

Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España

Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO papel: 133-20-058-8
NIPO en línea: 133-20-059-3
DEPÓSITO LEGAL: M-29281-2020

Imprime: Gráficas Naciones, S.L.
C/Guadiana, 8
28110 ALGETE (Madrid)

<https://cpage.mpr.gob.es>

Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Como parte del proyecto ESTICOM (European Surveys and Training to Improve MSM Community Health), EMIS-2017 (www.emis2017.eu), fue coordinado e implementado por Sigma Research at the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) en colaboración con el Robert Koch Institute (RKI) en Berlín. EMIS core team: Axel J. Schmidt, Ford Hickson, David Reid, and Peter Weatherburn @ LSHTM and Uli Marcus and Susanne B. Schink @ RKI.

En España, EMIS-2017 fue implementado por el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT), con la colaboración de la asociación Stop Sida, la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS) –Dirección General de Salud Pública–, y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III.

Equipo de trabajo informe EMIS España:

Cinta Folch y Jordi Casabona (CEEISCAT).
Sebastián Meyer y Rubén Mora (Asociación Stop Sida).
María C. Vázquez (SPNS, Ministerio de Sanidad).
Asunción Díaz (Instituto de Salud Carlos III, CNE, Ministerio de Ciencia e Innovación).

Revisores:

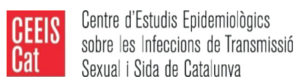
Raúl Soriano.
Victoria Hernando, Marta Ruiz-Algueró (CNE).

Financiación:

EU Health Programme 2014-2020 for Europe.

Cita Sugerida:

Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Ministerio de Sanidad, 2020.



Agradecimientos:

A las organizaciones no gubernamentales que trabajan en prevención del VIH en hombres gais, bisexuales y otros HSH de España, a los Planes Autonómicos de SIDA por colaborar en la difusión del estudio, y en particular:

BakaLa.org

TUAMO.NET

FELGTB
Federación Estatal de Lesbianas,
Gais, Transsexuales y Bisexuales

gt grupo de trabajo sobre
tratamientos del VIH (gTT-VIH)
INSTITUTO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA DE CAROLINA
20 años

dm dosmanzanas.com

EL RUMOR

CFAM

Gaispositius

**ESTOY
AILANDO**
MAYORÍA INTELIGENTE

ALEGA

lambda
col·lectiu de lesbianes, gais,
transsexuals i bisexuals

FUNDACIÓENLLAC

Loottis

H2O
Col·lectiu Gai, Lesbià,
Bisexual i Transsexual
del Camp de Tarragona

**TRIÁNGULO
MADRID**

adhara

**Play
Ground**

afirmat

QuieroPrEPYa
www.quieroepya.info

**Comunidad
de Madrid**
Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

bizkaisida 30 AÑOS
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE BIZKAIA

seisida
SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA

**panteres
grogues**
BARCELONA

**MATINÉE
GROUP**

CESIDA
Coordinadora estatal de VIH y sida

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

Al equipo del proyecto EMIS-2017: Axel J. Schmidt, Ford Hickson, David Reid, y Peter Weatherburn (Sigma Research, LSHTM), en colaboración con Uli Marcus y Susanne B. Schink (RKI).

Índice

Índice de tablas	1
Índice de figuras	15
Glosario de siglas y términos	19
Resumen ejecutivo	21
1 Introducción	25
1.1. Antecedentes	25
1.2. Marco de la encuesta EMIS-2017	26
1.3. Propósito y objetivos	26
1.4. Informe de EMIS-2017 (España)	26
2 Métodos	29
2.1. Criterios de inclusión	29
2.2. Instrumento	29
2.3. Reclutamiento	30
2.4. Participación	36
2.5. Escalas	37
2.6. Análisis estadístico	41
3 Características socio-demográficas	43
3.1. Sexo e identidad de género	44
3.2. Edad	44
3.3. CCAA y tamaño poblacional del lugar de residencia	44
3.4. Lugar de nacimiento	45
3.5. Nivel de estudios	48
3.6. Ocupación y percepción de los ingresos actuales	49
3.7. Atracción, identidad y visibilidad sexual	50
3.8. Relación de pareja estable	51
4 Salud psico-socio-sexual	55
4.1. Salud mental	55
4.2. Infección por el VIH y otras ITS	63
5 Experiencia sexual, consumo de drogas y estrategias de prevención	69
5.1. Experiencia sexual con hombres	70
5.2. Sexo con parejas estables y ocasionales (últimos 12 meses)	72

5.3. Uso del condón con parejas ocasionales masculinas	74
5.4. Experiencia sexual con mujeres	76
5.5. Pagar o cobrar a cambio de sexo	77
5.6. Consumo de sustancias	80
5.7. Consumo de alcohol o drogas con fines sexuales	83
5.8. Búsqueda y uso de la profilaxis post-exposición (PPE)	87
5.9. Búsqueda y uso de la profilaxis pre-exposición (PrEP)	88
5.10. Tratamiento antirretroviral	89
5.11. Vacunación frente a las hepatitis A y B	90
6 Necesidades	91
6.1. Necesidades relacionadas con la salud psico-social	92
6.2. Necesidades sobre la salud sexual	99
6.3. Necesidades en relación al consumo de drogas	107
6.4. Necesidades sobre la PPE y la PrEP	109
6.5. Necesidades en relación a la prueba del VIH y tratamiento antirretroviral	114
6.6. Necesidades en relación a la vacunación frente a las hepatitis A y B	120
7 Acceso a medidas de prevención del VIH/ITS y a servicios socio-sanitarios	127
7.1. Acceso a preservativos	128
7.2. Acceso a servicios de atención al consumo de alcohol y/o drogas	129
7.3. Acceso a servicios de salud relacionados con el uso de la PrEP	130
7.4. Información sobre el VIH y otras ITS	133
7.5. Servicios de la prueba del VIH	134
7.6. Oferta de la vacuna de las hepatitis A y B en servicios de salud	137
7.7. Servicios de prevención y control de otras ITS	139
8 Fortalezas y limitaciones	143
9 Discusión y recomendaciones	145
10 Bibliografía	153

Índice de tablas

Tabla 1.	Idioma en que se contestó la encuesta en España	37
Tabla 2.	Puntuaciones en la escala PHQ-4	38
Tabla 3.	Interpretación de los resultados del CAGE4	39
Tabla 4.	Versión española de la escala de apoyo social (SPS), ítems que evalúan la alianza confiable y la integración social	40
Tabla 5.	Ítems incluidos en la escala corta de homonegatividad internalizada	41
Tabla 6.	Distribución de participantes según el tamaño del municipio de residencia (n=10.525)	45
Tabla 7.	Distribución de participantes que nacieron fuera de España según región y país de nacimiento	46
Tabla 8.	Distribución de participantes según su ocupación actual (n=10.583)	49
Tabla 9.	Distribución de participantes según la percepción de su nivel de ingresos actuales (n=10.553)	50
Tabla 10.	Distribución de participantes según las personas de su entorno que conocían que ellos se sentían atraídos sexualmente por hombres (n=10.537)	51
Tabla 11.	Distribución de participantes según si tenían o no una pareja estable (n=10.617)	51
Tabla 12.	Distribución de participantes según las respuestas a los ítems de la escala PHQ-4	56
Tabla 13.	Proporción de participantes que presentaron un grado de ansiedad-depresión severo e ideación suicida según características socio-demográficas	57
Tabla 14.	Proporción de participantes que presentaron “insatisfacción sexual” según características socio-demográficas	60
Tabla 15.	Porcentaje de respuestas afirmativas en los ítems del CAGE4	61
Tabla 16.	Proporción de participantes que presentaron indicios de dependencia al alcohol características socio-demográficas	62
Tabla 17.	Proporción de participantes que declararon haber sido diagnosticados con infección por el VIH según características sociodemográficas	64

Tabla 18.	Distribución de participantes con infección por el VIH según el nivel de carga viral en el último control médico (n=1.397)	66
Tabla 19.	Proporción de participantes con diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses según características socio-demográficas	68
Tabla 20.	Proporción de participantes que practicaron la penetración sin condón con alguna pareja ocasional según características socio-demográficas (últimos 12 meses)	75
Tabla 21.	Proporción de participantes que pagaron o les habían pagado a cambio de sexo según características socio-demográficas (últimos 12 meses)	79
Tabla 22.	Distribución de participantes según uso inyectado de esteroides y otras drogas	81
Tabla 23.	Distribución de participantes según el lugar del encuentro sexual más reciente donde se consumieron drogas estimulantes y se tuvo sexo en grupo (últimos 12 meses) (n=1.004)	85
Tabla 24.	Proporción de participantes que habían consumido drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso/durara más tiempo (últimas 4 semanas) según características socio-demográficas	86
Tabla 25.	Proporción de participantes que indicaron estar usando la PrEP en la actualidad según características socio-demográficas	88
Tabla 26.	Media de años entre el diagnóstico del VIH y el inicio del TAR según año de diagnóstico	90
Tabla 27.	Distribución de participantes según las respuestas a los ítems de las escalas que miden el apoyo social	92
Tabla 28.	Proporción de participantes con menor nivel de apoyo social según características socio-demográficas	95
Tabla 29.	Proporción de participantes con valores >1 en la escala de homonegatividad interiorizada según características socio-demográficas	96
Tabla 30.	Distribución de participantes según las respuestas a los ítems que miden las habilidades para la negociación sexual	99
Tabla 31.	Distribución de participantes con un menor nivel de habilidades para la negociación sexual según características socio-demográficas	100
Tabla 32.	Proporción de participantes que practicaron alguna penetración sin condón por no tener preservativos disponibles según características socio-demográficas	102

Tabla 33.	Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre transmisión del VIH y otras ITS	104
Tabla 34.	Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre transmisión del VIH/ITS según características socio-demográficas	106
Tabla 35.	Proporción de participantes que declararon estar preocupados por su consumo de drogas recreativas de los últimos 12 meses según características socio-demográficas	108
Tabla 36.	Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la PPE	109
Tabla 37.	Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre PPE según características socio-demográficas	110
Tabla 38.	Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la PrEP	112
Tabla 39.	Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre PrEP según características socio-demográficas	113
Tabla 40.	Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la prueba del VIH y tratamiento antirretroviral	115
Tabla 41.	Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral	117
Tabla 42.	Proporción de participantes que no sabían dónde realizarse la prueba del VIH	118
Tabla 43.	Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre las hepatitis virales	121
Tabla 44.	Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre las hepatitis virales según características socio-demográficas	122
Tabla 45.	Proporción de participantes que desconocían dónde vacunarse contra las hepatitis A y/o B según características socio-demográficas	124
Tabla 46.	Distribución de participantes que usaron servicios relacionados con el consumo de alcohol y drogas	130
Tabla 47.	Proporción de participantes sin resultado previo de una prueba del VIH a los que se les ha ofertado la prueba en servicios de salud según características socio-demográficas	134
Tabla 48.	Distribución de participantes según el lugar donde se realizaron la última prueba del VIH	136

Tabla 49.	Proporción de participantes a los que les habían ofertado la vacuna de las hepatitis A y/o B en un servicio de salud según características socio-demográficas	138
Tabla 50.	Proporción de participantes que se realizaron pruebas de detección de ITS en los últimos 12 meses según características socio-demográficas	140
Tabla 51.	Distribución de participantes con diagnóstico previo de ITS según si él o el personal sanitario informaron a sus parejas de la necesidad de ser diagnosticadas y/o tratadas	142
Tabla 52.	Fortalezas de EMIS-2017	143
Tabla 53.	Limitaciones de EMIS-2017	143

Índice de figuras

Figura 1.	Banners utilizados para la promoción de la encuesta EMIS-2017	31
Figura 2.	Promoción de la encuesta EMIS-2017 en páginas web y app internacionales	31
Figura 3.	Promoción de la encuesta EMIS-2017 realizada por algunas organizaciones LGTB y/o de la prevención del VIH	32
Figura 4.	Promoción de la encuesta EMIS-2017 realizada por portales gays españoles	33
Figura 5.	Promoción de la encuesta EMIS-2017 a través de revistas o magazines digitales	34
Figura 6.	Promoción de la encuesta EMIS-2017 en grupos de Facebook dirigidos sólo a hombres gays	34
Figura 7.	Mensaje de promoción de la encuesta enviado por WhatsApp	35
Figura 8.	Distribución de las fuentes de acceso a la Encuesta EMIS-2017	36
Figura 9.	Distribución de participantes según grupo de edad (n=10.634)	44
Figura 10.	Distribución de participantes según CCAA de residencia (n=10.131)	45
Figura 11.	Distribución de participantes que nacieron fuera de España según tiempo de residencia (n=2.253)	47
Figura 12.	Principales motivos para migrar entre participantes que no nacieron en España (n=2.276)	48
Figura 13.	Distribución de participantes según número de años de estudios completados después de los 16 años (n=10.063)	49
Figura 14.	Distribución de participantes según su atracción e identidad sexual	50
Figura 15.	Distribución de participantes con pareja estable actual según el sexo y el número de parejas (n=3.234)	52
Figura 16.	Distribución de participantes con pareja estable actual según el sexo y el número de años de relación	53
Figura 17.	Distribución de participantes según el estado serológico frente al VIH de ambos miembros de la pareja estable (masculina y femenina) actual	54
Figura 18.	Distribución de participantes según la presencia y el grado de severidad del trastorno depresivo o ansiedad obtenido en la escala PHQ-4 (n=10.497)	56

Figura 19.	Distribución de participantes según la frecuencia de pensamientos suicidas en las dos últimas semanas (n=10.568)	57
Figura 20.	Distribución de participantes según los valores en la escala para medir el grado de satisfacción sexual (n=10.436)	59
Figura 21.	Distribución de participantes según los resultados del CAGE4 (n=10.518)	61
Figura 22.	Distribución de participantes con el VIH según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (n=1.132)	64
Figura 23.	Diagnóstico de ITS (alguna vez en la vida y últimos 12 meses)	67
Figura 24.	Distribución de participantes según sus experiencias sexuales con hombres	71
Figura 25.	Distribución de participantes según la edad de la primera vez que tuvo sexo y/o practicó la penetración con un hombre	72
Figura 26.	Distribución de participantes según el número de parejas estables masculinas con las que tuvo sexo, practicó la penetración y la penetración sin condón (últimos 12 meses)	73
Figura 27.	Distribución de participantes según el número de parejas ocasionales masculinas con las que tuvo sexo (últimos 12 meses)	74
Figura 28.	Frecuencia de uso del condón en aquellos participantes que habían tenido penetración con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses (n=7.273)	74
Figura 29.	Distribución de participantes según el número de parejas femeninas con las que practicaron la penetración en los últimos 12 meses (n=975)	76
Figura 30.	Frecuencia de uso del condón en aquellos participantes que habían tenido penetración con alguna pareja femenina los últimos 12 meses (n=835)	77
Figura 31.	Distribución de participantes según el número de veces que pagaron o fueron pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses	78
Figura 32.	Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses (n=10.634)	80
Figura 33.	Distribución de participantes según el número de drogas consumidas al menos una vez en los últimos 12 meses (n=5.745)	81
Figura 34.	Distribución de participantes según las veces que se inyectaron drogas en los últimos 12 meses (n=74)	82

Figura 35.	Distribución de participantes según el tipo de droga inyectada en los últimos 12 meses (n=81)	82
Figura 36.	Distribución de participantes según la “cantidad del sexo” que habían tenido bajo la influencia del alcohol u otras drogas en los últimos 12 meses (n=10.038)	83
Figura 37.	Distribución de participantes según la última vez del consumo de drogas estimulantes para que el sexo fuera más intenso o durara más tiempo (n=10.527)	84
Figura 38.	Distribución de participantes según el número de años que llevan consumiendo drogas estimulantes y teniendo sexo con múltiples parejas sexuales (n=973)	85
Figura 39.	Distribución de participantes que habían intentado conseguir la PPE según su uso y situación diagnóstica frente al VIH	87
Figura 40.	Distribución de participantes según el estatus de vacunación frente a la Hepatitis A y la Hepatitis B	90
Figura 41.	Distribución de participantes según la puntuación obtenida en la sub-escalas de alianza confiable (n=1.269)	94
Figura 42.	Distribución de participantes según la puntuación obtenida en la sub-escalas de integración social (n=5.265)	94
Figura 43.	Distribución de participantes según la puntuación obtenida en la escala de homonegatividad interiorizada (n=4.624)	96
Figura 44.	Distribución de participantes según experiencia de ataques homofóbicos en los últimos 12 meses	98
Figura 45.	Distribución de participantes que declararon haber realizado alguna penetración sin condón por no tener condones disponibles (n=10.592)	102
Figura 46.	Distribución de participantes según el número de ítems sobre la transmisión del VIH/ITS desconocidos (n=10.471)	105
Figura 47.	Distribución de participantes según su nivel de acuerdo con el ítem “me preocupa mi consumo de drogas recreativas” (n=4.135)	107
Figura 48.	Distribución de participantes según su percepción sobre el acceso a la PPE (n=9.149)	111
Figura 49.	Distribución de participantes según su intención de usar la PrEP en caso que estuviera disponible y fuera asequible (n=9.139)	114
Figura 50.	Distribución de participantes según el número de ítems sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral desconocidos (n=10.531)	116

Figura 51.	Motivos de no tomar tratamiento antirretroviral reportados por participantes que viven con VIH (n=37)	120
Figura 52.	Distribución de participantes según el número de ítems sobre las hepatitis virales desconocidos (n=10.513)	121
Figura 53.	Distribución de participantes según su conocimiento sobre dónde vacunarse contra las hepatitis A y B	123
Figura 54.	Fuente de obtención de preservativos en los últimos 12 meses (n=10.577)	129
Figura 55.	Distribución de participantes que usaron servicios de salud donde les hablaron sobre la PrEP (n=869)	131
Figura 56.	Distribución de participantes que usaron algún servicio de salud donde les prescribieron la PrEP (n=46)	132
Figura 57.	Distribución de participantes según el lugar donde consiguieron la PrEP (n=195)	133
Figura 58.	Distribución de participantes según la información recibida sobre VIH/ITS específica para HSH (n=9.327)	133
Figura 59.	Distribución de participantes según el tiempo desde la última prueba del VIH realizada (n=7.105)	135
Figura 60.	Distribución de participantes según el nivel de satisfacción en relación al consejo asistido recibido y el lugar de la última prueba realizada	137
Figura 61.	Tiempo desde las últimas pruebas de detección de ITS (n=6.973)	139
Figura 62.	Distribución de participantes según su percepción del conocimiento que tenía el personal sanitario sobre su sexualidad (n=5.228)	141

Glosario de siglas y términos

CCAA	Comunidades y ciudades Autónomas
CEEISCAT	Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/VIH/SIDA de Catalunya
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
DE	Desviación estándar de la media
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EMIS	European MSM Internet Survey
ESTICOM	European Surveys and Training to Improve MSM Community Health
FELGTB	Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infección de transmisión sexual
LGV	Linfogranuloma Venéreo
LGTB	Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PSC	Penetración anal sin condón
PHQ-4	Patient Health Questionnaire-4
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PID	Personas que se inyectan drogas
PPE	Profilaxis Post-Exposición
PrEP	Profilaxis Pre-Exposición
RI	Rango Intercuartílico
RKI	Robert Koch Institute
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SPNS	Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
SPS	Social Provisions Scale
TAR	Tratamiento antirretroviral
UE/AEE	Unión Europea/Área Económica Europea
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Resumen Ejecutivo

La encuesta EMIS-2017 (European MSM Internet Survey), desarrollada e implementada por Sigma Research de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) y financiada por el Programa de Salud de la UE 2014-2020, fue un cuestionario online en 33 idiomas llevada a cabo en 50 países donde se recogió información sobre conductas sexuales, consumo de drogas, salud psicosocial, prueba del VIH/ITS, entre otras, en el colectivo de hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El reclutamiento se realizó principalmente a través de app y páginas de contactos gays. En este informe se presentan los resultados más importantes del estudio EMIS-2017 de los participantes que vivían en España en el momento de realizar la encuesta, entre los que destacan los siguientes:

Perfil socio-demográfico.

- En total, participaron en EMIS-2017 10.634 hombres residentes en España, siendo las CCAA más representadas Madrid (27,4%) y Cataluña (23,5%).
- Los participantes fueron mayoritariamente adultos jóvenes (edad promedio de 35,2 años), nacidos en España (78,5%), con alto nivel educativo, y que se identificaba como gay u homosexual (79,9%).
- Más de la mitad (65%) estaban empleados y el 42,2% declaró vivir cómodamente o muy cómodamente con su nivel de ingresos actual.

Salud mental.

- El 5,9% presentaba un grado de ansiedad y/o depresión severo y el 21,4% presentó en algún momento ideas suicidas durante las dos últimas semanas.
- La prevalencia de problemas de salud mental fue superior en hombres jóvenes y en aquellos con una situación económica y laboral más desfavorecida.

Discriminación y homofobia.

- El 34,3% refirió haberse sentido intimidado en los últimos 12 meses, el 19,4% haber sufrido insultos verbales, y el 2% haber recibido violencia física (patadas, puñetazos...) en alguna ocasión.
- Los HSH más jóvenes, que vivían en ciudades pequeñas y cuya identidad sexual era distinta a la de gay u homosexual presentaron un mayor nivel de homonegatividad interiorizada.

Consumo de alcohol y drogas.

- La prevalencia del consumo de alcohol al menos una vez en los últimos 12 meses fue del 91,9% y la prevalencia de una posible dependencia al alcohol del 14,9%.
- La prevalencia del consumo de drogas con fines sexuales en los últimos 12 meses fue del 14,1% y un 0,8% refirió consumo inyectado de drogas.
- El consumo de drogas con fines sexuales fue mayor en hombres con infección por el VIH, nacidos fuera de España, y aquellos que vivían en ciudades de más de 500.000 habitantes.

Prueba del VIH, Hepatitis y otras ITS.

- El 19,4% nunca se había realizado la prueba del VIH y, entre estos, el 28,3% manifestó no saber dónde acudir para realizársela.
- El 16,5% de los hombres que se habían realizado la prueba del VIH alguna vez, declararon haber recibido un diagnóstico de VIH.
- Un 15,2% refirió un diagnóstico de alguna ITS (gonorrea, sífilis, condilomas o verrugas ano-genitales, clamidia/LVG y hepatitis C) en los últimos 12 meses.
- El 1,8% declaró haber recibido un diagnóstico de hepatitis C alguna vez y de ellos, el 12,5% manifestó que había sido diagnosticado de hepatitis C más de una vez.

Tratamiento antirretroviral (TAR) y profilaxis pre y/o post-exposición (PrEP y PPE).

- La mayoría de participantes con el VIH (99,5%) estaban realizando un control clínico de su infección, estaban en TAR (99,4%) y con carga viral indetectable (91,1%).
- El 36,4% nunca habían oído hablar de PPE y el 33,8% de PrEP.
- El 45,5% no conocía el significado de I=I (Indetectable = Intransmisible).

Experiencia sexual.

- El 98,2% de los participantes refirieron haber tenido sexo con hombres alguna vez y, de ellos, el 95,5% había realizado la penetración alguna vez.
- El 73,3% de los hombres con pareja estable masculina en los últimos 12 meses no utilizó siempre el condón durante el sexo con penetración anal, siendo este porcentaje del 60,4% en el caso de las parejas ocasionales masculinas.
- Un 29,9% refirió no haber usado el preservativo alguna vez en los últimos 12 meses por falta de disponibilidad.

- Los hombres diagnosticados por el VIH presentaron un menor nivel de habilidades para la negociación sexual.
- El 9,0% de los hombres habían pagado a cambio de sexo y el 5,2% habían sido pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses.

Grupos prioritarios a intervenir.

- Los resultados de EMIS-2017 han permitido identificar ciertos subgrupos de hombres gays, bisexuales y otros HSH que presentan mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH y otras ITS, como los jóvenes (menores de 25 años) y personas no nacidas en España. También los hombres con infección por el VIH presentan mayor vulnerabilidad a otras ITS.
- Será importante desarrollar intervenciones específicamente dirigidas a los hombres que residen en ciudades pequeñas y que tienen un menor acceso a los recursos de prevención y promoción de la salud sexual.

1. Introducción

1.1. Antecedentes

En el año 2017 se notificaron en España 4.014 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 8,62 por 100.000 habitantes. Esta tasa de nuevos diagnósticos de VIH es similar a la de otros países de la región Europea de la OMS, aunque superior a la media de los países de la Unión Europea (UE) y de Europa Occidental[1]. La vía sexual fue el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH, siendo la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) la mayoritaria (56,4%)[2].

En los últimos años, en los países desarrollados se detecta un persistente incremento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en hombres gays, bisexuales y otros HSH[2]. En una revisión bibliográfica reciente que describió los casos de linfogranuloma venéreo (LGV) publicados entre 2005 y 2015 en España, se encontró que la mayoría de los casos que se diagnosticaron en HSH eran españoles, de entre 30 y 45 años y con sintomatología rectal. Más del 60% de los casos en HSH estaban coinfectados con el VIH y casi la mitad presentaba otras infecciones concurrentes[3]. Por otro lado, estudios recientes confirman un aumento de la incidencia de infección aguda por el virus de la hepatitis C en HSH infectados o no por el VIH[4].

La información epidemiológica disponible en España en los últimos años, pone en relieve la vulnerabilidad de los hombres gays, bisexuales y otros HSH a la infección por el VIH, a las hepatitis virales y a la adquisición de otras ITS. En 2010, se llevó a cabo por primera vez la encuesta EMIS a través de Internet en 38 países de la Región Europea de la OMS[5] dirigida a HSH. En total, 13.111 HSH residentes en España participaron en EMIS-2010, siendo Madrid y Cataluña las comunidades autónomas (CCAA) más representadas (26,1% y 24,5%, respectivamente). Los datos de EMIS-2010[6] evidenciaron la existencia de conductas de riesgo que incrementaban la posibilidad de adquirir el VIH y otras ITS[7], y de factores estructurales como la discriminación u homofobia que sufre este colectivo y que incrementan su vulnerabilidad frente a estas infecciones[8], asimismo se identificaron ciertos subgrupos de HSH cuya situación epidemiológica requería de intervenciones específicas, como quienes vivían en ciudades pequeñas o zonas rurales y que presentaban dificultades para acceder a la prueba del VIH así como a información y medidas de prevención[9].

Al igual que en EMIS-2010, EMIS-2017 ha generado información útil para conocer las prácticas y necesidades del colectivo de hombres gays, bisexuales y otros HSH en general y en subgrupos de HSH con mayor vulnerabilidad.

1.2. Marco de la encuesta EMIS-2017

EMIS-2017 (www.emis2017.eu) se llevó a cabo en el marco del proyecto ESTICOM (European Surveys and Training to Improve MSM Community Health), un proyecto europeo de 3 años de duración que fue financiado por el Programa de Salud de la UE 2014-2020 (www.esticom.eu). EMIS-2017 fue desarrollada e implementada por Sigma Research de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), en colaboración con el Robert Koch Institute (RKI) en Berlín[10].

En España, al igual que en el estudio del 2010, la ejecución de EMIS-2017 estuvo a cargo del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/VIH/SIDA de Catalunya (CEEISCAT), con la colaboración de la Asociación Stop Sida, la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS) –Dirección General de Salud Pública, y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III.

1.3. Propósito y objetivos

EMIS-2017 tenía como propósito generar información útil en cada país para conocer las necesidades del colectivo de hombres gais, bisexuales y otros HSH frente al VIH y las ITS, y a la vez, recoger información clave para facilitar el diseño de programas específicos multinivel enfocados a proponer una respuesta. Por otra parte, y a nivel internacional, EMIS-2017 tenía también el propósito de generar información útil para monitorear el progreso de la respuesta a la epidemia del VIH en los países participantes. Con este fin, la encuesta definió como objetivos específicos describir la frecuencia y distribución de las conductas de riesgo asociadas a la transmisión del VIH, las necesidades de prevención, así como evaluar las conductas asociadas a la realización de pruebas de ITS, incluidas las hepatitis virales.

1.4. Informe de EMIS-2017 (España)

El presente informe describe la metodología y los resultados más importantes del estudio EMIS-2017 de los participantes que vivían en España en el momento de realizar la encuesta. En el contexto español la encuesta se planteó como un estudio de ámbito nacional, con participación de hombres gais, bisexuales y otros HSH de todas las CCAA. Los resultados del estudio aportan información valiosa para la planificación de intervenciones de prevención al identificar algunas necesidades comúnmente no atendidas en los HSH en general y en subgrupos con mayor vulnerabilidad.

El informe, en consonancia con el informe europeo[11], se ha estructurado en los siguientes capítulos:

Capítulo 2 - Métodos.

Capítulo 3 - Características socio-demográficas.

Capítulo 4 - Salud psico-socio-sexual (aspectos de salud que queremos mejorar).

Capítulo 5 - Experiencia sexual, consumo de drogas y estrategias de prevención (conductas que pueden causar o prevenir problemas de salud).

Capítulo 6 - Necesidades (que pueden facilitar tanto las conductas de riesgo como las conductas preventivas).

Capítulo 7 - Acceso a medidas de prevención del VIH/ITS y a servicios socio-sanitarios (acciones que satisfacen o socavan las necesidades).

2. Métodos

2.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión establecidos para participar en el estudio fueron:

- Ser un hombre que se siente atraído hacia otros hombres, o que piensa que podría tener sexo con hombres en el futuro;
- Ser residente en un país participante del estudio, España en nuestro caso;
- Tener la edad mínima para el consentimiento de relaciones sexuales (en el caso de España, 16 años);
- Haber indicado entender la naturaleza y el propósito del estudio;
- Dar su consentimiento para participar en él.

2.2. Instrumento

Los miembros del equipo de Sigma Research (LSHTM) fueron los responsables de la elaboración del cuestionario, el cual fue de tipo estructurado, de preguntas cerradas y alternativas múltiples.

El diseño del cuestionario se realizó en diferentes etapas antes de obtener su versión definitiva. El primer borrador del cuestionario se basó en el que se utilizó en EMIS-2010[5] y en la revisión de literatura científica sobre el VIH y las ITS entre HSH en Europa que realizó el RKI para el mismo proyecto[12], así como en una revisión de cuestionarios implementados en Europa y EE.UU. desde 2010.

El cuestionario fue desarrollado en tres rondas de consultas en las que participaron diversos miembros de la red de investigadores, profesionales y autoridades de salud pública, y algunos representantes de organizaciones de base comunitaria y activistas asociados al proyecto ESTICOM en todos los países de la UE (Red de EMIS). La inteligibilidad y la facilidad de uso del instrumento se pilotaron y permitieron estimar además el tiempo requerido para responder.

En EMIS-2017, en comparación con la edición del año 2010, se incluyeron nuevos temas de investigación como el consumo de drogas con fines sexuales, la profilaxis Pre-Exposición (PrEP), la salud mental y el apoyo social.

El tiempo de duración para completar el cuestionario en España estuvo entre los 20 y 23 minutos.

La versión definitiva del cuestionario fue traducida a 33 idiomas y aprobada por el comité de ética de la LSHTM (referencia: 14421/RR/8805) en julio de 2017.

El cuestionario definitivo incluyó los siguientes bloques:

- Características socio-demográficas: sexo y género, edad, país de residencia, CCAA de residencia, país de nacimiento (tiempo y motivos para emigrar), educación, ocupación, y percepción de ingresos económicos, entre otras.
- Conductas sexuales: edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, sexo con parejas estables y ocasionales, sexo con mujeres, intercambio de dinero, regalos o favores por mantener relaciones sexuales, prácticas sexuales, lugar donde se conoció a las parejas sexuales, satisfacción sexual, etc.
- Exposición de riesgo a la infección por el VIH y otras ITS: acceso y uso del preservativo.
- Conocimientos sobre la transmisión del VIH y medidas de prevención de la transmisión sexual del VIH, como la Profilaxis Post-Exposición (PPE) y la PrEP.
- Uso de la PPE y de la PrEP.
- ITS: conocimientos, medidas de prevención, realización de pruebas y diagnóstico (sífilis, gonorrea, clamidia o LGV, verrugas anales o genitales, hepatitis B y hepatitis C).
- Estado inmunitario frente a los virus de las hepatitis A y B.
- Prueba del VIH: última prueba realizada, lugar de realización, consejo asistido recibido y resultado.
- Infección por el VIH: uso de tratamiento antirretroviral (TAR), barreras percibidas para el uso del TAR, nivel de carga viral en el último control.
- Consumo recreativo de alcohol y drogas, uso inyectado de sustancias y consumo de drogas con fines sexuales.
- Salud psico-social: salud mental (ansiedad, ideación suicida), apoyo social, homofobia social, homonegatividad interiorizada, preocupación por el consumo de alcohol y drogas.
- Acceso a información preventiva.
- Uso de servicios socio-sanitarios.

2.3. Reclutamiento

La promoción de la encuesta y el reclutamiento de participantes se llevaron a cabo entre el 18 de octubre del 2017 y el 31 de enero del 2018. Desde la coordinación central del estudio se diseñó un plan de promoción para dar a conocer la encuesta, a través de tantas vías como fuera posible. Estas vías fueron:

- Mensajes instantáneos y anuncios publicitarios principalmente a través de la colocación de banners (Figura 1) en portales web dirigidos a público gay.

- Notificaciones o mensajes de inserción automáticos en aplicaciones geo-sociales de teléfonos móviles.
- Promoción en redes sociales.

Figura 1: Banners utilizados para la promoción de la encuesta EMIS-2017.



Las páginas web y app de contactos internacionales que promocionaron el estudio a través de banners, mensajes instantáneos, pop-ups, etc. para España fueron: PlanetRomeo, Grindr, Scruff, Hornet, ManHunt, Gaydar, Growlr y Recon (Figura 2).

Figura 2: Promoción de la encuesta EMIS-2017 en páginas web y app internacionales.



En España, el plan y ejecución de la promoción de la encuesta estuvo a cargo del Área de Investigación de la Asociación Stop Sida, con el apoyo del CEEISCAT. El plan de promoción incluía el respaldo de la SPNS –Dirección General de Salud Pública- y de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (FELGTB) a través de la solicitud a sus organizaciones afiliadas que trabajan con el colectivo de hombres gays, bisexuales y otros HSH de las siguientes acciones:

- Envío de mensajes de invitación a sus usuarios a través de su mailing list (si lo tuvieran),
- Colocación de un banner de la encuesta o un anuncio/noticia en su página web; y/o,
- Promoción de la encuesta a través de sus redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram).

Una vez enviadas las comunicaciones iniciales, se contactó individualmente a diversas organizaciones de base comunitaria LGTB o de prevención del VIH/Sida, a nivel estatal, para solicitar su apoyo en la difusión de la encuesta a través de las estrategias descritas anteriormente (Figura 3).

Figura 3: Promoción de la encuesta EMIS-2017 realizada por algunas organizaciones LGTB y/o de la prevención del VIH.

The figure displays a collection of promotional materials for the EMIS-2017 survey. Key elements include:

- Website Banners:** Several banners from the 'STOP SIDA' website, such as 'PARTICIPA EN LA NUEVA ENCUESTA POR INTERNET SOBRE SEXO ENTRE HOMBRES' and 'EMIS-2017 Encuesta por Internet sobre sexo entre hombres'.
- Social Media Posts:** Facebook posts from 'Fundación Triángulo Madrid' and 'Gais Positivos' promoting the survey.
- Newspaper Articles:** An article from 'ALECA' titled 'LAS ITS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL' and another from 'FELGTB' titled '¡Cuéntanos sobre tu vida sexual!'.
- Other Promotional Content:** A 'Guía de Buenas Prácticas' for diversity and gender communication, and a social media post from 'El Bumer Cautis' about the survey.

Además de la solicitud de apoyo mencionada, el plan de promoción a nivel estatal buscó incluir diferentes fuentes de captación:

- Solicitud de apoyo en la difusión a sus organizaciones miembro y/o socio/as de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) y de la Coordinadora Estatal de Asociaciones de VIH-SIDA (CESIDA).
- Promoción en páginas web de contactos gays españolas TuAmo (a través de banners) y Bakala.org (a través de anuncios, pop-up, banners y dos envíos de mensajes instantáneos) (Figura 4).



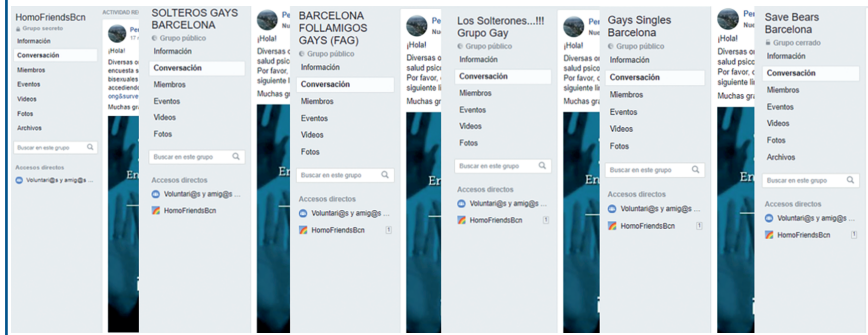
- Promoción a través de banners y/o noticias en revistas o magazines digitales dirigidos a público gay (Figura 5): dosmanzanas, Estoy Bailando, Loottis y Play Ground (esta última no exclusiva para público gay).

Figura 5: Promoción de la encuesta EMIS-2017 a través de revistas o magazines digitales.



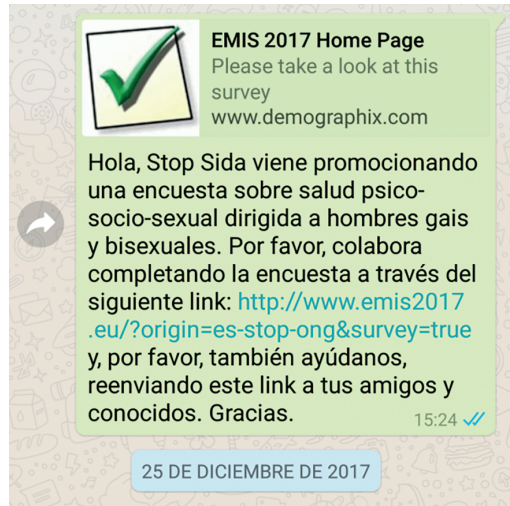
- Envío de mensaje de invitación a participar de la encuesta a su lista de socios del club deportivo Panteres Grogues de Barcelona (se hizo el pedido a varios clubes a nivel estatal, pero sólo respondió este club).
- Envío de una newsletter a usuarios residentes en España registrados en la base de datos del grupo Matinée (organizadores del Circuit Festival en Barcelona).
- Colocación de posts, previa solicitud de permiso, en grupos de Facebook (abiertos y cerrados) sólo para hombres gays (Figura 6).

Figura 6: Promoción de la encuesta EMIS-2017 en grupos de Facebook dirigidos sólo a hombres gays.



- Se utilizó la aplicación de mensajería WhatsApp, para enviar mensajes de invitación a participar en la encuesta (Figura 7). Esta estrategia empezó con el envío de mensajes a amigos y/o conocidos del equipo de Stop Sida, incluidos colegas de otras organizaciones, solicitando su reenvío, a todos sus contactos gais.

Figura 7: Mensaje de promoción de la encuesta enviado por WhatsApp.



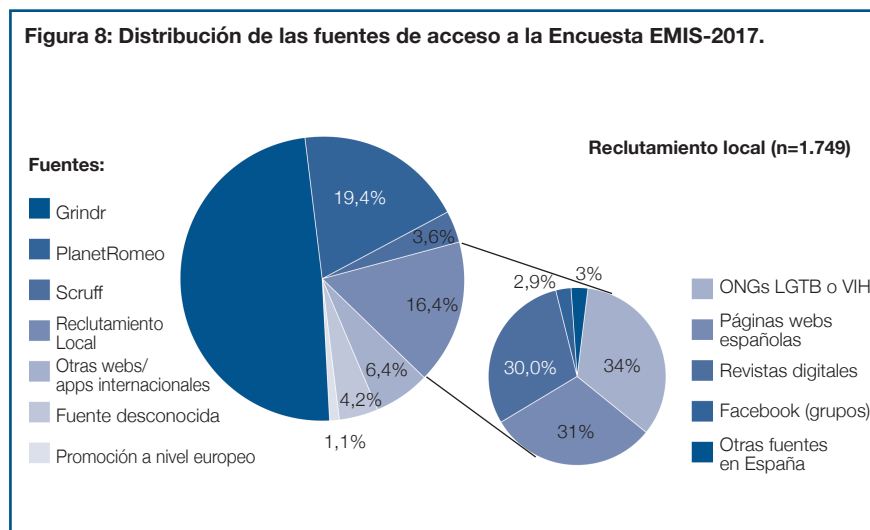
Para identificar la procedencia de la fuente por la cual los encuestados accedían al cuestionario, se generaron direcciones web diferenciadas que enlazaban con la página donde estaba alojada la encuesta (www.emis2017.eu). Cada uno de los links fueron construidos a partir de una única dirección que tenía el siguiente formato: www.EMIS-2017.eu?origin=XX-YY-ZZ&survey=true, la cual se completaba con tres códigos (en el formato: XX, YY y ZZ) que permitían identificar, por ejemplo, el país, la organización y el lugar o el medio utilizado para la promoción: www.EMIS-2017.eu?origin=es-stop-web&survey=true.

Las respuestas de encuestas completadas parcialmente (abandono de la página web antes de llegar al final de la encuesta y presionar el botón “enviar”) no fueron capturadas por la plataforma donde estaba alojada la encuesta.

2.3.1 Fuentes de reclutamiento

Las principales fuentes de reclutamiento en España fueron las páginas web y app de contactos gais internacionales, que representaron el 78,2% del total de participantes. Entre ellas destacaron Grindr¹ y PlanetRomeo, con el 48,9% y el 19,4% del total, respectivamente (Figura 8).

A nivel local, el mayor número de participantes reclutados fue a través de la promoción realizada por las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y de las páginas web españolas de contactos gays, con el 5,5% y el 5,1% del total, respectivamente.



2.4. Participación

Un total de 10.707 personas respondieron al cuestionario en su totalidad. De estos, 24 fueron excluidos por no ser hombres, 12 por no constatare evidencia de deseo o conducta homosexual, 19 por estar debajo de la edad del consentimiento sexual en España y 18 por ser residentes en Andorra. Por lo tanto, tras la exclusión de los participantes que no cumplían los criterios de inclusión, el número de encuestas válidas incluidas en el análisis fue de 10.634.

El 92% de los participantes residentes en España contestaron la encuesta en castellano. El idioma extranjero más utilizado para completar la encuesta fue el inglés (3,3%) (Tabla 1).

(1) Grindr fue la única página web/app que envió el mayor número mensajes/notificaciones (tres pop-up o anuncios basados en texto emergente).

Idioma	n	%
Español	9.791	92,1
Inglés	354	3,3
Alemán	102	1,0
Italiano	94	0,9
Francés	80	0,8
Portugués	58	0,5
Holandés	37	0,3
Ruso	19	0,2
Rumano	16	0,2
Polaco	16	0,2
Otro idioma	67	0,5

2.5. Escalas

Se utilizaron diversas escalas para la medición de aspectos de la salud psico-social:

2.5.1. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4)

El cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4), desarrollado y validado por Kroenke et al.[13], es una escala utilizada para evaluar la presencia de síntomas de dos importantes trastornos de salud mental (ansiedad y depresión) en las dos últimas semanas. Su propósito es permitir una medición muy breve y precisa de la depresión y la ansiedad, ya que la naturaleza de estos trastornos del estado de ánimo puede dificultar la cumplimentación de cuestionarios largos si las personas sufren fatiga o pérdida de concentración y si el tiempo es escaso en contextos clínicos o de evaluación.

En el cuestionario se incluía la siguiente pregunta: “*En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido afectado por los siguientes problemas?*”, con las siguientes opciones de respuesta:

- 1- Sentirte nervioso, intranquilo o con los nervios de punta;
- 2- No poder dejar de preocuparte o no poder controlar la preocupación;
- 3- Poco interés o placer en hacer cosas;
- 4- Sentirte triste, deprimido o sin esperanza.

Para cada opción, los participantes respondían a una escala Likert: nunca (0), algunos días (1), más de la mitad de los días (2), y casi todos los días (3). La tabla 2 presenta la clasificación e interpretación de la severidad del cuadro de ansiedad o depresión según la puntuación obtenida a partir de las respuestas a los ítems de la escala PHQ-4:

PHQ-4 puntuación	Interpretación
0-2	Normal
3-5	Leve
6-8	Moderado
9-12	Severo

2.5.2. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Esta escala, versión del Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), es una herramienta de diagnóstico específica para la depresión. El PHQ-9 califica cada uno de los 9 criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) según el módulo de estado de ánimo del PRIME-MD.

En EMIS-2017, la ideación suicida fue medida a partir de un ítem de la escala. En concreto, se preguntó a los participantes *“En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia has tenido pensamientos como que sería mejor estar muerto, o de hacerte daño a ti mismo/a de alguna forma?”*. Los participantes respondían a una escala Likert: nunca (0), algunos días (1), más de la mitad de los días (2), y casi todos los días (3).

2.5.3. Satisfacción sexual

En EMIS-2017 se evaluó el nivel de satisfacción sexual de los participantes mediante una escala de 10 puntos. En concreto, se preguntaba a los participantes *“En una escala del 1 al 10 (donde 1 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho), ¿cómo de satisfecho estás con tu vida sexual?”*.

Para este informe, valores por debajo de 5, correspondiente al valor del percentil 25, se consideraron como insatisfacción con la vida sexual.

Con el fin de determinar en qué medida los participantes se encontraban satisfechos con su vida sexual, los valores de la escala fueron dicotomizados según el valor del percentil 25:

- Insatisfacción sexual: valores igual a 4 o inferior
- Satisfacción sexual: valores de 5 o superior

2.5.4. Dependencia al alcohol (CAGE4)

El CAGE4 es un cuestionario de cuatro preguntas que requieren una respuesta simple de “sí” o “no” sobre las experiencias y el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol por parte de una persona.[14] Este cuestionario se desarrolló en la década de los años 1970 como un instrumento corto para detectar alcoholismo o problemas de consumo encubierto y se usa ampliamente tanto en entornos clínicos como no clínicos. El CAGE4 es altamente confiable en identificar abuso y dependencia de alcohol a lo largo de la vida (trastornos del consumo de alcohol) en diferentes poblaciones. En concreto, se preguntó a los participantes si en los últimos 12 meses:

- *¿Has intentado reducir tu consumo de alcohol?*
- *¿Te ha molestado alguien por criticar tu forma de beber?*
- *¿Te has sentido mal o culpable por beber?*
- *¿Has tomado una copa a primera hora de la mañana para estabilizar tus nervios o quitarte una resaca?*

La interpretación de los resultados del CAGE4 se basa en la puntuación obtenida según el número de respuestas afirmativas (rango: 0-4), donde “0” indica ninguna respuesta afirmativa y “4” indica respuestas afirmativas a los cuatro ítems. Cada respuesta afirmativa aumenta las posibilidades de que alguien tenga un problema de dependencia al alcohol. La interpretación de los puntajes se describe en la tabla 3:

Puntuación	Interpretación
0-1	Bebedor social
2	Consumo de riesgo
3	Consumo perjudicial
4	Dependencia alcohólica

Se definió como participantes con “indicios de dependencia al consumo de alcohol” a quienes contestaron 2 o más respuestas afirmativamente en la escala CAGE4.

2.5.5. Escala de Apoyo Social (SPS)

Para medir el apoyo social percibido en EMIS-2017 se incluyeron las sub-escalas de la Social Provisions Scale (SPS) que evaluaban la “integración social” y la “alianza confiable”[15]. Cada sub-escala se compone de 4 preguntas tipo Likert con un formato de respuesta de cuatro puntos (de

1=totalmente en desacuerdo a 4=totalmente de acuerdo). Estas sub-escalas no se preguntaron a todos los participantes de EMIS, sino a una muestra seleccionada al azar de 5.334 individuos (Tabla 4).

Tabla 4. Versión española de la escala de apoyo social (SPS) [16], ítems que evalúan la alianza confiable y la integración social.
Alianza confiable
Hay personas con las que puedo contar siempre que lo necesito (**)
Si algo me va mal, nadie me ayuda (*)
No puedo acudir a nadie cuando lo necesito (*)
Hay personas a las que puedo acudir en momentos difíciles
Integración social
Hay personas a las que les gustan las mismas actividades que a mí
Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo
Nadie comparte mis intereses y preocupaciones (*)
A nadie le gusta hacer las mismas cosas que a mí (*)
(*): Ítems negativos. (**): Las respuestas de algunos participantes se perdieron por problemas técnicos por lo que la muestra para este ítem fue de 1.279 casos. Para el resto de ítems el número de no respuestas osciló entre 36 y 49 casos.

La consistencia interna de las puntuaciones de las sub-escalas del SPS se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El coeficiente alfa obtenido para la sub-escala de alianza confiable fue de 0,834 (consistencia interna buena), y para la sub-escala de integración social fue de 0,762 (consistencia interna aceptable).

Se empleó el valor de la puntuación mediana de cada sub-escala como punto de corte para establecer dos grupos de participantes con mayor o menor apoyo social.

2.5.6. Escala corta de homonegatividad interiorizada

En EMIS-2017 se midió la homonegatividad interiorizada, referida a las actitudes negativas que los hombres gais pueden tener hacia la homosexualidad en general y hacia su propia identidad sexual[17], mediante la *Short Internalized Homonegativity Scale*[18] formada por 7 preguntas tipo Likert con un formato de respuesta de 6 puntos (de 0=totalmente en desacuerdo a 6=totalmente de acuerdo).

En concreto, se preguntó a los participantes si estaban de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones (Tabla 5):

Tabla 5. Ítems incluidos en la escala corta de homonegatividad internalizada.

Ítems
Me siento cómodo en bares gays
Las situaciones sociales con hombres gays me hacen sentir incómodo
Me siento cómodo siendo visto en público con una persona que es obviamente gay
Me siento cómodo hablando en público sobre la homosexualidad
Me siento bien siendo homosexual
La homosexualidad es moralmente aceptable para mí
Aunque pudiera cambiar mi orientación sexual, no lo haría

Al igual que con la escala de apoyo social, estas escalas no se preguntaron a todos los participantes de EMIS, sino a una muestra seleccionada al azar ($n=5.300$). La consistencia interna de las puntuaciones de las escalas para medir la homonegatividad interiorizada fue muy buena (coeficiente alfa de Cronbach=0,899). Se empleó el valor de la puntuación mediana de la escala como punto de corte para establecer dos grupos de participantes con mayor o menor homonegatividad interiorizada.

2.6. 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. La descripción de este proceso y de las variables que contiene la base de datos se encuentra en el documento manual de variables EMIS-2017².

La base de datos depurada fue cedida formalmente al CEEISCAT, miembro del consorcio del proyecto ESTICOM y coordinador del estudio en España, para la realización del análisis y la elaboración del informe nacional.

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, aun 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 20. Se utilizaron estadísticos descriptivos e inferenciales para estimar parámetros de interés y evaluar la relación entre las variables de estudio:

(2) <http://sigmaresearch.org.uk/files/EMIS-2017-Variable-Manual.pdf>

- 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 tendencia central y dispersión.
- Para el análisis inferencial, se utilizaron el test de asociación de Chi-Cuadrado, o el test exacto de Fischer para analizar el grado de dependencia o asociación entre algunas variables cualitativas con respecto a una variable principal.

3. Características socio-demográficas

En este capítulo se describe la muestra de 10.634 hombres que participaron en el estudio EMIS-2017 en España, según las siguientes características: sexo e identidad de género, edad, región y tamaño del lugar de residencia, lugar de nacimiento, nivel de estudios, ocupación y percepción del nivel de ingresos, identidad sexual y visibilidad de la identidad sexual y relación de pareja estable.

Aspectos destacados

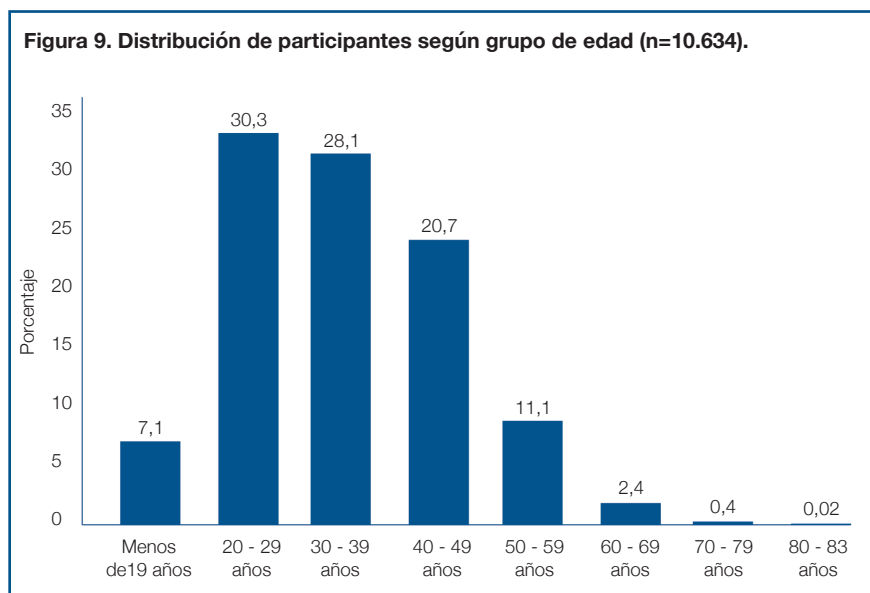
- Los participantes en EMIS-2017 residentes en España fueron mayoritariamente adultos jóvenes (edad promedio de 35,2 años) con un alto nivel educativo.
- La mitad de los encuestados residía en la Comunidad de Madrid (27,4%) o en Cataluña (23,5%).
- La mayoría definió su identidad de género como masculina y el resto (0,3%) como hombre trans.
- El porcentaje de personas nacidas fuera de España fue del 21,5%, siendo América Latina y el Caribe (56,3%) la región de nacimiento más frecuente.
- Más de la mitad (65%) estaban empleados en el momento de realizar la encuesta y el 20,2% eran estudiantes.
- El porcentaje que declaró vivir “en apuros” o “muy en apuros” con su nivel de ingresos actual fue del 17,7%.
- La mayoría de hombres se definieron como gay u homosexual (79,9%) y un 13,5% como bisexual.
- El 71,1% de los participantes que declararon sentirse atraídos sexualmente por hombres señaló que más de la mitad o todas las personas que les conocían lo sabían.
- Entre aquellos con pareja estable en el momento de la encuesta (30,5%), la mayoría señaló que esta pareja era un hombre (84,1%) y entre estos, un 16,1% declaró tener una relación serodiscordante (el 11,5% no sabía su estado serológico o el de su pareja).
- Entre aquellos que tenían actualmente una relación de pareja estable con alguna mujer (3,5%), el porcentaje de parejas serodiscordantes fue del 4,4% y la proporción de los que no sabían su estado serológico o el de su pareja fue del 33,8%.

3.1. Sexo e identidad de género

En EMIS-2017 se preguntó sobre la actual identidad de género de los participantes. La mayoría (99,7%) de los participantes se auto-definió como hombre y el resto (0,3%) como hombre trans (n=32). Un total de 27 participantes señalaron que su sexo asignado al nacer fue mujer.

3.2. Edad

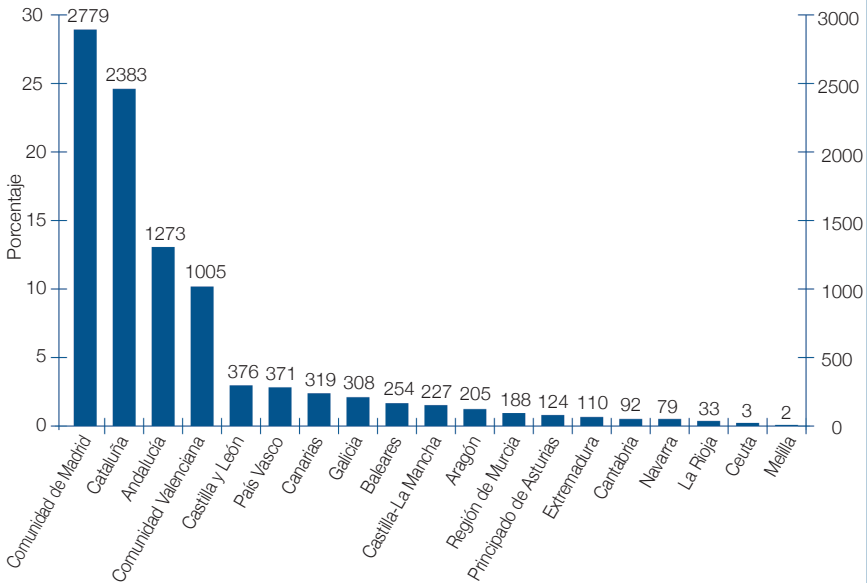
La edad de los participantes se distribuyó entre los 16 y 83 años, siendo la edad promedio de 35,2 años (desviación estándar [DE]: 11,8) y la mediana de 34 años (rango intercuartílico [RI]: 26-44). El grupo de edad mayoritario fue el de hombres entre 20 y 39 años (58,4%) (Figura 9).



3.3. CCAA y tamaño poblacional del lugar de residencia

Las CCAA en las que residía un mayor número de participantes fueron la comunidad de Madrid (27,4%) y Cataluña (23,5%), mientras que aquellas con menor número fueron La Rioja (0,3%), Ceuta (0,03%) y Melilla (0,02%) (Figura 10).

Figura 10. Distribución de participantes según CCAA de residencia (n=10.131)*.



* Un total de 503 participantes no contestaron a la pregunta sobre CCAA de residencia.

De acuerdo al tamaño del municipio de residencia de los participantes, se encontró que el 37,9% vivía en una ciudad con más de un millón de habitantes, mientras que un 8,4% vivía en municipios de menos de 10.000 habitantes (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de participantes según el tamaño del municipio de residencia (n=10.525)*.

	Tamaño del municipio de residencia	
	n	%
Más de un millón de habitantes	3.985	37,9
Entre 500.000-999.999 habitantes	1.231	11,7
Entre 100.000-499.999 habitantes	2.492	23,7
Entre 10.000-99.999 habitantes	1.928	18,3
Menos de 10.000 habitantes	889	8,4

* Un total de 109 participantes no contestaron a la pregunta.

3.4. Lugar de nacimiento

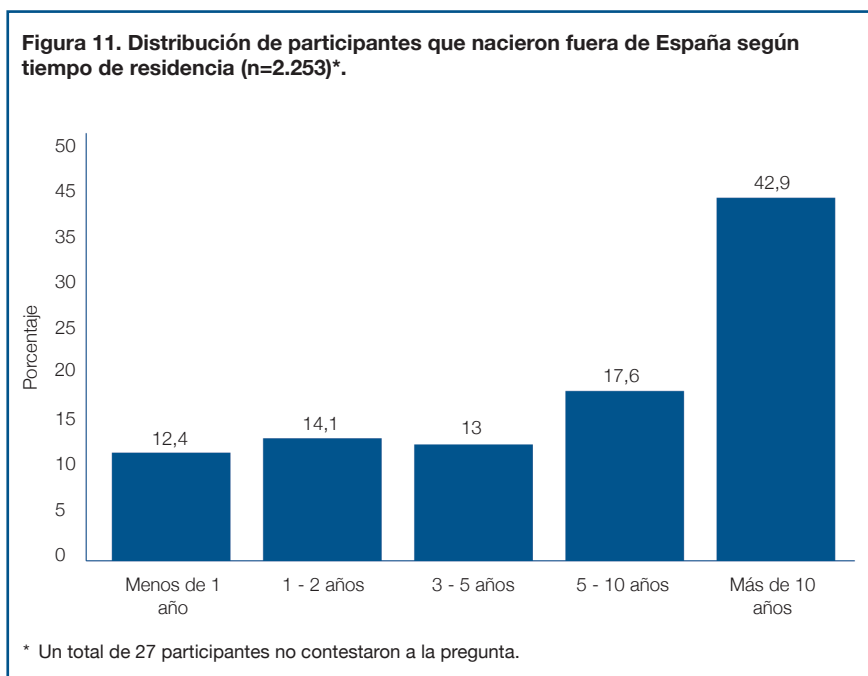
Del total de 10.621 participantes que proporcionaron información sobre su país de nacimiento, el 78,5% (n=8.341) indicó haber nacido en España y el

resto (21,5%) habían nacido fuera del territorio español, siendo América Latina y el Caribe (56,3%), seguido de Europa Occidental (30,6%), las regiones de nacimiento más frecuentes (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de participantes que nacieron fuera de España según región y país de nacimiento.		
Región y país de nacimiento		
	n	%
Región de nacimiento (n=2.270)*		
Europa Occidental	695	30,6
Europa Central	131	5,8
Europa del Este	44	1,9
Norte América (EE. UU. y Canadá)	48	2,1
América Latina y El Caribe	1.277	56,3
Mediterráneo Oriental (Argelia, Marruecos y otros países)	36	1,6
Pacífico Occidental (Australia, Nueva Zelanda y otros países)	4	0,2
Otras regiones de la OMS	35	1,5
País de nacimiento en América Latina y Caribe (n=1.277)		
Argentina	154	12,1
Bolivia	18	1,4
Brasil	73	5,7
Chile	44	3,4
Colombia	216	16,9
Cuba	71	5,6
Ecuador	85	6,7
México	97	7,6
Perú	70	5,5
República Dominicana	31	2,4
Uruguay	34	2,7
Venezuela	291	22,8
América Central	69	5,4
Otros	24	1,9
País de nacimiento en Europa Occidental (n=695)		
Alemania	111	16,0
Austria	7	1,0
Bélgica	22	3,2
Escocia	16	2,3
Francia	101	14,5
Holanda	36	5,2
Inglaterra	112	16,1
Italia	158	22,7
Portugal	38	5,5
Suiza	38	5,5
Otros	56	8,1
* Un total de 10 participantes no contestaron a la pregunta.		

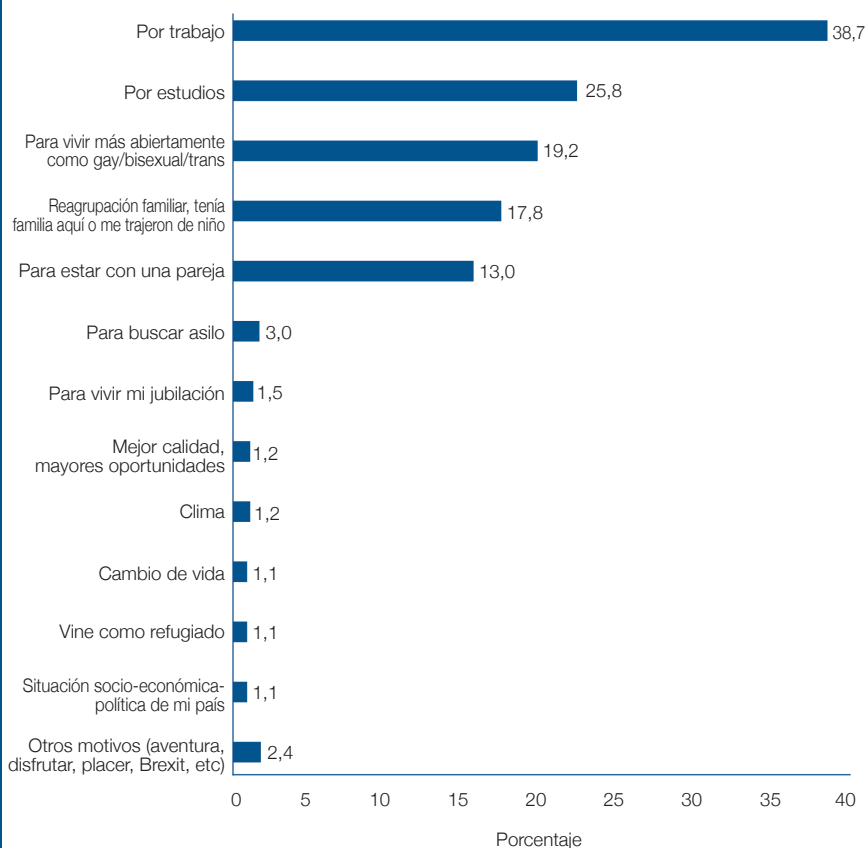
Entre los participantes de origen latinoamericano, la mayor parte procedía de Venezuela (22,8%), Colombia (16,9%), Argentina (12,1%), México (7,6%) y Ecuador (6,7%). Entre los nacidos en Europa Occidental, los países de procedencia más frecuentes fueron: Italia (22,7%), Inglaterra (16,1%), Alemania (16%), Francia (14,5%), y Portugal (5,5%). Teniendo en cuenta los países que forman parte de la Unión Europea, el total de participantes no nacidos en España comunitarios fue de 33,8% (n=766).

Más de la mitad de los participantes nacidos fuera de España llevaba viviendo más de 5 años en España (60%), con una mediana de estancia de 7 años (Figura 11).



En EMIS-2017 se preguntó a los participantes nacidos en otro país por los motivos por los que vinieron a vivir a España (Figura 12). Las principales razones para migrar a España fueron por motivos laborales (38,7%) y por estudios (25,8%). Los participantes que vinieron buscando asilo o refugio, posiblemente debido a un clima homofóbico en su país de origen, representaron un 3,0%.

Figura 12. Principales motivos para migrar entre participantes que no nacieron en España (n=2.276)*.

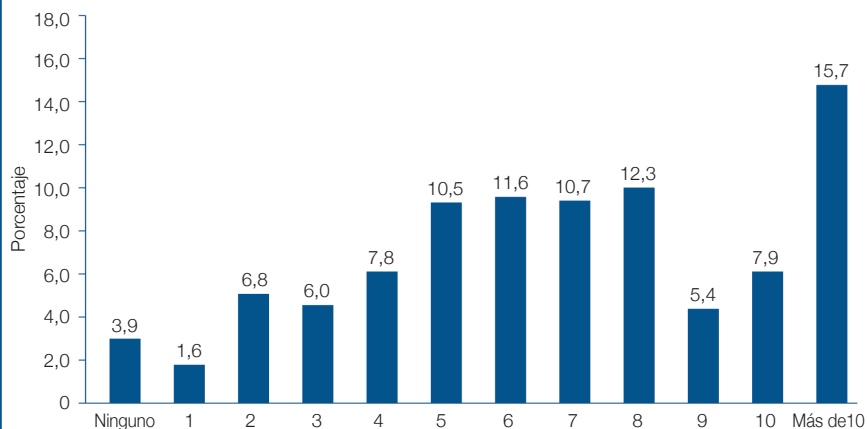


* Categorías no mutuamente excluyentes; 4 participantes no contestaron a la pregunta.

3.5. Nivel de estudios

En EMIS-2017, la pregunta para determinar el nivel educativo fue: *Después de cumplir 16 años, ¿cuántos años más dedicaste a estudiar a tiempo completo? (por ejemplo, estudiando formación profesional de grado medio/superior o estudios universitarios)*. En la figura 13 se muestra la distribución de los participantes según los años de estudio completados después de los 16 años. El 63,6% de los participantes había completado más de 5 años de estudios después de los 16 años, algo que está relacionado con tener un nivel educativo alto.

Figura 13. Distribución de participantes según número de años de estudios completados después de los 16 años (n=10.063)*.



* Un total de 571 participantes no fueron incluidos (57 por tener 16 años o menos y el resto por no contestar a la pregunta).

3.6. Ocupación y percepción de los ingresos actuales

Respecto a la ocupación declarada por los participantes en el momento de la encuesta, se encontró que el 65% refirió estar empleado (por cuenta propia o ajena, a jornada completa o parcial), el 20,2% eran estudiantes y el 8,7% estaban desempleados (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de participantes según su ocupación actual (n=10.583)*.

	Ocupación actual	
	n	%
Empleado a jornada completa	5.057	47,8
Empleado a media jornada	655	6,2
Autónomo (empleado por cuenta propia)	1.159	11,0
Estudiante	2.134	20,2
Jubilado	258	2,4
Baja laboral por enfermedad crónica (incapacidad permanente)	103	1,0
Desempleado	917	8,7
Otras situaciones	300	2,8

* Un total de 51 participantes no contestaron a la pregunta.

En relación a la pregunta sobre la percepción que tenían los participantes sobre su nivel de ingresos actuales, el 42,2% declaró vivir “cómodamente” o “muy cómodamente” con sus ingresos actuales. El porcentaje de participantes que declaró vivir “en apuros” o “muy en apuros” fue del 17,7% (Tabla 9).

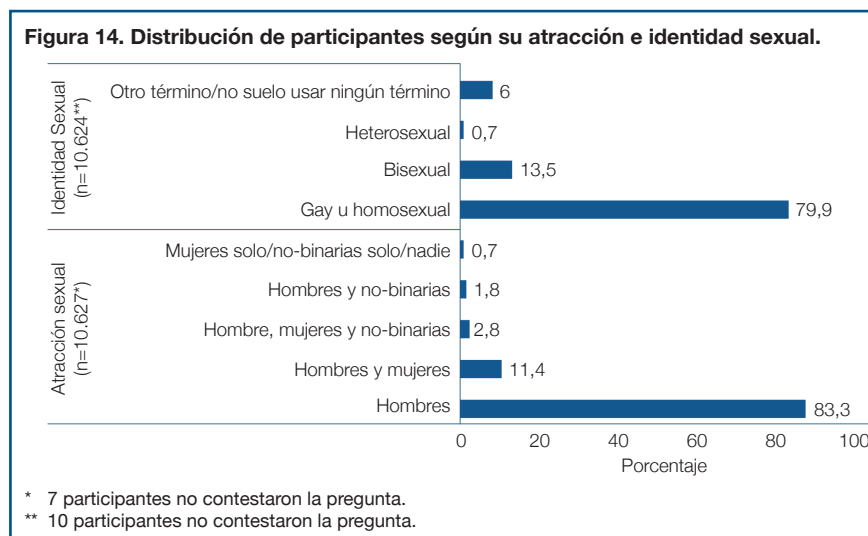
Tabla 9. Distribución de participantes según la percepción de su nivel de ingresos actuales (n=10.553)*.

	Percepción nivel de ingresos actuales	
	n	%
Vivo muy cómodamente con mis ingresos actuales	1.415	13,4
Vivo cómodamente con mis ingresos actuales	3.043	28,8
Ni cómodo ni en apuros con mis ingresos actuales	4.223	40,0
En apuros con mis ingresos actuales	1.333	12,6
Realmente muy en apuros con mis ingresos actuales	539	5,1

* Un total de 81 participantes no contestaron a la pregunta.

3.7. Atracción, identidad y visibilidad sexual

La sexualidad se analizó a partir de las preguntas relacionadas con la atracción sexual (incluida la atracción por personas no-binarias), la identidad sexual y la visibilidad sexual. La mayor parte de los encuestados señalaron sentirse atraídos sexualmente sólo por hombres (83,3%) y la gran mayoría se definió como gay u homosexual (79,9%) (Figura 14).



A los participantes que habían indicado previamente que se sentían atraídos sexualmente por hombres (n=10.542), se les preguntó: “Piensa en todas las personas que te conocen (familia, amigos y compañeros de trabajo o estudio), ¿qué proporción de ellas sabe que te sientes atraído por hombres?”. La mayoría de los participantes (71,1%) señaló que más de la mitad o todas las personas que los conocían sabían que ellos se sentían atraídos sexualmente por hombres (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de participantes según las personas de su entorno que conocían que ellos se sentían atraídos sexualmente por hombres (n=10.537)*.

	Personas de su entorno que sabían que se sentían atraídos por hombres	
	n	%
Todos o casi todos	5.437	51,6
Más de la mitad	2.059	19,5
Menos de la mitad	993	9,4
Pocos	1.371	13,0
Ninguno	677	6,4

* Entre los hombres que habían indicado previamente que se sentían atraídos sexualmente por hombres; un total de 5 participantes no contestaron la pregunta.

3.8. Relación de pareja estable

En EMIS-2017 se definió como ‘pareja estable’ a alguien a quien se le consideraba novio, amante, marido o esposo, lo cual significaba que no estaba “soltero”. Además de las relaciones con hombres o mujeres, se exploraron también las actuales relaciones de pareja con una persona no-binaria.

De los 10.617 hombres que contestaron a la pregunta sobre si tenían o no una pareja estable actualmente, el 30,5% manifestó tener una en el momento de la encuesta, el 63,2% declaró no tener pareja estable, y el resto (6,3%) no estaba seguro si tenía o no una relación de pareja estable en el momento de cumplimentación de la encuesta. En la Tabla 11 se muestra la distribución de participantes según la experiencia de haber tenido una pareja estable en algún momento de sus vidas.

Tabla 11. Distribución de participantes según si tenían o no una pareja estable (n=10.617)*.

	Relación de pareja estable (alguna vez en la vida)	
	n	%
Tiene actualmente una pareja estable	3.236	30,5
No está seguro si tiene actualmente una relación de pareja estable	671	6,3

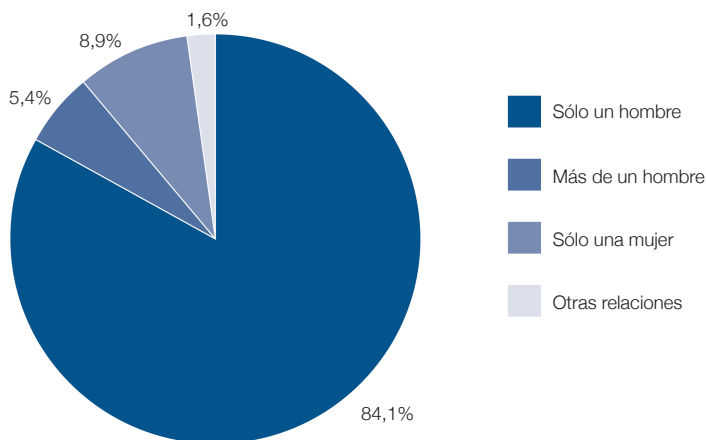
Tabla 11. Distribución de participantes según si tenían o no una pareja estable (n=10.617)* Cont.

	Relación de pareja estable (alguna vez en la vida)	
	n	%
No tiene actualmente, pero ha tenido una pareja estable en los últimos 12 meses	2.095	19,7
No tiene actualmente, pero tuvo una pareja estable hace más de 12 meses	2.912	27,4
No tiene actualmente, pero no contesta a la pregunta de si ha tenido alguna vez	206	1,9
Nunca ha tenido una pareja estable	1.497	14,1

* Un total de 17 participantes no contestaron la pregunta.

Entre los 3.234 participantes con una pareja estable actual y que contestaron a la pregunta sobre el sexo de esta pareja estable, la mayoría (84,1%) señaló que su pareja estable actual era un hombre, y el 8,9% una mujer. Un 5,4% declaró tener relaciones de pareja estable con más de un hombre a la vez (Figura 15).

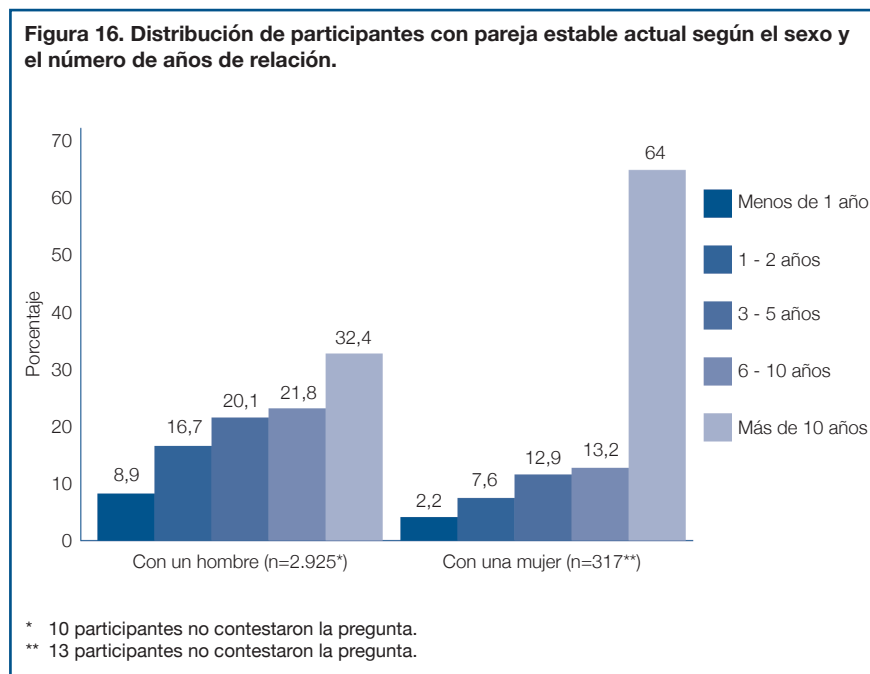
Figura 15. Distribución de participantes con pareja estable actual según el sexo y el número de parejas (n=3.234)*.



* Un total de 2 participantes no contestaron la pregunta.

Entre aquellos participantes que manifestaron tener alguna pareja estable actual masculina y que contestaron a la pregunta sobre los años que llevaban

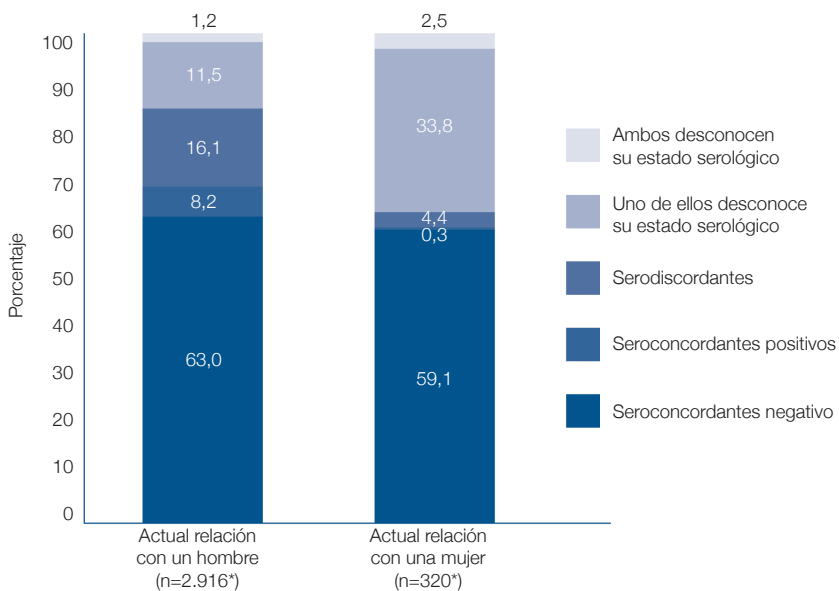
de relación (n=2.925), más de la mitad (54,2%) afirmó llevar más de 5 años, y el 8,9% menos de un año. Entre los hombres con alguna pareja estable actual femenina y que contestaron a la pregunta sobre los años que llevaban de relación (n=317), el 64% afirmó llevar más de 10 años de relación (Figura 16).



Para determinar la concordancia/discordancia del estado serológico frente al VIH entre los miembros de la relación de pareja estable, se consideró por un lado el resultado reportado de la última prueba del VIH realizada por los participantes, y por otro, el conocimiento que tenían del estado serológico de su pareja.

Entre aquellos participantes que habían indicado que tenían actualmente una pareja estable con algún hombre y contestaron a la pregunta (n=2.916), el 16,1% declaró tener una relación serodiscordante, y el 11,5% no sabía su estado serológico o el de su pareja. En relación a los participantes que tenían actualmente una relación de pareja estable con alguna mujer (n=320), el porcentaje de parejas serodiscordantes fue del 4,4% y la proporción de los que no sabían su estado serológico o el de su pareja fue del 33,8% (Figura 17).

Figura 17. Distribución de participantes según el estado serológico frente al VIH de ambos miembros de la pareja estable (masculina y femenina) actual.



* 19 participantes no contestaron la pregunta.

** 10 participantes no contestaron la pregunta.

4. Salud psico-socio-sexual

En este capítulo se describen algunos de los principales aspectos relacionados con la salud psico-socio-sexual de la población de hombres gais, bisexuales y otros HSH (salud mental, consumo de alcohol, satisfacción sexual e infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH).

Aspectos destacados

- El 5,9% de los participantes presentaba un grado severo de ansiedad y/o depresión.
- El 21,4% presentó ideas suicidas en algún momento durante las dos semanas previas a la realización de la encuesta. El 16,1% de los encuestados no se encontraba satisfecho con su vida sexual.
- El porcentaje de participantes con indicios de dependencia al consumo de alcohol fue del 14,9%.
- Entre aquellos que se habían realizado alguna vez la prueba del VIH, el 16,5% refirió haber recibido un diagnóstico de VIH, y el 10,5% fueron diagnosticados recientemente (último año).
- La mayoría de hombres diagnosticados con infección por el VIH refirieron realizarse controles clínicos de su infección (99,5%), y entre estos, el 91,1% declaró tener una carga viral indetectable en su último control.
- La prevalencia de ITS en los últimos 12 meses (gonorrea, sífilis, condilomas o verrugas ano-genitales, clamidia/LVG, hepatitis C) fue del 15,2%.
- El 9,1% y el 7,0% de los encuestados declaró haber tenido alguna vez hepatitis A y B, respectivamente.

4.1. Salud mental

4.1.1. Ansiedad, depresión e ideación suicida

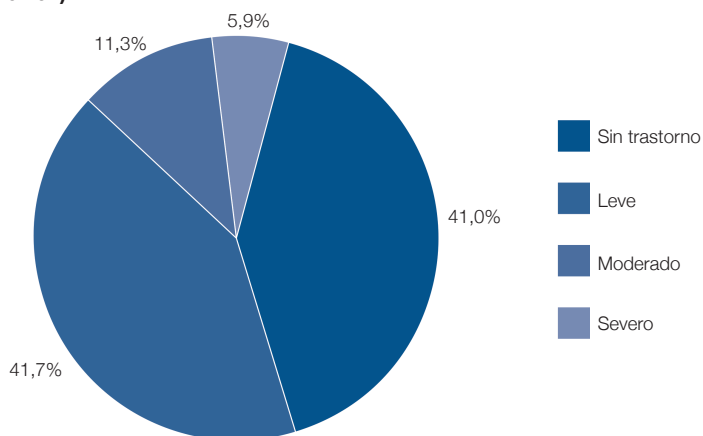
Tal y como se ha explicado en métodos (*ver apartado 2.5.1*), se utilizó la escala del PHQ-4 para evaluar la presencia de síntomas de dos importantes trastornos de salud mental (ansiedad y depresión) en las dos últimas semanas. Los ítems de la escala y la distribución de respuestas de los participantes por cada ítem se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Distribución de participantes según las respuestas a los ítems de la escala PHQ-4.

	En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido afectado por los siguientes problemas?			
	Nunca (%)	Algunos días (%)	Más de la mitad de los días (%)	Casi todos los días (%)
Sentirte nervioso, intranquilo o con los nervios de punta (n=10.580)	30,6	53,2	9,5	6,7
No poder dejar de preocuparte o no poder controlar la preocupación (n=10.563)	42,2	44,0	8,2	5,5
Poco interés o placer en hacer cosas (n=10.562)	33,3	49,9	10,7	6,1
Sentirte triste, deprimido o sin esperanza (n=10.555)	41,2	44,6	8,9	5,3

A partir de las respuestas a los ítems de la escala PHQ-4, se clasificó a los participantes según el grado de severidad del trastorno depresivo o ansiedad como ninguno, leve, moderado o severo. En EMIS-2017, el 5,9% de los participantes (n=621) presentaba un grado severo de ansiedad y/o depresión (Figura 18).

Figura 18. Distribución de participantes según la presencia y el grado de severidad del trastorno depresivo o ansiedad obtenido en la escala PHQ-4 (n=10.497)*.

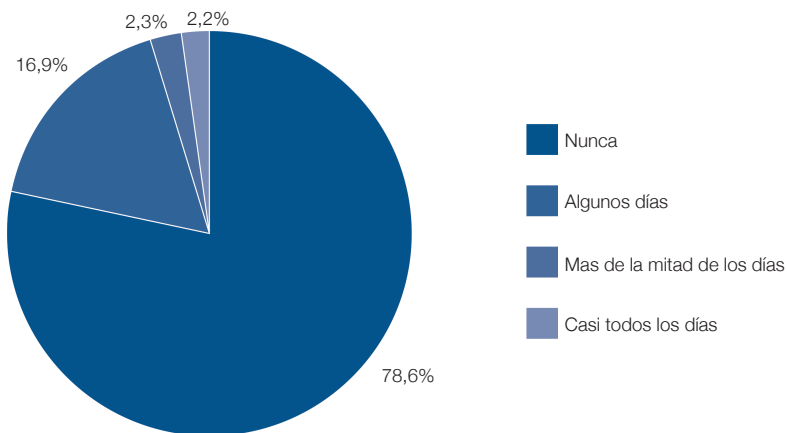


* Un total de 137 participantes no contestaron a los ítems de la escala PHQ-4.

La presencia o ausencia de ideación suicida se evaluó mediante el ítem de la escala PHQ-9 (*apartado 2.5.2*). De acuerdo con este ítem, el 21,4% de los participantes (n=2.264) presentó en algún momento ideas suicidas durante

las dos últimas semanas (desde algunos días hasta casi todos los días), frente al 78,6% que no las presentó (Figura 19).

Figura 19. Distribución de participantes según la frecuencia de pensamientos suicidas en las dos últimas semanas (n=10.568)*.



* Un total de 137 participantes no contestaron a los ítems de la escala PHQ-4.

Tabla 13. Proporción de participantes que presentaron un grado de ansiedad-depresión severo e ideación suicida según características socio-demográficas.

	Grado de ansiedad/ depresión severo (PHQ-4)			Ideación suicida (PHQ-9)		
	n	(%)	p	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad	n=10.392			n=10.462		
			0,396			<0,001
Menos de 100.000 hab.	178	6,4		677	24,2	
100.000-499.999 hab.	144	5,9		542	21,9	
500.000 hab. o más	293	5,7		1.028	19,8	
Origen	n=10.485			n=10.555		
			0,955			0,722
España	488	5,9		1.769	21,3	
Otro país	133	5,9		492	21,7	
Edad	n=10.497			n=10.568		
			<0,001			<0,001
Menos de 25 años	205	9,0		630	27,5	
25-39 años	295	6,0		1.001	20,3	
40 años o más	121	3,6		633	18,9	
Años de estudio después de los 16 años	n=9.970			n=10.032		
			<0,001			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	33	8,6		114	29,6	
≤5 años de estudios	232	7,1		829	25,3	
>5 años de estudios	322	5,1		1.191	18,7	

Tabla 13. Proporción de participantes que presentaron un grado de ansiedad-depresión severo e ideación suicida según características socio-demográficas. Cont.

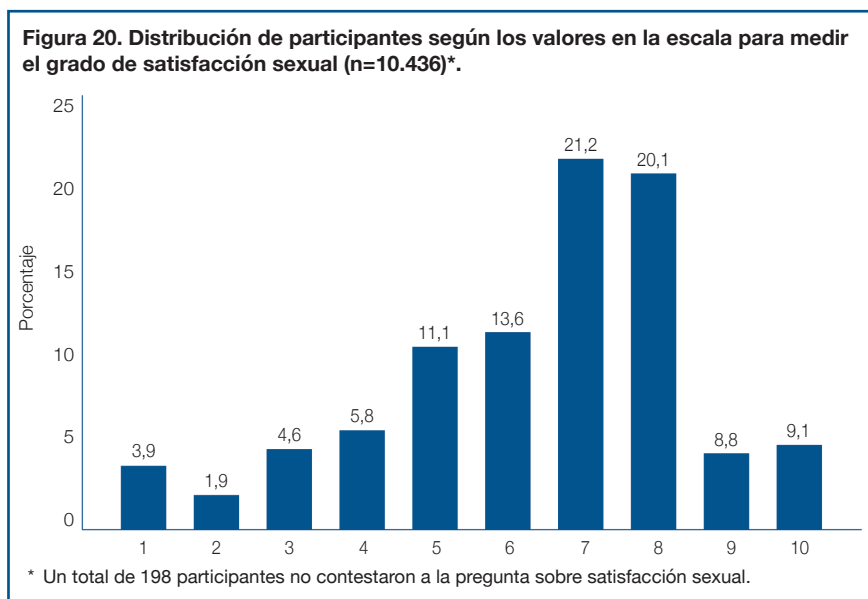
	Grado de ansiedad/ depresión severo (PHQ-4)			Ideación suicida (PHQ-9)		
	n	(%)	p	n	(%)	p
Ocupación	n=10.480			n=10.550		
			<0,001			<0,001
Empleado	300	4,4		1.203	17,6	
Desempleado	105	11,5		325	35,5	
Estudiante	187	8,8		583	27,4	
Otro ^a	27	4,2		151	23,1	
Percepción sobre sus ingresos	n=10.451			n=10.521		
			<0,001			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	142	3,2		648	14,6	
Ni vive cómodamente ni en apuros	232	5,5		921	21,9	
Vive en apuros o muy en apuros	241	13,0		681	36,4	
Identidad sexual	n=10.488			n=10.558		
			0,299			0,074
Gay u homosexual	491	5,9		1.773	21,0	
Bisexual	79	5,6		324	22,9	
Otro	50	7,2		166	23,9	
Relación de pareja estable actual	n=10.483			n=10.554		
			<0,001			<0,001
No o no está seguro	487	6,7		1.761	24,0	
Sí	134	4,2		501	15,6	
Estado serológico frente al VIH actual	n=10.448			n=10.519		
			0,004			<0,001
Desconocido	151	7,4		521	25,5	
VIH-positivo	82	5,9		324	23,1	
VIH-negativo	648	5,5		1.405	19,9	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

Se observó una proporción mayor de participantes con un grado severo de ansiedad/depresión e ideación suicida en hombres menores de 25 años, sin estudios después de los 16 años, desempleados, que declararon vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, sin pareja estable masculina (o no estaban seguros de tenerla) y con estado serológico frente al VIH desconocido. Por otro lado, se observó una mayor proporción de participantes con ideación suicida entre aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes (Tabla 13).

4.1.2. Insatisfacción sexual

En EMIS-2017 se evaluó el nivel de satisfacción sexual de los participantes mediante una escala de 10 puntos. La Figura 20 presenta la distribución de participantes según los valores obtenidos en la escala que oscilaba entre 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho) (*ver apartado 2.5.3*). El puntaje promedio de la escala de satisfacción sexual fue de 6,6 y la mediana de 7 (RI: 5-8). El 16,1% de los participantes (n=1.681) no se encontraba satisfecho con su vida sexual (valores por debajo de 5, correspondiente al valor del percentil 25).



La proporción de participantes que declaró insatisfacción sexual (valores <5 en la escala) según variables socio-demográficas fue superior en aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años y/o estudiantes, participantes con 5 años o menos de estudios después de cumplir los 16, desempleados, aquellos que percibían vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, los que se autodefinían como otra identidad distinta a la homosexual o bisexual, sin pareja estable masculina (o no estaban seguros de tenerla) y con estado serológico frente al VIH desconocido (Tabla 14).

Tabla 14. Proporción de participantes que presentaron “insatisfacción sexual” según características socio-demográficas.

	Insatisfacción sexual*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.337)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	577	20,9	
100.000-499.999 hab.	384	15,7	
500.000 hab. o más	703	13,7	
Origen (n=10.423)			0,002
España	1.364	16,7	
Otro país	315	14,0	
Edad (n=10.436)			<0,001
Menos de 25 años	484	21,3	
25-39 años	685	14,1	
40 años o más	512	15,4	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.898)			0,003
Sin estudios después de los 16 años	62	16,3	
≤5 años de estudios	577	17,9	
>5 años de estudios	956	15,2	
Ocupación (n=10.389)			<0,001
Empleado	907	13,4	
Desempleado	195	21,7	
Estudiante	462	22,1	
Otro ^a	112	17,3	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.364)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	536	12,2	
Ni vive cómodamente ni en apuros	692	16,7	
Vive en apuros o muy en apuros	441	24,0	
Identidad sexual (n=10.426)			<0,001
Gay u homosexual	1.279	15,3	
Bisexual	245	17,4	
Otro	154	22,4	
Relación de pareja estable actual (n=10.566)			<0,001
No o no está seguro	1.392	19,2	
Sí	289	9,1	
Estado serológico frente al VIH (n=10.388)			0,004
Desconocido	514	25,4	
VIH-positivo	152	11,0	
VIH-negativo	1.005	14,4	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

* Valores <5 en la escala de satisfacción sexual.

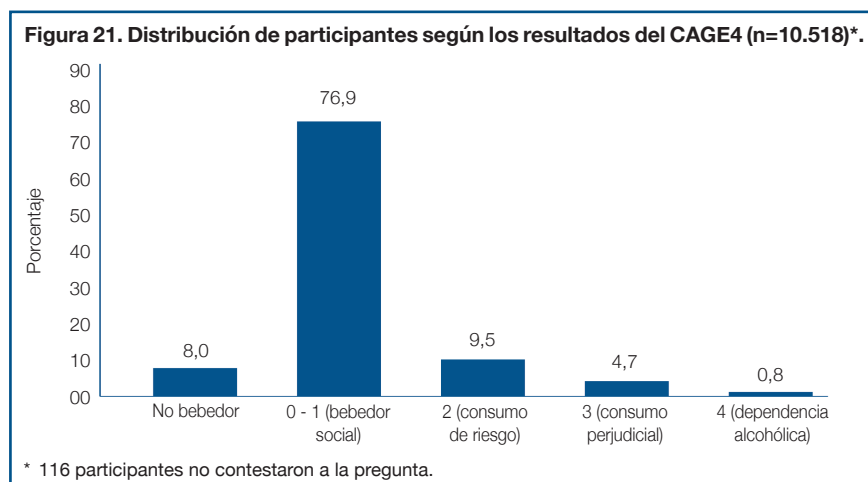
4.1.3. Dependencia al alcohol

A los participantes que habían indicado haber consumido alcohol en los últimos 12 meses (n=9.738, el 92% del total), se les hizo las preguntas del cuestionario CAGE4 para detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol (ver apartado 2.5.4). El porcentaje de respuestas afirmativas por cada ítem del CAGE4 se muestra en la tabla 15.

	Ítems CAGE4*	
	n	% respuestas afirmativas
¿Has intentado reducir tu consumo de alcohol? (n=9.721)	2.994	30,8
¿Te ha molestado alguien por criticar tu forma de beber? (n=9.714)	1.064	11,0
¿Te has sentido mal o culpable por beber? (n=9.704)	1.724	17,8
¿Has tomado una copa a primera hora de la mañana para estabilizar tus nervios o quitarte una resaca? (n=9.703)	342	3,5

* Entre los 9.738 participantes que habían consumido alcohol en los últimos 12 meses.

De acuerdo al número de respuestas afirmativas obtenidas en el CAGE4, e incluyendo a los participantes que no habían consumido alcohol en los últimos 12 meses en la categoría de “no dependientes”, el porcentaje de participantes con indicios de dependencia al consumo de alcohol, es decir, aquellos con 2 o más respuestas afirmativas en la escala CAGE4, fue del 14,9% (116 participantes no contestaron a las preguntas sobre consumo de alcohol) (Figura 21).



Según variables socio-demográficas (Tabla 16), la proporción de participantes que presentaron indicios de dependencia al alcohol fue mayor entre aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, no nacidos en España, menores de 40 años, estudiantes, desempleados, que percibían vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, los que no tenían pareja estable masculina (o no estaban seguros de tenerla) y con estado serológico frente al VIH desconocido o negativo.

Tabla 16. Proporción de participantes que presentaron indicios de dependencia al alcohol características socio-demográficas.			
	Sospecha de dependencia al alcohol*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.414)	0,021		
Menos de 100.000 hab.	396	15,8	
100.000-499.999 hab.	335	13,6	
500.000 hab. o más	818	14,2	
Origen (n=10.505)	<0,001		
España	1.144	13,9	
Otro país	421	18,7	
Edad (n=10.518)	<0,001		
Menos de 25 años	399	17,4	
25-39 años	781	16,0	
40 años o más	388	11,6	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.984)	0,348		
Sin estudios después de los 16 años	65	16,9	
≤5 años de estudios	494	15,2	
>5 años de estudios	921	14,5	
Ocupación (n=10.500)	<0,001		
Empleado	959	14,1	
Desempleado	161	17,7	
Estudiante	359	16,9	
Otro ^a	85	13,0	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.470)	0,002		
Vive muy cómodamente o cómodamente	629	14,2	
Ni vive cómodamente ni en apuros	607	14,5	
Vive en apuros o muy en apuros	326	17,5	

Tabla 16. Proporción de participantes que presentaron indicios de dependencia al alcohol características socio-demográficas. Cont.

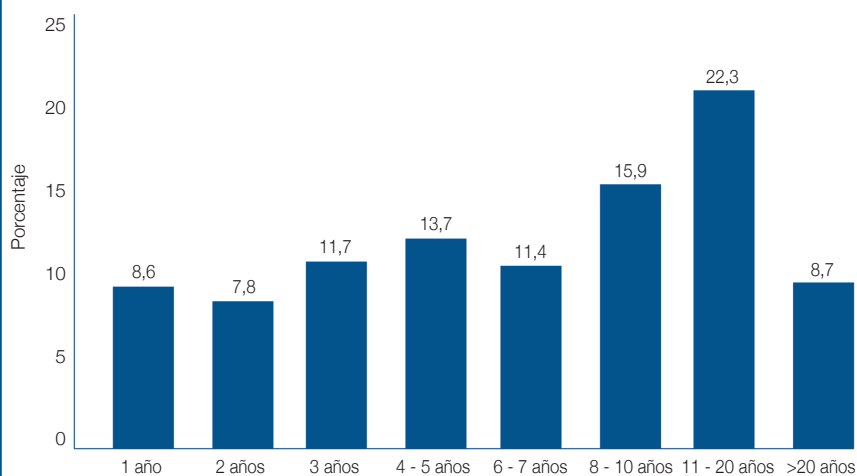
	Sospecha de dependencia al alcohol*		
	n	(%)	p
Identidad sexual (n=10.508)			0,170
Gay u homosexual	1.248	14,8	
Bisexual	199	14,1	
Otro	118	17,2	
Relación de pareja estable actual (n=10.504)			<0,001
No o no está seguro	1.188	16,3	
Sí	376	11,7	
Estado serológico frente al VIH (n=10.469)			0,017
Desconocido	305	15,0	
VIH-positivo	173	12,4	
VIH-negativo	1.082	15,4	
<small> ^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro. * 116 participantes no aportaron información. </small>			

4.2. Infección por el VIH y otras ITS

4.2.1. Prevalencia de infección por el VIH e incidencia de nuevos diagnósticos

En EMIS-2017, el 80,6% de los participantes se habían realizado alguna vez la prueba del VIH y de ellos, el 16,5% refirió haber recibido un diagnóstico de VIH (n=1.408). Entre estos últimos, más de la mitad (53,1%) habían sido diagnosticados en los últimos 7 años (media: 8,8 años) y el 8,6% fueron diagnosticados recientemente (último año; Figura 22).

Figura 22. Distribución de participantes con el VIH según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (n=1.132)*.



* Un total de 276 participantes no contestaron a la pregunta.

De los participantes que refirieron haber sido diagnosticados con infección por el VIH y que contestaron a la pregunta sobre la fecha del diagnóstico, el 10,5% afirmó haber recibido un diagnóstico de VIH en los últimos 12 meses (n=119).

Tal y como se muestra en la Tabla 17, se observó una mayor proporción de participantes que reportaron haber recibido alguna vez un diagnóstico de VIH en hombres que residían en ciudades de más de 500.000 habitantes, no nacidos en España, de 40 años o más, sin estudios después de los 16 años, retirados, jubilados o de baja laboral por enfermedad, que se definían como gais u homosexuales, y que declaraban tener pareja estable masculina.

Tabla 17. Proporción de participantes que declararon haber sido diagnosticados con infección por el VIH según características sociodemográficas.

	Diagnóstico de VIH*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.472)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	307	11,0	
100.000-499.999 hab.	304	12,3	
500.000 hab. o más	787	15,2	

Tabla 17. Proporción de participantes que declararon haber sido diagnosticados con infección por el VIH según características sociodemográficas. Cont.

	Diagnóstico de VIH*		
	n	(%)	p
Origen (n=10.569)			<0,001
España	960	11,6	
Otro país	445	19,6	
Edad (n=10.579)			<0,001
Menos de 25 años	53	2,3	
25-39 años	671	13,6	
40 años o más	684	20,4	
Años de estudio después de los 16 años (n=10.022)			0,003
Sin estudios después de los 16 años	73	19,1	
≤5 años de estudios	421	12,9	
>5 años de estudios	837	13,1	
Ocupación (n=10.533)			<0,001
Empleado	1.078	15,8	
Desempleado	127	13,9	
Estudiante	68	3,2	
Otro ^a	132	20,2	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.504)			0,825
Vive muy cómodamente o cómodamente	596	13,4	
Ni vive cómodamente ni en apuros	553	13,1	
Vive en apuros o muy en apuros	255	13,7	
Identidad sexual (n=10.569)			<0,001
Gay u homosexual	1.275	15,1	
Bisexual	69	4,8	
Otro	60	8,6	
Relación de pareja estable actual (n=10.566)			<0,001
No o no está seguro	891	12,1	
Sí	515	16,0	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.
* 55 participantes no aportaron información.

4.2.2. Nivel de carga viral

A los participantes diagnosticados con infección por el VIH (n=1.408) se les preguntó sobre su última visita a un centro sanitario para realizar un

seguimiento clínico de su infección. Entre éstos, 7 de ellos señalaron que nunca se habían hecho un control médico y 4 no contestaron a la pregunta. Entre los participantes que sí refirieron haberse realizado un control clínico y contestaron a la pregunta (n=1.397), el 91,1% declaró tener una carga viral indetectable (Tabla 18).

Tabla 18. Distribución de participantes con infección por el VIH según el nivel de carga viral en el último control médico (n=1.397).

	Nivel de carga viral*	
	n	%
Indetectable	1.272	91,1
Detectable	90	6,4
Me lo dijeron pero no me acuerdo del resultado	21	1,5
Lo midieron pero no me dijeron el resultado	6	0,4
No lo midieron en esa ocasión	3	0,2
No me acuerdo	4	0,3
No entiendo la pregunta	1	0,1

* Un participante no contestó a la pregunta sobre el nivel de carga viral".

Sin embargo, al considerar el criterio para la elaboración del indicador propuesto por la Dublin Declaration Monitoring³, el porcentaje de participantes con carga viral indetectable fue determinado en 87,4% (n=1.230/1.408).

4.2.3. Diagnóstico de ITS

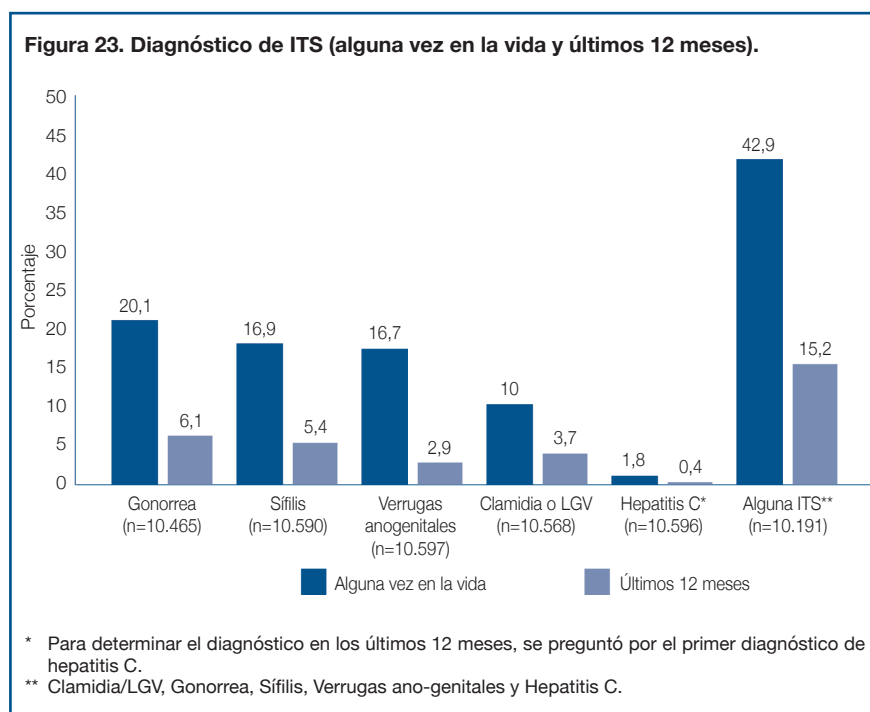
Como se observa en la Figura 23, las ITS más frecuentemente diagnosticadas (alguna vez en la vida) fueron: gonorrea (20,1%), sífilis (16,9%) y condilomas o verrugas ano-genitales (16,7%). Y entre las ITS diagnosticadas en los últimos 12 meses, las más prevalentes fueron la gonorrea (6,1%) y la sífilis y (5,4%).

⁽³⁾ El número de personas que pueden transmitir el VIH se puede calcular sumando el número de personas que tienen el VIH que: (1) se estima no han sido diagnosticadas, (2) diagnosticadas, pero no tratadas; y, (3) tratadas, pero sin supresión viral. Las personas que reciben tratamiento y tienen una carga viral indetectable tienen niveles de virus tan bajos que no lo pueden transmitir, incluso si tienen relaciones sexuales sin condón.

Respecto a la hepatitis C, el 1,8% de los participantes declaró haber recibido un diagnóstico positivo alguna vez (un 3,0% no sabía si había recibido un diagnóstico alguna vez). Entre los 194 hombres que habían sido diagnosticados alguna vez de hepatitis C, el 22,7% había recibido el diagnóstico durante los últimos 12 meses (n=44), el 12,5% (n=24 de 191 que contestaron a la pregunta) refirió haber contraído la hepatitis C en más de una ocasión, y 13,9% declaró tener hepatitis C actualmente (n=27).

Al agrupar las cinco ITS diagnosticadas (gonorrea, sífilis, condilomas o verrugas ano-genitales, clamidia/LVG y hepatitis C), la prevalencia de haber tenido alguna de ellas en los últimos 12 meses fue del 15,2% (Figura 23).

Respecto a las hepatitis A y B, el 9,1% y 7,0% de los encuestados, respectivamente, declaró haberlas tenido alguna vez.



Tal y como se observa en la Tabla 19, se observó una mayor proporción de participantes que reportaron haber sido diagnosticados en los últimos 12 meses de ITS en hombres que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, no nacidos en España, de 25-39 años de edad, empleados y/o desempleados, que se definían como gays u homosexuales, y que declaraban tener un diagnóstico previo de infección por el VIH.

Tabla 19. Proporción de participantes con diagnóstico de ITS en los últimos 12 meses según características socio-demográficas.

	Diagnóstico de ITS (últimos 12 meses)*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.091)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	260	9,7	
100.000-499.999 hab.	305	12,7	
500.000 hab. o más	967	19,3	
Origen (n=10.178)			<0,001
España	1.106	13,9	
Otro país	436	19,9	
Edad (n=10.191)			<0,001
Menos de 25 años	247	11,4	
25-39 años	882	18,5	
40 años o más	416	12,8	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.669)			0,149
Sin estudios después de los 16 años	69	18,8	
≤5 años de estudios	475	15,2	
>5 años de estudios	928	15,0	
Ocupación (n=10.163)			<0,001
Empleado	1.080	16,3	
Desempleado	147	16,6	
Estudiante	231	11,4	
Otro ^a	81	12,9	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.138)			0,727
Vive muy cómodamente o cómodamente	641	14,9	
Ni vive cómodamente ni en apuros	628	15,5	
Vive en apuros o muy en apuros	270	15,1	
Identidad sexual (n=10.183)			<0,001
Gay u homosexual	1.317	16,1	
Bisexual	156	11,5	
Otro	70	14,2	
Relación de pareja estable actual (n=10.176)			0,07
No o no está seguro	1.100	15,6	
Sí	443	14,2	
Estado serológico frente al VIH (n=10.142)			<0,001
Desconocido	52	2,7	
VIH-positivo	458	33,2	
VIH-negativo	1.028	15,0	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.
* 443 participantes no contestaron a todas las preguntas sobre ITS.

5. Experiencia sexual, consumo de drogas y estrategias de prevención

En este capítulo se describen aquellas conductas que pueden incidir en el estado de salud de los hombres gais, bisexuales y otros HSH (riesgo y/o prevención). Estos comportamientos incluyen las experiencias sexuales según el sexo de las parejas y el tipo de pareja (estable u ocasional, para el caso de las parejas masculinas), el consumo de drogas (incluido su consumo con fines sexuales), el uso de medidas preventivas contra el VIH (condón, tratamiento antirretroviral, PPE, PrEP), y la vacunación frente a las hepatitis A y B.

Aspectos destacados

- El 98,2% de los participantes refirieron haber tenido sexo con hombres alguna vez y entre estos, el 95,5% había realizado la penetración alguna vez.
- Respecto a la edad de las primeras experiencias sexuales con hombres, el 28,7% y el 15,7% de los encuestados tuvieron algún tipo de sexo y penetración anal, respectivamente, antes de cumplir los 16 años.
- Entre los que refirieron tener alguna pareja estable masculina en los últimos 12 meses, el 73,3% no utilizó siempre el condón con estas parejas durante el sexo con penetración anal.
- El 79% de los que tuvieron relaciones sexuales con hombres alguna vez, declaró haber tenido sexo con alguna pareja ocasional masculina en los últimos 12 meses, y entre estos, el 39,3% tuvo más de 10 parejas sexuales ocasionales.
- El 60,4% de los participantes que habían realizado la penetración con alguna pareja ocasional masculina en los últimos 12 meses practicó la penetración sin condón con alguna de estas parejas. De éstos, el 66,6% declaró que fue con alguna pareja de la cual desconocía su estado serológico frente al VIH en ese momento.
- Entre los hombres que habían tenido algún tipo de sexo con mujeres en los últimos 12 meses (9,3%), el 56,2% no utilizó siempre el condón durante el sexo penetrativo (anal y/o vaginal).
- El 9,0% de los hombres habían pagado a cambio de sexo y el 5,2% habían sido pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses.

- La prevalencia del consumo de alcohol al menos una vez en los últimos 12 meses fue del 91,9%.
- Entre las otras drogas de uso recreativo, el popper ocupó el primer lugar de consumo (34,9%), seguido del cannabis (25,8%), la cocaína (15,5%) y el MDMA –en forma de cristalitos o polvo– (11,9%).
- La prevalencia del consumo inyectado de esteroides anabólicos en los últimos 12 meses fue del 1,9% y un 0,8% declaró haberse inyectado drogas con la intención de “colocarse” en este período de tiempo.
- Entre los hombres que se habían inyectado esteroides anabólicos u otras drogas, el 14,8% afirmó haberse inyectado alguna vez con una aguja o jeringa previamente usada por otra persona.
- El 14,1% de los participantes refirió haber consumido drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo en los últimos 12 meses y el 7,6% en las últimas 4 semanas.
- Entre los hombres que habían consumido alguna vez drogas estimulantes para tener relaciones sexuales, el 50,7% las había consumido con más de un hombre (trío o sexo en grupo), siendo las casas privadas (68,4%) y locales comerciales de sexo los lugares más frecuentes en donde ocurrió el encuentro sexual más reciente.
- El 9,3% de los hombres que afirmaron no haber recibido nunca un diagnóstico de infección por el VIH, habían intentado alguna vez conseguir la PPE, y entre estos, el 53,9% la había tomado al menos una vez. Estos porcentajes fueron del 5,2% y 38,4%, respectivamente, en hombres diagnosticados con infección por el VIH.
- Habían intentado conseguir la PrEP alguna vez el 6,9% de los hombres no diagnosticados y el 4% de los hombres diagnosticados con infección por el VIH, respectivamente.
- Un 1,8% de los participantes no diagnosticados de VIH estaba tomando PrEP en el momento del estudio, ya fuera diariamente o de manera intermitente.
- Entre los encuestados que declararon haber sido diagnosticados de infección por el VIH, el 95,4% indicó que alguna vez había tomado TAR y la mayoría (99,4%) lo estaban tomando en la actualidad.
- El 38% de los participantes estaba completamente vacunado frente a la hepatitis A y el 42% frente a la hepatitis B. El 26% desconocía si estaba vacunado contra alguna de estas infecciones.

5.1. Experiencia sexual con hombres

En EMIS-2017 se definió “sexo” como cualquier práctica sexual que va desde contacto físico hasta un orgasmo (o cerca al orgasmo), para uno o ambos miembros de una pareja. Asimismo, se definió como “penetración”

al contacto sexual donde uno introduce el pene en el ano o la vagina de una pareja, ocurra o no ocurra eyacuación, y no incluye el sexo oral o el uso de juguetes sexuales (dildos).

A partir de estas definiciones, en la Figura 24 se presenta información sobre la experiencia sexual con hombres, incluida la más reciente.



Respecto a la edad de las primeras experiencias sexuales con hombres (Figura 25), el 28,7% y el 15,7% de los encuestados tuvieron algún tipo de sexo y penetración anal, respectivamente, antes de cumplir los 16 años (la edad legal en España para tener relaciones sexuales). Más de la mitad de los participantes declararon haber tenido sexo y/o practicado la penetración anal con un hombre a partir de los 18 años (51,3% y 66,8%, respectivamente).

Figura 25. Distribución de participantes según la edad de la primera vez que tuvo sexo y/o practicó la penetración con un hombre.



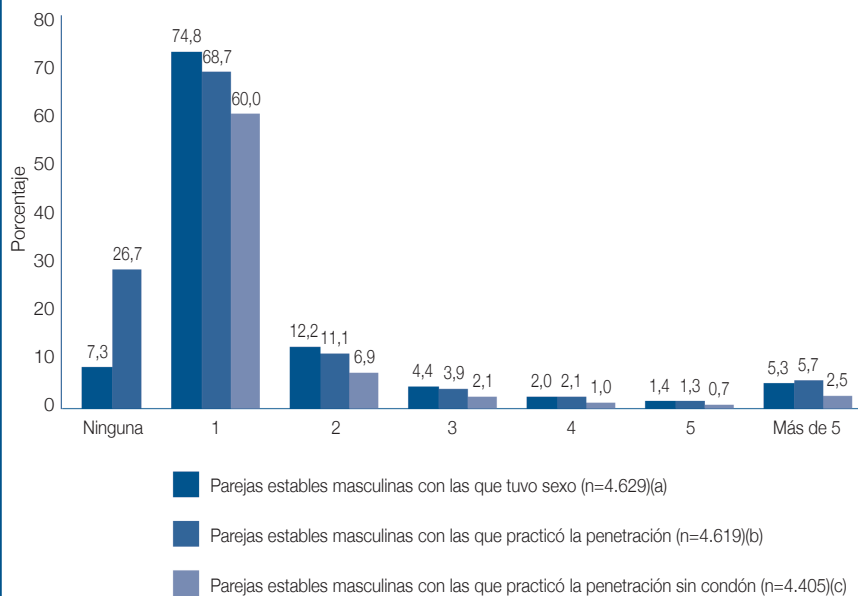
5.2. Sexo con parejas estables y ocasionales (últimos 12 meses)

5.2.1. Número de parejas estables

En EMIS-2017 se definió como ‘pareja estable’ a aquella a la que el encuestado consideraba como novio o marido, lo que significaba que no estaba “soltero”, pero no incluía a parejas que eran simplemente “amigos con derecho a roce” o “follamigos”.

De los 10.418 encuestados que tuvieron sexo con un hombre alguna vez, el 44,8% tuvo sexo con alguna pareja estable masculina en los últimos 12 meses (n=4.659; 24 no contestaron a la pregunta). Entre estos hombres con pareja estable, una cuarta parte (25,2%) declaró haber tenido más de una pareja estable masculina en dicho periodo de tiempo, el 92% practicó la penetración con alguna de estas parejas, y el 73,3% tuvo alguna penetración sin condón (Figura 26).

Figura 26. Distribución de participantes según el número de parejas estables masculinas con las que tuvo sexo, practicó la penetración y la penetración sin condón (últimos 12 meses)*.



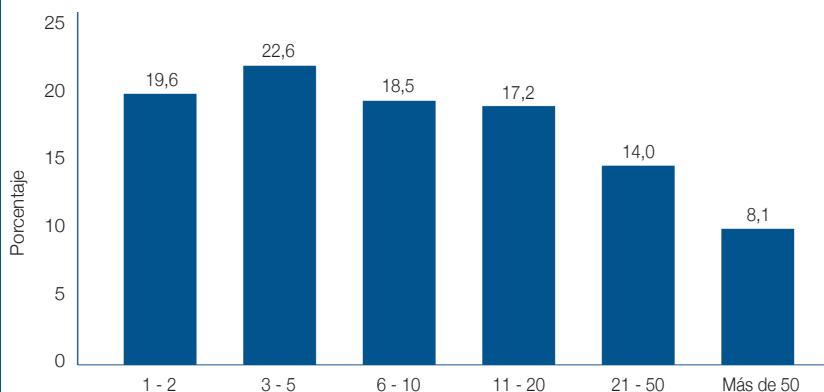
* Entre los hombres que tuvieron alguna pareja estable en los últimos 12 meses (30 participantes (a) 40 participantes (b) 254 participantes (c) no contestaron a la pregunta, respectivamente).

5.2.2. Número de parejas ocasionales

En EMIS-2017 se definió como ‘pareja ocasional’ a aquella con la que se había tenido sexo una o más veces, pero que no se consideraba una pareja estable, novio o marido (incluyendo rollos de una noche, parejas anónimas y casuales, “amigos con derecho a roce”, “follamigos”).

De los 10.418 encuestados que tuvieron algún tipo de sexo con un hombre alguna vez, el 79% tuvo sexo con alguna pareja ocasional masculina en los últimos 12 meses (n=8.107; 20 no contestaron a la pregunta), y entre estos, el 39,3% tuvo más de 10 parejas sexuales ocasionales (Figura 27).

Figura 27. Distribución de participantes según el número de parejas ocasionales masculinas con las que tuvo sexo (últimos 12 meses)*.

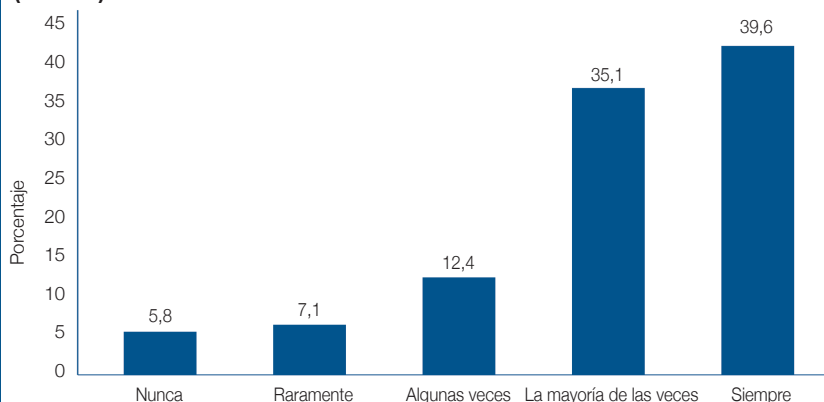


* Entre los hombres que tuvieron alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses (57 participantes no contestaron a la pregunta)

5.3. Uso del condón con parejas ocasionales masculinas

Entre los 8.016 hombres que habían tenido sexo con alguna pareja ocasional masculina en los últimos 12 meses y contestaron a la pregunta, la mayoría (n=7.273; 90,7%) habían realizado la práctica de la penetración con alguna de estas parejas ocasionales, y el 60,4% no había utilizado siempre el condón con estas parejas (Figura 28).

Figura 28. Frecuencia de uso del condón en aquellos participantes que habían tenido penetración con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses (n=7.273)*.



* Un total de 11 participantes no contestaron a la pregunta.

A los participantes que declararon no haber usado siempre el condón con sus parejas ocasionales masculinas con las que habían practicado la penetración en los últimos 12 meses (n=4.383; 5 no contestaron a la pregunta), se les preguntó sobre el conocimiento del estado serológico frente al VIH de esas parejas sexuales. Entre estos, el 66,6% (n=2.920) declaró haber realizado la penetración sin condón con alguna pareja ocasional de la cual desconocía su estado serológico frente al VIH en ese momento.

Se observó que los participantes que declararon en mayor proporción no haber usado siempre el condón con sus parejas ocasionales masculinas con las que habían practicado la penetración en los últimos 12 meses fueron aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes o de 500.000 o más, no nacidos en España, de 40 años o más, sin estudios después de los 16 años, retirados, jubilados o de baja laboral por enfermedad, que declaraban vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, que se identificaban como gais u homosexuales, sin relación de pareja estable actual, y que declaraban haber sido diagnosticados de infección por el VIH (Tabla 20).

Tabla 20. Proporción de participantes que practicaron la penetración sin condón con alguna pareja ocasional según características socio-demográficas (últimos 12 meses).			
	Penetración sin condón*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=7.199)			0,026
Menos de 100.000 hab.	2.295	61,2	
100.000-499.999 hab.	967	57,6	
500.000 hab. o más	1.082	61,2	
Origen (n=7.252)			0,001
España	3.304	59,4	
Otro país	1.077	63,8	
Edad (n=7.262)			<0,001
Menos de 25 años	826	59,6	
25-39 años	2.045	58,0	
40 años o más	1.517	64,6	
Años de estudio después de los 16 años (n=6.939)			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	168	71,8	
≤5 años de estudios	1.360	63,2	
>5 años de estudios	2.642	58,0	
Ocupación (n=7.243)			0,005
Empleado	2.940	59,9	
Desempleado	388	62,7	
Estudiante	762	58,6	
Otro ^a	284	67,8	

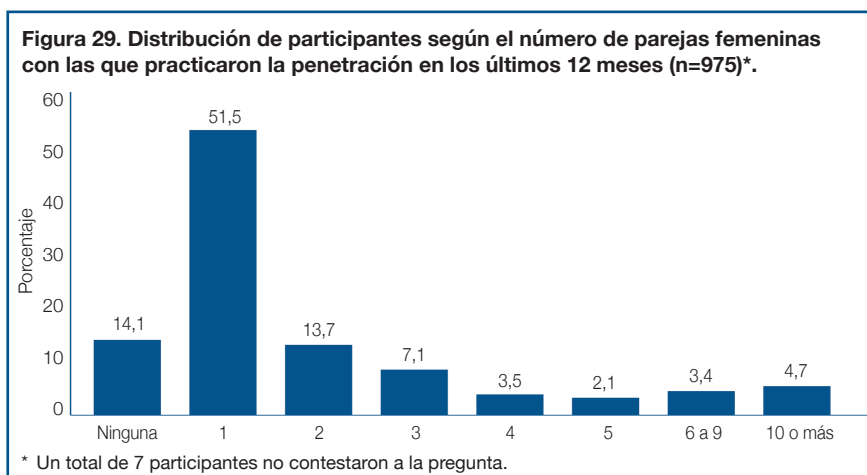
Tabla 20. Proporción de participantes que practicaron la penetración sin condón con alguna pareja ocasional según características socio-demográficas (últimos 12 meses). Cont.

	Penetración sin condón*		
	n	(%)	p
Percepción sobre sus ingresos (n=7.230)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	1.836	58,5	
Ni vive cómodamente ni en apuros	1.708	60,1	
Vive en apuros o muy en apuros	821	65,7	
Identidad sexual (n=7.256)			0,046
Gay u homosexual	3.629	61,0	
Bisexual	518	56,8	
Otro	237	59,4	
Relación de pareja estable actual (n=7.253)			0,008
No o no está seguro	3.196	61,4	
Sí	1.185	58,0	
Estado serológico frente al VIH (n=7.226)			<0,001
Desconocido	583	55,4	
VIH-positivo	912	81,9	
VIH-negativo	2.870	56,7	

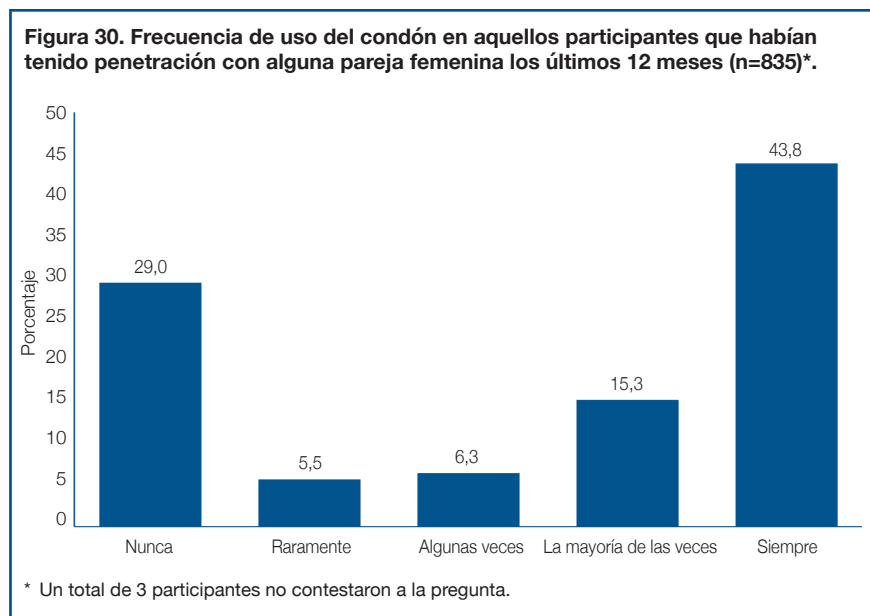
^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.
* entre hombres que declaran haber tenido sexo con una pareja ocasional en los últimos 12 meses.

5.4. Experiencia sexual con mujeres

Un total de 4.639 hombres (43,9%) señaló haber tenido, al menos una vez, algún tipo de sexo con mujeres, y el 9,3% lo tuvo en los últimos 12 meses (n=982). Entre estos últimos, el 85,9% tuvo sexo penetrativo con al menos una pareja femenina en este mismo período de tiempo (Figura 29).



Entre los 835 participantes que habían tenido sexo penetrativo con mujeres en los últimos 12 meses y contestaron a la pregunta, el 56,2% (n=469) no utilizó siempre el condón con estas parejas femeninas (Figura 30).

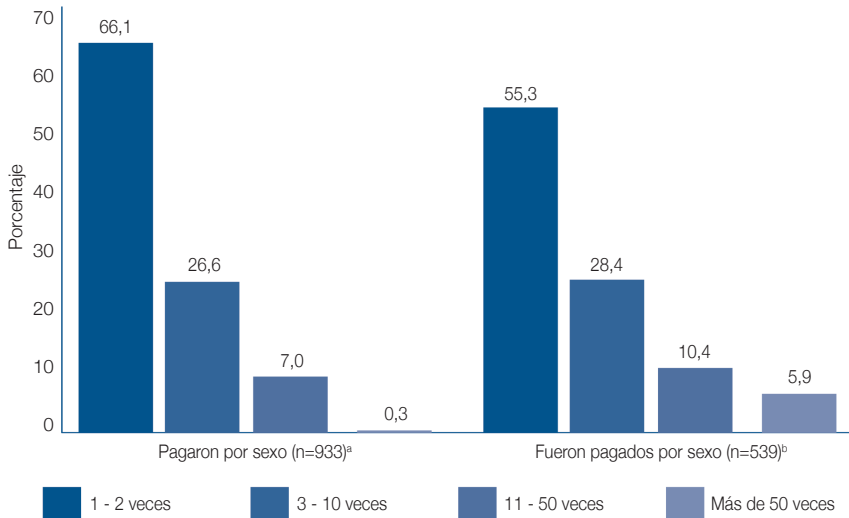


5.5. Pagar o cobrar a cambio de sexo

En EMIS-2017 se preguntó por la última vez que los participantes pagaron o les habían pagado a cambio de sexo (incluyendo dinero, regalos o favores). En total, el 18,1% de los hombres habían pagado (n=1.877; 238 no contestaron) y el 14,2% habían sido pagados (n=1.477; 230 no contestaron), respectivamente.

En los últimos 12 meses, el 9,0% de los hombres habían pagado a cambio de sexo, y entre estos, el 66,1% lo había hecho en una o dos ocasiones. Entre los hombres que habían sido pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses (5,2%), el 55,3% lo había hecho en una o dos ocasiones (Figura 31).

Figura 31. Distribución de participantes según el número de veces que pagaron o fueron pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses*.



* Hombres que habían pagado o sido pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses: ^a 2 participantes no contestaron a la pregunta; ^b 7 participantes no contestaron a la pregunta.

Se observó que los participantes que declararon en mayor proporción haber pagado a cambio de sexo en los últimos 12 meses fueron hombres nacidos fuera de España, de 40 años o más, sin estudios después de los 16 años, empleados, retirados, jubilados o de baja laboral por enfermedad, que declaraban vivir cómodamente o muy cómodamente con su nivel de ingresos actual, y que declaraban haber sido diagnosticados de infección por el VIH (Tabla 20).

Por otro lado, se observó una mayor proporción de participantes que declararon haber sido pagados a cambio de sexo en los últimos 12 meses entre hombres nacidos fuera de España, menores de 25 años, con menos de 5 años de estudios después de los 16 años, desempleados o estudiantes, que declaraban vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, que se definían como bisexuales, sin pareja estable o no estaban seguros de tenerla, y que declaraban haber sido diagnosticados de infección por el VIH (Tabla 21).

Tabla 21. Proporción de participantes que pagaron o les habían pagado a cambio de sexo según características socio-demográficas (últimos 12 meses).

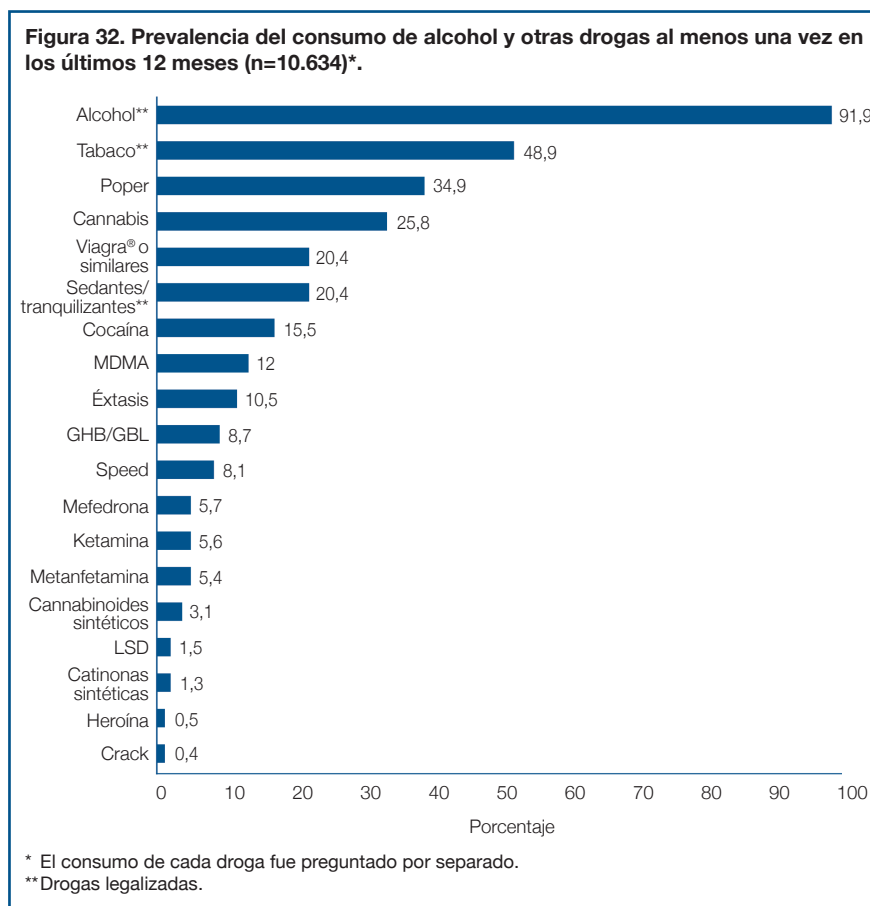
	Pagaron a cambio de sexo			Fueron pagados a cambio de sexo		
	n	(%)	p	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad	n=10.294		0,596	n=10.302		0,190
Menos de 100.000 hab.	241	8,9		152	5,6	
100.000-499.999 hab.	208	8,5		111	4,5	
500.000 hab. o más	473	9,2		278	5,4	
Origen	n=10.384		<0,001	n=10.391		<0,001
España	692	8,5		381	4,7	
Otro país	242	10,8		165	7,4	
Edad	n=10.396		<0,001	n=10.404		<0,001
Menos de 25 años	50	2,3		207	9,5	
25-39 años	377	7,8		267	5,5	
40 años o más	508	15,2		72	2,2	
Años de estudio después de los 16 años	n=9.872		0,019	n=9.880		<0,001
Sin estudios después de los 16 años	48	12,8		23	6,1	
≤5 años de estudios	268	8,4		238	7,5	
>5 años de estudios	572	9,1		253	4,0	
Ocupación	n=10.369		<0,001	n=10.376		<0,001
Empleado	738	10,9		249	3,7	
Desempleado	65	7,2		76	8,4	
Estudiante	45	2,2		180	8,8	
Otro ^a	86	13,4		39	6,1	
Percepción sobre sus ingresos	n=10.345		<0,001	n=10.353		<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	500	11,4		185	4,2	
Ni vive cómodamente ni en apuros	311	7,5		208	5,0	
Vive en apuros o muy en apuros	123	6,7		145	7,9	
Identidad sexual	n=10.386		0,791	n=10.394		0,044
Gay u homosexual	752	9,0		421	5,0	
Bisexual	118	8,5		92	6,6	
Otro	63	9,4		33	4,9	
Relación de pareja estable actual	n=10.382		0,337	n=10.390		<0,001
No o no está seguro	634	8,8		423	5,9	
Sí	300	9,4		122	3,8	
Estado serológico frente al VIH	n=10.350		<0,001	n=10.357		<0,001
Desconocido	106	5,5		95	4,9	
VIH-positivo	200	14,4		103	7,4	
VIH-negativo	622	8,9		340	4,8	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

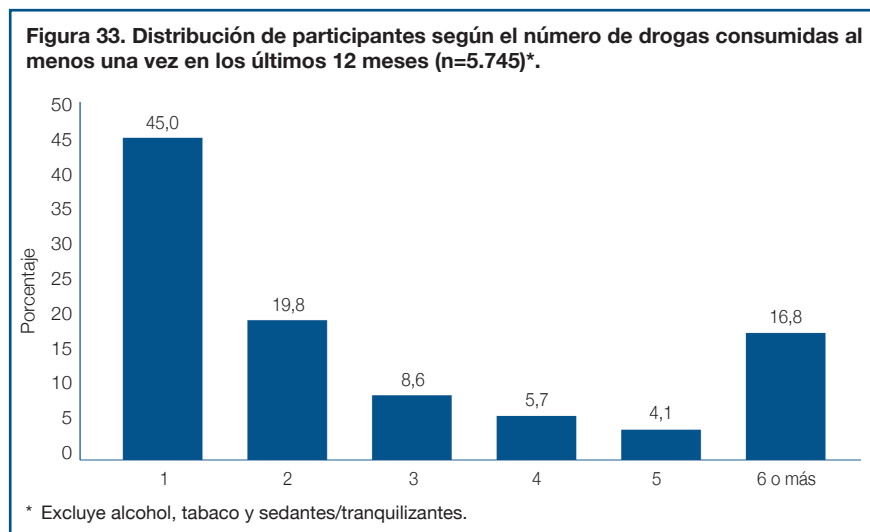
5.6. Consumo de sustancias

5.6.1. Consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses

La prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas al menos una vez en los últimos 12 meses se muestra en la Figura 32. La gran mayoría de participantes declaró haber consumido alcohol alguna vez en los últimos 12 meses (91,9%). Entre las otras drogas de uso recreativo, el popper ocupó el primer lugar de consumo (34,9%), seguido del cannabis (25,8%), la cocaína (15,5%) y el MDMA –en forma de cristallitos o polvo– (11,9%). La prevalencia del consumo de Viagra®, Cialis® o Levitra®, u otras sustancias que ayudan a mantener la erección, fue del 20,4%.



Entre los 5.745 participantes que consumieron alguna droga diferente al alcohol, tabaco o sedantes/tranquilizantes en los últimos 12 meses (el 54,5% del número total de encuestados), el 45% consumió una sola droga y el 35,3% consumió tres o más (Figura 33).



5.6.2. Uso inyectado de esteroides anabolizantes y otras drogas

De los 10.504 hombres que contestaron a la pregunta sobre el uso inyectado de esteroides anabólicos (testosterona), un total de 195 (1,9%) lo había hecho en los últimos 12 meses. Asimismo, 81 hombres (0,8%) se habían inyectado (o les habían inyectado) alguna otra droga (diferente a los esteroides anabólicos o medicamentos recetados) con la intención de “colocarse” en los últimos 12 meses (Tabla 22).

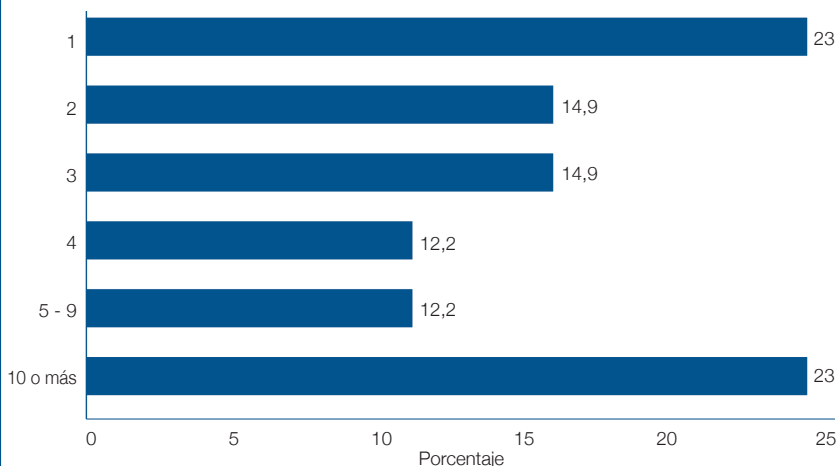
Tabla 22. Distribución de participantes según uso inyectado de esteroides y otras drogas.

	Uso inyectado de esteroides anabolizantes (n=10.504)*		Uso inyectado de otras drogas (n=10.517)**	
	n	%	n	%
No, nunca	10.125	96,4	10.358	98,5
Sí, últimos 12 meses	195	1,9	81	0,8
Sí, hace más de 12 meses	184	1,8	78	0,7

* 130 participantes no contestaron a la pregunta.
 **117 participantes no contestaron a la pregunta.

Entre los participantes que se habían inyectado alguna droga diferente a los esteroides anabólicos o medicamentos recetados, el 23% lo había hecho una sola vez y el 37,9% en más de 4 ocasiones (Figura 34).

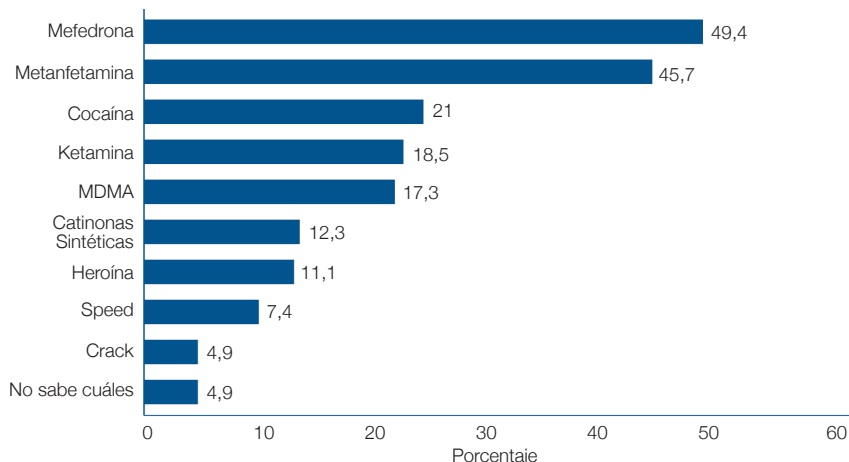
Figura 34. Distribución de participantes según las veces que se inyectaron drogas en los últimos 12 meses (n=74)*.



* 7 participantes no contestaron a la pregunta.

Las drogas más utilizadas por vía inyectada fueron la mefedrona (49,4%), la metanfetamina (45,7%), la cocaína (21,0%) y la ketamina (18,5%) (Figura 35).

Figura 35. Distribución de participantes según el tipo de droga inyectada en los últimos 12 meses (n=81)*.



* Entre participantes que se habían inyectado alguna droga en los últimos 12 meses; las categorías fueron no mutuamente excluyentes.

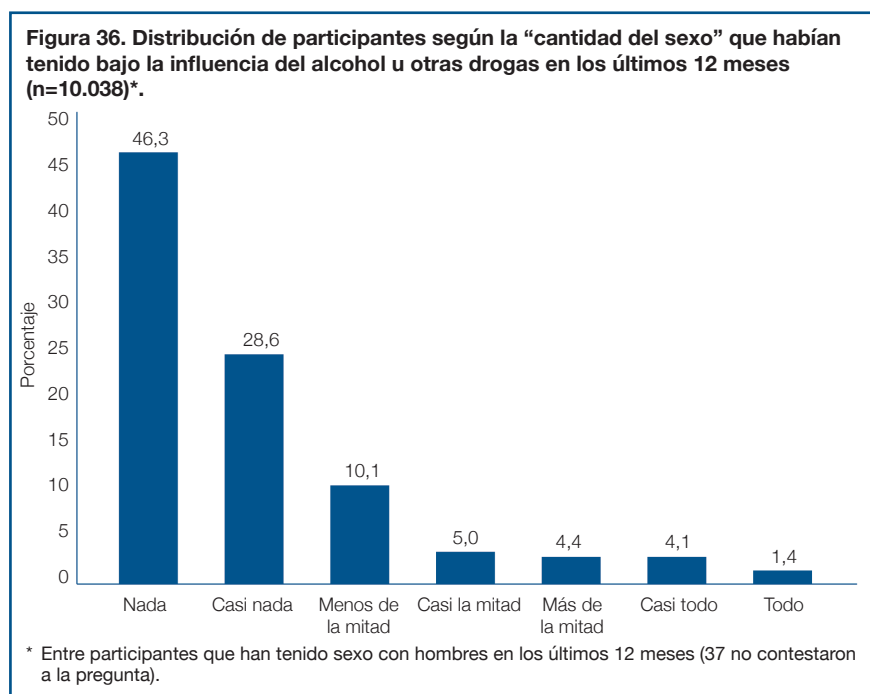
Entre los hombres que se inyectaron esteroides anabolizantes u otra droga para “colocarse” y contestaron a la pregunta (n=487), 72 afirmaron haberse inyectado alguna vez con una aguja o jeringa previamente usada por otra persona (14,8%), y 26 lo hicieron en los últimos 12 meses (5,3%).

5.7. Consumo de alcohol o drogas con fines sexuales

5.7.1. Actividad sexual bajo la influencia del alcohol u otras drogas

En EMIS-2017 se definió “sexo sobrio” como aquel acto sexual que no estuvo bajo la influencia del alcohol o de cualquier otra droga. Entre los 10.579 participantes que contestaron a la pregunta, el 7,3% (n=774) indicó que nunca había tenido sexo sobrio.

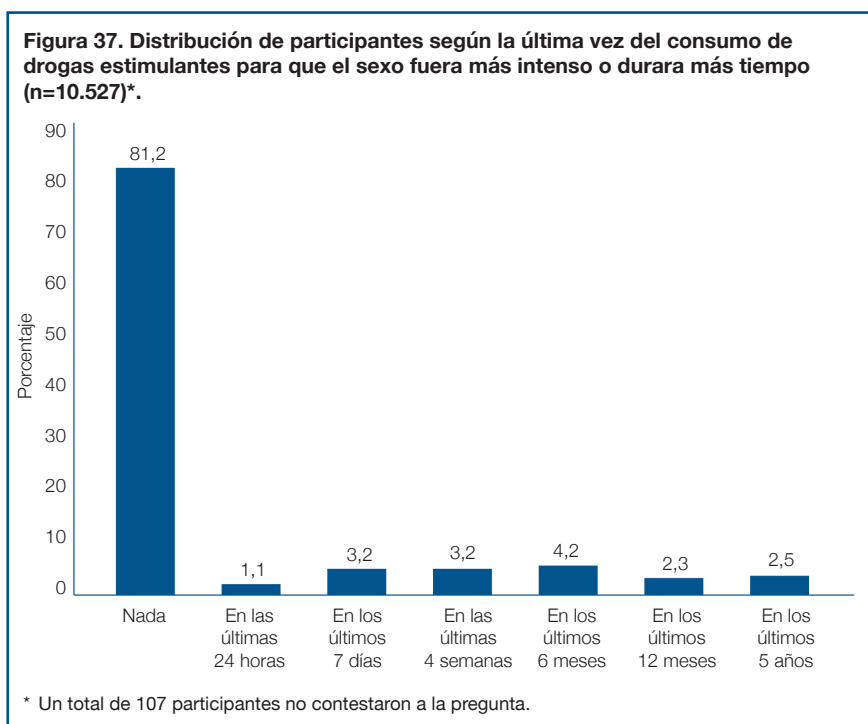
Entre aquellos encuestados que declararon haber tenido algún tipo de sexo con un hombre en los últimos 12 meses (n=10.075), el 10% indicó que más de la mitad del sexo que tuvo en el último año fue bajo la influencia del alcohol o de cualquier otra droga (Figura 36).



5.7.2. Consumo de drogas estimulantes para tener relaciones sexuales

En EMIS-2017 se preguntó por el consumo sexualizado de drogas estimulantes mediante la pregunta: “*Cuándo fue la última vez que utilizaste drogas estimulantes –éxtasis/MDMA, cocaína, speed, metanfetamina, mefedrona y ketamina– para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo?*”⁴.

En global, el 14,1% de los participantes (n=1.482) refirió haber consumido drogas estimulantes para mantener relaciones sexuales en los últimos 12 meses y el 7,6% (n=800) en las últimas 4 semanas (Figura 37).



Entre los hombres que habían consumido alguna vez drogas estimulantes para tener relaciones sexuales y que contestaron a la pregunta (n=1.979), el 50,7% las había consumido con más de un hombre (trío o sexo en grupo) en los últimos 12 meses. Entre éstos, los lugares más frecuentes en donde ocurrió el encuentro sexual más reciente fueron en una casa privada (68,4%) y en un local comercial de sexo (sauna, club de sexo, cuarto oscuro de bar) (24,5%) (Tabla 23).

(4) Aunque la ketamina es un anestésico disociativo, a dosis bajas tiene efectos estimulantes en cinco minutos[23].

Tabla 23. Distribución de participantes según el lugar del encuentro sexual más reciente donde se consumieron drogas estimulantes y se tuvo sexo en grupo (últimos 12 meses) (n=1.004)*.

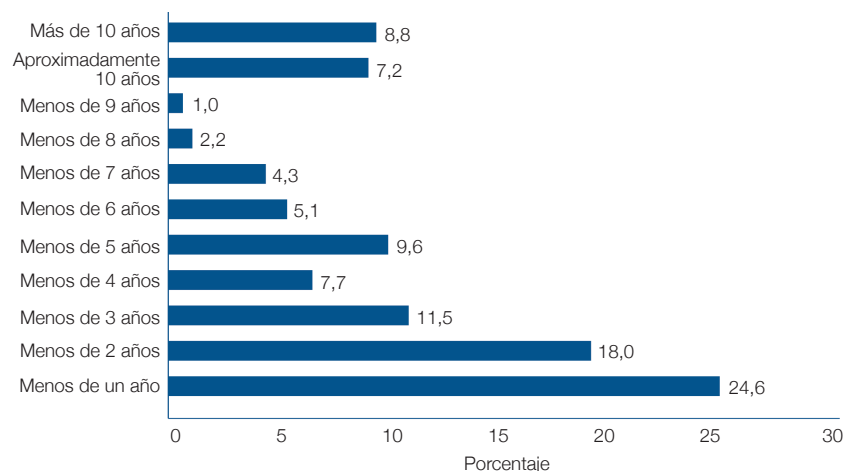
	Lugar último encuentro sexual	
	n	%
La casa de uno de ellos	471	46,9
Mi casa	216	21,5
Club o cuarto oscuro de un bar	130	12,9
Sauna	125	12,5
Habitación de hotel	26	2,6
Zona de cruising**	25	2,5
Otro lugar	11	1,1

* Un participante no contestó a la pregunta.

** Calle, área de servicio, parque, playa, baños.

Entre los encuestados que habían consumido drogas estimulantes y tenido sexo con múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses y que contestaron a la pregunta (n=973), el 24% indicó que hacía menos de un año que estaba realizando esta práctica y el 54,1% la realizaba desde los últimos 3 años (Figura 38).

Figura 38. Distribución de participantes según el número de años que llevan consumiendo drogas estimulantes y teniendo sexo con múltiples parejas sexuales (n=973)*.



* Un total de 32 participantes no contestaron a la pregunta.

Tabla 24. Proporción de participantes que habían consumido drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso/durara más tiempo (últimas 4 semanas) según características socio-demográficas.

	Uso drogas estimulantes para tener relaciones sexuales*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.424)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	125	4,5	
100.000-499.999 hab.	141	5,7	
500.000 hab. o más	524	10,1	
Origen (n=10.514)			<0,001
España	545	6,6	
Otro país	254	11,3	
Edad (n=10.527)			<0,001
Menos de 25 años	65	2,8	
25-39 años	420	8,6	
40 años o más	315	9,4	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.999)			0,053
Sin estudios después de los 16 años	38	9,9	
≤5 años de estudios	222	6,8	
>5 años de estudios	495	7,8	
Ocupación (n=10.506)			<0,001
Empleado	616	9,0	
Desempleado	74	8,2	
Estudiante	65	3,1	
Otro ^a	45	6,9	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.478)			0,573
Vive muy cómodamente o cómodamente	349	7,9	
Ni vive cómodamente ni en apuros	306	7,3	
Vive en apuros o muy en apuros	143	7,7	
Identidad sexual (n=10.517)			<0,001
Gay u homosexual	698	8,3	
Bisexual	69	4,9	
Otro	33	4,8	
Relación de pareja estable actual (n=10.514)			0,003
No o no está seguro	519	7,1	
Sí	281	8,8	
Estado serológico frente al VIH (n=10.479)			<0,001
Desconocido	50	2,5	
VIH-positivo	309	22,1	
VIH-negativo	439	6,2	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

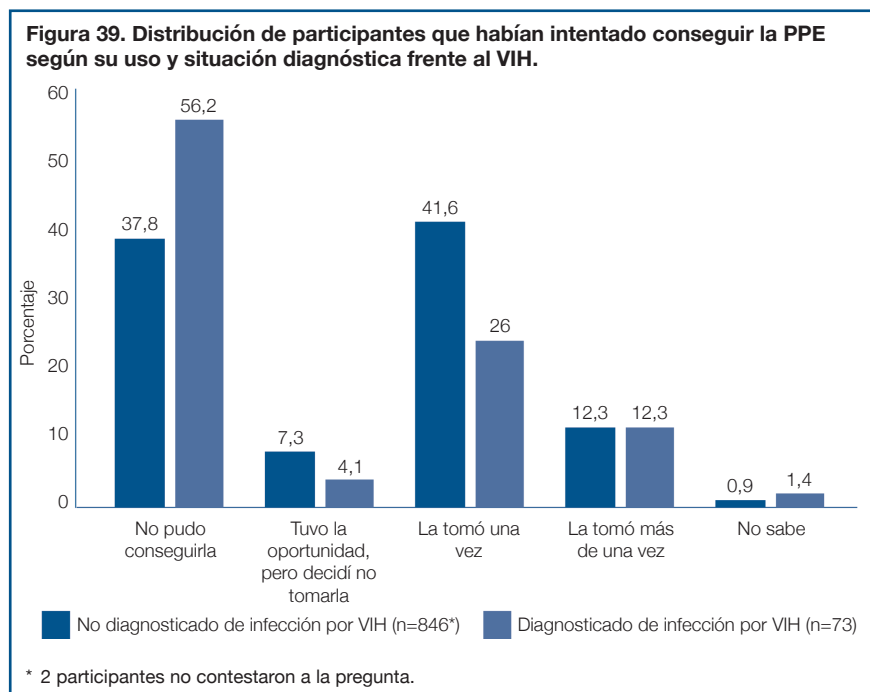
* Últimas 4 semanas.

Según variables socio-demográficas (Tabla 24), se observó que los participantes que declararon un mayor consumo de drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo en las últimas 4 semanas fueron aquellos que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, nacidos fuera de España, de 25 años o mayor, empleados, que se identificaban como gais u homosexuales, con pareja estable actual, y que declaraban haber sido diagnosticados de infección por el VIH.

5.8. Búsqueda y uso de la profilaxis post-exposición (PPE)

Cuando se exploró entre los encuestados que afirmaron no haber recibido nunca un diagnóstico de infección por el VIH si habían intentado conseguir la PPE (n=9.135; 36 participantes no contestaron a la pregunta), se encontró que el 9,3% (n=848) lo habían intentado alguna vez, y entre estos, el 53,9% la había tomado al menos una vez (Figura 39).

Entre los hombres diagnosticados con infección por el VIH y que contestaron a la pregunta, el 5,2% había intentado conseguir la PPE antes de ser diagnosticados. Entre estos, el 38,4%, la había tomado al menos una vez antes de su diagnóstico (Figura 39).



5.9. Búsqueda y uso de la profilaxis pre-exposición (PrEP)

En EMIS-2017 se preguntó a los participantes si alguna vez habían intentado conseguir la PrEP. Entre los 10.582 hombres que contestaron a la pregunta, el 6,6% indicó que sí había intentado conseguirla. Este porcentaje fue del 6,9% entre los hombres que afirmaron no haber recibido nunca un diagnóstico de infección por el VIH y del 4,0% entre los que sí habían recibido un diagnóstico previo.

Entre los hombres no diagnosticados de la infección por el VIH, el 1,8% (n=167) estaba tomando la PrEP en ese momento, ya fuera diariamente o de manera intermitente.

Según variables socio-demográficas (Tabla 25), se observó que los participantes que declararon en mayor proporción estar usando la PrEP en la actualidad fueron aquellos que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, nacidos fuera de España, de 25 años o mayores, empleados, retirados, jubilados o de baja laboral por enfermedad, que se identificaban como gais u homosexuales, y que declaraban haber recibido un resultado negativo en la última prueba del VIH.

Tabla 25. Proporción de participantes que indicaron estar usando la PrEP en la actualidad según características socio-demográficas.

	Uso de la PrEP actualmente*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=9.111)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	25	1,0	
100.000-499.999 hab.	24	1,1	
500.000 hab. o más	115	2,6	
Origen (n=9.199)			<0,001
España	99	1,3	
Otro país	66	3,6	
Edad (n=9.209)			<0,001
Menos de 25 años	15	0,7	
25-39 años	91	2,1	
40 años o más	61	2,3	
Años de estudio después de los 16 años (n=8.716)			0,293
Sin estudios después de los 16 años	5	1,6	
≤5 años de estudios	44	1,5	
>5 años de estudios	112	2,0	

Tabla 25. Proporción de participantes que indicaron estar usando la PrEP en la actualidad según características socio-demográficas. Cont.

	Uso de la PrEP actualmente*		
	n	(%)	p
Ocupación (n=9.162)			<0,001
Empleado	123	2,1	
Desempleado	15	1,9	
Estudiante	15	0,7	
Otro ^a	14	2,7	
Percepción sobre sus ingresos (n=9.133)			0,609
Vive muy cómodamente o cómodamente	76	2,0	
Ni vive cómodamente ni en apuros	61	1,7	
Vive en apuros o muy en apuros	30	1,9	
Identidad sexual (n=9.203)			<0,001
Gay u homosexual	155	2,2	
Bisexual	10	0,7	
Otro	2	0,3	
Relación de pareja estable actual (n=9.194)			0,620
No o no está seguro	114	1,8	
Sí	52	1,9	
Estado serológico frente al VIH (n=9.154)			<0,001
Desconocido	10	0,5	
VIH-negativo	154	2,2	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.
* Hombres no diagnosticados por el VIH.

5.10. Tratamiento antirretroviral

Entre los encuestados que declararon haber sido diagnosticados por el VIH y contestaron a la pregunta (n=1.402), el 95,4% indicó que alguna vez había tomado TAR y el 1,7% no sabía si había recibido tratamiento o no. Entre aquellos que alguna vez había tomado TAR, la mayoría (99,4%) lo estaban tomando en la actualidad.

De los participantes que refirieron haber tomado alguna vez TAR, el 22,7% indicó haber iniciado tratamiento al mes de haber recibido su diagnóstico, y el 65,1% dentro del primer año. La tabla 26 muestra la evolución de la media de años transcurridos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, según el año en que fueron diagnosticados del VIH.

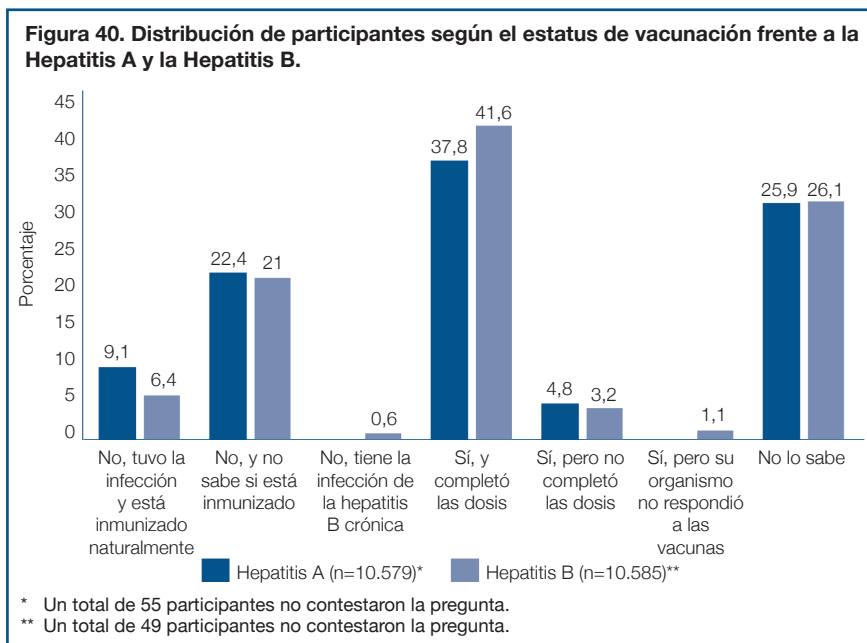
Tabla 26. Media de años entre el diagnóstico del VIH y el inicio del TAR según año de diagnóstico.

Año de diagnóstico	Media de años hasta empezar el TAR*	
	n	media
1984-1990	20	7,1
1991-1995	46	3,8
1996-2000	66	2,8
2001-2005	104	3,8
2006-2010	234	1,9
2011-2015	350	0,8
2016-2017	136	0,7

*Hombres diagnosticados por el VIH que han iniciado TAR alguna vez
(133 participantes no contestaron o tenían una respuesta fuera de rango).

5.11. Vacunación frente a las hepatitis A y B

El 38% de los participantes estaba completamente vacunado frente a la hepatitis A y el 42% frente a la hepatitis B, y el 26% de los encuestados desconocía si estaba vacunado contra alguna de estas infecciones (Figura 40).



6. Necesidades

Este capítulo explora las necesidades percibidas por hombres gais, bisexuales y otros HSH que puedan facilitar la adopción individual tanto de conductas de riesgo como de conductas preventivas (en términos del nivel de conocimientos y habilidades, soporte social y el nivel de homofobia interiorizada).

Aspectos destacados

- El 42,7% y 44,8% de los participantes presentaron valores inferiores al valor de las medianas en la sub escala de “integración social” y “alianza confiable”, respectivamente.
- El porcentaje de participantes con mayor nivel de homonegatividad interiorizada fue de 47,8%.
- En relación a la homofobia social, el 34,3% de los encuestados refirieron haberse sentido intimidados en los últimos 12 meses, el 19,4% haber sufrido insultos verbales, y el 2% haber recibido violencia física (patadas, puñetazos...) en alguna ocasión.
- Respecto a las habilidades para la negociación sexual, el 12,6% de los hombres estaba en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el ítem “El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea”, y un 9,5% con el ítem “encuentro fácil decir no al sexo que no quiero”.
- El porcentaje que alguna vez había realizado la penetración sin condón por no tener condones disponibles en ese momento fue del 47,3%, y en los últimos 12 meses del 29,9%.
- Entre aquellos que declararon haber consumido drogas recreativas en el último año, el 20,6% afirmó estar preocupado por su consumo actual.
- Un 42,0% de los participantes que refirieron no haber sido diagnosticados de infección por el VIH declaró estar poco/nada seguro de poder conseguir la PPE en caso de necesitarla, y un 27,7% indicó que sería bastante o muy improbable que la usaran.
- El 28,3% de aquellos que nunca habían recibido el resultado de una prueba del VIH manifestó no saber dónde acudir para realizársela.
- Más de la mitad (59%) de los participantes refirieron conocer el 100% de los ítems sobre la transmisión del VIH/ITS. El ítem ‘*La mayoría de ITS pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH*’ fue el menos conocido (28,6% lo desconocía o no estaba seguro de conocerlo).
- Un 63,6% declaró haber oído hablar de la PPE alguna vez, y el 35,9% tenía un nivel de conocimientos elevado (conocía el 100% de los ítems).

- Un 66,2% de los participantes declaró haber oído hablar de la PrEP alguna vez, y el 17,6% tenía un nivel de conocimientos elevado (conocía el 100% de los ítems sobre la PrEP).
- Casi la mitad refirió conocer el 100% de los ítems sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral. La afirmación menos conocida por los participantes fue que: *“Una persona con el VIH que está en tratamiento efectivo (es decir, que tiene carga viral indetectable) no puede transmitir el virus a través de las relaciones sexuales”* (45,5% no conocía esta información).
- Más de la mitad de los hombres desconocía alguna de las afirmaciones presentadas en relación a las hepatitis virales (58,4%).
- Entre aquellos que declararon no estar inmunizados por la hepatitis, el 54,4% contestó que no sabía dónde ir (o no estaba seguro) para que le administraran la vacuna. En el caso de la vacuna contra la hepatitis B, el porcentaje que indicó no saber dónde acudir para recibir la vacuna fue similar (56,8%).

6.1. Necesidades relacionadas con la salud psico-social

6.1.1. Apoyo social

En EMIS-2017 se midió el apoyo social utilizando dos sub-escalas que evaluaban la “integración social” y la “alianza confiable” (ver apartado 2.5.5). Tal y como se ha explicado en métodos, estas sub-escalas no se preguntaron a todos los participantes de EMIS, sino a una muestra seleccionada al azar de 5.334 individuos. La Tabla 27 muestra la distribución de participantes según las respuestas a los ítems de cada sub-escala.

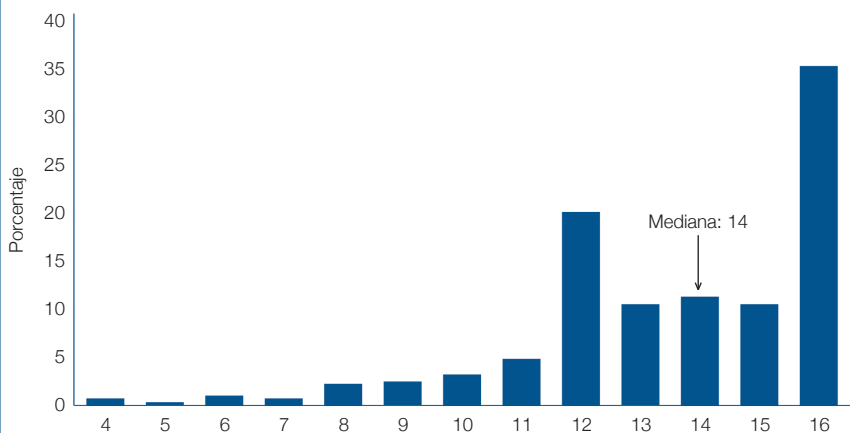
Tabla 27. Distribución de participantes según las respuestas a los ítems de las escalas que miden el apoyo social.				
	¿Cómo te sientes respecto al apoyo social?*			
	Totalmente en desacuerdo %	En desacuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %
<i>Alianza confiable</i>				
Hay personas con las que puedo contar siempre que lo necesito (n=1.279)**	3,9	4,5	37,8	53,8
Si algo me va mal, nadie me ayuda (n=5.296)	53,0	37,4	7,3	2,3

Tabla 27. Distribución de participantes según las respuestas a los ítems de las escalas que miden el apoyo social. Cont.

	¿Cómo te sientes respecto al apoyo social?*			
	Totalmente en desacuerdo %	En desacuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %
No puedo acudir a nadie cuando lo necesito (n=5.293)	56,0	34,1	7,7	2,3
Hay personas a las que puedo acudir en momentos difíciles (n=5.285)	3,4	6,4	37,5	52,7
<i>Integración social</i>				
Hay personas a las que les gustan las mismas actividades que a mí (n=5.290)	2,9	5,2	46,0	45,9
Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo (n=5.298)	6,1	18,6	50,1	25,1
Nadie comparte mis intereses y preocupaciones (n=5.295)	46,7	40,0	10,3	3,0
A nadie le gusta hacer las mismas cosas que a mí (n=5.298)	48,4	41,1	8,2	2,4
* Escalas presentadas a una muestra de participantes seleccionada de forma aleatoria				
** Las respuestas de algunos participantes se perdieron por problemas técnicos por lo que la muestra para este ítem fue de 1.279 casos. Para el resto de ítems el número de no respuestas oscila entre 36 y 49 casos.				

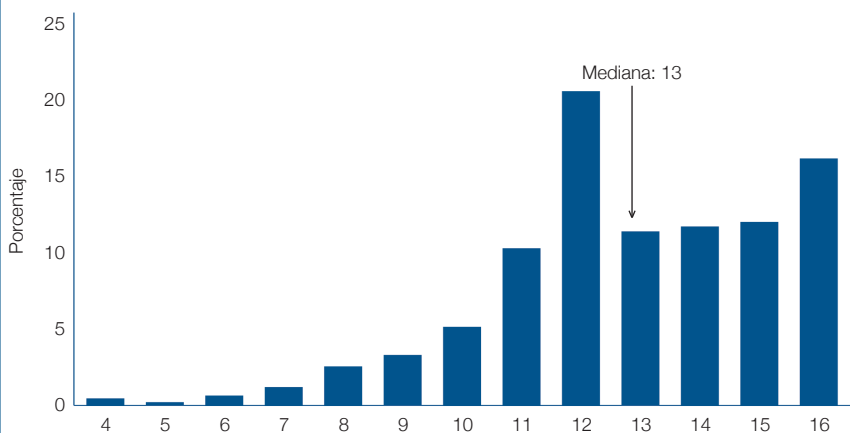
A partir del sumatorio de todos los ítems de las sub-escalas, se obtuvo una puntuación total en la que, a mayor puntaje, mayor era el apoyo social percibido por los participantes (Figuras 41 y 42). En relación a la sub-escala de alianza confiable, los participantes puntuaron una mediana de 14, con un rango intercuartílico de 4. La mediana obtenida en la sub-escala de integración social fue de 13, con un rango intercuartílico de 3.

Figura 41. Distribución de participantes según la puntuación obtenida en la sub-escalas de alianza confiable (n=1.269)*.



* Escalas presentadas a una muestra de los participantes seleccionada de forma aleatoria

Figura 42. Distribución de participantes según la puntuación obtenida en la sub-escalas de integración social (n=5.265)*.



* Escalas presentadas a una muestra de los participantes seleccionada de forma aleatoria

Al comparar la proporción de participantes con menor apoyo social según variables socio-demográficas (Tabla 28), se observó una mayor proporción de participantes con menor apoyo social (valores < a la mediana en las dos sub-escalas del SPS) en hombres desempleados, aquellos que percibían vivir económicamente en apuros o muy en apuros, y que no tenían pareja estable o no estaban seguros de tenerla.

Tabla 28. Proporción de participantes con menor nivel de apoyo social según características socio-demográficas.

	Alianza confiable (<14)			Integración social (<13)		
	n	(%)	p	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad	n=1.256			n = 5.218		
Menos de 100.000 hab.	145	43,2	0,953	675	49,0	0,001
100.000-499.999 hab.	117	41,9		569	44,6	
500.000 hab. o más	272	42,4		1.092	42,6	
Origen	n=1.269			n=5.260		
España	329	42,7	0,972	1.826	44,2	0,058
Otro país	213	42,8		533	47,3	
Edad	n=1.269			n=5.265		
Menos de 25 años	131	44,1	0,647	554	48,1	0,018
25-39 años	240	41,3		1.091	44,7	
40 años o más	171	43,7		715	42,7	
Años de estudio después de los 16 años	n=1.207			n=5.022		
Sin estudios después de los 16 años	33	50,8	0,323	119	64,3	<0,001
≤5 años de estudios	167	42,7		767	46,7	
>5 años de estudios	310	41,3		1.358	42,5	
Ocupación	n=1.267			n=5.255		
Empleado	321	40,3	0,042	1.403	41,8	<0,001
Desempleado	55	53,4		253	56,3	
Estudiante	115	44,1		520	47,7	
Otro ^a	51	48,1		179	49,6	
Percepción sobre sus ingresos	n=1.266			n=5.245		
Vive muy cómodamente o cómodamente	224	38,0	0,001	856	38,7	<0,001
Ni vive cómodamente ni en apuros	212	44,2		974	46,2	
Vive en apuros o muy en apuros	104	53,1		519	56,0	
Identidad sexual	n=1.268			n=5.259		
Gay u homosexual	433	41,8	0,389	1.820	43,2	<0,001
Bisexual	73	47,4		349	50,4	
Otro	35	44,9		185	53,0	
Relación de pareja estable actual	n=1.267			n=5.257		
No o no está seguro	405	45,4	0,003	1.772	48,3	<0,001
Sí	136	36,1		585	36,9	
Estado serológico frente al VIH	n=1.265			n=5.247		
Desconocido	109	45,0	0,614	510	50,3	<0,001
VIH-positivo	68	43,9		332	47,4	
VIH-negativo	362	41,7		1.510	42,7	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.1.2. Homonegatividad interiorizada

En EMIS-2017 se midió la homonegatividad interiorizada de los participantes mediante una escala en la que, al igual que con la escala de apoyo social, no se preguntó a todos los participantes, sino a una muestra seleccionada al azar (n=5.300) (ver apartado 2.5.6).

En la Figura 43 se presenta la distribución de participantes según la puntuación obtenida en la escala de homonegatividad interiorizada (media=1,3 [DE: 0,02] y mediana=1,0). La proporción de participantes con un valor >1 en la escala de homonegatividad interiorizada fue de 47,8%.

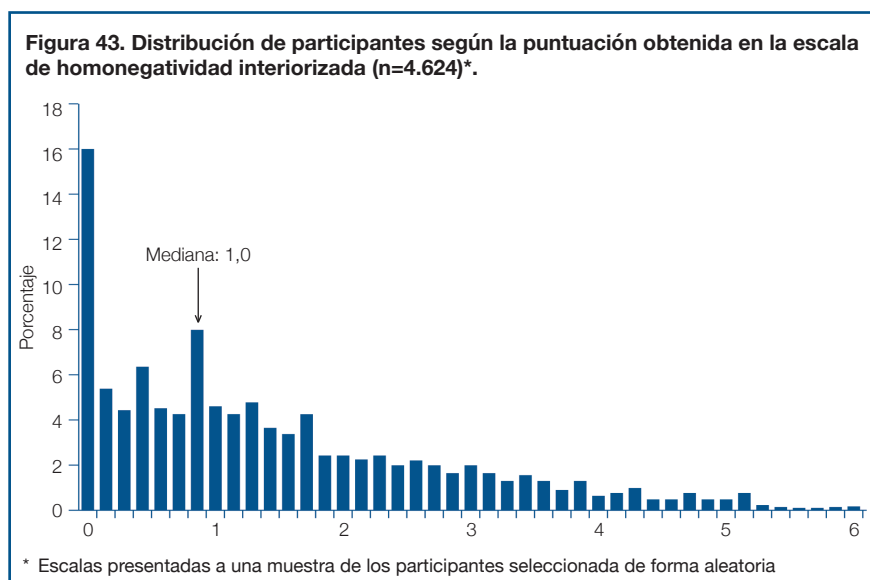


Tabla 29. Proporción de participantes con valores >1 en la escala de homonegatividad interiorizada según características socio-demográficas.

	Mayor nivel de homonegatividad interiorizada*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=4.578)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	624	51,8	
100.000-499.999 hab.	497	48,3	
500.000 hab. o más	1.062	45,3	
Origen (n=4.621)			<0,001
España	1.775	49,3	
Otro país	432	42,4	

Tabla 29. Proporción de participantes con valores >1 en la escala de homonegatividad interiorizada según características socio-demográficas. Cont.

	Mayor nivel de homonegatividad interiorizada*		
	n	(%)	p
Edad (n=4.624)			<0,001
Menos de 25 años	515	55,1	
25-39 años	1.027	45,8	
40 años o más	667	46,1	
Años de estudio después de los 16 años (n=4.389)			0,176
Sin estudios después de los 16 años	74	46,0	
≤5 años de estudios	687	49,5	
>5 años de estudios	1.321	46,5	
Ocupación (n=4.619)			<0,001
Empleado	1.418	45,2	
Desempleado	200	50,0	
Estudiante	474	56,1	
Otro ^a	114	48,1	
Percepción sobre sus ingresos (n=4.607)			0,010
Vive muy cómodamente o cómodamente	908	45,8	
Ni vive cómodamente ni en apuros	861	47,8	
Vive en apuros o muy en apuros	429	52,1	
Identidad sexual (n=4.621)			<0,001
Gay u homosexual	1.698	43,8	
Bisexual	351	69,2	
Otro	159	67,1	
Relación de pareja estable actual (n=4.618)			<0,001
No o no está seguro	1.659	51,9	
Sí	549	38,7	
Estado serológico frente al VIH (n=4.603)			<0,001
Desconocido	512	62,2	
VIH-positivo	259	40,5	
VIH-negativo	1.426	45,4	

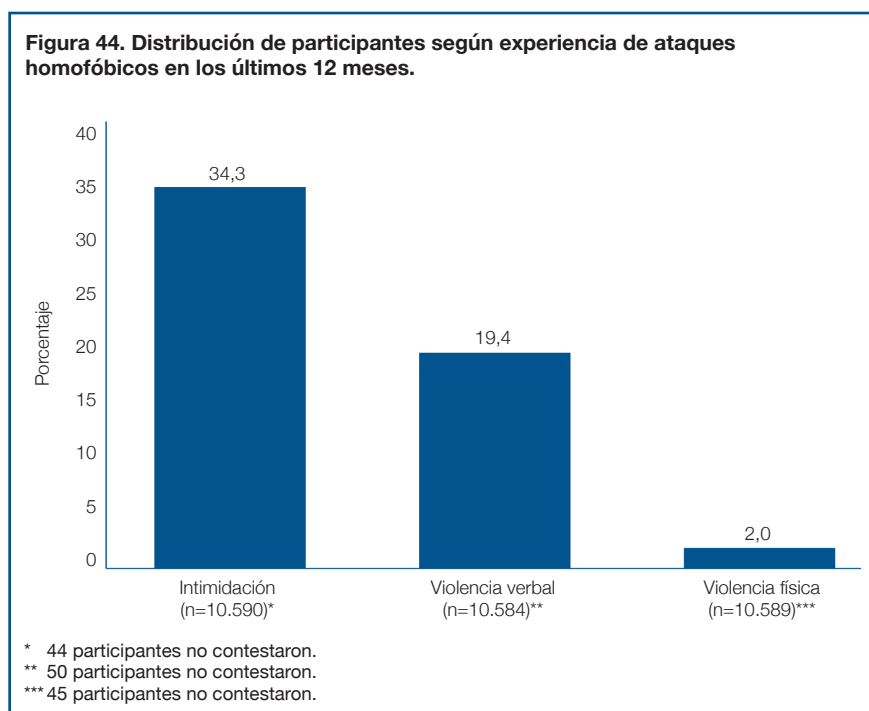
* Valores >1 en la escala de homonegatividad interiorizada, sub-muestra de participantes; ^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

Al comparar según variables socio-demográficas (Tabla 29), se observó que presentaron valores más elevados en la escala de homonegatividad interiorizada aquellos participantes que residían en ciudades con menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años, estudiantes, que no percibían vivir cómodamente o muy cómodamente según su nivel de ingresos actual, con una identidad sexual distinta a la de gay u homosexual, sin pareja estable masculina (o no estaban seguros de tenerla) y con estado serológico frente al VIH desconocido.

6.1.3. Homofobia social

La homofobia social fue evaluada en la encuesta EMIS-2017 a través de tres preguntas sobre intimidación, insultos y/o agresiones físicas recibidas: “¿Cuándo fue la última vez que te miraron fijamente o te sentiste intimidado por alguien que sabía o creía saber que te sientes atraído por hombres?”, “¿Cuándo fue la última vez que recibiste insultos verbales por alguien que sabía o creía saber que te sientes atraído por hombres?”, “¿Cuándo fue la última vez que recibiste un puñetazo, te atacaron, te dieron una patada o te golpearon por alguien que sabía o creía saber que te sientes atraído por hombres?”.

Más de la mitad de los encuestados refirieron haberse sentido intimidados (63,1%), sufrido insultos verbales (63,0%) alguna vez por alguien que sabía o creía saber que se sentía atraído por otros hombres. Además, un 16,7% refirió haber recibido violencia física (patadas, puñetazos...) en alguna ocasión. La Figura 44 presenta la distribución de los participantes según experiencia de ataques homofóbicos en los últimos 12 meses.



6.2. Necesidades sobre la salud sexual

6.2.1. Habilidades para la negociación sexual

En EMIS-2017 se midió la percepción sobre la habilidad para la negociación sexual mediante dos preguntas tipo Likert con un formato de respuesta de cinco puntos (1=*totalmente en desacuerdo*, 5=*totalmente de acuerdo*) (Tabla 30). Un 12,6% de los participantes estaba en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el ítem “*El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea*”, y un 9,5% con el ítem “*encuentro fácil decir no al sexo que no quiero*”.

Tabla 30. Distribución de participantes según las respuestas a los ítems que miden las habilidades para la negociación sexual.					
	¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?				
	Totalmente en desacuerdo %	En desacuerdo %	No estoy seguro %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %
El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea (n=10.610)	5,8	6,8	9,0	36,5	42,0
Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero (n=10.587)	3,5	6,0	10,2	36,3	43,9

Según variables sociodemográficas (Tabla 31), la proporción de participantes que presentaron una menor percepción de habilidades para la negociación sexual fue mayor en hombres que no tenían estudios después de los 16 años, los que no tenían o no estaban seguros de tener una pareja estable en el momento de la encuesta, y aquellos que declararon haber sido diagnosticados de infección por VIH. Los participantes con edades comprendidas entre 25 y 39 años fueron el grupo con el mayor porcentaje que afirmó estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con el ítem “*El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea*”, siendo los menores de 25 años los que declararon en mayor proporción estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con el ítem “*Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero*”.

Tabla 31. Distribución de participantes con un menor nivel de habilidades para la negociación sexual según características socio-demográficas.

	El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea			Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero		
	n	% desacuerdo/ muy en desacuerdo	p	n	% desacuerdo/ muy en desacuerdo	p
Tamaño de la ciudad	n=10.502		0,047	n=10.480		0,232
Menos de 100.000 hab.	326	11,6		266	9,5	
100.000-499.999 hab.	299	12,0		215	8,7	
500.000 hab. o más	697	13,4		514	9,9	
Origen	n=10.597		0,004	n=10.575		0,246
España	1.011	12,1		775	9,3	
Otro país	328	14,4		230	10,1	
Edad	n=10.610		0,030	n=10.587		0,039
Menos de 25 años	260	11,3		247	10,8	
25-39 años	664	13,5		465	9,4	
40 años o más	416	12,3		294	8,7	
Años de estudio después de los 16 años	n=10.046		0,040	n=10.024		<0,001
Sin estudios después de los 16 años	64	16,5		59	15,2	
≤5 años de estudios	416	12,7		327	10,0	
>5 años de estudios	777	12,2		556	8,7	
Ocupación	n=10.561		0,379	n=10.539		0,192
Empleado	883	12,9		629	9,2	
Desempleado	122	13,3		81	8,9	
Estudiante	246	11,6		227	10,7	
Otro ^a	79	12,0		62	9,4	
Percepción sobre sus ingresos	n=10.534		0,287	n=10.512		0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	552	12,4		369	8,3	
Ni vive cómodamente ni en apuros	520	12,3		426	10,1	
Vive en apuros o muy en apuros	256	13,7		204	10,9	

Tabla 31. Distribución de participantes con un menor nivel de habilidades para la negociación sexual según características socio-demográficas. Cont.

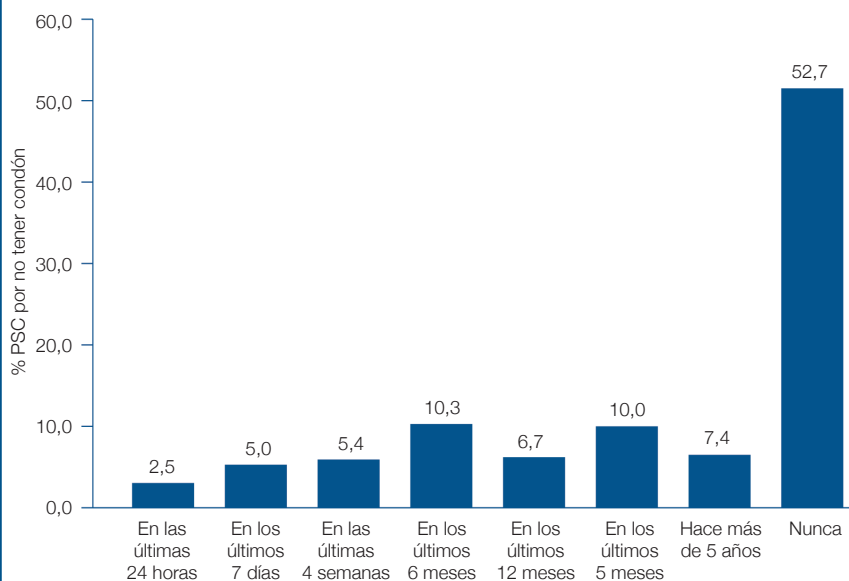
	El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea			Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero		
	n	% desacuerdo/ muy en desacuerdo	p	n	% desacuerdo/ muy en desacuerdo	p
Identidad sexual	n=10.600		0,023	n=10.577		0,403
Gay u homosexual	1.104	13,0		819	9,7	
Bisexual	149	10,4		123	8,6	
Otro	35	12,4		63	9,0	
Relación de pareja estable actual	n=10.595		0,017	n=10.572		<0,001
No o no está seguro	968	13,1		754	10,3	
Sí	371	11,5		251	7,8	
Estado serológico frente al VIH	n=10.557		<0,001	n=10.535		0,004
Desconocido	201	9,8		178	8,7	
VIH-positivo	233	16,6		166	11,8	
VIH-negativo	896	12,6		656	9,3	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.2.2. Disponibilidad de preservativos

En EMIS-2017 se preguntó por la accesibilidad a los preservativos a partir de la pregunta “¿cuándo fue la última vez que practicaste la penetración sin condón solamente porque no tenías un condón?”. El porcentaje de participantes que alguna vez había realizado una penetración sin condón por no tener condones disponibles en ese momento fue del 47,3%, y en los últimos 12 meses del 29,9% (Figura 45).

Figura 45. Distribución de participantes que declararon haber realizado alguna penetración sin condón por no tener condones disponibles (n=10.592)*.



PSC: Penetración sin condón.

* 42 participantes no contestaron a la pregunta.

Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró haber realizado alguna penetración sin condón en el último año por no tener condones disponibles en ese momento fue mayor en hombres menores de 25 años, nacidos fuera de España, aquellos que declararon no tener estudios después de los 16 años, que no estaban empleados y/o declararon vivir en apuros (o muy en apuros) según su nivel de ingresos actual, que no tenían pareja estable (o no sabían si tenían), y que declararon haber sido diagnosticado de infección por VIH (Tabla 32).

Tabla 32. Proporción de participantes que practicaron alguna penetración sin condón por no tener preservativos disponibles según características socio-demográficas.

	Alguna penetración sin condón por falta de condones disponibles*		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.486)	0,480		
Menos de 100.000 hab.	862	30,8	
100.000-499.999 hab.	728	29,3	
500.000 hab. o más	1.544	29,7	

Tabla 32. Proporción de participantes que practicaron alguna penetración sin condón por no tener preservativos disponibles según características socio-demográficas. Cont.

	Alguna penetración sin condón por falta de condones disponibles*		
	n	(%)	p
Origen (n=10.579)	<0,001		
España	2.374	28,6	
Otro país	787	34,6	
Edad (n=10.592)	<0,001		
Menos de 25 años	776	33,8	
25-39 años	1.466	29,8	
40 años o más	926	27,4	
Años de estudio después de los 16 años (n=10.049)	<0,001		
Sin estudios después de los 16 años	161	41,8	
≤5 años de estudios	1.117	34,1	
>5 años de estudios	1.715	26,9	
Ocupación (n=10.569)	<0,001		
Empleado	1.948	28,4	
Desempleado	302	33,0	
Estudiante	706	33,1	
Otro ^a	205	31,1	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.539)	<0,001		
Vive muy cómodamente o cómodamente	1.202	27,0	
Ni vive cómodamente ni en apuros	1.283	30,4	
Vive en apuros o muy en apuros	662	35,4	
Identidad sexual (n=10.582)	0,642		
Gay u homosexual	2.548	30,1	
Bisexual	419	29,5	
Otro	199	28,6	
Relación de pareja estable actual (n=10.577)	<0,001		
No o no está seguro	2.323	31,6	
Sí	837	26,0	
Estado serológico frente al VIH (n=10.541)	<0,001		
Desconocido	606	29,6	
VIH-positivo	541	38,6	
VIH-negativo	2.001	28,2	

* Últimos 12 meses.
^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.2.3. Nivel de conocimientos sobre transmisión del VIH y otras ITS

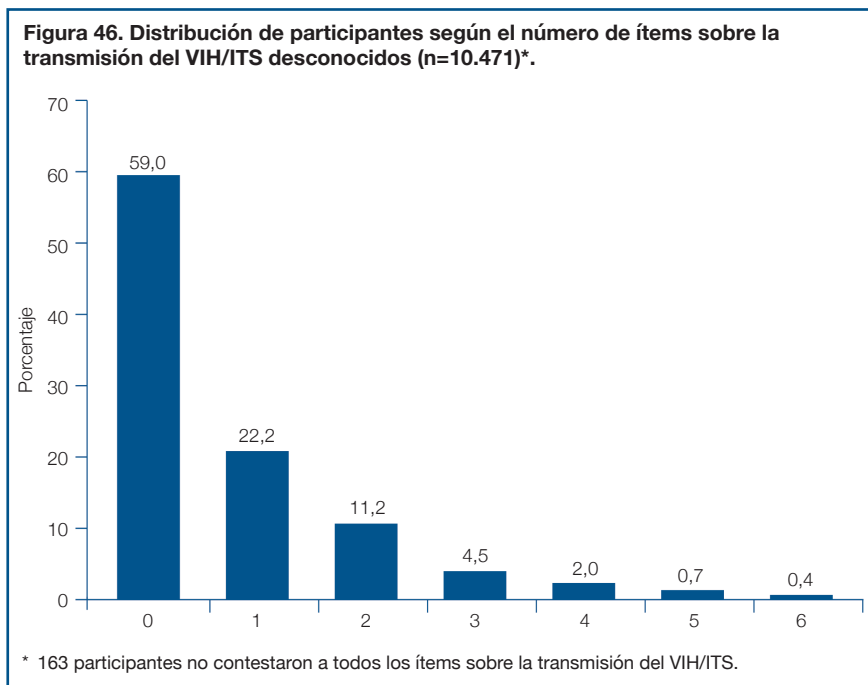
Para evaluar el nivel de conocimientos sobre transmisión del VIH y otras ITS se presentaron 3 afirmaciones con información verdadera y se pidió a los participantes que indicaran si conocían la información previamente a la encuesta (Tabla 33).

La mayoría de participantes (>90%) tenían información correcta en relación a la no transmisión del VIH a través de la saliva, la transmisión del VIH si se tienen relaciones penetrativas en rol ‘pasivo’, y la eficacia del preservativo en disminuir la probabilidad de transmisión de las ITS.

El ítem ‘*La mayoría de ITS pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH*’ fue el menos conocido por los participantes (71,4% conocía esta información) y aproximadamente el 85% conocía que ‘*Tú puedes adquirir el VIH a través de tu pene cuando eres ‘activo’ en el sexo anal o vaginal sin condón, incluso si no eyaculas*’ y que ‘*Debido a que, a veces, las ITS no tienen síntomas, las personas pueden tener ITS sin saberlo*’.

Tabla 33. Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre transmisión del VIH y otras ITS.					
¿Conocías ya esta información sobre la transmisión del VIH/ITS?					
	Ya la conocía %	No estaba seguro %	No la conocía %	No la entiendo %	No me la creo %
El VIH no puede ser transmitido por besar, incluso si el beso es profundo, porque la saliva no transmite el VIH (n=10.589)	90,6	6,9	1,7	0,0	0,8
Tú puedes adquirir el VIH a través de tu pene cuando eres ‘activo’ en el sexo anal o vaginal sin condón, incluso si no eyaculas (n=10.578)	85,3	10,7	3,4	0,1	0,5
Tú puedes adquirir el VIH a través de tu ano o vagina cuando tienes sexo ‘pasivo/a’ (n=10.562)	96,9	2,0	0,8	0,1	0,2
La mayoría de ITS pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH (n=10.577)	71,4	18,2	9,8	0,2	0,4
Debido a que, a veces, las ITS no tienen síntomas, las personas pueden tener ITS sin saberlo (n=10.574)	85,7	9,5	4,5	0,1	0,1
El uso correcto del condón durante la penetración reduce la probabilidad de adquirir y transmitir las ITS (n=10.571)	98,0	1,1	0,6	0,1	0,2

Más de la mitad (59%) de los participantes refirió conocer el 100% de los ítems sobre la transmisión del VIH/ITS, el 22,2% desconocía solamente uno de los ítems, el 11,2% dos de ellos y el 7,6% refirió desconocer de 3 a 6 de los ítems presentados (Figura 46).



Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no conocer el 100% de los ítems sobre la transmisión del VIH/ITS fue mayor en aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años y/o estudiantes, con menor nivel de estudios (sin estudios a partir de los 16 años), que declaraban vivir en apuros o muy en apuros según su nivel de ingresos actual, que no se identificaban como gays/homosexuales, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que desconocían su estado serológico frente al VIH (Tabla 34).

Tabla 34. Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre transmisión del VIH/ITS según características socio-demográficas.

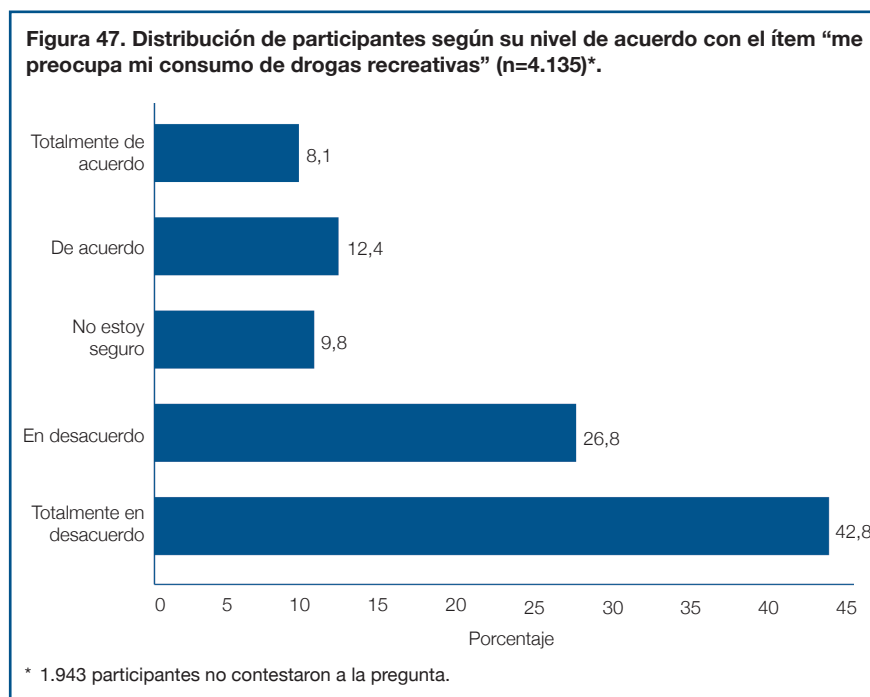
	No conoce el 100% de ítems		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.370)	<0,001		
Menos de 100.000 hab.	1.266	45,7	
100.000-499.999 hab.	1.040	42,4	
500.000 hab. o más	1.940	37,7	
Origen (n=10.460)	<0,001		
España	3.457	42,1	
Otro país	830	37,0	
Edad (n=10.471)	<0,001		
Menos de 25 años	1.160	51,0	
25-39 años	1.897	38,9	
40 años o más	1.234	37,1	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.942)	<0,001		
Sin estudios después de los 16 años	181	48,4	
≤5 años de estudios	1.486	45,8	
>5 años de estudios	2.413	38,2	
Ocupación (n=10.450)	<0,001		
Empleado	2.543	37,5	
Desempleado	406	44,8	
Estudiante	1.075	50,9	
Otro ^a	263	40,7	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.424)	<0,001		
Vive muy cómodamente o cómodamente	1.605	36,4	
Ni vive cómodamente ni en apuros	1.810	43,5	
Vive en apuros o muy en apuros	855	46,1	
Identidad sexual (n=10.461)	<0,001		
Gay u homosexual	3.326	39,8	
Bisexual	639	45,5	
Otro	322	46,4	
Relación de pareja estable actual (n=10.457)	<0,001		
No o no está seguro	3.147	43,2	
Sí	1.144	36,0	
Estado serológico frente al VIH (n=10.424)	<0,001		
Desconocido	1.176	58,2	
VIH-positivo	420	30,3	
VIH-negativo	2.682	38,2	

** Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.3. Necesidades en relación al consumo de drogas

6.3.1. Preocupación por el consumo de drogas

A los 6.078 participantes en EMIS que declararon consumir drogas en el último año (excluyendo alcohol, tabaco y Viagra® u otras sustancias que ayudan a conseguir o mantener la erección), se les preguntó por su nivel de preocupación en relación al consumo de drogas recreativas. Entre los que contestaron a la pregunta (1.943 no contestaron a la pregunta), el 20,6% declaró estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación “*Me preocupa mi consumo de drogas recreativas*” (Figura 47).



Según variables socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró un mayor nivel de preocupación por su consumo de drogas recreativas de los últimos 12 meses fue mayor en aquellos que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, con edades entre 25-39 años, con menor nivel de estudios (sin estudios a partir de los 16 años), que declaraban vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que declararon haber sido diagnosticados de infección por VIH (Tabla 35).

Tabla 35. Proporción de participantes que declararon estar preocupados por su consumo de drogas recreativas de los últimos 12 meses según características socio-demográficas.

	Me preocupa mi consumo de drogas recreativas*		
	n	% (totalmente de acuerdo)	p
Tamaño de la ciudad (n=4.086)			0,002
Menos de 100.000 hab.	168	18,6	
100.000-499.999 hab.	158	17,6	
500.000 hab. o más	514	22,5	
Origen (n=4.132)			0,838
España	637	20,6	
Otro país	212	20,3	
Edad (n=4.135)			<0,001
Menos de 25 años	125	17,2	
25-39 años	468	22,2	
40 años o más	257	19,7	
Años de estudio después de los 16 años (n=3.964)			0,004
Sin estudios después de los 16 años	44	29,3	
≤5 años de estudios	270	21,6	
>5 años de estudios	490	19,1	
Ocupación (n=4.129)			0,062
Empleado	596	20,7	
Desempleado	87	24,4	
Estudiante	116	17,4	
Otro ^a	50	21,6	
Percepción sobre sus ingresos (n=4.125)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	313	18,2	
Ni vive cómodamente ni en apuros	346	21,0	
Vive en apuros o muy en apuros	186	24,5	
Identidad sexual (n=4.133)			0,636
Gay u homosexual	704	20,5	
Bisexual	88	20,2	
Otro	58	22,8	
Relación de pareja estable actual (n=10.457)			<0,001
No o no está seguro	631	22,0	
Sí	219	17,4	
Estado serológico frente al VIH (n=4.109)			<0,001
Desconocido	91	17,6	
VIH-positivo	210	25,0	
VIH-negativo	541	19,7	

* Entre aquellos que han consumido alguna droga en los últimos 12 meses y responden a la pregunta.

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.4. Necesidades sobre la PPE y la PrEP

6.4.1. Nivel de conocimientos sobre la PPE

Del total de 10.548 participantes que respondieron a la pregunta sobre si habían oído hablar de la PPE (86 participantes no contestaron a la pregunta), el 63,6% declaró que sí habían oído hablar de ella alguna vez, el 9% que no estaban seguros y el resto (27,4%) que nunca habían oído hablar de esta estrategia preventiva.

Para evaluar el nivel de conocimientos sobre la PPE se presentaron 3 afirmaciones con información verdadera y se pidió a los participantes que indicaran si conocían la información previamente a la realización de la encuesta (Tabla 36). Más de la mitad de los participantes conocía que: “La PPE pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus” (57,5%) y que: “La PPE debería usarse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las horas posteriores” (51,1%). La afirmación menos conocida por los participantes fue que: “La PPE es un tratamiento con medicamentos contra el VIH y dura aproximadamente un mes” (38,2%).

Tabla 36. Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la PPE.

	¿Conocías ya esta información sobre la PPE?				
	Ya la conocía %	No estaba seguro %	No la conocía %	No la entiendo %	No me la creo %
La PPE pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus (por ejemplo al tener sexo sin condón) (n=10.607)	57,5	13,7	27,2	0,9	0,7
La PPE es un tratamiento con medicamentos contra el VIH y dura aproximadamente un mes (n=10.607)	38,2	19,6	40,8	0,6	0,8
La PPE debería usarse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las horas posteriores (n=10.588)	51,1	13,2	34,6	0,6	0,6

El 35,9% de los participantes conocía el 100% de los ítems sobre la PPE (3 de 3), el 14,5% conocía 2 de 3 de los ítems, el 10,8% 1 de 3 de los ítems y el resto (39,1%) no conocía ninguno de los ítems sobre la PPE. Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no conocer el 100% de los ítems sobre la PPE fue mayor en aquellos hombres que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años, con menor nivel de estudios (≤ 5 años de estudios a partir de los 16

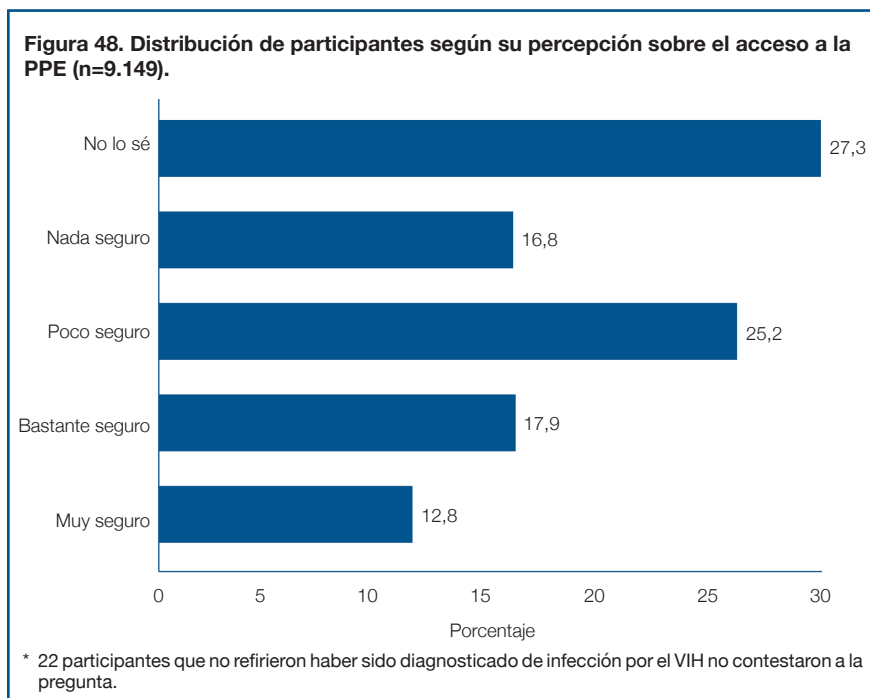
años), desempleados y/o estudiantes, que no declaraban vivir cómodamente o muy cómodamente con su nivel de ingresos actual, que no se identificaban como gays/homosexuales, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que desconocían su estado serológico frente al VIH (Tabla 37).

Tabla 37. Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre PPE según características socio-demográficas.			
	No conoce el 100% de ítems		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.454)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	2.043	73,1	
100.000-499.999 hab.	1.680	67,9	
500.000 hab. o más	3.002	57,9	
Origen (n=10.547)			<0,001
España	5.417	65,4	
Otro país	1.376	60,9	
Edad (n=10.560)			<0,001
Menos de 25 años	1.770	77,1	
25-39 años	2.904	59,1	
40 años o más	2.127	63,5	
Años de estudio después de los 16 años (n=10.003)			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	282	73,4	
≤5 años de estudios	2.339	71,6	
>5 años de estudios	3.810	60,0	
Ocupación (n=10.519)			<0,001
Empleado	4.122	60,3	
Desempleado	627	68,8	
Estudiante	1.592	75,0	
Otro ^a	431	66,1	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.491)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	2.635	59,5	
Ni vive cómodamente ni en apuros	2.828	67,3	
Vive en apuros o muy en apuros	1.283	68,9	
Identidad sexual (n=10.462)			<0,001
Gay u homosexual	5.185	61,5	
Bisexual	1.091	76,8	
Otro	518	74,9	
Relación de pareja estable actual (n=10.545)			<0,001
No o no está seguro	4.837	65,9	
Sí	1.957	61,0	
Estado serológico frente al VIH (n=10.512)			<0,001
Desconocido	1.751	85,5	
VIH-positivo	549	39,3	
VIH-negativo	4.470	63,3	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.4.2. Percepción sobre el acceso a la PPE

Al grupo de participantes que refirieron no haber sido diagnosticados de infección por el VIH (n=9.171) se les preguntó hasta qué punto estaban seguros de poder acceder a la PPE en caso que la necesitaran. Entre los hombres que contestaron a la pregunta (n=9.149), el 42,0% declaró estar poco/nada seguro de poder conseguirla (Figura 48).



6.4.3. Nivel de conocimientos sobre la PrEP

Del total de 10.492 participantes que respondieron a la pregunta sobre si habían oído hablar de la PrEP (142 participantes no contestaron a la pregunta), el 66,2% declaró que sí habían oído hablar de ella alguna vez, el 5,5% que no estaban seguros y el resto (28,3%) que nunca habían oído hablar de esta estrategia preventiva.

Para evaluar el nivel de conocimientos sobre la PrEP se presentaron 3 afirmaciones con información verdadera y se pidió a los participantes que indicaran si conocían la información previamente a la realización de la encuesta (Tabla 38). Más de la mitad de los participantes conocía que: “La PrEP implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de

tener relaciones sexuales para prevenir contraer el VIH” (53,5%) y un 41,7% que: “La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales”. La afirmación menos conocida por los participantes fue que: “Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales, debe de tomarse una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 horas como a las 48 horas después de la dosis doble” (18,5%).

Tabla 38. Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la PrEP.					
	¿Conocías ya esta información sobre la PrEP?				
	Ya la conocía %	No estaba seguro %	No la conocía %	No la entiendo %	No me la creo %
La PrEP implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir contraer el VIH (n=10.589)	53,5	14,7	30,4	0,5	0,9
La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales (n=10.578)	41,7	17,1	39,7	0,5	1,0
Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales, debe de tomarse una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 horas como a las 48 horas después de la dosis doble (n=10.564)	18,5	16,8	62,0	1,1	1,6

El 17,6% de los participantes conocía el 100% de los ítems sobre la PrEP (3 de 3), el 22,5% conocía 2 de 3 de los ítems, el 15,9% 1 de 3 de los ítems y el resto (44,0%) no conocía ninguno de los ítems sobre la PrEP. Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no conocer el 100% de los ítems sobre la PrEP fue mayor en aquellos hombres que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años, con menor nivel de estudios (≤ 5 años de estudios a partir de los 16 años), desempleados y/o estudiantes, que no declaraban vivir cómodamente o muy cómodamente con su nivel de ingresos actual, que no se identificaban como gays/homosexuales, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que desconocían su estado serológico frente al VIH (Tabla 39).

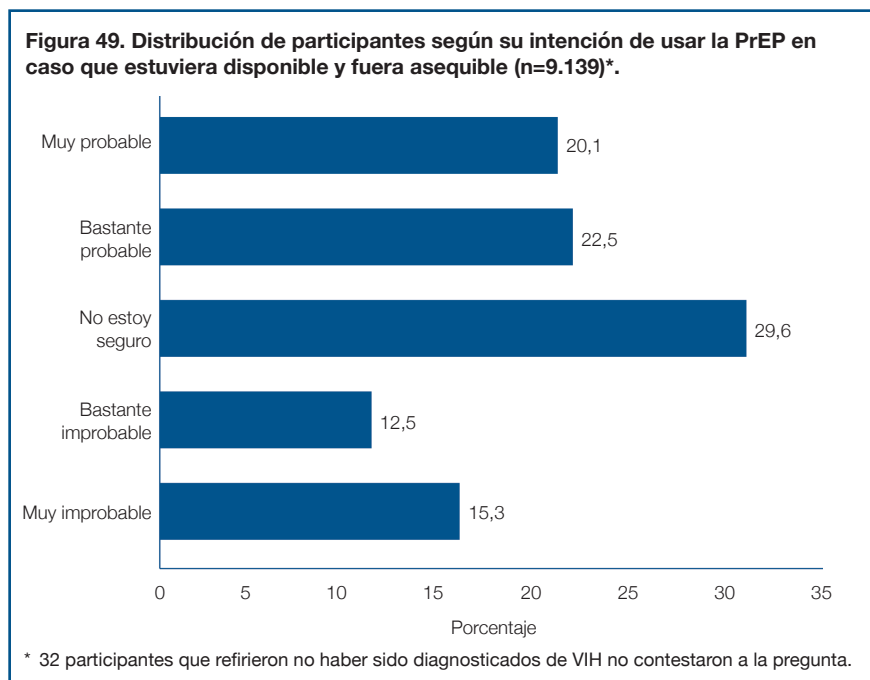
Tabla 39. Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre PrEP según características socio-demográficas.

	No conoce el 100% de ítems		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.428)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	2.422	86,8	
100.000-499.999 hab.	2.039	82,6	
500.000 hab. o más	4.125	79,8	
Origen (n=10.519)			<0,001
España	6.887	83,3	
Otro país	1.778	79,0	
Edad (n=10.532)			<0,001
Menos de 25 años	1.967	86,0	
25-39 años	3.973	80,9	
40 años o más	2.735	82,0	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.981)			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	331	86,6	
≤5 años de estudios	2.761	84,7	
>5 años de estudios	5.149	81,2	
Ocupación (n=10.493)			<0,001
Empleado	5.556	81,5	
Desempleado	766	84,5	
Estudiante	1.796	84,9	
Otro ^a	530	81,4	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.466)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	3.519	79,6	
Ni vive cómodamente ni en apuros	3.522	84,1	
Vive en apuros o muy en apuros	1.582	85,1	
Identidad sexual (n=10.522)			<0,001
Gay u homosexual	6.816	81,0	
Bisexual	1.248	87,8	
Otro	603	87,8	
Relación de pareja estable actual (n=10.517)			0,004
No o no está seguro	6.075	83,1	
Sí	2.589	80,8	
Estado serológico frente al VIH (n=10.484)			<0,001
Desconocido	1.842	90,5	
VIH-positivo	952	68,1	
VIH-negativo	5.845	82,9	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.4.4. Intención de uso de la PrEP

Al grupo de participantes que refirieron no haber sido diagnosticados de VIH (n=9.171) se les preguntó por la probabilidad de usar la PrEP en el caso que esta estuviera disponible y fuera asequible para ellos. Entre los hombres que contestaron a la pregunta (n=9.139), el 27,7% indicó que sería bastante o muy improbable que usaran este recurso preventivo frente al 42,6% que valoró como bastante o muy probable la intención de usarla (Figura 49).



6.5. Necesidades en relación a la prueba del VIH y tratamiento antirretroviral

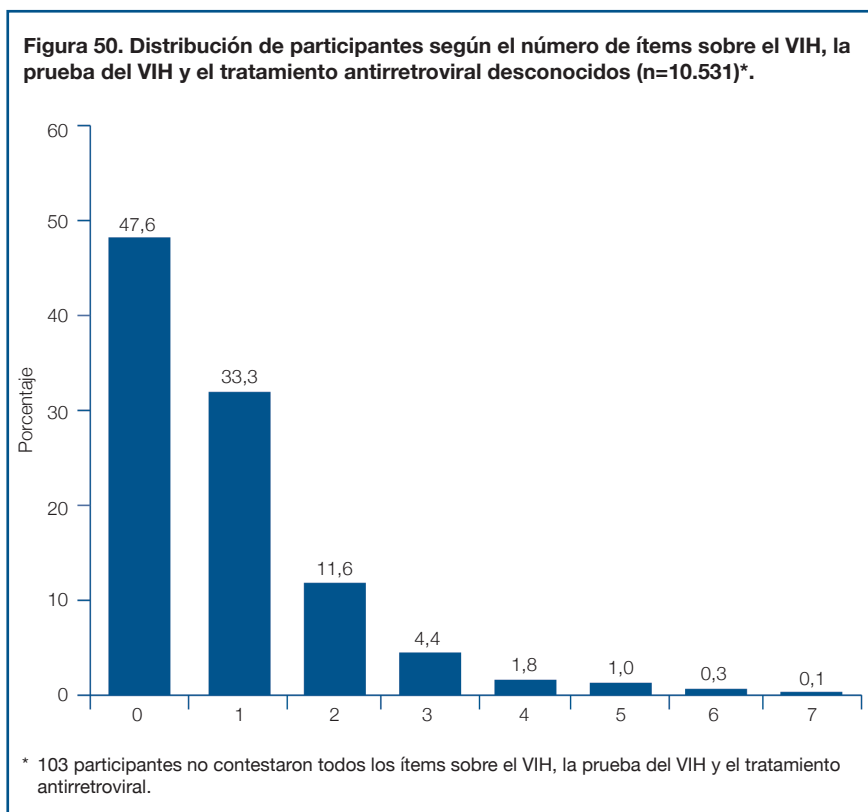
6.5.1. Nivel de conocimientos sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral

Para evaluar el nivel de conocimientos sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral, se presentaron 7 afirmaciones con información verdadera y se pidió a los participantes que indicaran si conocían la información previamente a la realización de la encuesta (Tabla 40). Más del

85% de los participantes conocían las afirmaciones relacionadas con el VIH y la prueba del VIH. En relación al tratamiento antirretroviral, el porcentaje que conocía que: “Actualmente no hay cura para la infección por el VIH” y que: “La infección por el VIH se puede controlar con un tratamiento de modo que su impacto en la salud sea menor” fue también elevado (92,3% y 94,6%, respectivamente). La afirmación menos conocida por los participantes fue que: “Una persona con el VIH que está en tratamiento efectivo (es decir, que tiene carga viral indetectable) no puede transmitir el virus a través de las relaciones sexuales” (54,5%).

Tabla 40. Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre la prueba del VIH y tratamiento antirretroviral.					
	¿Conocías ya esta información sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral?				
	Ya la conocía %	No estaba seguro %	No la conocía %	No la entiendo %	No me la creo %
<i>VIH y prueba del VIH</i>					
El SIDA está causado por el virus del VIH (n=10.620)	98,3	1,0	0,2	0,2	0,3
Por el aspecto físico no puedes estar seguro de que alguien tenga o no el VIH (n=10.615)	92,3	4,5	1,2	0,4	1,6
Existe un test diagnóstico que puede indicar si tienes o no el VIH (n=10.608)	95,3	2,2	1,7	0,3	0,5
Si alguien se infecta con el VIH, pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba (n=10.624)	88,3	6,5	4,5	0,2	0,4
<i>Tratamiento antirretroviral</i>					
Actualmente no hay cura para la infección por el VIH (n=10.600)	92,3	4,6	0,7	0,2	2,1
La infección por el VIH se puede controlar con un tratamiento de modo que su impacto en la salud sea menor (n=10.585)	94,6	3,7	1,2	0,2	0,3
Una persona con el VIH que está en tratamiento efectivo (es decir, que tiene carga viral indetectable) no puede transmitir el virus a nadie durante las relaciones sexuales (n=10.607)	54,5	22,0	15,8	1,3	6,3

Casi la mitad (47,6%) de los participantes refirió conocer el 100% de los ítems sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral, el 33,3% desconocía solamente uno de los ítems, el 11,6% dos de ellos y el 7,5% refirió desconocer de 3 a 7 de los ítems presentados (Figura 50).



Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no conocer el 100% de los ítems sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral fue mayor en aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años y/o estudiantes, con menor nivel de estudios (sin estudios a partir de los 16 años), que declaraban vivir en apuros o muy en apuros con su nivel de ingresos actual, que no se identificaban como gays/homosexuales, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que desconocían su estado serológico frente al VIH (Tabla 41).

Tabla 41. Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre el VIH, la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral.

	No conoce el 100% de ítems		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.428)	<0,001		
Menos de 100.000 hab.	1.088	61,0	
100.000-499.999 hab.	1.091	55,7	
500.000 hab. o más	2.790	46,1	
Origen (n=10.519)	<0,001		
España	4.415	53,5	
Otro país	1.093	48,4	
Edad (n=10.531)	<0,001		
Menos de 25 años	1.449	63,1	
25-39 años	2.363	48,2	
40 años o más	1.704	51,2	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.980)	<0,001		
Sin estudios después de los 16 años	226	59,3	
≤5 años de estudios	1.882	57,9	
>5 años de estudios	3.101	48,9	
Ocupación (n=10.487)	<0,001		
Empleado	3.330	48,9	
Desempleado	505	55,7	
Estudiante	1.302	61,5	
Otro ^a	353	54,6	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.461)	<0,001		
Vive muy cómodamente o cómodamente	2.135	48,4	
Ni vive cómodamente ni en apuros	2.277	54,3	
Vive en apuros o muy en apuros	1.061	57,2	
Identidad sexual (n=10.522)	<0,001		
Gay u homosexual	4.126	49,1	
Bisexual	928	65,4	
Otro	457	66,0	
Relación de pareja estable actual (n=10.516)	<0,001		
No o no está seguro	3.893	53,3	
Sí	1.617	50,4	
Estado serológico frente al VIH (n=10.482)	<0,001		
Desconocido	1.495	73,2	
VIH-positivo	343	24,6	
VIH-negativo	3.651	51,8	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.5.2. Conocimiento sobre donde realizarse la prueba del VIH

A los participantes que nunca habían recibido el resultado de una prueba del VIH (n=2.060), se les preguntó si sabían dónde ir para realizársela. El 28,3% de los que contestaron a la pregunta (n=2.059) manifestó que no sabía dónde ir y un 23% no estaba seguro.

Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no saber dónde acudir en caso de querer realizarse la prueba del VIH fue mayor en aquellos que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, menores de 25 años, con menor nivel de estudios (≤ 5 años de estudios a partir de los 16 años), estudiantes y/o desempleados, que no declararon vivir muy cómodamente o cómodamente con su nivel de ingresos actual, y que se identificaban como bisexuales (Tabla 42).

Tabla 42. Proporción de participantes que no sabían dónde realizarse la prueba del VIH.			
No sabe dónde realizarse la prueba del VIH*			
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=2.042)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	460	57,4	
100.000-499.999 hab.	285	52,1	
500.000 hab. o más	302	43,5	
Origen (n=2.056)			0,948
España	925	51,4	
Otro país	131	51,2	
Edad (n=2.059)			<0,001
Menos de 25 años	642	60,2	
25-39 años	292	46,6	
40 años o más	123	33,5	
Años de estudio después de los 16 años (n=1.895)			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	42	56,0	
≤ 5 años de estudios	523	56,8	
>5 años de estudios	409	45,4	
Ocupación (n=2.044)			<0,001
Empleado	361	43,0	
Desempleado	94	58,8	
Estudiante	546	58,7	
Otro ^a	47	40,9	

Tabla 42. Proporción de participantes que no sabían dónde realizarse la prueba del VIH. Cont.

No sabe dónde realizarse la prueba del VIH*			
	n	(%)	p
Percepción sobre sus ingresos (n=2.025)			0,002
Vive muy cómodamente o cómodamente	350	46,2	
Ni vive cómodamente ni en apuros	486	54,4	
Vive en apuros o muy en apuros	200	53,5	
Identidad sexual (n=2.057)			0,005
Gay u homosexual	652	49,2	
Bisexual	304	57,5	
Otro	100	49,0	
Relación de pareja estable actual (n=2.058)			0,085
No o no está seguro	870	52,3	
Sí	187	47,5	

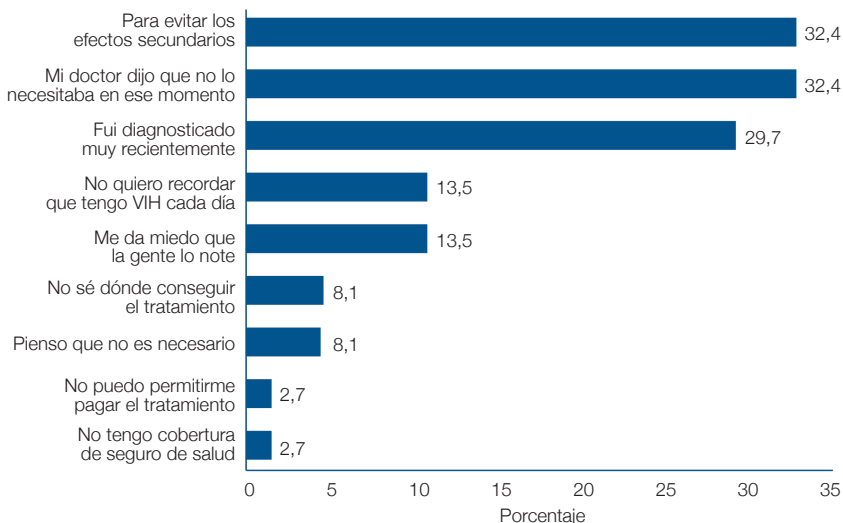
* Entre participantes que nunca habían recibido el resultado de una prueba del VIH; a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.5.3. Estar o no en tratamiento antirretroviral

A los participantes que declararon haber recibido un resultado positivo de una prueba del VIH (n=1.408), se les preguntó si estaban o no en tratamiento antirretroviral. De las 1.402 personas que respondieron, el 95% declaró haber tomado alguna vez tratamiento antirretroviral, el 3% no lo habían tomado nunca y el resto no lo sabía.

Los principales motivos reportados para no haber tomado nunca tratamiento antirretroviral fueron: “*para evitar los efectos secundarios*” (32,4%), “*mi doctor me dijo que no lo necesitaba*” (32,4%) y “*fui diagnosticado muy recientemente*” (29,7%) (Figura 51). El porcentaje que declaró no tomar el tratamiento por motivos administrativos o económicos (“*no tengo cobertura de seguro de salud*” y “*no puedo permitirme pagar el tratamiento*”) fue del 5,4%.

Figura 51. Motivos de no tomar tratamiento antirretroviral reportados por participantes que viven con VIH (n=37)*.



El 99,4% de los participantes que reportaron haber tomado alguna vez tratamiento antirretroviral estaban en tratamiento en la actualidad. Solamente 8 personas refirieron haber interrumpido el tratamiento (4 personas no contestaron a la pregunta).

6.6. Necesidades en relación a la vacunación frente a las hepatitis A y B

6.6.1. Nivel de conocimientos sobre las hepatitis virales

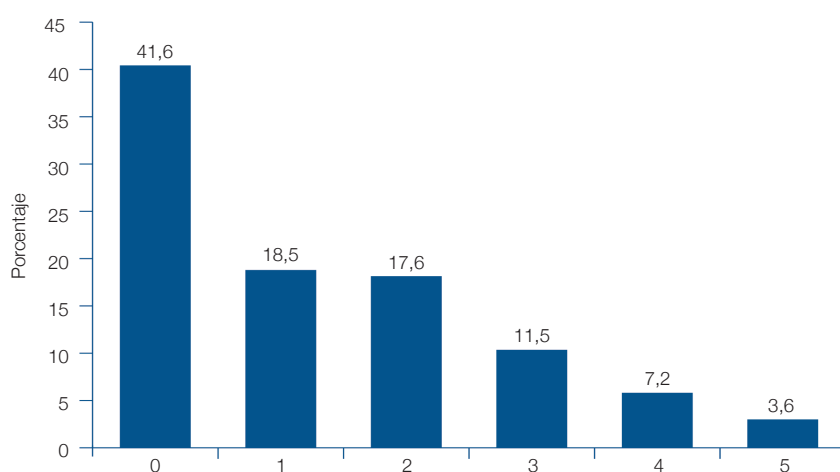
Para evaluar el nivel de conocimientos sobre las hepatitis virales A y B se presentaron 5 afirmaciones con información verdadera y se pidió a los participantes que indicaran si conocían la información previamente a la realización de la encuesta (Tabla 43). La mayoría de participantes conocía que: ‘Hay diversos tipos de hepatitis víricas, nombradas con las letras del alfabeto’ (90,0%) y que: ‘La “hepatitis” es una inflamación del hígado’ (81,0%). Las afirmaciones menos conocidas fueron las relacionadas con la vacuna: ‘Sólo existen vacunas para la hepatitis A y la hepatitis B’ (66,5%) y ‘Los médicos recomiendan a los hombres que tienen sexo con hombres que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B’ (54,0%).

Tabla 43. Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre las hepatitis virales.

	¿Conocías ya esta información sobre las hepatitis virales?				
	Ya la conocía %	No estaba seguro %	No la conocía %	No la entiendo %	No me la creo %
La hepatitis es una inflamación del hígado (n=10.598)	81,0	11,7	7,0	0,1	0,2
La mayoría de las hepatitis son causadas por un virus (n=10.590)	73,9	17,5	8,2	0,1	0,3
Hay diversos tipos de hepatitis víricas, nombradas con las letras del alfabeto (n=10.581)	90,0	5,4	4,4	0,1	0,1
Sólo existen vacunas para la hepatitis A y la hepatitis B (n=10.581)	66,5	21,6	11,5	0,1	0,4
Los médicos recomiendan a los hombres que tienen sexo con hombres que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B (n=10.597)	54,0	17,6	27,5	0,2	0,7

Más de la mitad de participantes desconocía alguna de las afirmaciones presentadas en relación a las hepatitis virales (58,4%). El 18,5% desconocía solamente uno de los ítems, el 17,6% dos de ellos y el 22,3% refirió desconocer de 3 a 5 de los ítems presentados (Figura 52).

Figura 52. Distribución de participantes según el número de ítems sobre las hepatitis virales desconocidos (n=10.513).



* Un total de 121 participantes no contestaron a la pregunta.

Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no conocer el 100% de los ítems sobre las hepatitis virales fue mayor en aquellos hombres que residían en ciudades de menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años y/o estudiantes, con menor nivel de estudios (≤ 5 años de estudios a partir de los 16 años), que no declaraban vivir cómodamente o muy cómodamente con su nivel de ingresos actual, que no se identificaban como gays/homosexuales, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que desconocían su estado serológico frente al VIH (Tabla 44).

Tabla 44. Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre las hepatitis virales según características socio-demográficas.			
	No conoce el 100% de ítems		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.409)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	1.799	64,5	
100.000-499.999 hab.	1.483	60,3	
500.000 hab. o más	2.797	54,2	
Origen (n=10.501)			<0,001
España	4.982	60,4	
Otro país	1.151	51,1	
Edad (n=10.513)			<0,001
Menos de 25 años	1.698	74,1	
25-39 años	2.838	58,0	
40 años o más	1.692	48,2	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.976)			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	245	63,5	
≤ 5 años de estudios	2.071	63,6	
>5 años de estudios	3.520	55,6	
Ocupación (n=10.475)			<0,001
Empleado	3.670	54,0	
Desempleado	566	62,1	
Estudiante	1.552	73,3	
Otro ^a	332	51,5	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.449)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	2.359	53,5	
Ni vive cómodamente ni en apuros	2.584	61,8	
Vive en apuros o muy en apuros	1.153	62,1	
Identidad sexual (n=10.504)			<0,001
Gay u homosexual	4.756	56,6	
Bisexual	920	65,2	
Otro	458	66,3	

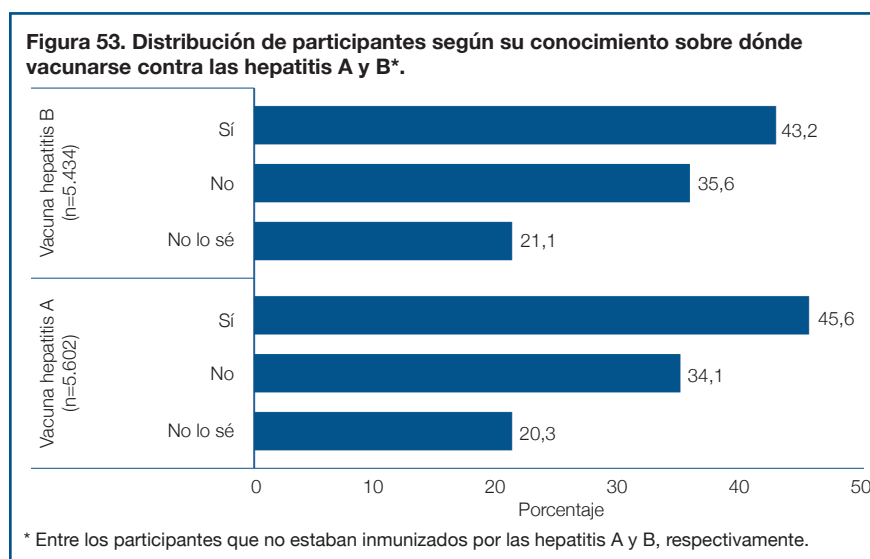
Tabla 44. Proporción de participantes que no conocían el 100% de ítems sobre las hepatitis virales según características socio-demográficas. Cont.

	No conoce el 100% de ítems		
	n	(%)	p
Relación de pareja estable actual (n=10.498)			<0,001
No o no está seguro	4.455	61,0	
Sí	1.677	52,5	
Estado serológico frente al VIH (n=10.465)			<0,001
Desconocido	1.610	79,1	
VIH-positivo	496	35,7	
VIH-negativo	4.012	57,0	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

6.6.2. Conocimiento sobre dónde vacunarse contra las hepatitis A y B

De los 5.602 participantes que declararon no estar aún inmunizados por la hepatitis A (sin haber declarado infección previa o vacunación completa) y que contestaron a la pregunta sobre dónde acudir para vacunarse contra la hepatitis A, el 54,4% contestó que no sabía o no estaba seguro dónde acudir para que le administraran la vacuna. En el caso de la vacuna contra la hepatitis B (entre los 5.434 participantes sin declaración de infección previa, infección crónica actual o vacunación completa y que contestaron a la pregunta), el porcentaje que indicó no saber dónde acudir para recibir la vacuna fue similar (56,8%) (Figura 53).



Según características socio-demográficas, la proporción de participantes que declaró no saber dónde acudir en caso de querer vacunarse contra las hepatitis A y/o B fue mayor en personas no nacidas en España, con menor nivel de estudios (sin estudios a partir de los 16 años), desempleados o con otra ocupación distinta a estar empleado o ser estudiante, que no declaraban vivir muy cómodamente o cómodamente con su nivel de ingresos actual, sin pareja estable (o no sabían si tenían), y que desconocían su estado serológico frente al VIH o decían ser VIH negativos (Tabla 45).

Tabla 45. Proporción de participantes que desconocían dónde vacunarse contra las hepatitis A y/o B según características socio-demográficas*.						
	Vacuna de la hepatitis A			Vacuna de la hepatitis B		
	n	% no sabe dónde vacunarse	p	n	% no sabe dónde vacunarse	p
Tamaño de la ciudad	n=5.547		0,481	n=5.377		0,611
Menos de 100.000 hab.	953	55,4		944	57,6	
100.000-499.999 hab.	774	54,8		792	57,2	
500.000 hab. o más	1.293	53,6		1.321	56,1	
Origen	n=5.600		<0,001	n=5.431		<0,001
España	2.377	51,7		2.403	54,5	
Otro país	669	66,5		680	66,7	
Edad	n=5.602		0,196	n=5.434		0,327
Menos de 25 años	908	55,9		907	57,9	
25-39 años	1.372	54,5		1.380	57,0	
40 años o más	768	52,6		799	55,3	
Años de estudio después de los 16 años	n=5.296		0,002	n=5.131		0,010
Sin estudios después de los 16 años	145	63,6		145	66,8	
≤5 años de estudios	1.079	55,8		1.087	58,2	
>5 años de estudios	1.656	52,8		1.674	54,9	
Ocupación	n=5.585		0,024	n=5.395		0,029
Empleado	1.730	53,3		1.779	55,8	
Desempleado	321	58,6		306	61,0	
Estudiante	809	54,1		802	56,5	
Otro ^a	178	60,1		190	62,5	

Tabla 45. Proporción de participantes que desconocían dónde vacunarse contra las hepatitis A y/o B según características socio-demográficas*. Cont.

	Vacuna de la hepatitis A			Vacuna de la hepatitis B		
	n	% no sabe dónde vacunarse	p	n	% no sabe dónde vacunarse	p
Percepción sobre sus ingresos	n=5.558		<0,001	n=5.395		<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	1.040	50,5		1.067	52,8	
Ni vive cómodamente ni en apuros	1.356	56,8		1.381	59,3	
Vive en apuros o muy en apuros	629	56,5		615	58,9	
Identidad sexual	n=5.598		0,197	n=5.429		0,261
Gay u homosexual	2.296	53,7		2.314	56,2	
Bisexual	514	56,7		523	59,2	
Otro	236	56,3		246	57,5	
Relación de pareja estable actual	n=5.599		0,208	n=5.431		0,012
No o no está seguro	2.243	54,9		2.269	57,8	
Sí	802	53,0		814	54,1	
Estado serológico frente al VIH	n=5.586		<0,001	n=5.421		<0,001
Desconocido	888	56,7		905	58,0	
VIH-positivo	139	44,0		146	45,1	
VIH-negativo	2.010	54,3		2.026	57,3	

* Entre los 5.602 y 5.434 participantes no inmunizados frente a las hepatitis A y/o B, respectivamente.

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

7. Acceso a medidas de prevención del VIH/ITS y a servicios socio-sanitarios

Este capítulo aborda aquellas intervenciones y/o acciones que permitirían mejorar la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo de hombres gais, bisexuales, y otros HSH y reducir los nuevos diagnósticos, así como promover una sexualidad saludable. Siguiendo las recomendaciones del ECDC [2], estas intervenciones incluyen la vacunación frente a ciertas ITS, la promoción de las pruebas de detección del VIH y otras ITS, el acceso a preservativos, el tratamiento precoz y la promoción de la salud sexual.

Aspectos destacados

- Más de la mitad de los participantes refirió haber comprado preservativos en los últimos 12 meses en una tienda (58,8%) y el 35,8% los obtuvo gratuitamente de clínicas, organizaciones comunitarias, bares, saunas, clubs y/o discos gais.
- El 8% de los hombres que habían consumido drogas alguna vez había consultado un profesional sanitario debido a su preocupación por este consumo, y el 3% había consultado a un profesional sanitario por sentirse preocupado por su consumo de alcohol.
- Respecto a la PrEP, el 8,2% reportó que alguna vez alguien en un servicio de salud les había hablado sobre la PrEP, principalmente en los servicios de salud comunitarios (51,9%), seguidos del hospital, clínica o centro de atención a las ITS (38,4%).
- Entre aquellos que refirieron haber usado la PrEP alguna vez, el 74,1% afirmó haber hablado con un profesional sanitario antes de usarla y el 23% había recibido una receta médica para tomar la PrEP.
- Una cuarta parte de los participantes que indicaron haber usado la PrEP alguna vez, declaró haberla conseguido participando en algún estudio de investigación (26,7%) y/o en un hospital, clínica o centro de ITS (25,6%).
- El porcentaje de hombres que afirmó haber adquirido la PrEP a través de una farmacia online (Internet) fue del 19,5% y un 15,4% declaró haberlo hecho a través de algún servicio comunitario como ONG o asociaciones LGTB o del VIH.

- La mayoría (98,4%) había recibido información específicamente para HSH sobre el VIH y/o las ITS alguna vez.
- El 80,6% se habían realizado alguna vez la prueba del VIH. Entre los hombres que no habían recibido un resultado de una prueba del VIH, el 87,8% afirmó que no se la habían ofrecido nunca en un servicio de salud.
- Entre aquellos que refirieron tener un resultado negativo en su última prueba del VIH realizada, el 79,2% declaró haberse realizado esta prueba en los últimos 12 meses y un 15,7% en las últimas 4 semanas.
- La mayoría se había realizado la última prueba del VIH en servicios de salud con su médico general o de familia (38,2% y 34,9% en aquellos que obtuvieron un resultado negativo y positivo, respectivamente). El porcentaje que se había realizado la prueba en centros comunitarios de diagnóstico del VIH fue del 16,2% en negativos y 11% en positivos, respectivamente.
- Los hombres que se habían realizado la última prueba del VIH en centros comunitarios de diagnóstico del VIH fueron los que mostraron la mayor satisfacción con el apoyo e información recibidos (93,7% y 81,9% en aquellos que obtuvieron un resultado negativo y positivo, respectivamente).
- Respecto a la oferta de la vacuna contra las hepatitis A y/o B en servicios de salud, casi la mitad de los participantes (47,5%) contestó que sí les habían ofrecido la vacuna.
- El 66,3% de los participantes refirió haberse realizado alguna vez una prueba para detectar alguna ITS (a parte del VIH) y entre estos, el 75,1% se había realizado pruebas de ITS en los últimos 12 meses (con un 24% que refirió haber tenido algún síntoma).
- Entre aquellos que declararon haberse realizado alguna prueba de ITS en los últimos 12 meses, la mayoría declaró que definitivamente o probablemente el personal sanitario sabía que ellos tenían sexo con hombres (76,6%).
- Entre aquellos que declararon haber sido diagnosticados de sífilis y/o gonorrea en los últimos 12 meses, más de la mitad reportó que todo el personal sanitario (o alguno de ellos) les había indicado la necesidad de informar a sus parejas sexuales recientes para poder ser diagnosticadas y/o tratadas en caso que fuera necesario (69% y 66%, respectivamente).

7.1. Acceso a preservativos

En EMIS-2017 se preguntó por las diferentes fuentes de obtención de preservativos en los últimos 12 meses. Tal y como se observa en la Figura 54,

más de la mitad de participantes refirió haberlos comprado en una tienda (58,8%) y el 35,8% los obtuvo gratuitamente de clínicas, organizaciones comunitarias, bares, saunas, clubs y/o discos gays.



7.2. Acceso a servicios de atención al consumo de alcohol y/o drogas

En relación al uso de servicios relacionados con el consumo de drogas (excluyendo el tabaco), el 8% de los participantes que declaró haber consumido drogas alguna vez, había consultado a un profesional sanitario debido a su preocupación por este consumo de drogas, y el 3% había asistido a un grupo de autoayuda, programa de reducción de daños, o a un asesor. Entre los participantes que refirieron haber consumido alcohol alguna vez, el 3% había consultado a un profesional sanitario por sentirse preocupado por este consumo (Tabla 46).

Tabla 46. Distribución de participantes que usaron servicios relacionados con el consumo de alcohol y drogas.

	Consulta a profesional sanitario por su consumo de drogas (n=7.441) ^a		Asistencia a un grupo de autoayuda, programa de reducción de daños o asesor por consumo de drogas (n=7.448) ^b		Consulta a profesional sanitario por su consumo de alcohol (n=10.015) ^c	
	n	%	n	%	n	%
Últimas 24 horas	24	0,3	13	0,2	17	0,2
Últimos 7 días	23	0,3	18	0,2	3	0,1
Últimas 4 semanas	56	0,8	16	0,2	25	0,2
Últimos 6 meses	116	1,6	23	0,3	50	0,5
Últimos 12 meses	104	1,4	26	0,3	54	0,5
Últimos 5 años	142	1,9	63	0,8	67	0,7
Hace más de 5 años	109	1,5	54	0,7	69	0,7
Nunca	6.867	92,0	7.235	97,1	9.730	97,2

^a 20 participantes que refirieron haber consumido drogas alguna vez no respondieron a la pregunta.
^b 13 participantes que refirieron haber consumido drogas alguna vez no respondieron a la pregunta.
^c 11 participantes que refirieron haber consumido alcohol alguna vez no respondieron a la pregunta.

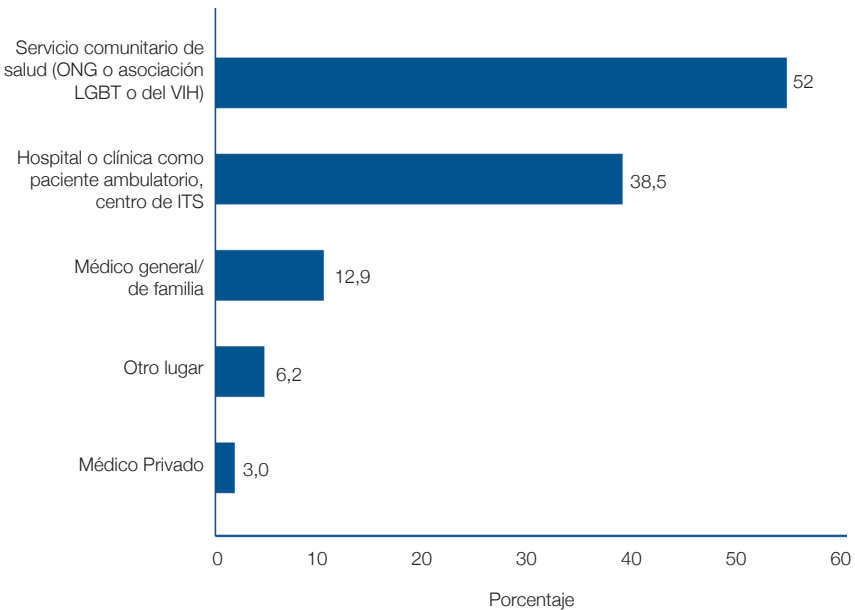
7.3. Acceso a servicios de salud relacionados con el uso de la PrEP

7.3.1. Fuentes de información sobre la PrEP

El 8,2% de los participantes en EMIS-2017 (32 participantes no contestaron a la pregunta) reportó que alguna vez alguien en un servicio de salud de su país de residencia, en nuestro caso España, les había hablado sobre la PrEP, y un 2,2% refirió no saberlo.

Los servicios específicos más frecuentes donde los participantes recibieron información sobre la PrEP fueron los servicios de salud comunitarios (51,9%), seguidos del hospital, clínica o centro de atención a las ITS (38,4%) (Figura 55).

Figura 55. Distribución de participantes que usaron servicios de salud donde les hablaron sobre la PrEP (n=869)*.



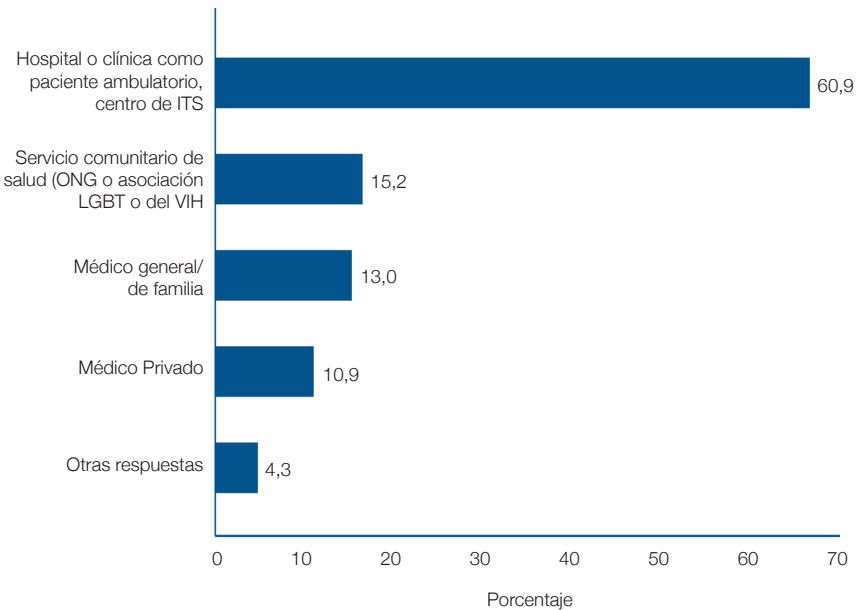
* Categorías no excluyentes.

7.3.2. Consulta con un profesional sanitario antes de usar la PrEP

Entre los 201 participantes que refirieron haber usado la PrEP alguna vez⁵ (1,9%; 72 hombres no contestaron a la pregunta), el 74,1% (n=149) afirmó haber hablado con un profesional sanitario antes de usarla y el 23% (n=46) había recibido una receta médica para tomar la PrEP. A estos participantes se les preguntó por el lugar donde se la dieron, resultando que en más de la mitad de los casos recibieron la prescripción en un hospital o clínica como pacientes ambulatorios o bien en un centro de ITS (60,9%; Figura 56).

(⁵) En el momento de realizar el estudio EMIS-2017 en España no estaba todavía aprobado el uso de la PrEP, aunque sí se podía prescribir a candidatos que formaran parte de alguno de los estudios piloto o ensayos clínicos que se estaban llevando a cabo en ese momento.

Figura 56. Distribución de participantes que usaron algún servicio de salud donde les prescribieron la PrEP (n=46)*.



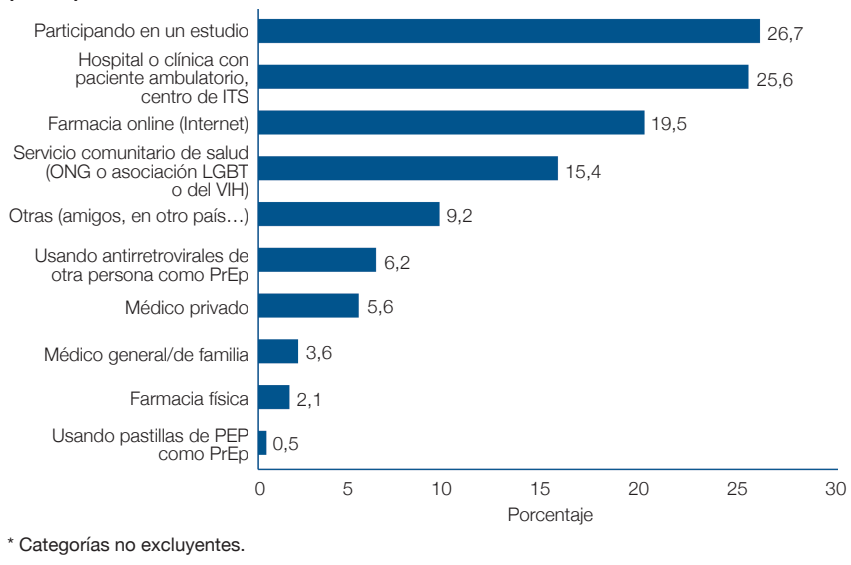
* Categorías no excluyentes.

7.3.3. Acceso a la PrEP⁶

Una cuarta parte de los participantes que refirieron haber usado la PrEP alguna vez y contestaron a la pregunta (n=195) declaró haberla conseguido participando en algún estudio de investigación (26,7%) y/o en un hospital, clínica o centro de ITS (25,6%). El porcentaje de participantes que afirmó haber adquirido la PrEP a través de una farmacia online (Internet) fue del 19,5% y un 15,4% declaró haberlo hecho a través de algún servicio comunitario como ONG o asociaciones LGTB o del VIH (Figura 57).

(⁶) El bloque de preguntas sobre PrEP se realizó a nivel general y no se adaptaron las preguntas a la realidad de cada país. En el momento de realizar el estudio en España solamente se podía prescribir la PrEP como parte de alguno de los piloto o ensayos clínicos que es estaban llevando a cabo. Además, algunos usuarios hacían uso de la PrEP de manera informal (ejemplo: compra en farmacias online).

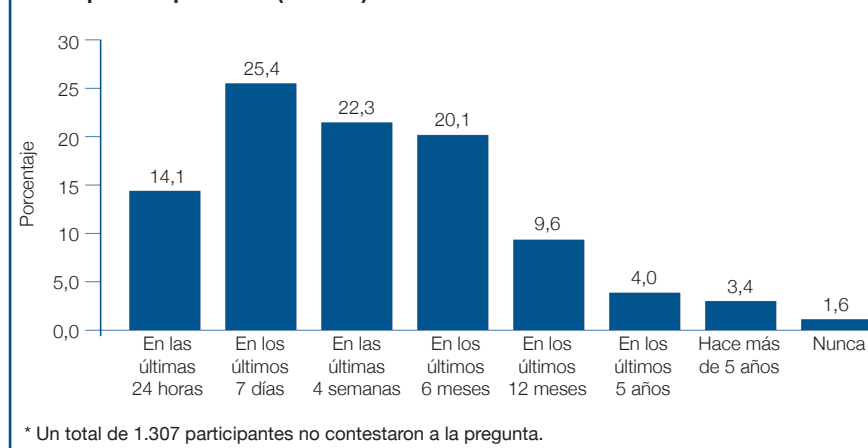
Figura 57. Distribución de participantes según el lugar donde consiguieron la PrEP (n=195)*.



7.4. Información sobre el VIH y otras ITS

Del total de participantes en EMIS-2017, la mayoría (98,4%) había recibido información específicamente para HSH sobre el VIH y/o las ITS alguna vez, y más de la mitad declaró haberla recibido durante las últimas 4 semanas (61,8%; Figura 58).

Figura 58. Distribución de participantes según la información recibida sobre VIH/ITS específica para HSH (n=9.327)*.



7.5. Servicios de la prueba del VIH

7.5.1. Oferta de la prueba del VIH en servicios de salud

En total, el 80,6% de los participantes se habían realizado alguna vez la prueba del VIH. Entre los 2.056 participantes que no habían recibido el resultado de una prueba del VIH y contestaron a la pregunta, el 10,0% declaró que sí les habían ofrecido realizarse la prueba alguna vez en un servicio de salud, mientras que al 87,8% nunca se la habían ofrecido (2,1% de los participantes no sabían si les habían ofrecido la prueba o no).

Según variables socio-demográficas (Tabla 47), se observó que la prueba del VIH en servicios de salud se había ofrecido en mayor proporción a los participantes que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, nacidos fuera de España y de edades comprendidas entre los 25-39 años. No se observaron diferencias significativas para el resto de variables.

Tabla 47. Proporción de participantes sin resultado previo de una prueba del VIH a los que se les ha ofertado la prueba en servicios de salud según características socio-demográficas*.			
	Oferta de la prueba del VIH en servicios de salud		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=2.040)	<0,001		
Menos de 100.000 hab.	47	5,9	
100.000-499.999 hab.	52	9,5	
500.000 hab. o más	106	15,3	
Origen (n=2.054)	<0,001		
España	164	9,1	
Otro país	42	16,5	
Edad (n=2.056)	0,049		
Menos de 25 años	95	8,9	
25-39 años	78	12,5	
40 años o más	33	9,0	
Años de estudio después de los 16 años (n=1.893)	0,167		
Sin estudios después de los 16 años	7	9,3	
≤5 años de estudios	79	8,6	
>5 años de estudios	101	11,2	
Ocupación (n=2.041)	0,660		
Empleado	89	10,6	
Desempleado	18	11,3	
Estudiante	85	9,1	
Otro ^a	10	8,8	

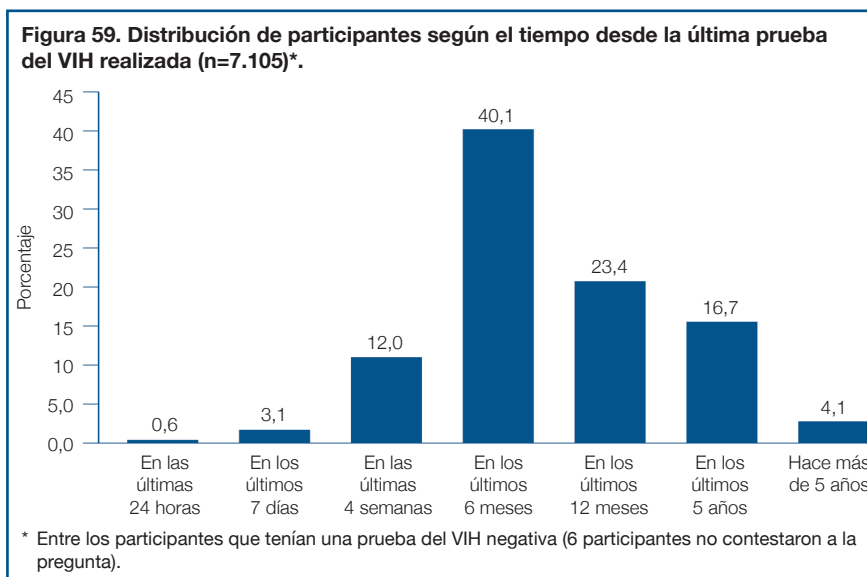
Tabla 47. Proporción de participantes sin resultado previo de una prueba del VIH a los que se les ha ofertado la prueba en servicios de salud según características socio-demográficas*. Cont.

	Oferta de la prueba del VIH en servicios de salud		
	n	(%)	p
Percepción sobre sus ingresos (n=2.022)			0,410
Vive muy cómodamente o cómodamente	84	11,1	
Ni vive cómodamente ni en apuros	85	9,5	
Vive en apuros o muy en apuros	33	8,8	
Orientación sexual (n=2.054)			0,078
Gay u homosexual	147	11,1	
Bisexual	44	8,3	
Otro	15	7,4	
Relación de pareja estable actual (n=2.055)			0,526
No o no está seguro	170	10,2	
Sí	36	9,2	

* Entre los participantes que no han recibido nunca el resultado de una prueba del VIH.
^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

7.5.2. Tiempo desde la última prueba del VIH

Entre los 7.105 participantes que refirieron tener un resultado negativo en su última prueba del VIH realizada y contestaron a la pregunta, el 79,2% declaró haberse realizado esta prueba en los últimos 12 meses y un 15,7% en las últimas 4 semanas (Figura 59).



7.5.3. Lugar de realización de la última prueba del VIH

La mayor parte de los participantes se había realizado la última prueba del VIH en servicios de salud con su médico general o de familia (38,2% y 34,9% en aquellos que obtuvieron un resultado negativo y positivo, respectivamente), en un hospital o clínica como paciente ambulatorio o centro de ITS (21,5% y 28,5%, respectivamente), y en centros comunitarios de diagnóstico del VIH (16,2% y 11%, respectivamente) (Tabla 48).

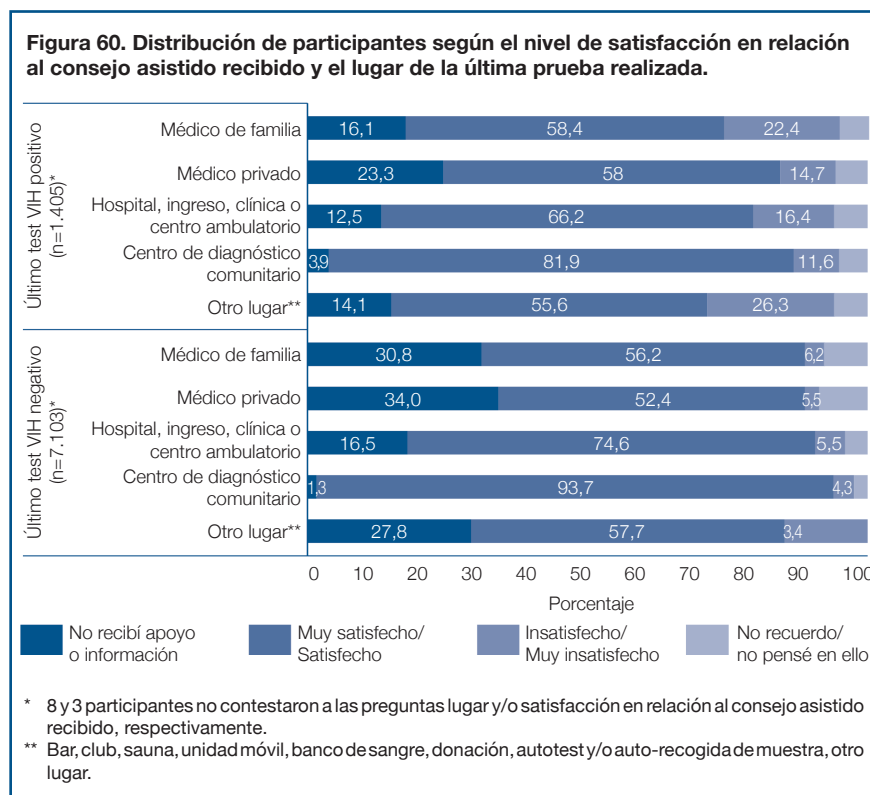
	Último test VIH negativo (n=7.111)*		Último test VIH positivo (n=1.408)*	
	n	%	n	%
Médico general o de familia	2.717	38,2	491	34,9
Médico privado	721	10,1	150	10,7
Hospital o clínica (paciente ambulatorio) o centro de ITS	1.525	21,5	397	28,2
Ingreso hospitalario	173	2,4	114	8,1
Centro de diagnóstico comunitario ¹	1.148	16,2	155	11,0
Banco de sangre, donación	509	7,2	58	4,1
Kit de auto-recogida de muestra para detección de VIH**	14	0,2	3	0,2
Kit de auto-recogida de muestra para detección de VIH**	57	0,8	7	0,5
Bar, club o sauna	22	0,3	1	0,1
Unidad móvil	84	1,2	13	0,9
Otro lugar	136	1,9	17	1,2

¹ Excluidos hospitales o clínicas.
* 5 y 2 participantes no contestaron a la pregunta, respectivamente.
** Disponible en España exclusivamente para uso en estudios epidemiológicos.

7.5.4. Satisfacción en relación al consejo asistido recibido en la última prueba del VIH

A los participantes que indicaron conocer su estado serológico frente al VIH se les preguntó por el nivel de satisfacción en relación al apoyo y la información recibida la última vez que se realizaron la prueba. Tal y como se observa en la figura 60, los participantes que se habían realizado la última prueba del VIH en centros comunitarios fueron los que reportaron la mayor satisfacción con el apoyo e información recibidos (93,7% y 81,9% en aquellos que obtuvieron un resultado negativo y positivo, respectivamente).

El 30,8% y 34% de los participantes con un último test negativo realizado con el médico de familia o médico privado, respectivamente, declaró no haber recibido apoyo o información. Estos porcentajes fueron del 16,1% y 23,3% para los hombres con un último test positivo realizado con el médico de familia o médico privado, respectivamente.



7.6. Oferta de la vacuna de las hepatitis A y B en servicios de salud

Respecto a la oferta de la vacuna contra las hepatitis A y/o B en servicios de salud, casi la mitad de los participantes (47,5%) contestó que sí les habían ofrecido la vacuna, el 45% que no y el resto (8%) no sabía si un servicio de salud les había ofrecido la vacuna o no.

Según variables socio-demográficas (Tabla 49), se observó que la vacuna de las hepatitis A y/o B en servicios de salud se había ofrecido en mayor proporción a los participantes que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, nacidos fuera de España, mayores de 25 años, con mayor nivel de

estudios (>5 años de estudios después de los 16), empleados, que declaraban vivir cómodamente o muy cómodamente con su nivel de ingresos actual, que se identificaban como gais u homosexuales, con relación de pareja estable actual y que declaraban haber sido diagnosticados de la infección por el VIH.

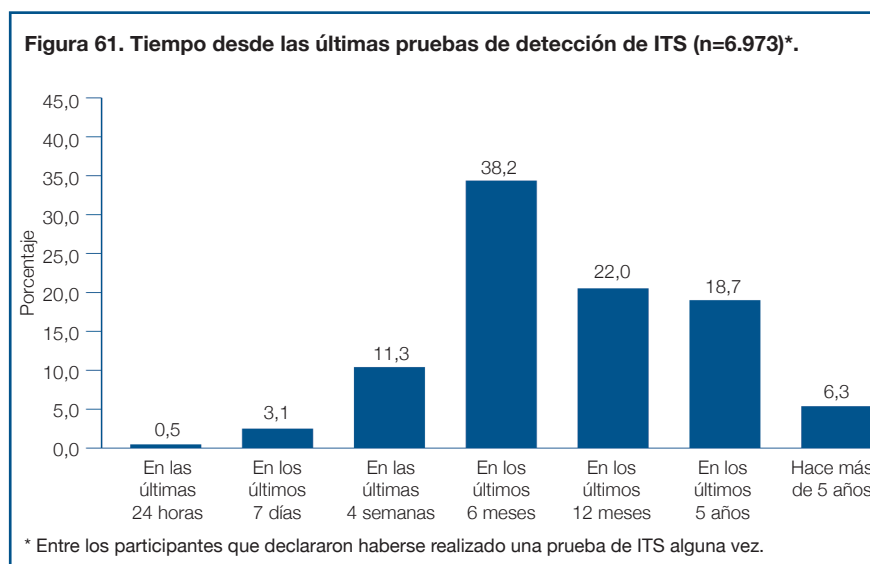
Tabla 49. Proporción de participantes a los que les habían ofertado la vacuna de las hepatitis A y/o B en un servicio de salud según características socio-demográficas.			
	Se les ha ofrecido la vacuna de la Hepatitis (servicio de salud)		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.476)			<0,001
Menos de 100.000 hab.	1.114	39,8	
100.000-499.999 hab.	1.056	42,8	
500.000 hab. o más	2.809	54,1	
Origen (n=10.569)			<0,001
España	3.802	45,8	
Otro país	1.213	53,4	
Edad (n=10.581)			<0,001
Menos de 25 años	837	36,5	
25-39 años	2.494	50,7	
40 años o más	1.690	50,2	
Años de estudio después de los 16 años (n=10.030)			<0,001
Sin estudios después de los 16 años	149	38,6	
≤5 años de estudios	1.374	42,1	
>5 años de estudios	3.273	51,3	
Ocupación (n=10.547)			<0,001
Empleado	3.489	50,9	
Desempleado	412	45,0	
Estudiante	790	37,2	
Otro ^a	317	48,2	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.519)			<0,001
Vive muy cómodamente o cómodamente	2.314	52,1	
Ni vive cómodamente ni en apuros	1.871	44,4	
Vive en apuros o muy en apuros	822	44,0	
Orientación sexual (n=10.571)			<0,001
Gay u homosexual	4.217	49,9	
Bisexual	529	37,3	
Otro	270	39,0	
Relación de pareja estable actual (n=10.566)			<0,001
No o no está seguro	3.365	45,8	
Sí	1.648	51,2	
Estado serológico frente al VIH (n=10.532)			<0,001
Desconocido	503	24,6	
VIH-positivo	1.052	75,0	
VIH-negativo	3.441	48,6	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

7.7. Servicios de prevención y control de otras ITS

7.7.1. Realización de alguna prueba de ITS y tiempo desde las últimas pruebas

Entre los participantes que contestaron a la pregunta sobre pruebas de detección de ITS (n=10.515), el 66,3% refirió haberse realizado alguna vez una prueba para detectar alguna ITS (a parte del VIH), el 31,8% nunca se la habían realizado y el resto (1,8%) no lo sabía con exactitud. Entre los que sí se habían realizado alguna prueba de ITS, el 14,9% se había realizado pruebas de ITS en las últimas 4 semanas, el 53,1% en los últimos 6 meses y el 75,1% en los últimos 12 meses (Figura 61).



Entre los 5.236 participantes que refirieron haberse realizado pruebas de ITS en los últimos 12 meses, el 24% refirió haber tenido algún síntoma, el 74,7% indicó que no y el resto (1,3%) no recordaba si había tenido síntomas o no en esa ocasión.

Según variables socio-demográficas (Tabla 50), la proporción de participantes que refirieron haberse realizado pruebas de ITS distintas al VIH en los últimos 12 meses fue mayor entre participantes que residían en ciudades de 500.000 habitantes o más, nacidos fuera de España, de 25 años o mayores, con más de 5 años de estudios después de los 16, empleados, que se identificaban como gais u homosexuales, y que declaraban haber sido diagnosticados de la infección por el VIH.

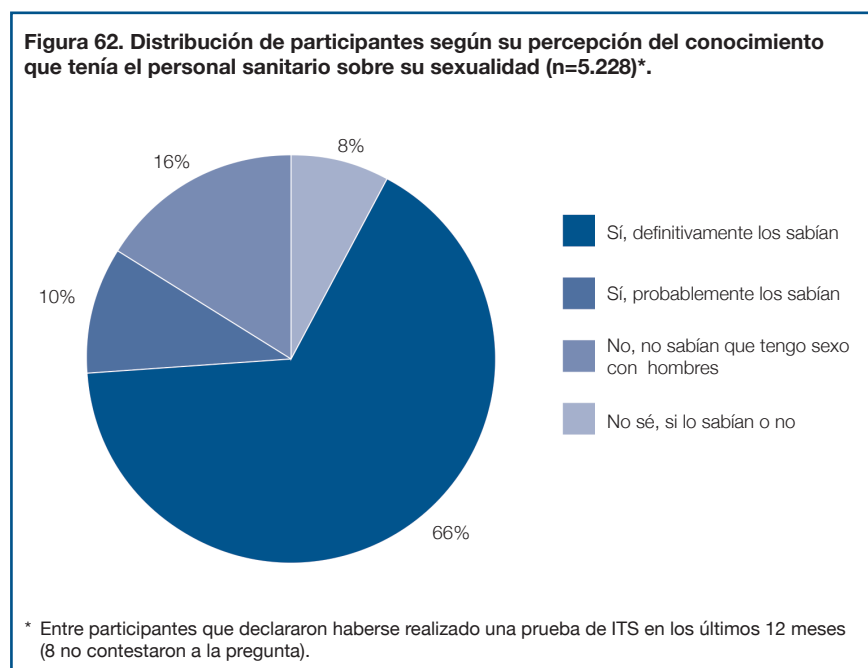
Tabla 50. Proporción de participantes que se realizaron pruebas de detección de ITS en los últimos 12 meses según características socio-demográficas.

	Alguna prueba de ITS (últimos 12 meses)		
	n	(%)	p
Tamaño de la ciudad (n=10.222)	<0,001		
Menos de 100.000 hab.	1.057	38,8	
100.000-499.999 hab.	1.120	46,2	
500.000 hab. o más	3.010	59,3	
Origen (n=10.310)	<0,001		
España	3.930	48,5	
Otro país	1.301	58,8	
Edad (n=10.322)	<0,001		
Menos de 25 años	806	35,8	
25-39 años	2.840	59,0	
40 años o más	1.590	48,7	
Años de estudio después de los 16 años (n=9.788)	<0,001		
Sin estudios después de los 16 años	171	47,2	
≤5 años de estudios	1.447	45,4	
>5 años de estudios	3.382	54,2	
Ocupación (n=10.294)	<0,001		
Empleado	3.652	54,6	
Desempleado	460	51,5	
Estudiante	802	38,4	
Otro ^a	309	49,2	
Percepción sobre sus ingresos (n=10.268)	0,618		
Vive muy cómodamente o cómodamente	2.231	51,2	
Ni vive cómodamente ni en apuros	2.066	50,3	
Vive en apuros o muy en apuros	924	51,2	
Orientación sexual (n=10.571)	<0,001		
Gay u homosexual	4.450	53,8	
Bisexual	515	37,6	
Otro	265	39,7	
Relación de pareja estable actual (n=10.307)	0,277		
No o no está seguro	3.608	50,3	
Sí	1.618	51,5	
Estado serológico frente al VIH (n=10.273)	<0,001		
Desconocido	112	5,6	
VIH-positivo	1.054	76,3	
VIH-negativo	4.040	58,6	

^a Jubilado, baja laboral por enfermedad, otro.

7.7.2. Percepción sobre el conocimiento del personal sanitario sobre su sexualidad

En EMIS-2017 se preguntó a los participantes que declararon haberse realizado alguna prueba de ITS en los últimos 12 meses (sin incluir el VIH) si el personal sanitario que les atendió sabía que tenía relaciones sexuales con hombres. De los participantes que contestaron a la pregunta (n=5.228), la mayoría declaró que definitivamente o probablemente el personal sanitario sabía que ellos tenían sexo con hombres (76,6%; Figura 62).



7.7.3. Notificación a parejas de un diagnóstico de sífilis y/o gonorrea

Entre los participantes que declararon haber sido diagnosticado de sífilis y/o gonorrea en los últimos 12 meses (567 y 636, respectivamente), más de la mitad reportó que él o el personal sanitario que le atendió había informado a sus parejas sexuales recientes de la necesidad de ser diagnosticadas y/o tratadas en caso que fuera necesario (69% y 66%, respectivamente; Tabla 51).

Tabla 51. Distribución de participantes con diagnóstico previo de ITS* según si él o el personal sanitario informaron a sus parejas de la necesidad de ser diagnosticadas y/o tratadas.

	Último diagnóstico de sífilis (n=567)		Último diagnóstico de gonorrea (n=636)	
	n	%	n	%
No, a ninguna de ellas	167	29,5	191	30,0
Sí, a alguna de ellas	183	32,2	203	31,9
Sí, a todas ellas	205	36,2	218	34,3
No recuerdo	12	2,1	24	3,8

* Participantes con diagnóstico de sífilis y/o gonorrea en los últimos 12 meses.

8. Fortalezas y limitaciones

La tabla 52 y 53 resumen las principales fortalezas y limitaciones de EMIS-2017.

Tabla 52. Fortalezas de EMIS-2017.

- * Cuestionario estandarizado en 50 países, traducido en 33 idiomas.
- * Tamaño muestral importante que facilita el análisis por subgrupos.
- * Diversidad de fuentes de reclutamiento.
- * Participantes de todas las comunidades autónomas.
- * Inclusión de bloques temáticos relevantes: PrEP, Uso sexualizado de drogas, Salud mental.
- * EMIS-2017 permite describir el nivel y distribución de los determinantes de infección por el VIH/ITS, así como las necesidades de prevención, y por tanto disponer de información clave que permita mejorar el diseño de las intervenciones preventivas multinivel dirigidas a esta población.

Tabla 53. Limitaciones de EMIS-2017.

- * Muestra de conveniencia. No representativa del total de hombres gais, bisexuales y otros HSH que residen en España.
- * Al ser una muestra captada de manera *online* puede que no estén representados los hombres que no utilizan o no suelen utilizar las app o las páginas web de contactos gais, así como excluir a los hombres con escaso acceso a Internet.
- * Más del 70% de la muestra fue captada en páginas web/app utilizadas para buscar parejas sexuales lo cual puede sobreestimar los resultados respecto a ciertas conductas sexuales y necesidades percibidas.
- * Cuestionario estandarizado en 50 países, dificultad de adecuar el cuestionario a la realidad o contexto local de los distintos países.
- * Datos auto-reportados: no se pueden descartar sesgos de memoria y/o el sesgo de deseabilidad social.
- * Estudio transversal, no se pueden establecer relaciones de causalidad entre las asociaciones observadas.
- * El estudio no fue conceptualizado para realizar comparaciones según CCAA. Hay que tener precaución a la hora de interpretar los resultados desde esta perspectiva ya que no existe representatividad territorial.
- * El análisis estadístico de este informe es descriptivo y no se ha ajustado por otras posibles variables confusoras que pueden intervenir modificando la asociación existente entre variables. Futuros análisis multivariantes permitirán extraer conclusiones más robustas.
- * La interpretación de las escalas y su validez son limitadas.

9. Discusión y recomendaciones

El objetivo general de EMIS-2017 fue generar información útil para conocer las necesidades del colectivo de hombres gais, bisexuales y otros HSH frente al VIH y las ITS, y a la vez recoger información clave para el diseño de programas específicos que puedan dar respuesta a estas necesidades. A continuación, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones tras el análisis de los datos sobre los 10.634 hombres que participaron en el estudio EMIS-2017 residentes en España.

Necesidades no cubiertas prioritarias

Salud Mental

A partir de las respuestas a los ítems de la escala PHQ-4, en EMIS-2017 se encontró que el 5,9% de los participantes presentaba un grado de ansiedad y/o depresión severa. Además, el 21,4% de los participantes presentó en algún momento ideas suicidas durante las dos últimas semanas (desde algunos días hasta casi todos los días). Aunque los instrumentos para medir estos indicadores de salud mental no son totalmente comparables, estos porcentajes son superiores a los observados en encuestas en población general. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE)-2017 [19] el 4,3% de los hombres refirió ansiedad crónica, y el 4% presentaba indicios de depresión.

Según los datos de EMIS-2017, la prevalencia de estos problemas de salud mental eran más frecuentes en hombres jóvenes (menores de 25 años) y en aquellos con una situación económica y laboral más desfavorecida (desempleados y los que percibían vivir en apuros o muy en apuros), resultado similar al observado en la ENSE-2017 en donde la prevalencia de depresión fue 2,5 veces más frecuente entre quienes se encontraban en situación de desempleo (7,9%) que entre quienes trabajan (3,1%), y alcanzó el 30% entre las personas incapacitadas para trabajar[19]. En cambio, la prevalencia de ansiedad y/o depresión severa, ideación suicida, y homonegatividad interiorizada fue menor entre aquellos que refirieron tener una pareja estable.

Por otro lado, la prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue del 91,1%, similar a la observada en EMIS Europa y superior a la estimada en población general masculina (81,3%)[20]. La prevalencia de posible dependencia al alcohol en EMIS-2017 fue del 14,9%.

- Se plantea la necesidad de visibilizar las necesidades de salud mental de los hombres gais, bisexuales y otros HSH para promover así el diseño de intervenciones específicas y pertinentes, en especial en algunos grupos concretos como los más jóvenes y aquellos con situaciones laborales y económicas más desfavorecidas. Se necesitan igualmente intervenciones específicas para identificar y abordar el consumo de riesgo de alcohol.

Discriminación y homofobia

A pesar de que la situación social de las personas LGTB ha experimentado un avance en los últimos años en los Estados miembros de la Unión Europea, este colectivo sigue siendo objeto de discriminación dada la persistencia de estereotipos homofóbicos, transfóbicos y sexistas profundamente arraigados en la sociedad. En EMIS-2017, un subgrupo de hombres manifestó haber vivido algún acto de homofobia social en los últimos 12 meses, principalmente situaciones de intimidación (34,3%) o violencia verbal (19,4%).

El estigma y la discriminación que sufren los hombres gais, bisexuales y otros HSH, suponen una barrera en el acceso a los servicios de prevención y detección del VIH, y obstaculizan los esfuerzos para alcanzar los objetivos de diagnóstico y tratamiento 90-90-90[21]. Además, la homofobia social puede incrementar la probabilidad de presentar mayores niveles de homofobia interiorizada, algo que se relaciona con una mayor asunción de riesgos sexuales, además de ser predictor de ansiedad y depresión en esta población[17]. En EMIS-2017 presentaron un mayor nivel de homonegatividad interiorizada aquellos participantes que residían en ciudades con menos de 100.000 habitantes, de origen español, menores de 25 años, estudiantes, que no percibían vivir cómodamente o muy cómodamente según su nivel de ingresos actual, con una identidad sexual distinta a la de gay u homosexual, sin pareja estable masculina y con estado serológico frente al VIH desconocido.

- Es necesario seguir trabajando contra todo tipo de estigma y discriminación social asociada a la orientación y a la identidad sexual, y minimizar sus consecuencias negativas para la salud bio-psico-socio-sexual de los hombres gais, bisexuales y otros HSH.
- La homonegatividad interiorizada en una población podría reducirse mejorando los derechos humanos de las personas LGTB y reduciendo aquellos climas sociales homonegativos. Es necesario apostar por una educación sexual más orientada a lo afectivo y al respeto a la diversidad, e involucrar a entidades LGTB para favorecer este cambio. Sería importante desarrollar intervenciones a nivel local y en pequeñas ciudades donde el nivel de estigma y discriminación pueden ser superiores.

Consumo de drogas

El consumo general de drogas en EMIS-2017 fue elevado y sigue una tendencia creciente si lo comparamos con los resultados del estudio EMIS realizado en el 2010⁷. La prevalencia del consumo inyectado de drogas en el último año se mantiene similar a la observada en 2010 (0,8%).

La prevalencia del consumo de drogas con fines sexuales en los últimos 12 meses fue del 14,1%, siendo España uno de los países con mayor prevalencia de chemsex a nivel europeo[11]. Entre los participantes que usaron drogas con fines sexuales y habían tenido sexo con más de un hombre al mismo tiempo en los últimos 12 meses, los lugares más frecuentes donde ocurrió el encuentro sexual fueron en una casa privada (68,4%) y en un local comercial de sexo (24,5%). El perfil del usuario que utiliza drogas con fines sexuales puede presentar algunas características (tener el VIH, haber nacido fuera de España) que pueden acentuar su vulnerabilidad para adquirir o mantener otros problemas de salud bio-psico-social-sexual.

Entre los participantes que declararon haber consumido drogas en el último año (consumo general), el 20,6% afirmó estar preocupado por su consumo actual y un 8% había consultado alguna vez a un profesional sanitario debido a su preocupación por este consumo.

- La comprensión del uso sexualizado de drogas, al igual que el abordaje de las necesidades de salud que puedan derivarse del mismo, deberían realizarse desde una perspectiva de salud integral, holística y multidisciplinar.
- Urge intensificar las acciones a nivel de prevención, y de reducción de riesgos y daños asociados al uso de drogas y a las prácticas de chemsex en la población de hombres gays, bisexuales y otros HSH.
- Se deben identificar y neutralizar las barreras de acceso y de permanencia en la red de atención de adicciones del sistema de salud, así como implementar servicios multidisciplinarios que atiendan las necesidades de esta población.
- Será importante crear estrategias aprovechando la experiencia de entidades LGTB de base comunitaria en el abordaje de la prevención y el tratamiento del uso sexualizado de drogas, incluyendo intervenciones para poder acceder a los hombres que asisten a fiestas privadas de sexo.

(7) <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docsEncuestaEMIS2013.pdf>

Barreras de acceso al TAR, PPE y PrEP

La mayoría de participantes con infección por el VIH (99,5%) estaban realizando un control clínico de su infección, recibían TAR (99,4%) y con carga viral indetectable (91,1%), en línea con los objetivos propuestos por ONUSIDA para contribuir al fin de la epidemia del VIH (90-90-90).

El mayor porcentaje de barreras se observaron en relación a la PPE y PrEP; más de la tercera parte de los hombres no habían oído nunca hablar de PPE (36,4%) o de la PrEP (33,8%), y casi la mitad no confiaba en poder acceder a la PPE en caso de necesitarla (42%).

- Será importante incrementar el nivel de conocimientos del TAR como parte importante de la combinación de estrategias de prevención del VIH, especialmente en hombres jóvenes y aquellos que residen en ciudades pequeñas o zonas rurales.
- Se deben promover y eliminar barreras de acceso a los servicios de prevención combinada como la PEP, la PrEP (aprobada e incluida en el Sistema Nacional de Salud y disponible en España desde noviembre de 2019), y el acceso temprano al tratamiento para aumentar el impacto de los programas en la reducción de la incidencia del VIH.
- Es necesario dar soporte a las entidades que facilitan el acceso y el acompañamiento al TAR, PPE y PrEP, sobre todo en caso de personas que no tienen una situación regularizada, así como garantizar en particular el acceso a poblaciones especialmente vulnerables (personas trans, migrantes, personas ejerciendo el trabajo sexual).

Prueba del VIH, Hepatitis y otras ITS

El 19,4% de los participantes nunca se había realizado la prueba del VIH, aunque el porcentaje es inferior al observado en EMIS-2010 (26,2%), y entre estos, el 28,3% manifestó no saber dónde acudir para realizársela.

Entre los que no se habían realizado la prueba del VIH, el 87,8% refirió que no se la habían ofrecido nunca en un servicio de salud, siendo este porcentaje del 94,1% entre aquellos que residían en ciudades pequeñas o rurales.

Los participantes que se habían realizado la última prueba del VIH en centros comunitarios de diagnóstico del VIH fueron los que reportaron la mayor satisfacción con el apoyo e información recibidos (93,7% y 81,9% en aquellos que obtuvieron un resultado negativo y positivo, respectivamente).

El 16,5% de los hombres que se habían realizado la prueba del VIH alguna vez declararon haber recibido un diagnóstico de VIH, porcentaje superior al observado en EMIS-2010 (12%).

Un 15,2% refirió un diagnóstico de ITS (gonorrea, sífilis, condilomas o verrugas ano-genitales, clamidia/LVG y hepatitis C) en los últimos 12 meses. Entre los que habían sido diagnosticados de hepatitis C (1,8%) el porcentaje de reinfección fue del 12,5%. La mayoría de hombres que se habían realizado pruebas de ITS en los últimos 12 meses declararon ser asintomáticos (76%).

- Se debe seguir promoviendo el diagnóstico precoz de la infección por el VIH mediante distintas estrategias que mejoren el acceso a la prueba y su realización, ofreciendo espacios que favorezcan la toma de decisiones informadas en el cuidado de la salud sexual. Entre las estrategias se incluyen el uso del autotest (autodiagnóstico del VIH), actividades de outreach en entornos comunitarios, promoción de la prueba en centros de salud, entre otras.
- Es necesario mejorar el conocimiento y acceso a los servicios de pruebas del VIH y otras ITS y al autotest a través de intervenciones virtuales entre pares. Esta estrategia convendría ser impulsada particularmente en ciudades pequeñas y zonas rurales.
- Los centros comunitarios de diagnóstico del VIH juegan un papel clave en la promoción de la prueba del VIH, especialmente a la hora de acceder a poblaciones más ocultas y vulnerables, siendo estos centros los mejor valorados por los participantes en cuanto al apoyo e información recibidos.
- Teniendo en cuenta la elevada prevalencia de ITS, muchas veces asintomáticas, y de reinfecciones por el VHC, se debe de promover el cribado de estas infecciones a nivel de población HSH general y en subgrupos específicos como los hombres con VIH y los nacidos fuera de España, así como garantizar la accesibilidad a los servicios de cribado de ITS.
- Se debe sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la periodicidad de este cribado de ITS. En los hombres gays, bisexuales y otros HSH la indicación de estas pruebas será anual, aumentando la frecuencia (cada 3-6 meses) si hay un mayor riesgo de exposición.
- Se les debería sensibilizar igualmente sobre la necesidad de incorporar estrategias de reducción de riesgos, proporcionándoles formación en aspectos como diversidad sexual y competencias culturales LGTB.

Intervenciones de prevención relativas a la salud sexual

Entre los hombres que habían practicado la penetración con alguna pareja ocasional masculina durante los últimos 12 meses, el 60,4% refirió no haber usado siempre el preservativo con estas parejas, porcentaje superior al observado en EMIS-2010 (45,3%).

El 35% de los hombres obtuvieron gratuitamente preservativos de clínicas, organizaciones comunitarias, bares, saunas, clubs y/o discos gays en los últimos 12 meses, y un 29,9% refirió no haber usado el preservativo por falta de disponibilidad en este periodo de tiempo.

El 12,6% de los participantes estaba en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el ítem: “El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea”, y un 9,5% con el ítem: “encuentro fácil decir no al sexo que no quiero”. Los hombres diagnosticados por el VIH presentaron un menor nivel de habilidades para la negociación sexual.

El 16,1% de los participantes no se encontraba satisfecho con su vida sexual, resultado similar al observado en estudios previos realizados en Cataluña (17,1% en SIALON II)[22].

- Es necesario seguir promoviendo el uso del preservativo como estrategia de prevención primaria del VIH y de otras ITS en el contexto de intervenciones preventivas individuales, y también trabajar la auto-eficacia para el cambio y las habilidades de comunicación y negociación del sexo más seguro, así como otras alternativas estratégicas de prevención combinada (tratamiento como prevención, PrEP, reducción de riesgo, etc.).
- Se debe facilitar el acceso a preservativos, en particular al colectivo de hombres gays, bisexuales y otros HSH jóvenes, aquellos nacidos fuera de España y los que viven con el VIH.
- La promoción de la salud sexual, debería enfocarse de manera holística y positiva y no solamente abarcar temas de prevención del VIH y otras ITS, sino también otros relacionados con el bienestar y la satisfacción sexual.

Grupos prioritarios a intervenir

Los datos de EMIS-2017 nos permiten identificar ciertos subgrupos de hombres gays, bisexuales y otros HSH que presentan mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH y otras ITS.

A continuación, se detallan algunos aspectos que aparecen en este informe para cada subgrupo mencionado en relación a las necesidades que presentan estos hombres y que deberían de tenerse en cuenta a la hora de diseñar intervenciones de promoción de la salud sexual y prevención del VIH, la hepatitis C y otras ITS.

Jóvenes

- Presentan peores indicadores de salud psico-social: salud mental, dependencia al alcohol y homonegatividad interiorizada.

- Se observa un menor nivel de habilidades en la negociación sexual.
- Refieren en mayor proporción penetración anal sin preservativo por no tener preservativos disponibles.
- En general, declaran un menor nivel de conocimientos en relación a la PPE, PrEP, tratamiento, prueba del VIH y sobre el VIH en general y las hepatitis virales.

Personas no nacidas en España

- Presentan una mayor prevalencia auto-declarada del VIH y de otras ITS.
- Se observa un mayor porcentaje de hombres que han practicado el sexo sin preservativo con parejas ocasionales y por no tener preservativos disponibles.
- Refieren en mayor proporción haber pagado o haber sido pagados a cambio de sexo.
- Refieren en mayor proporción consumo de drogas con fines sexuales.
- Declaran un menor nivel de conocimientos sobre dónde acudir para vacunarse contra las hepatitis.

Hombres con infección por el VIH

- Presentan una mayor prevalencia auto-declarada de ITS .
- Refieren en mayor proporción penetración anal sin preservativo con sus parejas ocasionales.
- Refieren en mayor proporción penetración anal sin preservativo por no tener preservativos disponibles.
- Se observa un menor nivel de habilidades en la negociación sexual.
- Refieren en mayor proporción haber pagado o haber sido pagados a cambio de sexo.
- Refieren en mayor proporción consumo de drogas con fines sexuales.
- Declaran un menor apoyo social.

También será importante desarrollar intervenciones específicamente dirigidas a los hombres que residen en ciudades pequeñas y que tienen un menor acceso a los recursos de prevención y promoción de la salud sexual. En este sentido, las intervenciones virtuales entre pares pueden ser de utilidad para la promoción de la salud sexual desde un marco de derechos facilitando información, soporte y derivación a recursos socio-sanitarios locales.

Análisis posteriores serán necesarios para identificar las necesidades específicas, entre otros, de los hombres que han sido pagados a cambio de sexo, ya que además estos hombres son en mayor proporción jóvenes, no nacidos en España, presentan una mayor vulnerabilidad económica

y mayor prevalencia auto-declarada del VIH. Esta información permitirá desarrollar intervenciones holísticas específicamente dirigidas a estos hombres que ejercen el trabajo sexual y que tengan en cuenta sus factores de vulnerabilidad, potenciando su participación en dichas intervenciones.

10. Bibliografía

1. Pharris A, Andrew J, Amato-Gauci A, Catchpole M, Denis C, Dara M, et al. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017-2016 data SURVEILLANCE REPORT [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 29]. Available from: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2017-2016-data>
2. ECDC. Guidance: HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockolm, June 2015 [Internet]. [cited 2019 Jun 26]. Available from: www.ecdc.europa.eu
3. Diaz A, Ruiz-Algueró M, Hernando V. Linfogramuloma venéreo en España, 2005-2015: revisión de la bibliografía. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(10):412-7.
4. Martínez-Rebollar M, Mallolas J, Pérez I, González-Cordón A, Loncà M, Torres B, et al. Brote epidémico de hepatitis aguda C en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33(1):3-8.
5. Weatherburn P, Schmidt AJ, Hickson F, Reid D, Berg RC, Hoppers HJ, et al. The European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS): design and methods. *Sexuality Research and Social Policy*. 2013;10(4):243-57. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13178-019-00413-0>.
6. Encuesta “on-line” europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: (EMIS): resultados en España [CD-ROM]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
7. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(6):341-9.
8. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. Hidden from health: Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS* 2015; 29(10):1239-46.
9. Fernández-Dávila P, Folch C, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Who are the men who have sex with men in Spain that have never been tested for HIV? *HIV Med*. 2013;14(SUPPL.3):44-8.
10. Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, Marcus U, Schmidt AJ. European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2017): Design and Methods. *Sex Res Soc Policy* (2019). <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00413-0>.
11. The EMIS Network. EMIS-2017-The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
12. Cawley C, Marcus U. Review of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) in Europe. Berlin: Robert Koch Institute; 2017. Available from: <https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/msm-review/msm-review-node.html>.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21.
14. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974;131(10):1121-3.
15. Cutrona CE, Russell D. The Provisions of Social Relationships and Adaptation to Stress. In: Jones WH, Perlman D, editors. *Advances in personal relationships*. 1. Greenwich, Connecticut: JAI Press;1983. P. 37-67.

16. Martínez-López Z, Fernández MFP, Couñago MAG, Vacas CT, Almeida L da S, González MSR. Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del social support questionnaire-short form y el social provisions scale. *Rev Latinoam Psicol.* 2014;46(2):102-10.
17. Ross MW, Berg RC, Schmidt AJ, Hospers HJ, Breveglieri M, Furegato M, et al. Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: Some public health implications of homophobia. *BMJ Open* 3, e001928.
18. Smolenski DJ, Diamond PM, Ross MW, Rosser BRS. Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the reactions to homosexuality scale. *J Pers Assess.* 2010;92(6):568-76.
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1-SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.
20. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. EDADES 2017. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017.
21. Hacer frente a la discriminación: Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Ginebra: ONUSIDA; 2017. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.p.
22. The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities. ISBN 978-88-98768-55-4 Cierre Grafica, 2016. Editors: Massimo Mirandola, Lorenzo Gios, Nigel Sherriff, Igor Toskin, Ulrich Marcus, Susanne Schink, Barbara Suligoi, C.
23. Jansen, KLR, Theron, L. Ketamine: further observations on use, users and consequences. *Adicciones.* 2003; 15(suplemento 2): 135.



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.msbs.gob.es