisexual	149	9,5
Otro	93	9,0
Relación de pareja masculina estable actual (n=13.040) ²		
No	1.045	11,8
Sí	431	10,3
Estado serológico (n=13.002) ¹		
Desconocido	107	3,1
VIH-positivo	271	23,4
VIH-negativo	1.097	13,0
Consumo de drogas (n=13.028) ^{1,3}		
Nunca	485	7,7
Alguna droga en últimos 12 meses	991	14,8

1 p<0,001; 2 p<0,05; 3 No incluye alcohol, tabaco y esteroides/testosterona.

7.3. Vacunación contra la Hepatitis B

Respecto a la vacunación contra la Hepatitis B, se halló que casi la mitad de los encuestados (48%) no estaba vacunado o había sido vacunado parcialmente (no había completado las 3 dosis). Los hombres que estaban en riesgo de adquirir la Hepatitis B, es decir los no vacunados, los que no respondieron a la vacuna o los que desconocían si estaban inmunizados, representaron el 38,5% (Tabla 35).

Tabla 35: Distribución de los participantes según el estatus de vacunación contra la Hepatitis B y su vulnerabilidad

	n	%
Estatus de vacunación (n=10.390*)		
No vacunado o vacunado parcialmente	4.995	48,1
Completamente vacunado	5.395	51,9
Vulnerabilidad a la Hepatitis B (n=10.390*)		
Completamente vacunado o inmunidad natural	6.393	61,5
En riesgo de adquirir la Hepatitis B	3.997	38,5

* Excluye los casos de quienes no saben su estado de vacunación

7.4. Uso y acceso a la PPE

Cuando se exploró el uso de la PPE, se encontró que el 1,8% de los encuestados la había recibido alguna vez. Entre los hombres infectados por el VIH, el 1,8% la había tomado antes de infectarse. Más de dos tercios de los hombres de la muestra total (69,6%) estaban poco o nada seguros de poder conseguir la PPE en el caso que pudiera necesitarla.

8. Prueba del VIH y prevalencia de infección por el VIH

A los encuestados se les preguntó sobre la realización de la prueba del VIH, tiempo transcurrido desde la última prueba y percepción sobre la accesibilidad de la prueba. A los hombres que habían recibido un resultado, también se les preguntó sobre distintas características relacionadas con la última prueba realizada.

8.1. Tiempo y lugar de realización de la última prueba del VIH

En total, 9.612 hombres (el 73,8% de los que respondieron a esta pregunta) se habían hecho la prueba del VIH alguna vez en la vida. Incluyendo a los diagnosticados del VIH en el último año, el 44,4% de los participantes se hizo la prueba del VIH y recibió un resultado en los últimos 12 meses (Tabla 36).

La mayor parte de los hombres se realizaron su última prueba del VIH en centros de salud con el médico de familia (34,5%), en un hospital, clínica o centro ambulatorio (21,6%) y en centros diagnósticos del VIH (ni hospital ni clínica) (18,1%) (Tabla 36).

Tabla 36: Distribución de los participantes según la realización de la prueba del VIH y el lugar donde se la realizaron

	n	%
Realización de la prueba del VIH (n=13.020) ¹		
Nunca	3.408	26,2
Alguna vez en la vida	9.612	73,8
Prueba del VIH en los últimos 12 meses (n=12.196) ²	5.411	44,4
Lugar donde se hizo la <u>última</u> prueba del VIH (n=9.594) ³		
Médico de familia	3.310	34,5
Médico privado	1.060	11,0
Hospital o clínica o centro ambulatorio	2.074	21,6
Al estar ingresado en un hospital	206	2,7
Centro de diagnóstico del VIH (ni hospital ni clínica)	1.738	18,1
Banco de sangre, en una donación	725	7,6
Kit de la prueba del VIH para hacerla en casa	22	0,2
Bar, club o sauna	19	0,2
Unidad médica móvil	159	1,7
Otro lugar	227	2,4

¹ Un total de 91 hombres no contestaron a la pregunta sobre la prueba del VIH

² No se incluyen los hombres diagnosticados con VIH antes de los 12 meses

³ En total 18 hombres no contestaron a la pregunta sobre el lugar de la última prueba del VIH

8.2. Servicio de la prueba del VIH y consejo asistido

Respecto al servicio recibido la última vez que los participantes se realizaron la prueba del VIH, el 38,6% refirió que tuvo oportunidad de hablar sobre sexo o de revelar que tenían relaciones sexuales con hombres (Tabla 37).

Al evaluar los diversos componentes que integraban el servicio de la prueba del VIH, la confidencialidad y el trato fueron altamente valorados (94,9% y 93,3%, respectivamente), en cambio lo fue en menor medida la sesión del consejo asistido, sobre la que el 57,9% manifestó su satisfacción.

Tabla 37: Distribución de los participantes según características del servicio recibido en la última prueba del VIH		
	n	%
Con oportunidad para hablar sobre sexo o de revelar que tenían relaciones sexuales con hombres (n=9.588)	3.703	38,6
Satisfacción en relación a la confidencialidad del servicio (n=9.081)	8.615	94,9
Satisfacción en relación al trato recibido (n=9.247)	8.624	93,3
Satisfacción en relación al consejo asistido recibido (n=8.897)	5.154	57,9
¹ Para cada ítem no respondieron el total de los hombres entrevistados		

Casi el 94% de los hombres (93,8%) dijeron estar totalmente o muy seguros de que podrían realizarse una prueba del VIH cuando ellos quisieran.

8.3. Prevalencia de la infección por el VIH

De los 9.612 hombres que se habían realizado alguna vez la prueba del VIH, el 12% referían estar infectados por el VIH. Un 26,2% de los hombres no conocía su estado serológico porque nunca se había hecho la prueba.

8.3.1. Prevalencia autodeclarada del VIH según variables socio-demográficas

Entre los que se habían realizado la prueba del VIH en alguna ocasión, las mayores prevalencias del VIH autodeclaradas se encontraron entre hombres con el siguiente perfil (Tabla 38):

- a. residencia en una población de más de 500.000 habitantes
- b. inmigrante
- c. mayor de 40 años
- d. nivel educativo bajo
- e. desempleado
- f. orientación sexual gay u homosexual
- g. en una relación de pareja estable masculina en el momento de realizarse la encuesta

Tabla 38: Prevalencia autodeclarada de infección por el VIH según variables socio-demográficas¹				
	VIH-positivo		VIH-negativo	
	n	%	n	%
Tamaño de la ciudad de residencia (n=9243) ²				
Más de 500.000 hab.	695	13,5	4452	86,5
100.000 – 499.999 hab.	210	10,4	1813	89,6
Menos de 100.000 hab.	202	9,7	1871	90,3
Origen (n=9422) ²				
Español	758	10,8	6252	89,2
Extranjero	379	15,7	2033	84,3
Edad (n=9612) ²				
<25 años	66	4,4	1436	95,6
25 - 39 años	639	11,4	4988	88,6
Más de 40 años	456	18,4	2027	81,6
Nivel educativo (n=9561) ²				
Bajo	119	15,2	666	84,8
Medio	366	12,6	2543	87,4
Alto	668	11,4	5199	88,6
Ocupación (n=9562) ²				
Empleado	820	12,1	5967	87,9
Desempleado	153	14,8	878	85,2
Otro	181	10,4	1563	89,6
Orientación sexual (n=9598) ²				
Gay u homosexual	1047	13,1	6936	86,9
Bisexual	52	5,5	896	94,5
Otro	58	8,7	609	91,3
Relación de pareja masculina actual (n=9592) ²				
No	715	11,5	5511	88,5
Sí	444	13,2	2922	86,8
¹ Entre aquellos que se han hecho la prueba del VIH; ² p<0,001				

9. Infección por el VIH

En este capítulo se describen algunas características de los participantes que tienen el VIH: tiempo y lugar del diagnóstico, parámetros clínicos en el momento del diagnóstico (recuento de CD4 y carga viral) y tratamiento antirretroviral.

9.1. Año y lugar del diagnóstico

Casi la mitad de los hombres encuestados infectados con el VIH fueron diagnosticados en los últimos 5 años (2006-2010), y el 16,4% lo fue en los últimos 12 meses. La mayor parte de diagnósticos se realizaron en los centros de salud con el médico de familia (27,7%), en un hospital, clínica o centro ambulatorio (27,1%) y en centros de diagnóstico del VIH (ni hospital ni clínica) (16,9%) (Tabla 39).

Tabla 39: Distribución de los participantes con el VIH según características relacionadas con su diagnóstico

	n	%
Año del diagnóstico (n=1.161)		
1984 - 1995	144	12,4
1996 - 2000	119	10,2
2001 - 2005	208	17,9
2006 - 2008	304	26,2
2009 -2010	239	20,6
No contesta	147	12,7
Lugar del diagnóstico (n=1.156)		
Centro de Salud (Médico de familia)	320	27,7
Consulta de médico privado	138	11,9
Hospital o clínica o centro ambulatorio	313	27,1
Hospital, durante un ingreso	110	9,5
Centro de diagnóstico del VIH (ni hospital ni clínica)	195	16,9
Centro de donación de sangre	41	3,5
La propia casa (Kit de autodiagnóstico)	2	0,2
Bar, club o sauna	3	0,3
Unidad médica móvil	7	0,6
Otro lugar	27	2,3

9.2. Recuento de CD4 y nivel de carga viral

El 37,2% de los HSH que tienen el VIH fueron diagnosticados de manera tardía (ver definición en el Anexo) al presentar menos de 350 células CD4/ μ l en el momento de su diagnóstico. Respecto a la carga viral medida en el último control médico, casi el 70% indicaron tenerla a un nivel indetectable (Tabla 40).

Tabla 40: Distribución de los participantes con el VIH según el recuento de CD4 en el momento de su diagnóstico y el nivel de carga viral en la última determinación realizada		
	n	%
Recuento de CD4 (n=588 ¹)		
Menos de 200 células/ μ l	121	20,6
200 – 349 células/ μ l	98	16,6
350 – 500 células/ μ l	117	19,9
Más de 500 células/ μ l	252	42,9
Diagnóstico tardío (n=588 ¹)		
Sí	219	37,2
No	369	62,8
Carga viral actual (n=1.007)		
Indetectable	697	69,2
Detectable	310	30,8
¹ La información que se recoge es a partir del año 2001.		

9.3 Tratamiento antirretroviral

Un total de 320 hombres infectados con el VIH, (27,8% del total de infectados que contestaron a la pregunta) indicó no haber recibido tratamiento antirretroviral nunca en su vida, en su mayoría (89,9%) porque el médico no lo consideró necesario (Tabla 41). Entre los que habían recibido tratamiento alguna vez, el 96,5% lo estaba recibiendo en la actualidad.

Tabla 41: Motivos por los que nunca recibió tratamiento antirretroviral¹

	n	%
No había indicación por parte del médico	286	89,9
Para evitar los efectos secundarios	18	5,7
El paciente consideró que no era necesario	12	3,8
El paciente temía que la gente lo notara	7	2,2
El paciente no quería recordar que estaba infectado cada día	9	2,8
Otro motivo	26	8,2

¹ Categorías no mutuamente excluyentes

IV. Limitaciones del estudio

Al interpretar los resultados del estudio EMIS en España que se presentan en este informe han de tenerse en cuenta una serie de limitaciones:

- a. En EMIS se utilizó una muestra de HSH autoseleccionados para participar en él, lo que introduce sesgos de selección que limitan la posibilidad de generalizar los resultados:
 - En otros estudios se ha visto que el perfil de los HSH encuestados por Internet difiere de los encuestados en lugares de ambiente gay (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009). Por ello, al utilizar EMIS una muestra captada básicamente *on-line* es muy posible que no estén representados todos los HSH.
 - No todos los HSH tienen acceso a Internet (43% de los hogares españoles no tienen acceso a Internet; Eurostat, 2011), por lo que al usar este medio como sistema de captación se introduce un sesgo hacia la participación de los HSH que más lo utilizan, en detrimento de otros que probablemente lo utilizan menos, como pueden ser los residentes en zonas rurales, los de menores recursos económicos o los inmigrantes.
 - Finalmente, al reclutar a los participantes en portales o chats gay, se puede sobrestimar, por ejemplo, el porcentaje de hombres con orientación gay o el porcentaje de hombres que buscan parejas sexuales por Internet, porque estos canales son típicamente utilizados para buscar sexo dentro de estos subgrupos. Por lo tanto, los usuarios de Internet que visitan esos portales pueden tener características diferentes de otros usuarios que no acceden a ellos.
- b. Las encuestas conductuales tienen diversas desventajas, entre otras la dificultad para recordar eventos, la posible ambigüedad de algunas preguntas con su consiguiente mala interpretación o el efecto de deseabilidad social que puede producirse en las respuestas.
- c. Los resultados de la encuesta EMIS en España sólo se pueden interpretar globalmente ya que el estudio no fue diseñado para hacer comparaciones entre CCAA.
- d. Es posible que algunas significaciones estadísticas encontradas al comparar variables no sean relevantes, por el efecto del tamaño de la muestra. Por otro lado, el análisis estadístico inferencial que se ha realizado para este informe tan sólo contempla asociaciones entre dos variables; por ello, las asociaciones encontradas deben interpretarse con cautela.

A pesar de las limitaciones descritas, EMIS es la primera gran encuesta dirigida a HSH realizada en España, con un tamaño muestral importante,

y forma parte de un estudio paneuropeo en el que se ha utilizado un cuestionario estandarizado único para los 38 países participantes. Todo ello hace que los datos obtenidos sean de gran valor para conocer la conductas sexuales y otros aspectos relativos a la infección por el VIH y otras ITS entre los HSH en España, así como para la planificación de los servicios sanitarios correspondientes. Por otra parte, ya que no existe un censo de HSH, este tipo de estudios son probablemente los únicos factibles si se desea realizar un proyecto a gran escala.

V. Conclusiones

Se presentan a continuación las principales conclusiones de este estudio ordenadas temáticamente, tal como aparecen en el informe.

Reclutamiento

Madrid y Cataluña concentraron el mayor número de participantes. Dado que estas comunidades albergan las dos ciudades más grandes de España, el resultado era esperable, ya que, los HSH tienden a concentrarse en grandes urbes.

En algunas CCAA el número de participantes fue especialmente bajo. Esto puede deberse a factores diversos como la existencia de un menor número de HSH en las CCAA menos pobladas, la menor accesibilidad de estos en esas comunidades por tratarse de una población oculta y dispersa, y la desigual promoción de EMIS territorialmente, ya que los portales gay de contactos (principal fuente de reclutamiento) son menos útiles en las zonas menos pobladas.

Los mensajes instantáneos enviados a los perfiles de usuarios por parte de algunos portales gays de contactos tuvieron mayor impacto que la mera colocación de *banners*. Por otra parte, el reclutamiento a través de la distribución de carteles y tarjetas en locales de ocio gay tuvo al parecer un impacto prácticamente nulo, aunque resulta difícil comprobarlo.

Características socio-demográficas

Los HSH participantes en la encuesta EMIS en España fueron mayoritariamente adultos jóvenes (edad promedio de 33,1 años) con un alto nivel educativo, características que se corresponden con lo que cabe esperar en usuarios de Internet en España.

El porcentaje de HSH de origen extranjero (22,8%) fue casi el doble del publicado en datos nacionales de los hombres extranjeros en la población general (12,8%) (INE, 2011). Esto podría deberse a factores como: a) los HSH podrían estar sobrerrepresentados entre los inmigrantes en España b) los HSH inmigrantes podrían estar más dispuestos a contestar encuestas de este tipo que los españoles.

América Latina fue la región de origen más frecuente entre los participantes no nacidos en España. La relación histórica, cultural y lingüística con ese continente puede hacer que muchos HSH latinoamericanos decidan emigrar a España en lugar de a otros países.

La orientación sexual mayoritaria fue la homosexual/gay, seguida de la bisexual.

Casi la mitad de los HSH en este estudio vivía solo o convivía con una pareja homosexual.

Discriminación y homofobia

Aunque actualmente en España existe un ambiente de respeto y tolerancia a la diversidad sexual, un subgrupo de hombres manifestaron haber vivido algún acto de violencia, principalmente intimidación o violencia verbal. Los menores de 25 años refirieron con mayor frecuencia este tipo de episodios.

Los hombres bisexuales y los que no se definieron en una identidad sexual (categoría “otros”), reportaron más actos de violencia que los hombres gay. Esto podría sugerir una susceptibilidad de estos hombres al interpretar una conducta “inocua” (por ejemplo: miradas, comentarios) como un acto “violento”.

Conductas sexuales de riesgo

Casi tres cuartas partes de los encuestados afirmó ser seroconcordante respecto al VIH con su pareja estable (masculina o femenina). Desafortunadamente, el diseño de la pregunta no permite establecer si este conocimiento se basaba en un resultado documentado de la prueba del VIH.

Tres cuartas partes de los hombres con pareja estable masculina no utilizó el preservativo con esta alguna vez en los últimos 12 meses en la penetración anal; además, entre quienes refirieron haber realizado PANP con la pareja estable en este periodo, el 34,8% dijo que su pareja era serodiscordante respecto al VIH o con estado desconocido; esto entraña un claro riesgo de transmisión del VIH.

El 27,4% de los hombres notificaron haber tenido más de 10 parejas sexuales ocasionales masculinas en los últimos 12 meses.

Entre aquellos hombres que tuvieron alguna pareja sexual ocasional en los últimos 12 meses, la mayoría (93,6%) practicó alguna vez penetración anal, y de estos el 45,3% lo hizo en alguna ocasión sin preservativo. Adicionalmente, el 69,8% de quienes refirieron PANP lo hizo con una pareja serodiscordante o con seroestatus desconocido, lo que indica exposición a un alto riesgo de infección por el VIH.

Internet y los lugares donde se practica sexo (e.g. saunas, bares o clubs de sexo, zonas de cruising) son los principales espacios donde los HSH participantes conocieron a su última pareja sexual.

En el análisis descriptivo univariado, los HSH inmigrantes, con un nivel de estudios medio/bajo, desempleados e infectados con el VIH parecen tener una mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo con las parejas sexuales ocasionales. Habrá de esperarse al análisis multivariado para ver si estos resultados se confirman.

El no uso del condón con las parejas estables ocurre principalmente entre hombres que viven en ciudades pequeñas o zonas rurales, con un nivel educativo bajo/medio y de estado serológico frente al VIH negativo o desconocido.

Consumo de drogas

El perfil del consumidor de drogas recreativas fue el de un hombre que residía en grandes ciudades y mayor de 25 años. Los menores de 25 años consumieron más drogas legales (alcohol y tabaco) y también cannabis.

Entre quienes respondieron la pregunta acerca de la relación que mantenían con estas sustancias, el 8,7% manifestaron estar preocupados por su consumo de alcohol, y el 5,1% estaban preocupados por su consumo de drogas con fines recreativos.

Tras el alcohol, tabaco y cannabis, las drogas para el sexo (popper y viagra) fueron las más usadas.

Conocimientos

En general, los participantes en el estudio presentaron un alto nivel de información sobre el VIH, su transmisión y la prueba del VIH. Sin embargo el grado de conocimientos fue menor sobre tres aspectos: las ITS, la PPE y el impacto del tratamiento en la reducción del riesgo de transmisión del VIH.

Los inmigrantes tenían mayor nivel de conocimiento sobre el VIH que los españoles, a pesar de ser un colectivo con una alta frecuencia de nuevas infecciones (Centro Nacional de Epidemiología, 2011). Esto sugiere que su vulnerabilidad podría deberse a factores culturales o vinculados a su estatus de inmigrante. No obstante, será necesario un análisis multivariado ajustando por otros factores para corroborar esta asociación.

Infecciones de Transmisión Sexual

La prevalencia de ITS en los últimos 12 meses fue elevada. Cabe señalar que la presencia de ITS, en especial las ulcerosas, favorece la transmisión del VIH.

En el análisis descriptivo, los HSH inmigrantes, desempleados, los infectados por el VIH y los usuarios de drogas, aparecen como subgrupos

especialmente afectados por las ITS. Es necesario comprobar si estos factores de vulnerabilidad se confirman en los análisis multivariados.

En comparación con los HSH que no habían recibido un resultado positivo frente al VIH, los que estaban infectados reportaron cerca del doble de diagnósticos de ITS (13% y 24% respectivamente).

Otros factores que en el análisis descriptivo aparecieron relacionados con haber tenido una ITS fueron: ser inmigrante, encontrarse en situación de desempleo y consumir drogas. Es necesario comprobar si estos resultados se confirman en los análisis multivariados.

La mayoría de participantes que tuvieron alguna ITS en los últimos 12 meses fueron diagnosticados sin presentar síntomas (73%), lo que sugiere una alta percepción del riesgo de ITS en el colectivo y/o en el personal sanitario que los atiende.

El 0,4% de los HSH encuestados habían recibido un diagnóstico de hepatitis C en el último año.

Prueba y prevalencia del VIH

Alrededor de una cuarta parte de los hombres encuestados no se había hecho nunca la prueba del VIH.

Entre los que se habían realizado la prueba del VIH, la prevalencia de infección fue del 12%. Esta cifra es similar a la hallada entre HSH que acuden a realizarse la prueba a centros específicos de ITS/VIH en España (EPI-VIH Study Group).

La mayor prevalencia del VIH se encontró entre los hombres inmigrantes, con una orientación sexual gay u homosexual, mayores de 40 años, desempleados, con nivel educativo bajo, que residían en poblaciones de más de 500.000 habitantes y en una relación de pareja estable masculina.

Los participantes en EMIS se mostraron muy satisfechos con el trato recibido al realizarse la prueba del VIH, así como con la confidencialidad. Sin embargo, la satisfacción fue menor respecto al consejo asistido.

Infección por el VIH

El diagnóstico tardío del VIH entre los HSH participantes en EMIS presentó cifras similares a las halladas para este colectivo en registros poblacionales como el SINIVIH (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología, 2011), donde se ha puesto de manifiesto que este hecho es menos común que en otros subgrupos (por ejemplo entre los hombres heterosexuales). Posiblemente esto es debido a la mayor concienciación de los HSH en cuanto a la necesidad de realizarse la prueba del VIH.

VI. Recomendaciones

HSH cuya situación epidemiológica requiere intervenciones especiales:

Los HSH que viven con el VIH presentan más conductas de riesgo y mayor prevalencia de ITS que el resto del colectivo. Por ello, son necesarias más intervenciones específicas de prevención para este sub-colectivo, en donde se debería informar del riesgo de coinfección entre VIH y otras ITS, y sobre el impacto que su adquisición comporta para su salud.

Los HSH inmigrantes presentan más prácticas de riesgo y más prevalencia del VIH que el resto, por lo que deben intensificarse las intervenciones preventivas específicamente dirigidas a este grupo, sin que se produzca una estigmatización, e informando sobre el incremento de nuevos diagnósticos del VIH y otras ITS en el mismo.

Dado el mayor consumo de drogas y de relaciones sexuales no protegidas que presentan los HSH desempleados, sería necesario fomentar el acceso de esta población a intervenciones psico-sociales.

Es preciso realizar más investigaciones para conocer mejor las necesidades de salud sexual y de prevención de los HSH infectados con el VIH y los inmigrantes.

HSH que por motivos geográficos pueden presentar limitaciones en su acceso a la prevención:

Los resultados de EMIS sugieren que los HSH que no viven en grandes ciudades pueden tener dificultades para acceder a la prueba del VIH, así como a medidas de información y prevención. Es necesario evaluar los esfuerzos de prevención del VIH/ITS que se vienen realizando en este ámbito y si las necesidades de salud sexual en este colectivo están siendo debidamente atendidas. Para ello se debería realizar un mapeo de distribución de los recursos de prevención, incluyendo en el mismo los recursos para realizarse la prueba del VIH, tanto perteneciente al Sistema Nacional de Salud (públicos y privados), como a programas comunitarios.

Los HSH que viven en ciudades pequeñas o zonas rurales, los jóvenes y los hombres bisexuales son subgrupos que poseen menor conocimiento sobre el VIH, por lo que deben promoverse estrategias de prevención específicas para ellos. Internet puede ser una buena herramienta a utilizar en

este sentido, ya que permite acercar la información de interés a municipios donde no existen servicios que la provean. La atención on-line, contribuye además a proteger el anonimato y la confidencialidad de aquellos HSH que, independientemente del lugar de residencia, no desean visitar servicios de atención socio-sanitaria.

Estrategias de prevención relativas a las prácticas sexuales

Los resultados de EMIS confirman la necesidad de reforzar la promoción del uso del preservativo como principal estrategia de prevención primaria del VIH.

Conjuntamente con la promoción del uso del preservativo y en el contexto de intervenciones preventivas individuales, como el consejo asistido, es necesario informar de las estrategias que pueden reducir el riesgo de transmisión como son, no eyacular o pedir que no eyaculen dentro del ano, tomar un rol sexual insertivo o el uso de lubricante con el preservativo.

Un alto porcentaje de HSH no usa lubricante, por lo que sería conveniente promover y fomentar el uso del lubricante de base acuosa o de silicona entre ellos para mejorar la eficacia en el uso del preservativo.

En las campañas de prevención del VIH/SIDA dirigidas a los HSH se deberían de fomentar las estrategia de “seguridad negociada” (acuerdos explícitos sobre el sexo seguro dentro y fuera de la relación de pareja) antes de dejar de utilizar el preservativo con una pareja estable.

Los HSH que realizan prácticas de riesgo, como el fist-fucking sin protección, pueden estar especialmente expuestos a la infección por el virus de la hepatitis C. Es necesario informar a los HSH sobre este riesgo y promover que se realicen la prueba del VHC.

El uso de drogas recreativas antes o durante las relaciones sexuales aparece asociado a una mayor prevalencia de relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales, por lo que es importante incluir información sobre los riesgos asociados a su consumo en los mensajes de prevención. Asimismo, las campañas de prevención debieran alertar sobre el peligro de consumir y mezclar ciertas sustancias, como popper y viagra.

Prueba del VIH

Dada la alta prevalencia del VIH, y el elevado número de parejas sexuales y episodios de PANP entre los HSH, se aconseja la realización de la prueba del VIH al menos una vez al año, siguiendo las recomendaciones los organismos nacionales e internacionales. Un diagnóstico precoz evita el

retraso en el tratamiento de los infectados con el VIH, mejora su calidad de vida, disminuye la morbi-mortalidad y la transmisión de la infección a terceros.

Es necesario caracterizar al subgrupo de HSH que nunca se ha realizado la prueba del VIH y desarrollar estrategias específicas para incrementar la cobertura del test en este grupo.

La mayor parte de las pruebas del VIH se realizan a través del médico de familia en los centros de salud. Es por tanto necesario mejorar la capacitación y sensibilización del personal sanitario para intervenir en este contexto, difundiendo la recomendación de la prueba anual para los HSH.

Otras infecciones de transmisión sexual

Es preciso difundir entre los HSH más materiales informativos sobre las ITS, incluyendo información básica relacionada con sus síntomas, centros de tratamiento y formas de prevención.

Dada la elevada prevalencia autodeclarada de ITS, se debería de recomendar el cribaje periódico de ITS como sífilis, hepatitis B y C y clamidia en este colectivo.

Dado que la mitad de los HSH no están correctamente vacunados de la hepatitis B, se debería de incrementar la cobertura de la vacunación a HSH adultos.

Profilaxis post-exposición

El gran desconocimiento sobre la existencia y condiciones de aplicación de la PPE confirma la necesidad de promover una mayor difusión de esta medida preventiva.

Espacios en que los HSH se relacionan y buscan parejas sexuales

Es necesario prestar más atención a los lugares donde los HSH conocen a sus parejas sexuales (Internet y lugares donde se practica sexo), y diseñar intervenciones preventivas adecuadas a sus características particulares. Además, se debe promover una mayor implicación y colaboración del empresariado LGBT en la prevención del VIH y otras ITS.

VII. Bibliografía

- Chiasson, A., Parsons, J. T. Tesoriero, J. M., Carballo-Diequez, A., Hirshfield, S. y Remien R. H. (2006). HIV Behavioral Research. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(1), 73-85
- CEEISCAT y Stop Sida (2009). Resultados preliminares del estudio sobre monitorización de conductas 2009. Sexhom.info. Recuperado de: http://www.stopsida.org/images/stories/pdf/monitorizacion_conductas_2009.pdf
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). SIVES 2010: Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del SIDA/VIH/ITS en Catalunya (SIVES): *Informe bianual. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2011*. (Documento Técnico CEEISCAT, 2010).
- Centro Nacional de Epidemiología. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. (2011). Situación epidemiológica de la infección por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Madrid.
- EPI-VIH Study Group (2010). HIV prevalence in clients of a network of HIV/STI centres, 2000-2008. Madrid: National Centre of Epidemiology.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2009b). *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2009a). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2011). *STI and HIV prevention in men who have sex with men in Europe*. Estocolmo: ECDC.
- Eurostat (2011). Households having access to the Internet, by type of connection. Recuperado de: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=ti n00073&language=en>
- Fernández M. I., Varga L. M., Perrino T., Collazo J. B., Subiaul F., Rehbein A., Torres H., Castro M. y Bowen G.S. (2004). The Internet as recruitment tool for HIV studies: Viable strategy for reaching at-risk Hispanic MSM in Miami?. *AIDS CARE*, 16 (8), 953-963.
- Fernández-Dávila P. y Zaragoza Lorca K. (2009). Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 23, 380-7.
- Folch, C, Casabona, J, Muñoz, R y Zaragoza, K (2005). Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 294-301.
- Folch, C, Marks, G, Esteve, A, Zaragoza, K, Muñoz, R y Casabona, J (2006). Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among Men who Have Sex with Men in Barcelona, Spain. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 227-242.
- Instituto Nacional de Estadística (2007). Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003. Informe general. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Estadística (2010). Padrón Municipal. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Ft245&file=inebase&L=0>

- Instituto Nacional de Estadística (2011). Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2011. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>
- Montoya-Ferrer, A, Seth Fierer, D., Alvarez-Alvarez, B. de Gorgolas, M. y Fernandez-Guerrero, M. (2011). Acute Hepatitis C Outbreak among HIV-infected Men, Madrid, Spain. *Emerging Infectious Diseases*. 17(8), 1560-2
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe Anual 2009*. Luxemburgo: OEDT.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. *Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España*. Madrid; 2011.
- Stop Sida (2008). *Cúdate.info. El sexo que practicamos*. Barcelona: Stop Sida.
- Tortajada, C., de Olalla, P. G., Pinto, R. M., Bosch, A. y Caylà, J. (2009). Outbreak of hepatitis A among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Eurosurveillance*, 14(5). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N15/art19175.pdf>
- Vall Mayans, M., Armengol, P., Casals, M., Sanz, B., Loureiro, E., & Vives, A. (2006). Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona: 2002-2003. *Medicina Clínica*, 126(3), 94-96.
- Vall Mayans, M., Caballero, E., García de Olalla, P., Armengol, P., Codina, M. G., Barberà M. J., Sanz, B., Andreu, A. y Caylà, J. A. (2008). Outbreak of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Barcelona 2007/08 – an opportunity to debate sexual health at the EuroGames 2008. *Eurosurveillance*, 13(4-6). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V13N25/art18908.pdf>

Anexo

Definiciones

Anilingus (“beso negro”): Estimulación sexual del ano mediante la lengua.

Diagnóstico tardío: Presencia de un recuento de CD4 inferior a 350 células/mm³ en el primer análisis realizado inmediatamente después del diagnóstico del VIH.

Drogas recreativas: Drogas que se consumen con fines recreativos para intensificar las sensaciones y alterar el estado de ánimo según el contexto y el motivo en el que se consuman (fiesta, sexo, relajación...).

Homofobia social: Miedo u odio irracional ante la homosexualidad, que se manifiesta en actos de rechazo, discriminación o agresión.

Fist-fucking: Introducción de la mano o el puño dentro del ano.

Inmigrante: Hombre que reside en España pero declara haber nacido en un país diferente.

Nivel de estudios: Variable que recoge el nivel de estudios completado por los participantes. En el estudio EMIS se usó para este propósito las categorías existentes en España que, posteriormente, se recodificaron en 3 propuestas por la Clasificación Internacional Estándar de la Educación: Nivel de Estudios Bajo (Analfabeto, Estudios primarios incompletos, Estudios primarios completos), Nivel de Estudios Medio (Estudios secundarios o técnicos) y Nivel de Estudios Alto (Estudios universitarios o de postgrado).

Ocupación: Las categorías iniciales fueron ocho, que para el análisis se recodificaron en tres: empleado (a jornada completa, a media jornada o autónomo), desempleado y otro (estudiante, retirado, baja laboral de larga duración u otros).

Pareja estable: Pareja (hombre o mujer) a la que se considera novio/a o marido/mujer. El resto de parejas se consideran ocasionales.

Pareja serodiscordante: Pareja cuyos miembros tienen diferente estado serológico respecto al VIH.

Pareja sexual ocasional: Parejas con las que se tuvo uno o varios contactos sexuales, pero a la que no se considera novio/a o marido/mujer (incluye relaciones de una noche, parejas casuales y anónimas y parejas sexuales regulares).

Penetración anal: Práctica sexual que consiste en la introducción del pene en el ano de la pareja, independientemente de que haya o no eyaculación.

Profilaxis Post Exposición: Administración de fármacos antirretrovirales, por indicación médica, con el objetivo de evitar el desarrollo de la

infección por el VIH tras una exposición accidental al virus por vía sexual o parenteral. Se trata de una medida de prevención.

Relación sexual: Contacto físico que produce el orgasmo (o sensaciones similares al orgasmo) en uno o ambos miembros de la pareja.

Relaciones concurrentes: Se dice que existen relaciones concurrentes cuando se mantienen relaciones sexuales con más de una pareja al mismo tiempo.

El estudio **“European MSM Internet Survey on Knowledge, Attitudes and Behaviour as to HIV and STIS” (EMIS)** es un proyecto europeo, financiado por la Dirección General de Salud y Consumidores (DG SANCO) de la Comisión Europea, cuyo objetivo fue obtener información sobre conocimientos, actitudes y conductas de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) en relación a la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En el estudio participaron 38 países europeos, a través de organismos gubernamentales, ONGs y centros académicos. La recogida de información se realizó entre Junio-Agosto de 2010 a través de Internet, utilizando un cuestionario estandarizado común, traducido a 25 lenguas europeas, disponible online y alojado en los principales portales europeos de contactos para HSH. El proyecto EMIS resultó un éxito puesto que al reclutar más de 180.000 encuestados se convirtió en el mayor estudio sobre el colectivo HSH que se ha realizado hasta el momento.

En España, los centros y organismos participantes fueron el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), como centro asociado al proyecto, y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (a través de la SPNS), el Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII y la organización no gubernamental STOP SIDA como centros colaboradores.

El total de encuestados en España fue de 13.730, con representación de todas las CCAA. Este es el primer estudio de conductas de ámbito nacional que se realiza en el colectivo HSH y ha permitido obtenido información muy detallada, que sin duda será de gran utilidad para establecer las políticas de prevención en este grupo que actualmente es el más frecuente entre los nuevos diagnósticos de VIH, y el único en el que la infección parece estar en aumento.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD