



THE UNIVERSITY  
of EDINBURGH



Centre for  
Biomedicine  
Self and Society



# Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España

Octubre 2024

Este informe y proyecto de investigación han sido financiados por la Oficina de Investigación de la Universidad de Edimburgo (University of Edinburgh Research Office Re-Starting European Collaborations Grants 2024) y apoyado por el Economic and Social Research Council (ES/X003604/1).

Publicado por la Universidad de Edimburgo.

ISBN (print): 978-1-83645-092-4

ISBN (ebook): 978-1-83645-090-0

DOI: 10.2218/ED.9781836450900

**Cita recomendada:**

Garcia-Iglesias, Jaime, Álvaro Albarrán Gutiérrez, Anaïs Corma Gómez, Francisco Javier Membrillo de Novales, Fernando Villamil Pérez. 2024. Perspectivas del VIH y la Salud Sexual en España. Edimburgo: Universidad de Edimburgo (Edinburgh Diamond).



# **Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España**

Octubre 2024

Jaime García-Iglesias, Universidad de Edimburgo

Álvaro Albarrán Gutiérrez, Universidad de Sevilla

Anais Corma Gómez, Hospital Universitario Virgen de Valme

Francisco Javier Membrillo de Novales, Hospital Central de la  
Defensa "Gómez Ulla"

Fernando Villaamil Pérez, Universidad Complutense de Madrid

# Contenidos

<b>Prólogo</b>	<b>7</b>
<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>10</b>
<b>Principales hallazgos y recomendaciones</b>	<b>12</b>
<b>Introducción</b>	<b>17</b>
<b>Método</b>	<b>19</b>
<b>La epidemiología del VIH y otras ITS en España</b>	<b>22</b>
La situación epidemiológica: ITS y VIH	22
Las causas	23
Poblaciones vulnerables	24
La implantación de la PrEP	26
Indetectable = intransmisible	27
Una crisis de salud sexual	28

<b>Sexo y sexualidad: una transformación sexual</b>	<b>30</b>
Aplicaciones de contactos	31
Percepciones de la PrEP y los preservativos	32
Hablar de lo que nos duele: chemsex y soledad	34
<b>Salud sexual y el sistema sanitario</b>	<b>38</b>
Abordaje de la salud sexual en el sistema sanitario	39
Problemas en el sistema sanitario	41
El papel de la atención primaria	45
El papel de las organizaciones comunitarias en el sistema de salud	46
<b>Política, activismo e instituciones</b>	<b>48</b>
Participación	48
Comunidades autónomas	50
Financiación y fragmentación del modelo comunitario	51
Relevancia e interés en el VIH: la era post-sida	53
Futuros	55
<b>Sociedad, cultura y educación</b>	<b>57</b>
El segundo silencio	57
La crisis de identidad	59

Hacia un enfoque multidisciplinar: la cultura como motor de cambio	61
Educación sexual	63
Hacia el futuro	64
<b>Líneas de investigación</b>	<b>66</b>
<b>Acrónimos</b>	<b>69</b>
<b>Sobre los autores</b>	<b>70</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>72</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>73</b>

# Prólogo

“I want you all to see what this disease looks like. It looks like me and it looks like you. The first letter in HIV stands for Human, and I want you all to never forget that”

(Blanca Evangelista en *Pose* episodio 6, temporada 2)

Hay muchas formas de medir el auge o caída del foco social, político y mediático de un fenómeno; la intensidad de su presencia en los productos culturales es una de ellas. El VIH y el SIDA dejaron de estar presentes cuando la cronificación de la infección fue una realidad en los países de rentas medias-altas y altas. En ese momento, también hubo un cambio de ciclo en su priorización en la agenda política, y esto no es necesariamente una mala noticia.

Cuando este informe se publica, hace más de 43 años del primer diagnóstico de infección por VIH en el mundo. En España, el primer caso se detectó en octubre de 1981. Muchas de las personas que ahora estamos en el ámbito clínico, político o de gestión, no hemos conocido un mundo sin VIH. Así, para muchos, pensar en “el futuro” del VIH no es simplemente tratar de reeditar un pasado que no volverá a ser sino un futuro que, basado en lo ocurrido en las últimas cuatro décadas, pueda configurarse de una manera en la que la libertad, la diversidad, la equidad en el acceso a los avances; la desaparición del estigma relacionado con el VIH; la excelencia en la calidad de los cuidados sanitarios y la mirada global gobiernen la situación del VIH en el mundo.

A la hora de avanzar hacia ese futuro, habrá que hacerlo incorporando las respuestas a los nuevos retos que van surgiendo. Suele decirse que cada sociedad afronta los retos que está en situación de poder abordar; esta transición hacia nuevos escenarios se ha vivido en el ámbito de la salud sexual al lograrse la conjunción de una cronificación de la infección por el VIH y la

capacidad de prevenir la transmisión del VIH gracias a la profilaxis pre-exposición. Esos hitos que revolucionaron el panorama de la infección por VIH en nuestro entorno han dejado paso a transformaciones derivadas de su existencia: pérdida de miedo a la infección por VIH, mayor centralidad del placer en las relaciones sexuales (en vez de la centralidad de la evitación del contagio), centralidad biomédica en el marco de la salud sexual derivada de la centralidad de los tiempos previos, y una politización de la salud sexual que, en cierto modo, podría verse como la versión edulcorada de la moralización previa.

Todos esos retos aluden a la sociedad a través de la mirilla de la salud. Nos hablan de las libertades sociales y políticas, de la necesidad de complejizar los abordajes en salud sexual para huir de planteamientos muy deterministas y excesivamente biomédicos, o de cómo hacer que las mejoras en la prevención y el control de la infección por VIH no generen derivadas sanitarias que disminuyan sus efectos positivos.

Además de ser un inmejorable lugar desde el que mirar la evolución de nuestra sociedad en las últimas cuatro décadas, la pandemia de VIH ha sido también una perfecta relatora de los equilibrios económicos y geopolíticos a nivel global. Hay un hilo que une, de un lado, el programa de tratamiento gratuito universal para todas las personas con VIH en Brasil a mediados de los años 90, y del otro lado, a la directora ejecutiva de ONUSIDA, Winnie Byanyima, elevando la voz en la inauguración de la última Conferencia Internacional del SIDA, en 2024, para confrontar con una farmacéutica acerca de la necesidad de hacer que los derechos ligados a la propiedad intelectual no se interpusieran en la necesidad de las personas en riesgo de infección por VIH de acceder a la PrEP de acción prolongada. El porqué de que el VIH haya sido este motor de acción política global a lo largo de la historia no tiene nada que ver con las características virológicas de la infección o con su mayor o menor sensibilidad a los medicamentos; la causa de eso ha sido una sociedad civil fuertemente



organizada y con capacidad de mover la postura de gobiernos, empresas y organizaciones supranacionales en favor de la salud de millones de personas. Esa fuerza social agregada es un ejemplo para cualquiera que, en algún lugar del mundo, quiera hacer cambiar las cosas desde una postura de supuesta inferioridad de fuerzas.

Este informe plantea cuál puede ser el futuro del VIH y de la salud sexual, cuáles son las preguntas que se abren paso y cuáles podrían ser las respuestas. Lograr que lo aprendido sea una herramienta de futuro y que las hipótesis avancen por el buen camino es una tarea colectiva en la que habremos de avanzar desde todos los ámbitos posibles.

**Javier Padilla**

Secretario de Estado de Sanidad

# Resumen ejecutivo

Este informe recopila y analiza las perspectivas de múltiples grupos sobre la situación del VIH y la salud sexual en España, recogiendo también sus recomendaciones para abordar esta situación desde el punto de vista sanitario, político y social.

En términos epidemiológicos, se percibe el aumento de ITSs como alarmante, aunque también se reconoce como un éxito el descenso de diagnósticos de VIH y el cumplimiento de los objetivos 90-90-90. Se identifica a varios colectivos como especialmente vulnerables debido a razones políticas, estructurales, y sociales, particularmente hombres GBHSH migrantes, mujeres trans y personas que envejecen con VIH. Las personas entrevistadas recomiendan mejorar la aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud, así como desarrollar enfoques de investigación multidisciplinarios que exploren las situaciones y necesidades de estos colectivos.

En paralelo, se percibe que España ha experimentado y experimenta una transformación sexual enfocada en el placer y la reducción del miedo al VIH, facilitada por la implantación de la PrEP y las aplicaciones de contactos. Aunque esta transformación se ha vivido como una liberación para algunas personas, otras sugieren que ha generado nuevos retos, como el chemsex y el aumento de la soledad, particularmente entre GBHSH. Diferentes grupos recomiendan desarrollar intervenciones que faciliten nuevas dinámicas de sociabilidad y abordar la necesidad de una educación sexual centrada en el placer y el cuidado.

El sistema sanitario se enfrenta a desafíos estructurales que limitan su capacidad de hacer frente a los problemas de salud sexual: predomina un enfoque biomédico que ha sido eficaz para mejorar la supervivencia de las personas que viven con VIH, pero no aborda las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales de la salud sexual. Existe una percepción de fragmentación y falta de coordinación, que dificultan la atención integral y equitativa, y una carencia de formación entre el personal sanitario. Para resolver esto, se recomienda desarrollar programas formativos que aborden la salud sexual de manera holística, mejorar la coordinación entre los actores, e incrementar la financiación.

En el ámbito político y comunitario, se observa una creciente desconexión entre las políticas públicas y la realidad de las poblaciones afectadas. El VIH ha dejado de ser una prioridad en la agenda política, lo que ha debilitado la respuesta institucional. Las organizaciones comunitarias juegan un papel crucial en la atención a las personas que viven con VIH,

especialmente en la prevención y el apoyo psicosocial, pero estas entidades están al límite de su capacidad. El informe recomienda reforzar el modelo comunitario, incrementando su financiación, potenciando su participación en la formulación y gestión de políticas, y mejorando la coordinación entre las ONGs y las instituciones públicas para ofrecer una respuesta más eficaz y equitativa.

Finalmente, en el ámbito de la sociedad, cultura y educación, el informe expone la percepción generalizada de una crisis de naturaleza sociocultural como causa subyacente a las problemáticas de salud sexual que se exploran. Se establece la necesidad de generar espacios discursivos para gestar una mayor respuesta al VIH y la salud sexual. En especial, se percibe una carencia de recursos y espacios de intervención artística, que se recomienda solventar. Entendiendo la salud sexual como un problema con una dimensión cultural, se propone una mayor inversión en cultura y el arte como mecanismos efectivos de reflexión e intervención creativa. Así mismo, se subraya la necesidad de una renovación en la educación sexual. El enfoque actual es insuficiente para responder a las transformaciones que han tenido lugar en la sexualidad moderna. Es necesario integrar la gestión del placer, el consentimiento y una visión positiva de la salud sexual en los programas educativos.

En resumen, el informe recoge perspectivas sobre la urgencia de una respuesta más inclusiva, coordinada y multidisciplinaria para abordar los desafíos de la salud sexual en España.

# Principales hallazgos y recomendaciones

	Hallazgos	Recomendaciones
<p><b>La epidemiología del VIH y otras ITS en España</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe preocupación por el aumento de ITS, atribuido a varias causas sociales y culturales.</li> <li>• Las principales poblaciones vulnerables al VIH son GBHSH migrantes de origen latinoamericano y mujeres trans.</li> <li>• La vulnerabilidad de estos colectivos se explica debido a defectos en la aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud en ciertas CCAA y a la invisibilización institucional.</li> <li>• El envejecimiento de las PVIH y sus problemas específicos, se ven como un incipiente reto que necesita trabajo específico.</li> <li>• La PrEP se percibe como un cambio fundamental, asociado tanto con un aumento de ITS como con una sensación de toma de responsabilidad sobre la salud sexual propia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben investigar las razones del aumento de las ITS en España desde una perspectiva multidisciplinar y adaptada a las particularidades del sistema sanitario español.</li> <li>• Es necesario facilitar el acceso de las personas migrantes al sistema de salud y la PrEP sin barreras legales ni culturales.</li> <li>• Es necesario realizar investigación para conocer las necesidades y situaciones de las comunidades especialmente vulnerables.</li> <li>• Ante el envejecimiento de las PVIH, se debe incluir a los servicios socio-sanitarios, como residencias socio-sanitarias, aseguradoras y cuidadores, en conversaciones sobre VIH.</li> </ul>

<p><b>Sexo y sexualidad: una transformación sexual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• España ha experimentado, o experimenta, una transformación sexual que centra el placer sobre el miedo al VIH.</li> <li>• La PrEP ha tenido efectos transformadores en este contexto: facilitando la experimentación sexual y la liberación. No obstante, la PrEP también ha enfatizado el acercamiento biomédico a la sexualidad.</li> <li>• Las aplicaciones de contactos han transformado la sociabilidad y sexualidad, particularmente entre las comunidades GBHSH.</li> <li>• El chemsex se percibe como un problema grave, con causas diversas. No obstante, la concepción del chemsex como una “crisis” es problemática.</li> <li>• La soledad y la falta de redes de apoyo se percibe como una importante dinámica subyacente.</li> <li>• La transformación sexual no ha venido acompañada de la necesaria transformación de la educación sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario desarrollar intervenciones que generen espacios de sociabilidad no relacionados con el sexo o el consumo de sustancias.</li> <li>• Los impactos de las aplicaciones de contactos están poco estudiados y requieren un acercamiento exhaustivo e interdisciplinar</li> <li>• La transformación sexual que se ha experimentado requiere un nuevo acercamiento a la educación sexual, que provea de herramientas para gestionar el placer.</li> <li>• El chemsex presenta una problemática compleja y aún poco comprendida, que requiere colaboración entre instituciones y comunidades.</li> </ul>
<p><b>Salud sexual y el sistema sanitario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El abordaje de la salud sexual es eminentemente biomédico y hospital-centrista, no siempre considerando los aspectos sociales, emocionales o psicológicos de la salud sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es urgente desarrollar programas formativos (reglados y no reglados) en salud sexual, y en las competencias socio-culturales relacionadas con esta.</li> </ul>

<p><b>Salud sexual y el sistema sanitario (continúa)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención sanitaria se encuentra fragmentada, con diferentes organismos poco coordinados y faltos de recursos.</li> <li>• Existen carencias de formación médica y competencias socio-culturales entre el personal sanitario.</li> <li>• El estigma relacionado con el sexo y la salud sexual es prevalente, afectando tanto a pacientes como a profesionales.</li> <li>• El desarrollo de una especialidad de Enfermedades Infecciosas y el trasvase de competencias a la atención primaria son dos posibles avenidas de futuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La coordinación entre instituciones y organismos requiere de un ejercicio de sistematización y recopilación de datos sobre qué servicios hay disponibles y dónde.</li> </ul>
<p><b>Política, activismo e instituciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las participantes describen una creciente politización de la salud sexual, que subyuga las acciones de promoción de la salud a vaivenes políticos.</li> <li>• Existe un claro problema con el modelo de financiación actual, que está fragmentado y no garantiza la longevidad de los programas o la retención del talento.</li> <li>• Las organizaciones comunitarias existen en un contexto competitivo debido a la falta de financiación.</li> <li>• Existe un decreciente interés en el VIH, lo que ha requerido que las organizaciones comunitarias adapten sus objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar las vías de participación, buscando despolitizar la salud sexual.</li> <li>• Modificar el modelo de financiación actual, para garantizar la continuidad de programas y la retención del talento</li> <li>• Fomentar la colaboración entre organizaciones comunitarias, promoviendo compartir talento y conocimiento.</li> <li>• Recolectar, poner en valor y movilizar los conocimientos adquiridos en la lucha contra el VIH para hacer frente a otros problemas de salud.</li> </ul>

<p><b>Política, activismo e instituciones (continúa)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un interés en las políticas horizontales, a las que deben contribuir las organizaciones comunitarias con los conocimientos aprendidos en su lucha contra el VIH.</li> </ul>	
<p><b>Sociedad, cultura y educación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contexto actual está marcado por un “segundo silencio” que implica una invisibilización del VIH/sida y la salud sexual.</li> <li>• Se sugiere la existencia de una “crisis de identidad” caracterizada por la soledad y la falta de prácticas de ocio, que subyace a fenómenos como el chemsex.</li> <li>• El arte, la literatura, la danza y el teatro funcionan como motores de cambio social y pueden aportar herramientas centrales para abordar problemáticas de salud sexual, pero requieren de nuevos modelos de financiación que permitan intervenciones culturales a largo plazo.</li> <li>• Existen carencias graves en la educación sexual, en parte por su politización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es imperativo desarrollar nuevos modelos de colaboración interdisciplinar en todos los ámbitos: desde la investigación a la participación política a la creación artística.</li> <li>• Se requiere analizar la posible existencia de una “crisis de identidad” entre la comunidad de GBHSH como una de las causas del aumento de ITS y problemáticas como el chemsex.</li> <li>• Es necesario promover la gestación de discursos sobre el VIH/sida y la salud sexual, estableciendo espacios de intervención y creación artística.</li> <li>• Hay que favorecer acuerdos sociales sobre la necesidad de una educación sexual de calidad, centrada en el cuidado y el bienestar individual y colectivo.</li> </ul>

## Líneas de investigación

- ¿Cuáles son las causas y motivaciones subyacentes a los fenómenos y tendencias de salud sexual, como el incremento de ITS o el chemsex?
- Realizar estudios rigurosos e interdisciplinarios que dimensionen y caractericen el fenómeno del chemsex.
- ¿Cuáles son las motivaciones, experiencias y contextos del chemsex en España?
- Investigar las "causas de las causas" de la situación del VIH y salud sexual en España, incluyendo el estigma, la soledad y la banalización del sexo en su contexto social, cultural, material y político.
- ¿Qué es la 'crisis de identidad' que afecta a GBHSH, particularmente migrantes, en relación a la soledad, ITS y chemsex?
- ¿Cómo influyen los contextos materiales y políticos en las experiencias de salud sexual de diversos colectivos y sus efectos (como la comercialización de la sociabilidad y las aplicaciones de contacto)?
- Desarrollar y evaluar intervenciones específicas para facilitar el acceso de poblaciones vulnerables (trans y trabajadores del sexo) a los servicios de salud sexual, centrándose en acercamientos compartidos y co-producidos.
- Investigar la calidad de vida de las PVVIH, tanto en general como en el contexto del envejecimiento con VIH y las correspondientes necesidades sociales y socio-sanitarias.
- ¿Cómo se puede medir la calidad de vida de las PVVIH? ¿Qué efectos tienen los recortes sanitarios en la salud y calidad de vida de las PVVIH?
- ¿Cuál es el efecto de la aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud y otras medidas burocráticas y legislativas en las experiencias de salud sexual y la situación epidemiológica?
- ¿Cómo las personas jóvenes se introducen en culturas sexuales y adquieren conocimientos?
- ¿Cómo mejorar la educación sexual?
- Fomentar el debate y la reflexión sobre el VIH/sida y la salud sexual en el ámbito cultural.



# Introducción

Desde 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad” y aclara que “no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia” (World Health Organisation 2006)[i]. Esta definición reconoce la intersección de realidades emocionales, sociales, políticas y materiales, además de fisiológicas, en las experiencias de la salud sexual. Por tanto, también invita a adoptar enfoques de investigación interdisciplinarios capaces de entender y explorar las múltiples realidades de la salud sexual.

Este informe surge del deseo de abordar la exclusión de las ciencias sociales y las humanidades, salvo contadas excepciones, de las conversaciones sobre salud sexual en España. Al mismo tiempo, también es fruto de una ambición: servir como el punto de arranque desde el que se abran nuevas líneas de investigación en clave plural y comunitaria, generando comunidades y conversaciones transdisciplinarias.

Existe una urgencia clara: los últimos informes en materia de VIH y salud sexual en España muestran una tendencia al alza en los registros de incidencia, situando a España por encima de la media europea (Unidad de Vigilancia de VIH 2024; Dirección General de Salud Pública 2023). Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH, continúan siendo una problemática grave. Todo esto evidencia el agotamiento de modelos enteramente biomédicos y la necesidad imperiosa de involucrar a otras disciplinas para entender las múltiples realidades que conforman la salud sexual en España.

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que se incluyen en la Agenda 2030 de la OMS, ratificados por el Gobierno de España, la investigación en materia de salud sexual debe ser abordada en estos términos para lograr así “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (ODS-3) pero también para “reducir las desigualdades en los países y entre ellos” (ODS-10) (Ministerio de Derechos Sociales n.d.).

La salud sexual comporta un componente de estigmatización, tan marcado como ineludible, que atenta contra lo que la OMS, en su definición de 2006, entiende como el “enfoque positivo y respetuoso” que ha de ofrecerse “a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como a la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia” (World Health Organisation 2024b)[ii]. Solo desde las ciencias sociales y las humanidades, la cultura y el arte, podemos hacer frente de manera

efectiva al estigma que existe en nuestra sociedad e impide avances efectivos en materia de salud sexual.

Este informe también responde a las propuestas que rigen el Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España (2021-2030), especialmente en lo concerniente a los principios de “equidad” y “complementariedad” que sirven como sus fundamentos (División de Control de VIH y Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III 2023). Para conseguir poner “en el centro la dignidad de las personas con el VIH y/o otras ITS y/o que son vulnerables” y, así mismo, promover “la creación de un entorno propicio para que las respuestas al VIH puedan tener éxito”, la investigación ha de ofrecer una respuesta a la salud sexual acorde a la diversidad y complejidad de prácticas y actores implicados en la experiencia de la misma en nuestro territorio (ibid.).

Este informe ofrece un primer acercamiento al contexto actual por medio de perspectivas sobre VIH y salud sexual, identificando prioridades de investigación. Para realizar este informe, se ha llevado a cabo un trabajo de entrevistas original con un conjunto de veintiún participantes pertenecientes a distintos ámbitos de la salud sexual en España: sanitario, político y gubernamental, académico, activista, y artístico. Hemos contado, y agradecemos profundamente, con el apoyo de múltiples organizaciones comunitarias y el Ministerio de Sanidad, que nos han abierto sus puertas y ofrecido su tiempo. Pero este informe es solo el principio: para crear una masa crítica de investigación en ciencias sociales y humanidades, que sea multidisciplinaria y comunitaria, es necesario un compromiso sincero y sostenido en el tiempo. Un compromiso que financie y ponga en valor estas disciplinas como lo que son: intrínsecas para entender y abordar la salud sexual en España.

# Método

Este informe es producto de una colaboración interdisciplinar que incluye a especialistas en sociología, antropología, filología y medicina.

## Recopilación de datos

Este informe busca destacar las perspectivas de todos los colectivos que trabajan en el ámbito de la salud sexual en España. Para ello, el equipo de investigación realizó veintiún entrevistas con:

- Personas que trabajan en el mundo activista y comunitario
- Personal clínico, mayormente médico, que proporciona servicios de salud sexual
- Actores políticos y técnicos del Ministerio de Sanidad
- Personas que abordan la salud sexual desde el mundo artístico y performativo

Se realizaron entrevistas cualitativas, semi-estructuradas en Sevilla, Madrid, Barcelona y Valencia entre Junio y Agosto de 2024. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, y anonimadas.

## Identificando resultados y recomendaciones

El equipo de investigación analizó de manera individual una muestra de las entrevistas, identificando los principales temas. Posteriormente, se realizó un análisis exhaustivo de las transcripciones de todas las entrevistas. Entre los meses de agosto y septiembre, el equipo de investigación trabajó de manera conjunta para identificar los resultados, determinar las conclusiones y recomendaciones, y redactar el informe final.

Este informe se centra en recopilar, poner en común, y analizar las perspectivas que diferentes colectivos tienen sobre la situación del VIH y la salud sexual en España, identificando líneas de confluencia, recomendaciones y futuras avenidas de investigación. El conjunto de datos obtenidos por medio de las entrevistas incluye saberes, experiencias, perspectivas, discursos y narrativas que, en su conjunto, abren una ventana a la complejidad del campo de la respuesta al VIH y la salud sexual en nuestro país.

## **Intersecciones y conexiones**

Este informe articula los resultados en varios capítulos, como perspectivas sobre la situación epidemiológica o cultural. Estas divisiones son artificiales, realizadas para poder facilitar su lectura. Todos los temas que aquí se abordan son necesariamente complejos y existen en la intersección de lo social, lo político, lo cultural y lo epidemiológico y sanitario. Así, por ejemplo, no es posible entender el fenómeno del chemsex sin considerar sus componentes sociales (falta de redes de apoyo), sus componentes culturales (comercialización de la sociabilidad gay, aplicaciones de contacto), políticos (creación de narrativas de crisis) y biomédicos.

## **Nota de género**

En este informe, para referirnos a todas las personas que participaron en las entrevistas, se utiliza el femenino.



# **Hallazgos y recomendaciones**

# La epidemiología del VIH y otras ITS en España

## Hallazgos principales:

- Existe preocupación por el aumento de ITS, atribuido a varias causas sociales y culturales.
- Las principales poblaciones vulnerables al VIH son GBHSH migrantes de origen latinoamericano y mujeres trans.
- La vulnerabilidad de estos colectivos se explica debido a defectos en la aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud en ciertas CCAA y a la invisibilización institucional.
- El envejecimiento de las PVIH y sus problemas específicos se ven como un incipiente reto que necesita trabajo específico.
- La PrEP se percibe como un cambio fundamental, asociado tanto con un aumento de ITS como con una sensación de toma de responsabilidad sobre la salud sexual propia.

Este capítulo se considera las perspectivas de diversos colectivos con relación a la situación epidemiológica actual. En particular, este capítulo describe las causas que subyacen el aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS): cambios en pautas sexuales, procesos sociales, situación de España como nexo turístico. También se describe el descenso en diagnósticos de VIH. Así mismo, se describe la particular vulnerabilidad de los hombres gays, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) migrantes, las mujeres trans y las personas que envejecen con VIH. Tras esto, el capítulo aborda la profilaxis pre-exposición para el VIH (PrEP), particularmente en su relación con el aumento de ITS, y el concepto de la indetectabilidad. Finalmente, se analizan las perspectivas sobre si España está en una situación de “crisis” en materia de salud sexual.

## La situación epidemiológica: ITS y VIH

La relevancia de este informe viene determinada por una situación actual preocupante tanto en España como en toda Europa. Las ITS suponen un problema en crecimiento en nuestro entorno. En la Unión Europea, las ITS están en aumento. En 2022, la incidencia de gonorrea en la UE se incrementó un 48% desde 2021 y un 59% desde 2018. El grupo de edad con mayor incidencia está entre los 20 y los 24 años, tanto para los hombres (99,6 casos por

100.000 habitantes) como para las mujeres (48,1 casos por 100 000 habitantes). Las mujeres de 20 a 24 años tuvieron el mayor aumento en la tasa de notificación en 2022: 63% en comparación con 2021 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2024c). Cifras similares se detectaron en otras ITS como clamidia (European Centre for Disease Prevention and Control 2024a) o sífilis (European Centre for Disease Prevention and Control 2024d).

La situación en España es similar. Los últimos datos epidemiológicos disponibles confirman una tendencia ascendente de la incidencia de ITS, especialmente marcada desde 2005, tanto en infección gonocócica (desde 2,91 casos/100.000 hab. en 2005 hasta 32,41 casos/100.000 hab. en 2021) como en sífilis (desde 3,39 casos/100.00 hab. en 2005 hasta 13,97 casos/100.000 hab. en 2021). La evolución de la infección por Chlamydia es más difícil de evaluar por no disponerse de serie histórica hasta 2015. Las tasas en 2021 de esta infección, no obstante, eran altas (48,36 casos/100.000 hab.) (División de Control de VIH 2023). Ante esta situación, un alto cargo técnico del Ministerio de Sanidad argumenta que las enfermedades de transmisión sexual se han convertido en un importante “problema de salud pública” (P9, alto cargo técnico).

En relación a la infección por VIH, por el contrario, la situación es de tendencia al descenso de nuevos casos tanto en hombres heterosexuales como hombres gays, bisexuales y que tienen sexo con hombres (GBHSH). La tendencia también es de disminución en mujeres heterosexuales, aunque ha sido menor en el último año (Dirección General de Salud Pública 2023). En este contexto, cabe destacar el cumplimiento en España de los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA para el 2020. De hecho, en la actualidad el 92,5% de las personas que viven con VIH han sido diagnosticadas, el 96,6% de estas reciben tratamiento antirretroviral y el 90,4% de estas han alcanzado la supresión viral (Unidad de Vigilancia del VIH 2023). Estos objetivos son fundamentales para detener la propagación del VIH y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Estos logros son un punto de orgullo: un alto cargo técnico reconoce que, en España, “lo hacemos bien tratando a la gente, consiguiendo cargas virales indetectables, lo hacemos muy bien” (P12).

A esta situación se une la aparición de la viruela M o Mpox que, desde 2022, se ha convertido en ITS (Membrillo de Novales et al. 2024; Garcia-Iglesias et al. 2022), con más de 100.000 casos a nivel mundial (European Centre for Disease Prevention and Control 2024b; World Health Organisation 2024a). En España, el 97% de los pacientes con viruela M la adquirieron en el contexto de las relaciones sexuales, correspondiendo el 98% de las mismas a relaciones sexuales entre hombres GBHSH (Ramirez-Olivencia et al. 2024).

## **Las causas**

Las personas con las que hemos hablado manejan varias posibles explicaciones para estos aumentos de ITS, incluyendo cambios en las pautas sexuales (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, uso de métodos de prevención), pero también a otros “procesos sociales”. Así, un alto cargo técnico del Ministerio explica que el aumento de ITS

“tiene que ver con todos los procesos sociales, que ya están descritos también para otras epidemias y que no creo que es algo que vaya a desaparecer. Es algo grave, es muy preocupante y tenemos pocas herramientas biomédicas” (P12).

El contexto de España como nexo geográfico y cultural entre Europa, América y África, y la importancia del sector turístico en este país influyen también en la situación. Una investigadora y activista explicaba que España es “un país turístico, muy expuesto a fenómenos de consumo, de prácticas sexuales y de usos recreativos” (P15). Los primeros brotes de viruela M en España estuvieron, de hecho, relacionados con encuentros sexuales en los que participaron turistas internacionales.

## **Poblaciones vulnerables**

Las personas entrevistadas han identificado a dos colectivos particularmente vulnerables y sobrerrepresentados en nuevas infecciones por VIH: los hombres gays, bisexuales y que tienen sexo con hombres (GBHSH) migrantes de origen latinoamericano y las personas trans.

### **Hombres GBHSH migrantes**

Los hombres GBHSH migrantes de origen latinoamericano son un colectivo particularmente afectado por el VIH. Una médico que trabaja en VIH explica que, en su hospital, los nuevos diagnósticos suelen corresponder a migrantes latinos jóvenes, fundamentalmente GBHSH. Aunque algunos ya han sido diagnosticados en sus países de origen, muchos son nuevos diagnósticos en España: “En mi hospital, los nuevos pacientes con VIH suelen ser hombres de entre 25 y 45 años, latinoamericanos” (P14).

La vulnerabilidad de los hombres GBHSH migrantes radica, según muchas de las entrevistadas, en la ausencia de redes de apoyo social y emocional, dinámicas de homofobia y falta de acceso a la PrEP. En este último punto, tanto altos cargos políticos como agentes comunitarios coinciden en señalar la deficiente aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud en algunas comunidades autónomas, lo que complica que personas que acaban de llegar a España puedan acceder de forma rápida a servicios de salud sexual, como la PrEP:

En la gente que se está infectando en España ahora, las nuevas infecciones, está sobrerrepresentada la población de hombres gay, bisexuales, y otros hombres que tienen sexo con hombres de origen latinoamericano, porque no es gente que estemos vinculando a PrEP nada más llegar. (P12, alto cargo técnico)

Por otra parte, según el personal sanitario entrevistado, el manejo de la infección por VIH en esta población es más complejo por la falta de datos previos de sus países de origen. Así, alguno de los pacientes



vienen con el diagnóstico de su país de origen, sin informes, sin cargas virológicas de seguimiento, sin saber con qué tratamientos se les han tratado. Nosotros tenemos que encauzarles aquí, sin conocer una historia previa de esos fármacos, ni por supuesto de mutaciones, de resistencia, ni etc. (P14, médico especialista)

Estos dos factores convierten a los GBHSH migrantes que viven con VIH en un grupo que requiere especial estudio en el marco del aumento de las ITS en España.

## **Mujeres trans**

El segundo grupo vulnerable es el de las personas trans, particularmente las mujeres trans, tanto migrantes como de origen español. En este grupo coinciden múltiples factores de vulnerabilidad, como el ejercicio de la prostitución o la falta de servicios de apoyo. Una de las entrevistadas destaca la situación particularmente compleja de las “mujeres trans también migrantes o mujeres trans españolas mayores que todavía están en la prostitución y están super, super vulnerables. Es gente en una situación super dura, muy dura” (P12, alto cargo técnico).

Los conflictos con relación al género y la discriminación hacia las personas trans, en opinión de algunas entrevistadas, podrían estar dificultando el acceso a la información de prevención de las ITS y la visibilidad en las actividades de prevención en este colectivo. Así, una activista explica que: “No tenemos datos de mujeres trans en este país por culpa de las TERF. Es un colectivo invisibilizado, maltratado, con unas tasas de infección enormes y del que no sabemos nada” (P5). Esta misma activista argumenta que la invisibilización de las mujeres trans es un fenómeno de largo recorrido y compartido por otros colectivos: “Las mujeres trans nunca están de moda, las mujeres cis nunca están de moda, el hombre bisexual nunca está de moda” (P5).

## **PVVIH que envejecen**

Por último, varias de las participantes reflexionaron sobre la situación compleja que experimentan las personas que viven con VIH (PVVIH) y que envejecen debido al desarrollo de comorbilidades y una necesidad de mayor apoyo institucional, tanto médico como sociosanitario, que no siempre está disponible. El entorno asistencial y social de las personas que envejecen no siempre está habituado al manejo del VIH, lo que supone un riesgo de generar situaciones de exclusión y estigmatización que requieren un trabajo proactivo.

Esta situación afecta a otras dimensiones de la vida de las PVVIH como vivienda, salud sexual, salud mental o soledad, que también mencionan las participantes. También hay problemas para acceder al reconocimiento de la discapacidad/incapacidad laboral, seguros de salud privados y centros sociosanitarios.

## La implantación de la PrEP

La PrEP es una estrategia preventiva que implica el uso de medicamentos antirretrovirales por personas que no viven con VIH para prevenir la infección. Un alto cargo técnico del Ministerio explicaba que, tras haberse iniciado su dispensación en 2019, actualmente hay “casi 25.000 personas en PrEP en España. El aumento es muy grande. Entre 5.000 y 8.000 nuevos usuarios inician PrEP al año, y eso está funcionando relativamente bien” (P12). La práctica totalidad de las entrevistadas hablaron de la PrEP en relación con el aumento de la incidencia de ITS, aunque no siempre establecieron una relación causal.

Varias de las participantes explican que la PrEP ha abierto un camino hacia la aceptación y “normalización” del cuidado de la salud sexual, convirtiéndose en una herramienta de empoderamiento para el cuidado de la salud sexual. Así, una médico que trabaja en el ámbito comunitario explica que “La PrEP ha sido un gran avance. [...] Nos da bastante seguridad de que el usuario está más tranquilo. Ahora la salud sexual es muy diferente: nos preocupamos cuando hay una ITS, se trata y ya está” (P2)

Al mismo tiempo, muchas de las participantes destacan serios problemas en la implantación de la PrEP en España. En primer lugar, hablan de causas políticas debido a la fragmentación de la sanidad entre numerosos organismos gestores, tanto nacionales (INGESA, MUFACE, ISFAS) como sistemas de salud autonómicos. En ese contexto, se explica que existe no solo una infrafinanciación en la implementación de la PrEP sino también una gran variabilidad en cómo se ha implementado en diferentes regiones. Como ejemplo, un alto cargo técnico explicaba que: “El problema es que los centros que han empezado a dar PrEP no tienen una financiación adicional para ello. Con los recursos que ya tenían, ahora tienen que además dar PrEP” (P12)

Los problemas en la implementación de la PrEP causan la aparición de barreras estructurales que afectan en mayor medida a las poblaciones más vulnerables. Así, varias de las participantes destacan que han sido estos problemas los que han determinado el perfil actual de los usuarios de la PrEP:

Estamos en un momento en que el colapso es tal y el acceso a la PrEP en ciertas poblaciones es tan bajo, que, aunque es efectiva, solo está siendo efectiva en el hombre gay blanco con dinero. (P5, activista)

La incapacidad de atender la demanda de PrEP coexiste con una ausencia de campañas informativas dirigidas a las poblaciones vulnerables al VIH. Una activista comenta que “resulta difícil de creer que no haya habido ni un solo anuncio público en medios de comunicación del Ministerio en relación a que existe la PrEP: infórmate, eres candidato si cumples estos requisitos, etc. Algo de promoción institucional” (P7).

Estos dos puntos pueden ser fácilmente relacionados: la falta de promoción de la PrEP (en qué consiste, sus beneficios, quién, dónde y cómo acceder a ella, posicionarla como derecho, etc.) muy probablemente afecta a la baja demanda entre ciertas poblaciones vulnerables (como GBHSH migrantes o mujeres trans) que carecen de información o son incapaces de acceder a ella por las barreras estructurales que se han levantado en su implantación, como la fragmentación del sistema sanitario, las listas de espera o la deficiente aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud.

Como aspecto positivo, varias de las participantes destacaron la adherencia de las personas en PrEP a los controles rutinarios de otras ITS. Así, una médico que trabaja en el ámbito comunitario explicaba que, gracias a la PrEP,

ahora tenemos mucha más gente que se hace controles rutinarios y antes solo se hacía cuando tenía síntomas. Eso ha cambiado mucho. La gente es más responsable y más consciente de las ITS, así responsabilizamos a la gente de su salud. (P2)

Varias de las personas a las que entrevistamos eran conscientes de que, en los medios de comunicación y sociedad en general, se han establecido discursos que asocian el uso de la PrEP con el abandono de los preservativos y, en consecuencia, un aumento de las ITS. No obstante, cabe destacar que la relación entre las ITS y la PrEP es significativamente más complicada. Como un alto cargo técnico explica, aunque el aumento de ITS sí esté relacionado (en parte) con el no uso del preservativo,

los usuarios de PrEP no usaban el condón en la mayoría de ocasiones antes de recibir la PrEP. Es decir, que la gente que quiere usar PrEP, que se decide a hacerlo, son ya candidatos a tener ITS, solamente por sus prácticas sexuales. Es decir, que la PrEP se da en gente con muchas ITS, no al revés. (P12)

Existen una multitud de diversas perspectivas entre las personas entrevistadas sobre la PrEP y su posible relación con el aumento de ITS: es, por lo tanto, prioritario investigar las consecuencias de la PrEP en el contexto español.

## **Indetectable = Intransmisible**

"Indetectable = Intransmisible" (I=I) es un concepto que se refiere a que una persona que vive con VIH que está en tratamiento antirretroviral y mantiene una carga viral indetectable durante al menos seis meses no puede transmitir el virus a otras personas a través de las relaciones sexuales (Prevention Access Campaign 2016). El descubrimiento de "I=I" se ha identificado por varias participantes como uno de los hitos más importantes en el ámbito de la infección por el VIH, al liberar a las PVIH de culpabilidad, del miedo a contagiar y de una buena parte del estigma. I=I contribuye a su empoderamiento, a poder relacionarse en el plano sexo-afectivo de una forma saludable y placentera. Una activista explica que "la salud mental de los pacientes con VIH ha mejorado muchísimo, muchísimo con el estudio Partner y con todos los estudios que han avalado lo de la indetectabilidad" (P18). Otra activista explica que tanto la PrEP como la indetectabilidad "han quitado el miedo en la población,

cosa que es maravillosa, maravillosa. Para alguien como yo, toda mi vida ha sido una mierda sexual debido al VIH" (P11). Sin embargo, una médico especialista en VIH matizaba que "la salud en las personas que viven con VIH no es solo la indetectabilidad" (P4). Con esto se refiere a los posibles efectos negativos de poner demasiado énfasis en la indetectabilidad como objetivo del tratamiento, pues hay personas que viven con VIH "que toman su tratamiento antirretroviral pero no logran esa indetectabilidad. Eso puede generar frustración o pensar 'no lo estoy haciendo bien' o '¿qué pasa conmigo?'" (P4).

## Una crisis de salud sexual

Los datos epidemiológicos, como hemos visto, nos muestran un claro aumento de la incidencia de las ITS en España en los últimos años, a excepción del VIH. A este respecto, se detectan en las participantes opiniones contrapuestas sobre si definir o no la gravedad de la situación como una "crisis". Un alto cargo técnico argumenta que "sí, sí, clarísimamente es una epidemia de ITS" (P9) y una activista también explica que "pienso que es una crisis, es una crisis que se tenía que dar" (P11). No obstante, otras participantes no comparten esta opinión: una activista explica que "no creo que sea tan alarmante, la comunidad que yo atiendo no tiene esa vivencia" (P8), relacionando los aumentos de ITS con más diagnósticos precoces. Esta misma perspectiva la comparte una médico que explica que

'crisis' me parece como a lo mejor muy fuerte: hay un problema pero también es que estamos diagnosticando más, existen más protocolos de seguimiento de contacto. Por lo tanto, eso hace que haya más personas diagnosticadas y eso hace que también aumentan los casos. (P4, médico especialista)

Pese a estas diferencias, sí que hay unanimidad en la sensación de que la situación actual es producto de una falta de atención a la salud sexual durante años y un mayor interés en el momento actual:

Yo creo que ha sido un problema que ha ido subiendo durante los últimos años al que nadie le ha prestado atención y que cuando se le ha empezado a prestar atención [...] pues nos ha estallado en la cara. De repente, sale publicado el último informe de vigilancia epidemiológica con los datos de infecciones de transmisión sexual en España, sale publicado en toda la prensa, empiezan a hacer preguntas parlamentarias, entonces se empieza a avivar el interés. (P9)

Varias entrevistadas argumentan que una causa subyacente a la situación actual es la falta de enfoque social. Se concibe la infección de transmisión sexual como un campo exclusivo de trabajo e investigación de la ciencia médica. La falta de estudio e interacción entre las ciencias sociales y las médicas están privando a España de una herramienta útil en la solución del problema descrito en este capítulo. Así, la salud sexual en España se define como

un sistema hospital-centrista, incluso en la prevención, que deja atrás a mucha gente porque es una barrera imposible de saltar para ciertas poblaciones, que son encima las que tienen mayor prevalencia acumulada, como pueden ser mujeres trans o trabajadores del sexo. (P5, activista)

Este sistema eminentemente biomédico genera carencias en la investigación y el conocimiento. Varias participantes explican que “hace falta mucha investigación social” (P12, alto cargo técnico) para entender las necesidades de colectivos vulnerables como las mujeres trans, sus necesidades y situaciones.

La disparidad de perspectivas sobre la situación actual de la salud sexual en España, la PrEP y sus consecuencias, y la necesidad de entender mejor a los colectivos vulnerables ponen de manifiesto la necesidad de estudios desde un enfoque sociológico y humanístico.

#### Recomendaciones:

- Se deben investigar las razones del aumento de las ITS en España desde una perspectiva multidisciplinar y adaptada a las particularidades del sistema sanitario español.
- Es necesario facilitar el acceso de personas migrantes al sistema de salud y la PrEP sin barreras legales ni culturales.
- Es necesario realizar investigación para conocer las necesidades y situaciones de las comunidades especialmente vulnerables.
- Ante el envejecimiento de las PVVIH, se debe incluir a los servicios socio-sanitarios, como residencias socio-sanitarias, aseguradoras y cuidadores, en conversaciones sobre VIH.

# Sexo y sexualidad: una transformación sexual

## Hallazgos principales:

- España ha experimentado, o experimenta, una transformación sexual que centra el placer sobre el miedo al VIH.
- La PrEP ha tenido efectos transformadores en este contexto: facilitando la experimentación sexual y la liberación. No obstante, la PrEP también ha enfatizado el acercamiento biomédico a la sexualidad.
- Las aplicaciones de contactos han transformado la sociabilidad y sexualidad, particularmente entre las comunidades GBHSH.
- El chemsex se percibe como un problema grave, con causas diversas. No obstante, la concepción del chemsex como una “crisis” es problemática.
- La soledad y la falta de redes de apoyo se percibe como una importante dinámica subyacente.
- La transformación sexual no ha venido acompañada de la necesaria transformación de la educación sexual.

Existe una percepción generalizada de que, en los últimos años, se está produciendo una transformación sexual en España. Esta transformación, que afecta tanto a las experiencias de los individuos como a las culturas comunitarias, está caracterizada por una “exploración sexual” y un énfasis en “reclamar el derecho al placer,” particularmente entre la comunidad gay (P20, activista). Esta transformación, que muchas de las participantes asocian con la popularización de las aplicaciones de contactos y de la PrEP, ha dado lugar a ciertas dinámicas sociales y sexuales: algunas son positivas, como la percepción de que se ha perdido el miedo al VIH y una centralización del placer, pero otras son negativas, como la soledad, la banalización de los encuentros sexuales o el incremento de prácticas de chemsex problemáticas.

Cabe destacar que la mayor parte de las personas entrevistadas centraron sus discusiones sobre esta transformación en la comunidad gay. Una activista, a la que preguntamos sobre

este énfasis, comentaba que siempre ha habido un foco sobre los hombres gay en el campo de la sexualidad y la salud sexual, mientras que otros colectivos han recibido menos atención: “Las mujeres trans nunca están de moda, las mujeres cis nunca están de moda, los hombres bisexuales nunca están de moda” (P5, activista).

En este capítulo abordamos esta transformación, describiendo su contexto y consecuencias. Prestamos, así mismo, especial atención al fenómeno del chemsex, o el “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres” (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA 2020).

## Aplicaciones de contactos

Las aplicaciones de contacto, cuyos ejemplos más populares son Tinder, Grindr o Hinge, carecen de una definición clara, pero en general consisten en plataformas de internet diseñadas específicamente para conocer a otras personas. En particular, las aplicaciones de contacto se caracterizan por utilizar las capacidades de los teléfonos móviles actuales, como la geolocalización y la cámara, para facilitar la búsqueda de encuentros románticos, sexuales o sociales (Barraket and Henry-Waring 2008).

En el contexto español, una de las personas entrevistadas argumentaba que las aplicaciones de contactos son “quizás el cambio más fundamental en los últimos años, y no están recibiendo la atención que merecen” (P1, cargo técnico). Los efectos de las aplicaciones de contactos han sido discutidos en profundidad a nivel global, donde se ha argumentado que las aplicaciones de contactos han reconfigurado las prácticas de intimidad, ofreciendo “nuevas formas de intimidad y conexiones afectivas” (Gibson 2021), nuevas maneras de conectar, y nuevos ritmos de socializar—más rápidos, siempre disponibles y más fluidos (Hobbs, Owen, and Gerber 2016; Sobieraj and Humphreys 2021). Las comunidades LGTBQ+, particularmente los hombres gays, han sido los grupos que más rápido han adoptado estas tecnologías (Miller 2015), incorporándolas a sus culturas sociales y sexuales (Ahlm 2016).

Otro cambio importante que las aplicaciones han favorecido es la negociación del VIH: una activista comentaba que las aplicaciones han facilitado la normalización de las conversaciones sobre el VIH. Así, en las aplicaciones, “la gente dice que es indetectable o que vive con VIH, y las aplicaciones lo facilitan. Hace diez años era casi impensable que la gente lo dijese abiertamente” (P20, activista). Este argumento se hace eco del papel, cada vez más importante, que juegan las aplicaciones de contactos en los espacios de salud. Numerosos autores han comentado que las aplicaciones de contactos se han convertido en actores esenciales, particularmente en el mundo de la salud sexual (García-Iglesias et al. 2024): algunas aplicaciones diseminan información educativa sobre el VIH o la PrEP, o contienen filtros y campos en los perfiles para incluir información sobre la salud sexual del usuario. Al mismo tiempo, las aplicaciones también sirven para facilitar conversaciones sobre salud sexual antes de encuentros sexuales (Race 2015).

## Percepciones sobre la PrEP y los preservativos

La PrEP, como escribíamos en el primer capítulo, se refiere a una estrategia preventiva que implica el uso de medicamentos antirretrovirales por personas que no viven con VIH para prevenir la infección. La PrEP existe, más allá de como compuesto químico, en un contexto social que determina sus efectos (Auerbach and Hoppe 2015). Una activista e investigadora española a la que entrevistamos comenta que

el preservativo no es bueno o malo, la metadona no es buena o mala, la PrEP no es buena o mala. Se pueden utilizar de muchas maneras, mejor o peor, y depende del uso que haga el Estado, los profesionales y los usuarios de ella. (P15)

Es importante, por tanto, considerar qué percepciones existen sobre la PrEP y su contexto en España.

Un cargo técnico del Gobierno central comenta que el “discurso de la PrEP como una estrategia entre muchas” no ha “calado” en la sociedad ni en las instituciones españolas (P1). Esta participante se refiere a la visión de la PrEP como una herramienta más de la prevención combinada, que incluye elementos biomédicos (tratamiento para el VIH, preservativos, etc.), estructurales (protección de derechos, lucha contra el estigma) y de comportamiento (programas de educación y apoyo). Una activista española argumentaba que parte del problema es una visión demasiado biomédica de la prevención combinada, que también influye en cómo se ha adoptado la PrEP:

Cuando hablamos de la prevención combinada y de la PrEP, nos hemos quedado con lo médico, pero ¿qué hacemos con todos los cambios estructurales que se tienen que dar para que las personas vivamos mejor? ¿Dónde hablo yo de pobreza? Eso es prevención combinada también. (P21)

En este sentido, la activista señala que la PrEP ha reforzado un acercamiento biomédico a la salud sexual generando una “población que está perfectamente controlada con su cascada de tratamiento, pero donde no hay espacio para hablar de homofobia o de saberes comunitarios” (P21)

Uno de los puntos más interesantes en las conversaciones sobre la PrEP es cómo se percibe su relación con los preservativos: existe, en general, una percepción de que la PrEP ha dado lugar—principalmente entre hombres gay—a un abandono de los preservativos pese a que la PrEP no protege de otras infecciones de transmisión sexual. Así, una médico especialista en VIH comenta que, con la PrEP, “las personas quedan desprotegidas al resto de infecciones en el momento en el que no se ponen el condón, porque se ha perdido el miedo al VIH” (P14). Esta visión sugiere que la prevención de ITS requiere que las personas tengan “miedo” al VIH como motivación para el uso del preservativo.



La percepción de que la PrEP ha aliviado cierto miedo en relación al VIH y que, a su vez, esto ha permitido que las personas dejen de utilizar el condón también es compartida por varias activistas. Una de ellas explica lo siguiente: “¿A quién le gusta utilizar el condón? Lo utilizábamos por miedo al VIH o a transmitirlo [...] pero siempre ha sido una cuestión de supervivencia. Ahora tenemos otras tecnologías que nos permiten no usarlo” (P20). Otra también sugiere esto mismo, comentando que el condón “lo utilizas mientras no te queda más remedio, pero en cuanto pienses que es seguro, te lo vas a quitar” (P19).

La cuestión principal, no obstante, es cómo se percibe el miedo al VIH: como un elemento necesario para la prevención de ITS o como un problema a resolver. En este sentido, una activista explica lo siguiente:

Las autoridades sanitarias hablan todo el rato de que se ha perdido el miedo. [...] ¡Es estupendo: ya no nos morimos de ansiedad! [...] Es como si tuviese que haber miedo, parece que quieren que haya miedo. ¿Tenemos que volver al discurso de los ochenta, a culpar a las personas? [...] Con todo lo que sabemos, no podemos volver a la moralina. (P5)

Esta activista sugiere que, con el nuevo conocimiento y herramientas en relación al VIH, la noción del “miedo” como prevención es innecesaria: impone un marco moral e individual a lo que son esencialmente problemas sociales y, además, causa profunda ansiedad en las comunidades vulnerables. Más allá de esto, estos discursos construyen a las ITS como motivo de ‘miedo’, generando estigma.

Una percepción es que la PrEP y los preservativos no necesitan ser antagónicos: una médico que trabaja en el ámbito comunitario con hombres gays comenta que, por ejemplo, “para la persona mayor que ha vivido esa pandemia, viendo a gente que se moría; para ellos la PrEP ha sido una liberación” (P2). Pero esa liberación no implica siempre un abandono de los preservativos: “Incluso aunque sigan utilizando los preservativos, se sienten mucho más seguros y disfrutan del sexo” (P2).

Igual que esta médico menciona a la PrEP como una fuente de “liberación”, otras personas destacan otros efectos positivos de la PrEP. Así, una describe cómo la PrEP ha creado nuevos espacios para hablar sobre salud sexual: “La PrEP da la posibilidad de hacer un abordaje de salud sexual: no solo darte una pastilla sino tener un espacio para hablar de salud sexual, identificar situaciones problemáticas, y crear servicios más integrales” (P20, activista). Igualmente, esta activista comentaba los efectos que la PrEP ha tenido en las PVVIH: “Ha sido una revolución para los que vivimos con VIH, un alivio de la carga que teníamos: dejamos de ser los responsables, los vectores de infección como nos decían los médicos” (P20). En general, existe una percepción de que la PrEP ha contribuido de forma esencial a la transformación sexual de la que hablamos en este capítulo, pues “ha generado un mayor acercamiento a la gestión del placer” (P20, activista). Esta activista da más detalles de esta transformación:

Antes el sexo estaba muy centrado en el tema del preservativo y el estado serológico, y ahora ya no. Las medidas preventivas las expones, las dices, las comunicas, las compartes, pero ya no son el centro. (P20)

## Hablar de lo que nos duele: chemsex y soledad

La transformación sexual en la que se centra este capítulo, facilitada en parte por las aplicaciones de contactos y la PrEP, no solo ha tenido efectos positivos, como una liberación del miedo o un acercamiento a la experimentación sexual marcado por el placer. Es necesario, como argumenta una activista en Madrid, “hablar de lo que nos duele, sin miedo a que nos juzguen. Es como el sida: el silencio igual a la muerte. Si no hablamos de los problemas que tiene la comunidad, no los podemos solucionar” (P8, activista). Estos “problemas” que tiene la comunidad—que en la mayor parte de las entrevistas siempre se refiere a la comunidad gay—están interrelacionados pero, en general, se centran en el chemsex y la soledad.

### Chemsex

A través de las entrevistas, se percibe una sensación de que el chemsex ha ganado cierta centralidad en la cultura gay, con una activista comentando que,

en las aplicaciones de contactos, en la cultura, se ha generado un discurso en clave de humor, un conocimiento de grupo divertido, pero la información sobre sus impactos y consecuencias no está circulando. Cuando alguien tiene un problema, cuando un amigo muere, no se cuenta. (P15)

Ante este discurso “divertido”, se encuentra una realidad compleja y no siempre bien entendida.

Aunque existe abundante investigación sobre el chemsex, en este informe nos centramos en cómo se percibe este fenómeno entre las personas entrevistadas. En particular, varias de las participantes comentaron que el problema central del chemsex no es el consumo de sustancias sino “que tú no lo estás haciendo desde una posición de libertad, sino impulsado por algo [...] por unas carencias emocionales, de autoestima, sociales” (P19, activista). Esto es, el chemsex viene a visibilizar una serie de problemas y contextos subyacentes más complejos que el propio consumo de sustancias. En el transcurso de las entrevistas realizadas, se identificaron varios factores que subyacen al chemsex y que están necesariamente interrelacionados.

Así, por un lado, se habla de cómo las aplicaciones de contactos han remplazado los espacios de ocio públicos, coincidiendo con el cierre de “pubs, cines, discotecas” y generando un movimiento hacia “casas particulares” (P19, activista). A la par, también se describe una sexualización del ocio entre hombres gays, con circuitos e industrias del ocio comerciales (P12, alto cargo técnico). En este contexto, una médico especialista en VIH y que trabaja en chemsex argumenta que

mucho de lo que tenemos en el mundo del ocio y la cultura de los hombres gays, bisexuales y que tienen sexo con hombres está vinculado al sexo, al cuerpo. Fuera de ese medio, muchos hombres no tienen amigos, no tienen ocio. (P4)

Esta médico describe un proceso por el cual el ocio y la sociabilidad gay han quedado asociados a prácticas sexuales, generando una falta de espacios y dinámicas sociales fuera de lo sexual. Otra activista también argumenta esto en relación con el chemsex, señalando que hay ciertos colectivos—como hombres gays migrantes recién llegados a España—que carecen de redes sociales y de apoyo, y para los que “es más fácil encontrar un plan de sesión [de chemsex] que conocer amigos para ir al cine o comer”. Este activista continuaba: “para muchas personas la entrada al chemsex es una sensación de soledad, una falta de redes de apoyo social” (P15, investigadora y activista).

En términos de los impactos que se atribuyen al chemsex, existe una preocupación por “la transmisión de ITS, pero también en términos de salud mental, de adicción, de situaciones de crisis” (P15, investigadora y activista). Más aún, si se percibe la soledad como un factor que contribuye al chemsex, también se la entiende como una consecuencia. Una activista comentaba que el chemsex genera “una falsa sensación de que estás viviendo una vida social sana” pero que, en realidad, solo es tal por medio del consumo de sustancias (P11, activista). Cuando las sesiones se acaban, “la gente se va, y la gente sigue igual de sola, pero encima con el bajón de la droga” (P11, activista).

Por último, una de las grandes preocupaciones en relación al chemsex se percibe como las problemáticas del consentimiento. Numerosas participantes—mayormente activistas y médicos en contacto directo con personas que practican chemsex—explican que sus usuarios o pacientes describen que, en las situaciones de chemsex, puede haber problemas de consentimiento y, en algunos casos, de violaciones, además de dinámicas de poder y coacción en relación a quién provee las drogas o el lugar para la “sesión” (P4 y P6, activistas). Estos mismos usuarios o pacientes, no obstante, no siempre las identifican como tal y las describen como normalizadas en el contexto: “Tú entras ahí y estás para todo” (P4, médico).

Durante las entrevistas surgieron varias observaciones sobre posibles soluciones al chemsex, incluyendo la organización de espacios y grupos sociales que no se basen en alcohol o sexo (P6, activista). De manera más estructural, no obstante, varias participantes destacaron la necesidad de abordar el chemsex no de manera individual sino dando a la gente “herramientas para gestionar el placer” (P19, activista) por medio de la educación sexual y afectiva. En la opinión de las participantes, las soluciones al chemsex necesariamente requieren entender la multitud de dinámicas sociales, culturales, políticas y material que lo subyacen.

Por último, cabe destacar que existen varias percepciones del chemsex en sí mismo. Pese a que existen, a nivel nacional e internacional, abundantes narrativas que se aproximan al chemsex como una crisis, esta percepción no siempre es compartida por las participantes. Así, una funcionaria técnica del gobierno central argumentaba que “el énfasis en el chemsex me parece desproporcionado [...] No es necesario problematizar el chemsex como si fuese el gran problema en torno a la prevención del VIH” (P1). Más aún, esta persona argumentaba que el énfasis en el chemsex podía contribuir a ignorar otras problemáticas:

Si hay 7 de cada 100 hombres que practican chemsex, es un problema y hay que buscarle solución, pero ¿por qué no hay que buscar solución al hecho de que el 40% de los GBHSH presenten síntomas de ansiedad en algún momento de su vida? (P1)

Otra activista, especialista en chemsex, argumentaba que existen diferentes percepciones sobre la gravedad del chemsex en diferentes colectivos:

Desde parte del tejido comunitario, muchas veces el discurso es que no todo el chemsex es problemático [...] pero cuando hablamos con profesionales que trabajan desde espacios determinados, como instituciones hospitalarias, su percepción es distinta porque están viendo a personas en crisis (P15, investigador y activista)

En cualquier caso, hay un acuerdo generalizado en el riesgo de que las narrativas de crisis del chemsex, si no se consideran desde su necesaria complejidad, den lugar a discursos que asocien “de nuevo a homosexuales, vicios, prostitución y drogas” (P19, activista).

## **Soledad y banalización**

Más allá del chemsex, varias de las personas entrevistadas identifican la soledad y la banalización del sexo como otras consecuencias de la transformación sexual. Por un lado, una activista sugiere que una de las grandes problemáticas es “la soledad, el no tener vínculos. El no haber generado una red que te pueda sostener” (P21, activista). Esta soledad no deseada, argumenta, está asociada a muchas dinámicas. Así, explica que—en su experiencia con personas que viven con VIH y consumo de sustancias—sus “redes están perdidas por el consumo, pero también por el VIH. Y en el caso de las personas que pertenecen a los colectivos LGBT, las redes se han perdido o no se han podido construir de forma firme” (P21, activista). En algunos casos, esas redes no se han podido construir o mantener por la prevalencia de la homofobia y el estigma. En este punto, una activista que trabaja en un programa de pares con gente de nuevo diagnóstico de VIH, explica:

La gente LGBT no encuentra una afectividad, a veces porque están en los armarios. Hay muchísima gente en los armarios aún. [...] Yo trato con gente de primera mano cuando le dan el positivo, y no tienen ningún amigo gay, una persona que tiene un positivo en VIH y no sabe nadie que es gay, pues tiene un papelón. (P11, activista)

Finalmente, y en este punto enlazamos con el capítulo sobre cultura y sociedad, la soledad también se percibe como producto de lo que se concibe como una banalización de las relaciones sexuales, también como consecuencia de las numerosas dinámicas sociales, políticas, culturales y materiales identificadas en este informe. Una artista cuya obra se centra en el VIH argumentaba que “la sociedad está cada vez más sexualizada, se ha banalizado el sexo, con las apps, las redes sociales; pero a la vez no se está cuidando la salud” (P17, artista). Otra persona, una médico especializado en VIH e ITS, reflexiona lo siguiente: “Yo no sé hasta qué punto el frivolizar cualquier tipo de encuentro sexual forma parte de lo que estamos viviendo” (P4, médico). En relación a este argumento de la banalización, los autores recalamos la necesidad de tener especial precaución: existe una

larga y problemática historia de entender las formas de sociabilidad y sexualidad populares entre las minorías sexuales como deficientes, inferiores o menos significativas que las que se asumen entre la población heterosexual (como la monogamia). Al contrario, existe abundante investigación que argumenta que prácticas como el sexo casual o anónimo pueden ser significativas e importantes como una manera de sociabilidad (Dean 2009; Delany 1999; Rubin 1999). Una visión más matizada debería tener en cuenta la diversidad de experiencias que confluyen las instituciones de sociabilidad gay desde diferentes posiciones sociales y formas de vivir la sexualidad.

En este capítulo hemos descrito las percepciones de que, en España, se ha producido—o se está produciendo—una transformación sexual que ha centrado el placer. En parte, esta transformación ha sido adjudicada a la popularización de las aplicaciones de contacto y la PrEP. Pese a que esta transformación ha permitido re-centrar la búsqueda de placer sobre el miedo al VIH, también ha sido asociada con la problemática del chemsex, la soledad y la banalización de los encuentros sexuales.

Es necesario reflexionar en la necesaria interrelación de todos los fenómenos que describimos en este informe: esta transformación sexual no se puede entender sin considerar los contextos (y cambios) materiales y políticos que la enmarcan, como las dinámicas de migraciones y la falta de una educación sexual y afectiva. Llamamos por lo tanto a evitar narrativas que centren estos cambios en tendencias individuales o de comunidades específicas. Muchos de los problemas aquí identificados afectan a los hombres que tienen sexo con hombres, pero no son problemas únicamente de ellos: son problemas estructurales que requieren soluciones estructurales. En este sentido, también llamamos a reforzar la investigación, vertical y horizontal en la exclusión e inequidad. Por último, recordamos la cita de una activista que llamaba a educar en “herramientas para gestionar el placer” (P19). Como también detallaremos más adelante, es aparente que la transformación de la sexualidad no ha venido acompañada de una transformación de la educación sexual y afectiva de la población: la popularización de las aplicaciones de contactos, la disponibilidad de la PrEP o el aumento del chemsex requieren que proveamos a la población de nuevas herramientas.

#### Recomendaciones:

- Es necesario desarrollar intervenciones que generen espacios de sociabilidad no relacionados con el sexo o el consumo de sustancias.
- Los impactos de las aplicaciones de contactos están poco estudiados y requieren un acercamiento exhaustivo e interdisciplinar
- La transformación sexual que se ha experimentado requiere un nuevo acercamiento a la educación sexual, que provea de herramientas para gestionar el placer.
- El chemsex presenta una problemática compleja y aún poco comprendida, que requiere colaboración entre instituciones y comunidades.

# Salud sexual y sistema sanitario

## Hallazgos principales:

- El abordaje de la salud sexual es eminentemente biomédico y hospital-centrista, no siempre considerando los aspectos sociales, emocionales o psicológicos de la salud sexual.
- La atención sanitaria se encuentra fragmentada, con diferentes organismos poco coordinados y faltos de recursos.
- Existen carencias de formación médica y competencias socio-culturales entre el personal sanitario.
- El estigma relacionado con el sexo y la salud sexual es prevalente, afectando tanto a pacientes como a profesionales.
- El desarrollo de una especialidad de Enfermedades Infecciosas y el trasvase de competencias a la atención primaria son dos posibles avenidas de futuro.

Este capítulo desarrolla las percepciones acerca del sistema sanitario expresadas por las personas entrevistadas. Se parte de la definición de salud sexual propuesta por la OMS (World Health Organisation 2006) aún a sabiendas de que no es la única posible, con la intención de que juegue el papel de marco compartido por las agentes en el campo de la respuesta al VIH y que permita una reflexión crítica sobre el modo en que se están desplegando las políticas sanitarias al respecto en nuestro país. Así, es preciso reconocer que el abordaje de la salud sexual dentro del sistema sanitario español está caracterizado por un enfoque biomédico, la presencia de estigma relacionado con el sexo y el VIH y la relegación a un papel subordinado de profesionales distintos a los sanitarios y de las entidades comunitarias. La atención sanitaria a la salud sexual se enfrenta a numerosas problemáticas: la fragmentación del sistema sanitario y la falta de coordinación, la falta de recursos, los déficits formativos y el estigma. Cabe destacar, así mismo, el papel de la atención primaria como posible punto de entrada al sistema sanitario en lo relacionado con la salud sexual, y el papel de las organizaciones comunitarias.

## Abordaje de la salud sexual en el sistema sanitario

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual debe ser comprendida como el mayor grado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad (World Health Organisation 2006). Los cuidados sanitarios relacionados con esta esfera se han centrado en la promoción del uso de métodos barrera (como preservativos), el tratamiento de las ITS y la prevención (como la PrEP). En este sentido, el sistema sanitario español ha adoptado un enfoque mayoritariamente biomédico en la atención a la salud sexual, algo que es reconocido por varias de las personas entrevistadas. Concretamente, algunas profesionales ponen de manifiesto que el sistema actual no aborda la complejidad de la salud sexual como un fenómeno interconectado con aspectos psicológicos, emocionales, sociales y culturales. Un alto cargo técnico comenta:

los aspectos más culturales y sociales los tenemos poco explotados. [...] Entonces, eso [integrar el componente social y cultural para entender las necesidades de los pacientes] es algo que todavía nos falta. (P9)

El enfoque biomédico predominante en el abordaje de la salud sexual desde el sistema sanitario refleja una comprensión limitada y mecanicista de la sexualidad. Como señala una activista, uno de los problemas clave es que la sexualidad no se ve de forma natural, es decir, no se considera como una parte integral del bienestar general de las personas, comparable a otros aspectos de la salud física o mental:

La sexualidad no es algo que se vea de forma natural, no es algo que se contemple como un elemento más de la salud del individuo, no se entiende que una buena salud sexual repercute en la vida de las personas y, por lo tanto, igual que cualquier otro tema sanitario, es de dominio público. (P19)

Otra de las posibles explicaciones es que la sexualidad siempre ha estado considerada como un tabú social y, por ende, también en el ámbito médico. En efecto, la sexualidad ha sido un tema cargado de tabúes y moralismos, lo que ha dificultado su integración plena en el discurso de la salud pública y en la práctica médica. Esta situación ha sido ampliamente reconocida tanto por las personas usuarias del sistema, como por profesionales que dan atención a estas cuestiones. Una médico especialista explicaba que “el tema de las ITS viene acompañado de la moral y de la ideología, pues por supuesto, de los jefes, de los gerentes, de los directivos” (P4).

Además, muchas personas se enfrentan a desafíos emocionales relacionados con su vida sexual, ya sea por problemas de autoestima, ansiedad por el rendimiento sexual o dificultades en las relaciones interpersonales. El enfoque biomédico no aborda estos aspectos, lo que deja sin resolver una parte significativa de la experiencia sexual y sus implicaciones para la salud mental. Una médico que trabaja en el ámbito comunitario reflexiona lo siguiente:

Vemos muchas personas de este tipo, que arrastran trastornos del espectro emocional, por así decirlo, que no están resueltos y que a nivel sanitario no se abordan. Pero también es verdad que nosotros tenemos muchas limitaciones en este sentido, entonces, a veces abrir el melón este da un poco de miedo. (P2)

Esta visión ha condicionado que la sexualidad se aborde sólo en términos de enfermedad o disfunción. Esto deja fuera la promoción de una sexualidad saludable, basada en el placer, el consentimiento y la libertad sexual. Como resultado de este enfoque reduccionista, las políticas y medidas diseñadas carecen de una visión holística, lo que las vuelve ineficaces e insuficientes en el medio y largo plazo, limitando su capacidad de generar un impacto profundo y sostenible en la salud sexual de la población y, más específicamente, sobre el colectivo LGBTIQ+. a este respecto, una médico se pregunta lo siguiente:

¿Estamos resolviendo realmente el problema de raíz? Hay muchos aspectos en el mundo LGBT, en el mundo queer, en el mundo GBHSH, en donde ni una pastilla, ni una PrEP, va a resolver todo el problema. [...] Eso es un parche a todo el problema de la salud sexual. O sea, creo que hay otros aspectos que hay que abordar. (P4)

Desde la perspectiva comunitaria de las políticas de salud sexual, que serán tratadas más abajo, el final de la excepcionalidad del VIH, sumado al énfasis en el tratamiento de las estrategias preventivas (TasP), ha profundizado en esta visión de la sexualidad desde la patología, con la consecuente relegación del papel de las entidades comunitarias a un papel subordinado y secundario.

## **La atención a las personas que viven con VIH**

El sistema de atención a las personas que viven con VIH en España descansa en gran medida sobre el sistema sanitario formal. Son las Unidades de Enfermedades Infecciosas las que lideran el proceso asistencial de estas personas, quienes suelen tener poco contacto con otras especialidades, incluida la Atención Primaria. La atención a otras ITS se ha articulado sobre este mismo modelo. En este modelo de atención tradicional a las personas que viven con VIH, el enfoque predominante ha sido eminentemente biomédico, centrado en la gestión clínica de la enfermedad. Desde el diagnóstico hasta el seguimiento, la atención a estas personas se ha basado principalmente en el control de la carga viral y el recuento de linfocitos T CD4 con el objetivo de evitar el desarrollo de sida y otras complicaciones asociadas. Este modelo se enfocaba en la supervivencia y en el tratamiento antirretroviral, dado que, durante las primeras décadas de la epidemia, la prioridad era prolongar la vida de los pacientes y manejar las consecuencias físicas de la infección.

Este enfoque ha sido efectivo en términos de prolongar la esperanza de vida de las personas que viven con VIH y reducir la morbilidad asociada. Sin embargo, también es limitado, ya que no consideraba adecuadamente otros aspectos fundamentales como la calidad de vida de las PVIH. Este modelo trata al VIH como una patología crónica, pero sin dar suficiente peso a los factores psicosociales y emocionales, ni a la integración social de los pacientes. Con el



descubrimiento del principio Indetectable = Intransmisible (I=I), se plantea la necesidad de que el manejo de la infección por el VIH en el sistema sanitario evolucione hacia un enfoque más integral. Tal y como señala una médico especialista en VIH entrevistada “un profesional sanitario que únicamente se encarga de decirte cuánto tienes de CD4 y cuánto tienes de carga viral [...] no ve la realidad, porque hoy por hoy la carga viral no es el problema” (P4). Lo que se espera hoy en día es que el manejo del VIH sea llevado a cabo por personal médico especializado y que conozca las necesidades sociales y emocionales de las PVIH. Como señala una activista,

se supone que el personal sanitario está suficientemente sensibilizado y formado, pero debe tener una actitud más proactiva, tener ese espacio de diálogo, acompañamiento y seguimiento, no solamente a nivel biológico, sino a nivel psicosocial. (P20)

Cabe destacar, en este sentido, que cada vez existen más unidades de VIH e ITS en centros hospitalarios que permiten al personal sanitario especializarse en este ámbito.

## **Problemas en el sistema sanitario**

### **Fragmentación y falta de coordinación**

Varias de las participantes coinciden en señalar que el modelo actual de atención a la salud sexual está excesivamente fragmentado, lo que dificulta la prestación de una atención sanitaria óptima y equitativa. Esta fragmentación crea disparidades en el acceso a los servicios de salud sexual. La falta de coordinación entre los diferentes actores del sistema sanitario, como los centros de ITS, hospitales y asociaciones comunitarias, impide una respuesta integral y eficiente. Una activista comentaba lo siguiente:

A mí me gustaría que realmente hubiera una coordinación real entre centros, entre centros de ITS, hospitales, asociaciones comunitarias. Que fuera algo más cohesionado. Que hubiera mucha más comunicación, mucha más coordinación. Porque creo que más coordinados seríamos mucho más eficientes. (P8)

Otras personas a las que entrevistamos sí describen ejemplos en los que organizaciones comunitarias habían “cogido la iniciativa” para abordar ciertos problemas que no estaban siendo tratados por el sistema sanitario, pero aun así señalan carencias en la coordinación que impedían su total integración. Por ejemplo, hablando del chemsex, una médico explica que

es un problema que no estamos abordando desde ninguna perspectiva. Actualmente, las ONGs llevan parte de ese trabajo y mi percepción es que ellos han cogido la iniciativa, como ocurre casi siempre, para su abordaje, pero creo que nos falta coordinarnos entre servicios, con los centros de adicciones, para poder realmente dar una solución un poco más efectiva. (P4)

Se pone, por tanto, de manifiesto la necesidad urgente de redefinir los procesos asistenciales, integrando mejor los distintos niveles de atención y mejorando la coordinación entre las entidades para ofrecer una respuesta más efectiva y adaptada a las necesidades de estas personas.

## **Falta de recursos para la salud sexual**

Uno de los comentarios más consistentes en las entrevistas es que las ITS nunca han recibido recursos suficientes. Un alto cargo técnico concluye que “las ITS nunca han sido una prioridad dentro de la salud pública ni desde la gestión sanitaria. Hay otros problemas de salud que se comen la mayor parte de los recursos” (P9)

A pesar de que las ITS, y particularmente el VIH, son problemas de salud pública que afectan a sectores vulnerables de la población, las ITS han quedado relegadas frente a otras patologías que son vistas como más urgentes o visibles:

Claro, el impacto que puede tener no se ve. Si un paciente con cáncer viene con una bacteriemia, es decir, una bacteria en la sangre, se le atiende, se disminuye la mortalidad, se ve. En cambio, las ITS e incluso el VIH no te van a matar. (P4, médico especialista)

Una activista se quejaba de que el VIH y la salud sexual “ya hace bastante tiempo dejaron de ser interesante políticamente y, debido a esto, la importancia política y el esfuerzo público hacia la prevención es prácticamente nulo” (P19). Dado este contexto y la relación de la salud sexual con el estigma (como indicamos anteriormente en este capítulo), no es sorprendente que haya la sensación de que los profesionales que se dedican al VIH y la salud sexual “no somos del todo bien valorados” (P4, médico especialista).

Esto se debe, en parte, a la invisibilización social de la sexualidad y la percepción de que las ITS son una cuestión limitada a ciertos grupos poblacionales. Como mencionan algunas personas entrevistadas, la salud sexual no se contempla como un pilar fundamental de la atención sanitaria universal.

Una barrera estructural relacionada es la falta de financiación y dotación de recursos en las unidades especializadas para atender las ITS y el VIH. A pesar del aumento en la incidencia de estas patologías, las unidades destinadas a la salud sexual en el sistema sanitario español han recibido una dotación insuficiente de recursos, tanto humanos como materiales, lo que ha comprometido su capacidad para responder adecuadamente a la creciente demanda. Esto se traduce en unidades de salud sexual infra-financiadas, con profesionales insuficientes para atender al volumen de pacientes y con infraestructuras inadecuadas que limitan la efectividad de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Una médico que trabaja en una de ellas se queja en estos términos:

Nos faltan recursos humanos. Por ejemplo, en PrEP, nosotros tenemos dos mil usuarios. Desde que empezamos con diez [usuarios], nos mantenemos igual el mismo personal estamos desbordados. Hemos pasado de realizar revisiones

trimestralmente a cuatro meses. Ya no podemos revisarlos cada cuatro meses. Pasaremos, a cada seis meses. (P4)

Este contexto de infrafinanciación puede verse agravado por las políticas de recorte que han afectado profundamente al sistema sanitario español en los últimos años (Karanikolos et al. 2013; Urbanos Garrido and Puig-Junoy 2014). Los recortes presupuestarios han impactado directamente en los servicios de salud sexual, lo que ha provocado una reducción de personal que, a su vez, ha generado una sobrecarga de trabajo para el conjunto de profesionales sanitarios, afectando de manera negativa tanto a los pacientes como al personal. En primer lugar, la sobrecarga limita el tiempo disponible para la atención individualizada que requieren los pacientes, situación que puede impactar negativamente en el acceso y la calidad de la atención. Una activista explicaba que su gran temor era “la pérdida de asistencia sanitaria. Estoy viendo como que van decayendo los recursos y la atención, como empieza a decaer la mejora o la atención a las personas con VIH en el sistema sanitario” (P18).

Por otro lado, el aumento de la carga laboral también puede hacer que los profesionales tengan menos oportunidades para atender aspectos emocionales o de bienestar integral relacionados con la salud sexual, lo que puede comprometer el tratamiento holístico que la salud sexual requiere, algo particularmente relevante cuando se tiene en cuenta el papel subordinado dado a profesionales no sanitarios y organizaciones comunitarias. Por último, la sobrecarga afecta gravemente a los profesionales de la salud, quienes se enfrentan al riesgo de burnout o agotamiento, especialmente tras la pandemia por COVID-19 (Benavides et al. 2024). Este estrés crónico derivado de la excesiva carga de trabajo, junto con la falta de recursos y apoyo institucional, puede llevar a una merma en la motivación, la capacidad de respuesta y la empatía hacia los pacientes, agravando aún más la situación de colapso en la atención sanitaria.

## **Déficits formativos**

Las participantes también describieron una escasa especialización médica en el ámbito de la salud sexual, lo que supone un obstáculo significativo para abordar de manera efectiva las ITS y el VIH. Actualmente, el número de profesionales especializados en medicina sexual y reproductiva es limitado, lo que reduce la capacidad del sistema sanitario para proporcionar una atención integral y holística en este ámbito. La formación en salud sexual y reproductiva a menudo depende de la voluntad y la iniciativa de los propios profesionales. En muchas ocasiones, los médicos y personal sanitario interesados en esta área deben buscar formación complementaria por su cuenta, ya que no forma parte de la estructura formal de capacitación dentro del sistema sanitario. Así, una médico especialista explica su trayectoria formativa en estos términos: “Yo me he ido formando con esto o con lo otro independientemente [...] entre cursos, máster y todo, pero claro, [la formación en salud sexual es] algo que a mí me ha faltado y que busco y busco continuamente” (P4). Esto deja la especialización en salud sexual a la discreción individual, generando desigualdades en la calidad de la atención según el centro o el personal que la brinde. Un alto cargo técnico

explica lo siguiente:

cuando analizamos las necesidades formativas que había en los distintos profesionales (atención especializada, atención primaria, instituciones penitenciarias, entidades comunitarias) siempre nos referían que no tenían formación, por ejemplo, en competencias culturales LGTBI y no sabían muchas veces cómo abordar determinados aspectos en la consulta de forma que no resultara estigmatizante, de entender las necesidades que tenían los pacientes, etc. Y es un problema, una barrera muy grande para poder acceder a una atención sanitaria de calidad tanto para el abordaje de VIH como de ITS porque, si no se establece una buena relación médico-paciente, apaga y vámonos. (P9)

En este contexto, la creación de la Especialidad de Enfermedades Infecciosas ha sido señalada como una propuesta importante para paliar en gran medida este déficit. Esta especialidad permitiría dotar a los médicos de una formación más específica y profunda en el manejo de infecciones como las ITS y el VIH, así como en la gestión de aspectos preventivos y el tratamiento integral de estas patologías. También permitiría un acercamiento a las necesidades y contextos de los pacientes. Una médico explica que,

si hubiera un grado de especialidad o una subespecialización en salud sexual, le daría un punto a favor. No creo que resuelva todo el problema, pero sí creo que le daría un punto más [...] Lo ideal sería tener la especialidad de enfermedades infecciosas. Y dentro de esa área poder a lo mejor tener una, pues sí, una subespecialización en la salud sexual. (P4)

Desde el activismo, por otra parte, se reclama la apertura o aprovechamiento de espacios multidisciplinares en los que poner en valor los saberes comunitarios.

## **Estigma**

Un punto clave identificado por muchas entrevistadas es la falta de sensibilización de los profesionales sanitarios en torno a la salud sexual y las ITS. A menudo, los pacientes que acuden al sistema de salud por preocupaciones relacionadas con el VIH o las ITS encuentran una atención limitada, no solo por la falta de recursos sino también por la escasa sensibilización y el desconocimiento de los propios profesionales sobre estas cuestiones. Una activista mencionaba que “los médicos, hasta incluyo a muchos profesionales del VIH, no tienen la formación necesaria para atender a la salud sexual, porque es que les da cosa hablar de sexo” (P11).

Este déficit de sensibilización tiene un impacto directo en la atención que reciben las personas que viven con VIH o con otras ITS, que a menudo se enfrentan a actitudes estigmatizantes o falta de información adecuada por parte del personal sanitario. Esto es particularmente problemático para las personas LGTBIQ+, que ya se enfrentan a barreras de acceso y estigmatización social. Los datos de la última encuesta del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), publicada en 2024, reflejan cómo el estigma persiste en el ámbito sanitario. Por ejemplo, cerca de un 15% de los profesionales de la salud encuestados expresó su preferencia por evitar brindar atención a HSH o personas transgénero. De ellos, aproximadamente la mitad argumentaban que la principal

razón por la cual preferían no proporcionar atención era la creencia de que estos grupos participan en comportamientos inmorales o la preocupación por el riesgo percibido de transmisión de enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control 2024c).

El auto-estigma relacionado con el VIH juega también un papel fundamental en la forma en que las personas interactúan con los servicios de salud. El miedo al rechazo y los estereotipos asociados a la enfermedad llevan a muchas personas a subestimar su riesgo de contraer VIH, lo que resulta en una menor predisposición a buscar atención sanitaria. Este temor, a su vez, fomenta la ocultación del diagnóstico, haciendo que muchos eviten someterse a pruebas o no acudan a los servicios médicos y sociales necesarios. De esta manera, el auto-estigma actúa como una barrera invisible pero persistente, dificultando el acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento del VIH, perpetuando la vulnerabilidad de quienes más necesitan atención (Jeffries et al. 2021). Una activista pone un ejemplo: "Hay mucho desconocimiento. Tengo un médico de cabecera [atención primaria] como usuario que vive con VIH, que tiene un estigma interiorizado horroroso" (P11).

## **El papel de la Atención Primaria**

La atención primaria podría desempeñar un papel clave en la salud sexual y en la atención a las personas que viven con VIH o ITS. Esta área de la medicina tiene el potencial de ofrecer un enfoque generalista, accesible y cercano a la población. Algunas Comunidades Autónomas han implementado un modelo de abordaje de las ITS en el que la Atención Primaria es ese punto de acceso para las personas en relación a la salud sexual. Una médico especialista en VIH argumentaba que es la atención primaria el ámbito asistencial lógico para la salud sexual:

Yo creo que las ITS no son propias de una especialidad de infecciosas. Los que tendrían que manejarlas serían los médicos de atención primaria, que es donde los pacientes van primero. Una gonorrea la puede tratar perfectamente el médico de cabecera, que está más accesible a pie de calle. No digo el VIH, que es una infección crónica. El gonococo lo puede tratar perfectamente, ponerte una pauta en el ambulatorio y un pinchazo, y es más accesible. Un hospital yo creo que no debería estar para eso. Los médicos de atención primaria son los que están en contacto con la persona, con la pareja, con ese mundo. (P14)

Sin embargo, también se habla de una falta de preparación entre los profesionales de atención primaria para abordar eficazmente temas como el VIH, la PrEP o la profilaxis post-exposición en casos de contacto de riesgo. Una activista e investigadora comenta que uno de los problemas principales es que "en atención primaria, no todo el mundo habla con su médico, con su médica, con naturalidad como para explicar que tiene sexo con hombres o situaciones con drogas" (P15). Esto revela una brecha de confianza entre los pacientes y los profesionales de atención primaria en relación con temas de salud sexual, especialmente en grupos vulnerables como los GBHSH o personas que consumen drogas.

En este sentido, es evidente que se requiere un esfuerzo de formación mayor para que los médicos de atención primaria puedan proporcionar una atención más sensible, informada y libre de prejuicios, lo que contribuiría a reducir el estigma y aumentar la eficacia de la atención. El personal de atención primaria, aunque generalmente tiene un conocimiento amplio y generalista de diversas patologías, necesita una formación especializada para manejar adecuadamente las complejidades de la salud sexual y la prevención del VIH.

Por otro lado, aunque el trasvase de la salud sexual hacia la atención primaria puede ofrecer beneficios, no es la solución para todas las personas. Una activista destaca que algunas poblaciones, especialmente las más vulnerables, pueden evitar acudir a los centros de atención primaria por temor a que se descubra su condición o identidad. Estas personas podrían preferir viajar a otras ciudades para recibir atención, con el objetivo de preservar su anonimato y evitar el estigma o el juicio social por parte de su entorno (P20). Este punto sugiere que, aunque la atención primaria tiene un potencial accesible, no es adecuada para todas las personas, particularmente aquellas que enfrentan mayores riesgos de exclusión o estigmatización.

Finalmente, una médico en el ámbito comunitario señala que, si bien las unidades de ITS en los hospitales pueden estar sobrecargadas, algunos profesionales de medicina de familia ya están asumiendo la atención en salud sexual de manera eficaz, especialmente aquellos que muestran interés en el área (P2). Esto indica que, con la formación adecuada y el desarrollo de una mayor sensibilidad hacia la salud sexual, la atención primaria puede desempeñar un papel cada vez más importante en la prevención y manejo del VIH y las ITS. Sin embargo, se reconoce que, para ciertos grupos, la atención primaria no será el espacio idóneo, por lo que es fundamental mantener una red diversa de servicios que pueda adaptarse a las diferentes necesidades y realidades de la población.

## **El papel de las organizaciones comunitarias en el sistema de salud**

Las organizaciones comunitarias desempeñan un papel crucial en la atención a las PVVIH y en la prevención y manejo de las ITS en España. Las ONGs no solo complementan sino que muchas veces lideran iniciativas que el sistema sanitario formal no puede cubrir de manera efectiva, especialmente en prevención, acompañamiento psicosocial y la atención a poblaciones vulnerables. Estas organizaciones son fundamentales para proporcionar un enfoque más cercano y personalizado, “porque realmente están a pie de calle, están con el usuario y conocen dónde están los problemas” (P2, médico).

Uno de los aspectos más relevantes es que las ONGs son el único actor implicado en el abordaje del chemsex. La falta de intervención institucional en este ámbito ha dejado a las ONGs como los únicos actores que realmente enfrentan el problema en su totalidad, ofreciendo no solo información, sino también acompañamiento, apoyo psicológico y, en muchos casos, acceso a servicios de reducción de daños (P2, P8).

Otro de los aspectos clave que abordan las ONGs es el programa de acompañamiento por pares para PVVIH. Este modelo de apoyo, en el que personas que viven con VIH acompañan a otras que acaban de recibir el diagnóstico o que están en fases complejas de la enfermedad, ha demostrado ser extremadamente eficaz. Los pares ofrecen un tipo de apoyo emocional y práctico que los profesionales de la salud no siempre pueden brindar, ayudando a reducir el estigma, mejorar la adherencia al tratamiento y facilitar la integración social de las PVVIH. Este tipo de acompañamiento, basado en la empatía y la experiencia compartida, es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, y las ONGs son las principales encargadas de estructurar y ofrecer estos servicios. Una activista que coordina un programa de pares explica que existen estudios que demuestran

que con el programa de pares evidentemente la calidad de vida mejoraba muchísimo. Porque claro, se normalizaba, se normaliza mucho. Y hay un intercambio de información que no hay si no tienes pares. Es una puesta al día en información y un acceso a conocer a otras personas con VIH, a normalizarlo, a tener un espacio donde hablar, a tener la información necesaria para saber cuidarte. (P18)

Por último, es importante destacar el trabajo reivindicativo que muchas ONGs y entidades locales han llevado a cabo para defender los derechos de las personas que viven con VIH y articular un trabajo en común. Estas organizaciones han jugado un papel esencial en la visibilización de las necesidades de las PVVIH y en la presión para que se mejoren las políticas de salud, a través de campañas y espacios de interlocución con las administraciones públicas y otros actores clave.

Un aspecto preocupante que también se destaca es que los servicios ofrecidos por las ONGs en el ámbito del abordaje del chemsex comienzan a estar colapsados. A medida que las ONGs han asumido un rol cada vez más central en la atención sociosanitaria, especialmente en la prestación de servicios no estrictamente médicos, como la atención psicológica, el acompañamiento entre iguales y los programas de prevención, sus recursos están siendo llevados al límite. Estas organizaciones, a menudo con financiación inestable y limitada, se enfrentan a una creciente demanda, lo que pone en riesgo su capacidad de continuar ofreciendo un apoyo eficaz a todas las personas que lo necesitan. Así, una médico que trabaja en ONG pionera en el apoyo a personas que experimentan chemsex problemático explica que

el grupo de chemsex ahora está funcionando bastante bien. Y está dando un soporte bastante rápido. Pero nos hemos encontrado veces, cuando mandábamos a gente a nuestro apoyo de chemsex, sabíamos [que] hasta dentro de tres meses no los van a poder absorber. Porque están colapsadísimos. (P2)

#### Recomendaciones:

- Es urgente desarrollar programas formativos (reglados y no reglados) en salud sexual, y en las competencias socio-culturales relacionadas con esta.
- La coordinación entre instituciones y organismos requiere de un ejercicio de sistematización y recopilación de datos sobre qué servicios hay disponibles y dónde.

# Política, activismo e instituciones

Hallazgos principales:

- Las participantes describen una creciente politización de la salud sexual, que subyuga las acciones de promoción de la salud a vaivenes políticos.
- Existe un claro problema con el modelo de financiación actual, que está fragmentado y no garantiza la longevidad de los programas o la retención del talento.
- Las organizaciones comunitarias existen en un contexto competitivo debido a la falta de financiación.
- Existe un decreciente interés en el VIH, lo que ha requerido que las organizaciones comunitarias adapten sus objetivos.
- Hay un interés en las políticas horizontales, a las que deben contribuir las organizaciones comunitarias con los conocimientos aprendidos en su lucha contra el VIH.

Este capítulo aborda las relaciones entre las diferentes entidades que trabajan en el contexto de la salud sexual: las instituciones gubernamentales (incluyendo al Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas) y las organizaciones comunitarias. En primer lugar, reflexionamos sobre las dinámicas de participación de las organizaciones comunitarias en la gobernanza y las políticas relacionadas con la salud sexual, sugiriendo que la politización de la salud sexual, la fragmentación de la gobernanza y la dependencia de las organizaciones comunitarias de la escasa financiación gubernamental impiden una participación plena. En particular, destacamos cómo los marcos actuales de financiación generan dinámicas de dependencia y competición entre organizaciones comunitarias. Así mismo, también describimos los cambios que caracterizan a la época post-sida, marcada por un decreciente interés en el VIH y la evolución de las organizaciones comunitarias hacia nuevos modelos, que requieren imaginar nuevos futuros.

## Participación

Hace ya décadas que ONUSIDA argumentó la centralidad de la participación de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, junto a las autoridades de salud pública y el sector sanitario en las políticas de salud pública de respuesta al VIH. Recientemente, la



Asamblea general de Naciones Unidas ha vuelto a insistir en que las políticas exitosas de respuesta al VIH pasan por la participación de los diferentes actores sociales en “la adopción de decisiones, la planificación, la ejecución y el seguimiento de la respuesta al VIH”, asegurándose así la capilaridad de las intervenciones, el acceso a las poblaciones más vulnerables, la atención a las diferentes sensibilidades involucradas y la corresponsabilización de todos los agentes implicados (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2024).

El concepto de “participación”, sin embargo, puede ser un término cargado de ambigüedad. En algunos casos se limita al plano discursivo o performativo, y no va acompañado de los mecanismos que permiten la participación en igualdad de condiciones de forma práctica. En este sentido, un alto cargo técnico explica que la situación actual permite la participación tanto discursiva como práctica:

Ahora con este equipo, además de discurso, hay conocimiento, hay designación de presupuestos para las acciones, que al final es lo que marca también. Hay que tener discurso, pero hay que poner recurso. (P12)

En lo que respecta al papel del Ministerio de Sanidad y de los órganos que, bajo diferentes denominaciones se han encargado de la respuesta al VIH y la salud sexual, las participantes destacan que en los últimos años se han producido avances significativos en la implementación de una política de participación efectiva. En concreto, se menciona la activación de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida, creada en 1993 pero con una actividad en el mejor de los casos esporádica hasta muy recientemente. Una participante, alto cargo político del Ministerio, pone en valor la activación de la citada Comisión como pieza fundamental en la articulación de una participación efectiva de la sociedad civil:

En los últimos años se ha avanzado muchísimo a la hora de que ese fuera un órgano de participación desde el cual podían emanar iniciativas posteriores que tuvieran el sello ministerial. Un poco la idea inicial: Nada para la gente que tenga algo que decir sin la gente que tiene algo que decir. (P10)

Evidentemente, esto no quiere decir que las organizaciones comunitarias no hayan hecho llegar sus reclamaciones a las autoridades antes de la existencia de estos mecanismos oficiales de participación. Algunas participantes describen lo que podríamos llamar mecanismos de participación informal: “Nunca hemos tenido [una interlocución estable con la administración] [...] Siempre hemos ido buscando ‘oye, yo conozco a fulano’ o ‘conozco a mengana’. Siempre hemos ido funcionando así” (P6, activista).

Naturalmente, esta activista no deja de reconocer que, si bien esta participación informal puede ser efectiva, su inestabilidad y falta de transparencia saltan a la vista. Algo que también afecta, como veremos más adelante, a la financiación de las acciones de las organizaciones comunitarias, una herramienta de primer orden en las políticas públicas relativas al VIH y la salud sexual. El proceso de financiación de las organizaciones

comunitarias es entendido por algunas participantes como una relación de subordinación, no solo por su dependencia de financiación pública sino también porque es el organismo financiador (Ministerio, Comunidad Autónoma, etc.) quien decide las prioridades y los procesos. Así, un cargo técnico explica que “las organizaciones aquí viven de las subvenciones y yo creo que no quieren molestar. [Eso causa que haya] un movimiento muy débil” (P1, cargo técnico). Todo esto hace posible que los cambios de prioridades o acciones en relación a la salud sexual y el VIH no siempre respondan al interés comunitario. Este cargo técnico explica que “ha habido cambios, un poco hacia lo que eran las demandas, no más sociales o de la población, sino más las demandas de la administración” (P1).

El Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH es mencionado por los informantes en el Gobierno central como un caso ejemplar de política pública que promueve la participación de la sociedad civil en un sentido pleno (Plan Nacional sobre el Sida 2018). Una activista de larga trayectoria que ha visto pasar diferentes gobiernos locales, autonómicos y nacionales pone también en valor el mencionado Pacto:

Hay gobiernos que son más conscientes que otros, porque, por ejemplo, el pacto social contra la no discriminación que estuvo guardado en el cajón de un gobierno, durante no sé cuántas legislaturas, hasta que llegó otro partido y se sacó, y se ha firmado. Es decir, hay gobiernos que esconden las cosas en un cajón y no quieren ni saber nada del VIH. (P5)

Como decía una participante, la posibilidad de una gobernanza participativa depende también en última instancia de la existencia de una cultura de corresponsabilidad, compartida por los diferentes agentes. En este sentido, las apuestas del actual Ministerio pueden ser una oportunidad para generar esa cultura que es necesaria para que las políticas sean debatidas, negociadas y asumidas por los diferentes agentes.

## **Comunidades autónomas**

En un contexto como el español, es imprescindible tener en cuenta el papel de las comunidades autónomas en la configuración de las políticas en torno al VIH pues son estas quienes tienen transferidas las competencias en salud pública. Existe cierto consenso entre nuestras participantes en que la interlocución con los organismos autonómicos de salud pública depende del partido político que esté en el poder. Señalan que, en un contexto de polarización política, han sido los gobiernos de carácter progresista los que más han favorecido políticas y apoyado mediante subvenciones programas de respuesta al VIH. Así un alto cargo técnico explica esta situación en relación con la implantación de la PrEP:

España está muy descentralizada, todas las decisiones, la gobernanza es compartida con las comunidades autónomas y la implantación de la PrEP fue un dolor porque había muchísima tensión por parte de comunidades de derechas y de izquierdas en contra. (P12)

Al mismo tiempo, una activista subraya la importancia que tiene la afinidad política para establecer cauces de comunicación entre organizaciones comunitarias y cargos políticos: “Aquí si te reciben es porque son de los tuyos o tú eres de ellos. Que es el problema, hay una carga política muy importante en nuestros grupos” (P6).

Es necesario destacar que existe una diferencia entre el discurso político de los gobiernos de las comunidades autónomas y la gestión técnica de la salud pública. Así, pese a que puede haber cambios en la ideología de gobierno de turno, existe una cierta continuidad en el plano técnico. Un alto cargo técnico explicaba, en relación a una comunidad autónoma con un discurso marcadamente conservador, que, “en [esta comunidad autónoma], el discurso político es negativo, aunque, en realidad, hay un nivel técnico razonable y una aceptación de base en la sociedad muy grande” (P12).

Para la mayoría de las organizaciones comunitarias, la fuente principal de financiación procede de su comunidad autónoma, dado que las actividades de ámbito autonómico o local no acceden al programa de subvenciones del Ministerio. A todo ello hay que añadir que no todas las comunidades autónomas ni desde luego municipios cuentan con entidades comunitarias con experiencia en la respuesta al VIH y que estas además tienen una implantación y una trayectoria muy desigual. Así, una activista explica que “hay muchas diferencias a nivel territorial, en el ámbito rural y entre comunidades” (P20).

## **Financiación y fragmentación del modelo comunitario**

Como hemos dicho más arriba, las subvenciones a entidades comunitarias son una de las herramientas más potentes en manos de las autoridades para definir una agenda política y para estructurar sus relaciones con organizaciones comunitarias. En este sentido, todas las personas entrevistadas consideran insuficiente la financiación procedente de instituciones públicas.

[La financiación está] fatal. ¿Por qué? Porque las administraciones públicas tienen unos presupuestos, si los hay, porque en algunos sitios no los hay, si los hay, exigüos. Si no fuera por los laboratorios, por becas internacionales, por fundaciones y en algún caso copagos, es insostenible [...] La financiación es ridícula. (P5, activista).

A pesar de la importancia de su labor, las ONGs se enfrentan a barreras significativas, especialmente en lo que respecta a la financiación. La inestabilidad financiera es una queja recurrente. Las participantes señalan que muchas veces las ONGs dependen de subvenciones temporales o nominales, lo que impide la planificación a medio o largo plazo, a merced de vaivenes políticos o burocráticos. Esta incertidumbre financiera obstaculiza la continuidad de los proyectos y pone en riesgo el empleo del personal, lo que dificulta que las ONGs puedan operar de manera constante y con la estabilidad necesaria para ejecutar programas eficaces. Una activista que dirige una ONG de VIH explica que

la subvención de que nos da el ayuntamiento es la parte más grande de nuestra financiación. Si nos dicen que no hay ese dinero, tenemos que pensar a quién despedimos. Pero los programas se están ejecutando, así que no se puede despedir a nadie. (P11)

A su vez, esto genera una falta de profesionalización en el sector comunitario: “Echo en falta figuras profesionales [activistas] que lo tengan muy claro, pero es que es difícil ganarse la vida de ello” (P1, cargo técnico).

Algunas de las activistas entrevistadas sugieren que esta falta de financiación adecuada genera un clima de competitividad y desconfianza entre las organizaciones comunitarias: “Hay relaciones de competitividad y hay determinadas visiones que a mí me dan un poquito de pavor” (P20, activista). Esta persona continúa, sugiriendo que son las administraciones las que crean estas circunstancias de manera intencionada:

Creo que las administraciones eso lo utilizan, les encanta vernos separados y les encanta que compitamos entre nosotras. Y eso a mí me parece muy triste [...] Por ejemplo, hay cierta política deliberada de dar cuatro duros a 18 organizaciones que están haciendo lo mismo para que no tuviesen más remedio que establecer un clima de competencia. (P20, activista)

Junto a la financiación, la segunda problemática señalada por los informantes, pertenecientes tanto a la administración pública como al sector sanitario o al de las organizaciones de base comunitaria es la falta de colaboración equitativa entre los diferentes agentes. La ausencia de una colaboración facilita la aparición de problemas en el quehacer cotidiano: la falta de coordinación de agentes en torno a la misma problemática desde diferentes organismos, las duplicidades y las oportunidades perdidas de derivación entre instituciones se encuentran entre los más señalados. Así, una médico especialista argumenta lo siguiente: “Me gustaría tener una relación más colaborativa con otras ONGs y médicos: yo tengo esto, ¿tú qué necesitas como hospital? ¿En qué puedo yo ayudarte? Oye, ¿en qué momento?” (P4). Pero, al mismo tiempo, es consciente de que hay barreras a este tipo de colaboración:

Pero claro, también pienso yo, las ONGs también luchan por tener su posición, su dinero, su financiación, pero es normal, entonces creo que muchas veces siento yo que puede ocurrir que no se vele por todos los intereses y de qué manera confluyen todos. (P4, médico)

Es decir, en el contexto de la competitividad y la fragmentación se pueden perder de vista las necesidades de los usuarios y los pacientes.

Estos cambios han sido paulatinos y son las activistas con más trayectoria las que describen una sensación de cambio:

Ya no hay esa sensación que yo tenía antes de comunidad. Hemos ido haciendo nuestros nichos de atención. Entonces, aunque podemos tener una muy buena relación con varias asociaciones, no tenemos esa sensación que hace 20 años teníamos de comunidad. (P8, activista)

## Relevancia e interés en el VIH: la era post-sida

Como problema social, es argumentable que el VIH ha venido perdiendo relevancia mediática desde mediados de los 90, gracias al descenso de la mortalidad asociada al VIH que trajeron consigo los tratamientos de alta eficacia y a una cierta percepción de contención de la progresión de la epidemia en los grupos más vulnerables (Villaamil Pérez 2004). A esto se añade la posible desaparición del VIH como problema de salud pública adquiere verosimilitud gracias al tratamiento como prevención y la PrEP (Parker and Aggleton 2023). Ello ha tenido un impacto decisivo y transformador en las políticas de salud pública, profundizando lo que desde finales de los 90 se describió como el fin del excepcionalismo del sida o era post-sida (Kagan 2018). Para algunas participantes, este impacto se ha concretado en la relegación de la prevención del VIH, particularmente en lo relacionado con la defensa de los derechos sexuales:

Mi opinión personal es que es un tema [el VIH y salud sexual] que ya hace bastante tiempo dejó de ser interesante políticamente, debido a esto: la importancia política y el esfuerzo público hacia la prevención es prácticamente nulo. (P19, activista)

Las organizaciones comunitarias se han encontrado ante la necesidad de redefinir su identidad en este nuevo contexto. Una activista comenta que

estamos en un momento en el que el VIH no está en las agendas políticas y no es una prioridad. Incluso nosotros mismos, las organizaciones, esa parte la tenemos ya más gestionada. Una vez que tienes a la gente con medicación, la gran urgencia del VIH ha pasado. (P6)

A pesar de que no es un problema nuevo, existe una diversidad en el modo de comprender la nueva situación y sus oportunidades y riesgos. Para algunas de las participantes, los avances en cuanto a tratamiento y prevención suponen éxitos que deben ser aprovechados y celebrados. Para otras, sin embargo, suponen un reto existencial: la ausencia de la sensación de urgencia que caracterizó las primeras décadas del VIH, supone el desmantelamiento de la excepcionalidad del VIH. Con esto nos referimos al desarrollo de abordajes innovadores, de carácter integral que incorporaran una perspectiva de derechos y una concepción de la salud como fenómeno multidimensional. Así, una activista se queja de que se ha evolucionado hacia un contexto en el que la prevención del VIH gira excesivamente en torno a los fármacos, obviando otros problemas. Como ya comentábamos anteriormente, una activista se quejaba:

Cuando hablamos de la prevención combinada nos hemos quedado con lo médico. ¿Pero qué hacemos con todos los cambios estructurales que se tienen que dar para que las personas vivamos mejor? ¿Dónde hablo yo de pobreza? ¡Eso es prevención combinada también! (P21)

Este nuevo contexto requiere re-imaginar el papel de las organizaciones comunitarias. Así, de las entrevistas surgen dos alternativas. Por un lado, existe la posibilidad de reconvertirse

en organizaciones comunitarias centradas en prestar servicios a la comunidad LGBTIQ+ que llegan por su “capilaridad” donde la sanidad no llega, pero no centradas específicamente en el VIH. Así, una activista explicaba que su organización se centra en prestar servicios sanitarios de alta calidad por personal sanitario especializado para la comunidad LGBTIQ+ y lo argumentaba diciendo que

estos servicios son ya un derecho adquirido de la comunidad, no se puede prescindir de servicios como el nuestro porque el sistema sanitario no es capaz de absorber toda esta demanda. (P7)

Por otro lado, encontramos otras organizaciones—en general procedentes del tejido asociativo que se configuró en las primeras décadas de la respuesta al VIH—que redefinen su misión en términos de lucha por los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, pero también en una concepción de la salud que integra dimensiones económicas, sociales, políticas y de sentido. Una de estas activistas rechaza explícitamente un modelo sanitario de prestación de servicios:

Para mí esa vía [prestación de servicios médicos] pues no es una vía. No es la vía que me parece adecuada porque es solo depender [de las instituciones políticas y sanitarias], es pasar a ser parte de ellas. Hay otra vía, la vía de los derechos. (P20)

Esta segunda vía, centrada en los derechos, se relaciona con diferentes maneras de organizar la actividad. Así, esta misma activista argumenta que las organizaciones comunitarias requieren mecanismos democráticos que permitan una permeabilidad entre usuario y activista o gestor, garantizando un enraizamiento en la comunidad. Por ejemplo,

Que los trabajadores sexuales puedan llegar a la Junta Directiva y tomar decisiones como trabajadores sexuales. Si no hay esos caminos y esas vías democráticas, esa entidad no la entiendo como una entidad comunitaria. Puede ser una agencia, una asociación, pero no una entidad comunitaria porque funciona más como una empresa que como una entidad comunitaria. (P20)

Es importante destacar, no obstante, que hablar de estas dos alternativas es más una cuestión analítica que práctica: la mayoría de las organizaciones comunitarias participan, en mayor o menor medida, tanto de la prestación de servicios como de la reivindicación de derechos. Para otras activistas, independientemente de estas dos opciones, el énfasis ha de ponerse en mantener los aspectos positivos de previos contextos, como el aprendizaje colectivo:

Todo ese aprendizaje de lo que es el trabajo comunitario, la promoción de la salud sexual y la promoción de la salud sexual desde lo comunitario, de los años 80, del aprendizaje de cómo las comunidades pueden ejercer ese derecho. Debe incluir un punto de vista integral del cuidado de la salud, de qué entendemos por salud, cambios estructurales, etc. (P21, activista)

En este sentido, cabe destacar que existe cierto acuerdo entre los altos cargos políticos y técnicos entrevistados en la necesidad de mantener un equilibrio entre políticas horizontales (cambios de índole estructural que favorecen mejoras en salud para la población en general y, por lo tanto, también para poblaciones específicas) y verticales (intervenciones que afectan selectivamente a las condiciones de vida de comunidades concretas). Así, un alto cargo político defiende

la recuperación de la cobertura sanitaria universal, la mejora de los servicios de atención primaria: son medidas que actúan de manera horizontal y que van a mejorar la situación de las ITS de la misma manera que van a mejorar el tratamiento del cáncer o de la cardiopatía isquémica. (P10)

Por otra parte, este mismo responsable político refiere la necesidad de una comprensión de la salud desde las ciencias sociales como proceso social y político, con dimensiones objetivas (quién enferma y cómo) y de sentido (qué movilizaciones de sentido se están efectuando cuando calificamos un fenómeno como saludable o como enfermedad) (Fassin and Gomme 2023). Así, argumenta que, desde un concepto amplio y complejo de la salud y la enfermedad, la respuesta al VIH requiere

abordar no solamente las consecuencias finales del tratamiento, sino también los condicionantes sociales que determinan su aparición. No hay que actuar solo cascada abajo, sino también cascada arriba. (P10, alto cargo político)

## **Futuros**

Una pregunta que queda por responder es cuáles son las estrategias que se derivan del escenario post excepcionalidad del VIH. En esta fase de la epidemia, muchas de las cuestiones que afectan a los colectivos más vulnerables frente al VIH que van apareciendo en los discursos de las participantes, como el envejecimiento de la población VIH, la incorporación de las personas migrantes o las violencias que afectan a las personas trans ya no se entienden como problemas que afectan a un colectivo específico ni requieren intervenciones dirigidas a poblaciones específicas. La reivindicación de un sistema de pensiones más justo o de una política de inmigración más inclusiva pasan por la intervención en debates que superan la especificidad del VIH y la salud sexual aunque afectan decisivamente a ciertas poblaciones, como pueden ser los recientes debates en torno a la identidad de género del colectivo trans. No escapa a las participantes que estos debates tienen actualmente una cualidad altamente volátil en un escenario de fuerte polarización y de surgimiento de posiciones de extrema derecha que han tomado estas cuestiones como banderín de enganche de su electorado.

## Recomendaciones:

- Consolidar las vías de participación, buscando despolitizar la salud sexual.
- Modificar el modelo de financiación actual, para garantizar la continuidad de programas y la retención del talento
- Fomentar la colaboración entre organizaciones comunitarias, promoviendo compartir talento y conocimiento.
- Recolectar, poner en valor y movilizar los conocimientos adquiridos en la lucha contra el VIH para hacer frente a otros problemas de salud.



# Sociedad, cultura y educación

Hallazgos principales:

- El contexto actual está marcado por un “segundo silencio” que implica una invisibilización del VIH/sida y la salud sexual.
- Se sugiere la existencia de una “crisis de identidad” caracterizada por la soledad y la falta de prácticas de ocio, que subyace a fenómenos como el chemsex.
- El arte funciona como motor de cambio social y puede aportar herramientas centrales para abordar problemáticas de salud sexual, pero requiere de nuevos modelos de financiación que permitan intervenciones culturales a largo plazo.
- Existen carencias graves en la educación sexual, en parte por su politización.

Este capítulo aborda la cuestión de la salud sexual en el contexto de la sociedad, la cultura y la educación. En primer lugar, describe la situación actual como un “segundo silencio” marcado por una individualización e invisibilización del VIH/sida y la salud sexual, que complica los discursos y acercamientos comunitarios a esta realidad. Así mismo, describe lo que varias participantes han identificado como una “crisis de identidad” que aqueja a la comunidad de GBHSH en España—una crisis que subyace a fenómenos como el chemsex. Partiendo de la reflexión ofrecida por las participantes en relación a la dimensión sociocultural imbricada en la salud sexual, el capítulo llama a la creación de espacios multidisciplinares que permitan abordar este fenómeno en toda su complejidad y diversidad, biomédica, cultural y social. En concreto, este capítulo describe la importancia de la cultura como motor de cambio y generación discursiva en materia de VIH/sida y salud sexual y resalta la necesidad imperiosa de adoptar nuevas perspectivas para abordar la educación sexual en España.

## El segundo silencio

En 1986, la agrupación estadounidense “The Silence=Death Project” popularizó uno de los lemas centrales del activismo en materia de VIH/sida y salud sexual, “Silencio=Muerte”. Con este lema, como indica Avram Filkenstein, se pretendía aludir a “los efectos letales de la pasividad ante la crisis, al silencio colectivo y a la naturaleza política de ese silencio, al

silencio como complicidad” (en Galaxina 2022, 73). La relevancia de esta anécdota está en los paralelismos que las participantes establecen en las entrevistas entre el contexto de silencio que se dio en los años 80 y 90, y la actualidad, donde también impera un silencio colectivo en torno al VIH/sida y la salud sexual. Una participante explica lo siguiente: “Ha habido un primer silencio, ¿no? Con el miedo y las personas que estaban muriendo y no se sabía nada, y había pánico, y no se hablaba. Ese fue el primer silencio de los años 80 y 90. Ahora hay un segundo silencio” (P17, artista).

La idea del “segundo silencio” que menciona la participante ha sido señalada por varios autores y se vincula con problemáticas mencionadas en los capítulos anteriores. Dados los tratamientos modernos y, especialmente, el auge de la intransmisibilidad recogida en lemas como Indetectable=Intransmisible, actualmente se vive un contexto en el que la realidad del VIH/sida y, en general, la salud sexual ha comenzado a invisibilizarse. Esta misma participante plantea la situación en estos términos: “Ahora yo tomo mi pastillita, estoy linda, estoy maravillosa, no tengo que contarle a nadie. ¿Por qué voy a contar? ¿Por qué voy a hablar de esto? Hay una generación que está creciendo sin saber siquiera qué es el VIH” (P17, artista). Dion Kagan realizó una afirmación similar en su análisis del concepto de “post-crisis”, que empleaba para referirse a la percepción generalizada de que hoy en día no se vive una situación de crisis de salud sexual—percepción que, según el autor, ha conllevado un nuevo silenciamiento (Kagan 2018).

De acuerdo con las participantes, en efecto, este nuevo silencio, más que derivar de una desestigmatización o normalización del VIH/sida y la salud sexual, parece imbricado en la perpetuación de prejuicios ya arraigados en el tejido social. En palabras de una activista:

El miedo sigue existiendo. Porque el hecho de que yo no te pueda infectar, no quiere decir que el miedo desaparezca, que la discriminación desaparezca, porque los componentes son los factores que hacen que te discriminen, que no tienen tanto que ver con el VIH, sino con el hecho de que seas un vicioso. Los factores sociales y los prejuicios siguen estando ahí [...] Hay un discurso muy biomédico de que esto es igual que la diabetes. Y después rascas y te das cuenta de que todos hemos sufrido algún tipo de discriminación en algún ámbito. (P20)

Esta problemática, que señalan, entre otras, P8, P9, P17 y P19, parece confirmarse con los resultados del último informe realizado sobre la experiencia de estigma de las PVVIH en España (Fuster-Ruiz de Apodaca et al. 2024). Durante las décadas que siguieron a la llegada del VIH/sida a España, se inició un proceso de estigmatización que conceptualizó la epidemia como poco menos que una “plaga que parece caída del cielo [...] como una macabra forma de castigo” (Cortés 1993, 170). Es evidente, a la luz de los testimonios recogidos y de los datos recabados, que el estigma continúa siendo una problemática central en materia de salud sexual.

Debe señalarse en este punto que este estigma y el contexto de silencio al que ha dado lugar no solo tienen su origen y razón de ser en los ámbitos institucional, mediático y sanitario. Las participantes sugieren la presencia de estigma internalizado tanto entre las PVVIH como

entre las personas afectadas por ITS, manifestando ambos grupos sentimientos de culpa y vergüenza. Un alto cargo técnico ofrece un comentario revelador a este respecto cuando, analizando el proceso de diagnóstico de ITS, apunta que “la gente valora mucho el poder hacerse muestras para ITS de toma genital en la intimidad de su casa” (P9). El aumento de la prevalencia de manifestaciones de autoestigma, aparente en la búsqueda no solo de la intimidad sino también de la ocultación del diagnóstico y tratamiento es precisamente uno de los aspectos que se han detectado en el último informe realizado en España en relación al estigma del VIH:

Las PVIH en España reportaron unos altos niveles de internalización del estigma [...] La mayoría de las PVIH reportó que les resulta difícil contarle a la gente que tienen el VIH y que esconden su condición serológica al resto de personas de alguna forma. Asimismo, casi dos de cada tres PVIH indicaron que les angustia la posibilidad de transmitir el VIH a otras personas, y una fracción importante estuvo un poco, bastante o totalmente de acuerdo con sentirse avergonzada, culpable, inferior o sucia por tener el VIH. Considerando los ítems en conjunto, un 95,0% de las PVIH tuvo, en mayor o menor medida, alguna creencia de estigma internalizado. (Fuster-Ruiz de Apodaca et al. 2024, 23)

En este contexto, las participantes llaman a una mayor atención discursiva al tratamiento y experiencia del VIH/sida y las ITS, a saber, una “resignificación de los imaginarios” (P17, artista). Frente al contexto de rechazo y “frivolización total” que, en su opinión, rodea al ámbito de la salud sexual en la actualidad, se hace hincapié en la necesidad colectiva de “generar espacios comunitarios para poder pensar” y, así mismo, de “hacer una autocrítica” (P8, activista).

## La crisis de identidad

En relación con este último punto, una participante realiza una observación que merece especial atención cuando afirma lo siguiente: “Creo que estamos perdiendo cada vez más profundidad de discurso, de entender las causas más profundas y más culturales de todas las problemáticas que rodean al VIH y la salud sexual” (P1, cargo técnico). Las declaraciones de otras participantes coinciden en la necesidad de una mayor reflexión sobre las causas subyacentes al auge de la incidencia de ITS y fenómenos como el chemsex en España: “Al final, hay un problema de base que no tiene que ver necesariamente con la droga, sino con una cuestión de conciencia, de identidad, de sociabilidad, de autoestima” (P19, activista).

La idea de que es necesaria una mayor profundidad en el estudio de las causas de fenómenos como el chemsex resulta de especial interés a la luz de la importancia dada por las participantes a un fenómeno que insisten en denominar como una “crisis de identidad”. Según P1, P4, P5, P18, P19 y P20, esta crisis aqueja, en concreto, a la comunidad de GBHSH y se erige, en su opinión, como uno de los factores subyacentes de mayor relevancia para la incidencia de los fenómenos que se exploran en este informe. La siguiente declaración ofrece un buen punto de partida para empezar a abordar esta cuestión:

La comunidad gay tiene una crisis de identidad bastante gorda y, dentro de ella, está la crisis de identidad sexual o la crisis de cómo nos comportamos sexualmente [...] No es ninguna tontería que estamos viviendo un momento de crisis no solo sexual, que quizá la sexualidad es lo que se puede ver, es como (si dijéramos) la manifestación. La sexualidad y este aumento de las ITS [son] la manifestación de esa crisis profunda que hay. (P5, activista)

En primer lugar, debe aclararse que el presente informe no pretende sino reflejar las impresiones recabadas en las entrevistas realizadas, sin aportar un análisis o juicio de estas. Queda fuera de los objetivos de este documento, en ese sentido, poder afirmar la presencia de una crisis identitaria entre los GBHSH en España que pudiera servir como factor incidente en problemáticas vinculadas al VIH/sida y la salud sexual. Sin ese análisis y los datos que pudiera aportar, tal afirmación podría suponer un aliciente para la estigmatización no solo de los GBHSH sino también, por extensión, de la comunidad LGTBIQ+, razón por la que este informe explícita y deliberadamente evita corroborar o desmentir su validez. Habiendo aclarado este punto, sí ha de manifestarse que las participantes en su conjunto enfatizan la conexión entre los fenómenos señalados y una problemática sociocultural de fondo entre la comunidad de GBHSH, derivada de la simbiosis entre un amplio conjunto de factores precipitantes. En relación con el fenómeno del chemsex, en concreto, afirman que, en la mayor parte de casos donde puede hablarse de un consumo problemático, estos derivan de una conjunción de elementos que afectan de forma exclusiva a la comunidad de GBHSH:

El consumo de sustancias a nivel recreativo en nuestra comunidad es muy visible [...] El chemsex es muy visible y nosotros lo que estamos viendo es que [surge] quizá por la falta de información, quizá también por heridas de la infancia. Es decir, gran parte del perfil que nosotros atendemos con consumo problemático tiene muchas coincidencias: abusos en la infancia, violencia en su propia casa, en su propia familia, evidentemente bullying [...] Ciertas heridas que lo que hacen es afrontarlas y gestionarlas a través de las sustancias. Y también, además, es un potencial que “es que yo siempre he sido un paria. Yo no he encajado nunca. De repente, estoy en un espacio que me siento formar parte de algo. Formo parte de una comunidad”. (P8, activista)

El hecho de que el consumo de drogas es mayor entre la comunidad de GBHSH, por los motivos señalados por los participantes, ha sido demostrado en múltiples trabajos previos. Gabriel J. Martín analiza un conjunto de estudios de incidencia epidemiológica con relación al consumo de drogas entre personas de la comunidad LGTBIQ+ y concluye que, en efecto, “las personas LGTB consumen más drogas para afrontar los efectos de un estigma al que los heterosexuales no tienen que sobreponerse” (Martín 2016, 155). Esta problemática concuerda con los resultados de los últimos informes publicados en relación al aumento del consumo y la adicción a las drogas entre GBHSH, ambos fenómenos vinculados al estigma y abusos sufridos por esta comunidad (Fagúndez, Soriano, et al. 2019; STOP SIDA et al. 2021; Fernández-Dávila 2019).

Otro punto recurrente con relación a la vinculación de esta comunidad y a la incidencia de ITS durante las entrevistas tiene que ver con lo que varias participantes plantean como una creciente atomización e individualización del colectivo y, así mismo, como una permanente sensación de soledad y aislamiento:

El sentimiento de soledad de muchas personas en el colectivo les hace entrar en conexión con otras personas a través de las drogas. Pero lo que estás buscando es la conexión, al fin y al cabo, es no sentirte solo [...] Y eso te arrastra al uso recreativo de la droga, a sentirte partícipe de un grupo. (P18, activista)

La vulnerabilidad emocional del colectivo estaría apuntalada, de acuerdo con las participantes, por la ausencia de espacios de conexión e interacción dirigidos a este público más allá del ocio nocturno:

Tiene que ver con cómo nos relacionamos los gays y con los pocos espacios que tenemos para hablar de lo que nos sucede. En el momento en el que les ofreces espacios seguros donde pueden hablar y compartir e intimar, se llenan. Son espacios para huir de la soledad. Hay una necesidad de tener espacios no sexualizados, de crear redes [...] La experiencia gay actual está mucho más atomizada, es mucho más individual, más solitaria. (P20, activista)

De nuevo, debe aclararse que no se pretende desde este informe emitir juicios de valor en base a la ludificación de la experiencia sexual, el ocio nocturno o, por extensión, la existencia de espacios destinados a estos fines. Las participantes, no obstante, sí enfatizan que existe una limitación de la oferta de espacios de encuentro y esto, en última instancia, actuaría como factor precipitante para la problemática subyacente a los fenómenos señalados.

## **Hacia un enfoque multidisciplinar: La cultura como motor de cambio**

Dado que, para las participantes, dichos fenómenos no solo tienen una dimensión biomédica, sino que también poseen un cariz marcadamente cultural y social, plantean consistentemente que la respuesta a los mismos no puede darse exclusivamente desde el ámbito de las ciencias de la salud. Para abordar las realidades vinculadas al VIH/sida y la salud sexual en España, recuerda una participante, “hay que entender y tener competencias culturales”. Esta misma participante, aludiendo a “la clandestinidad” que ha marcado las relaciones de GBHSH en España, explica lo siguiente:

Chemsex es un fenómeno entre HSH, mujeres trans o personas trans y no binarias, de cultura de sexo casual gay [...] ¿Pero qué es la cultura gay? [...] Hay ciertas prácticas que hacemos que a lo mejor los heteros no es que no lo hagan, pero no las tienen tan asentadas en su imaginario. (P8, activista)

Establecer espacios y recursos que permitan desarrollar competencias culturales para entender y trabajar las necesidades de una población estigmatizada se convierte en una llamada recurrente durante las entrevistas: en efecto, las participantes insisten en abandonar la hegemonía de lo biomédico y adoptar un enfoque multidisciplinar (P1, P4, P5, P8, P11, P16, P17, P18 y P19). En concreto, una participante denuncia que, pese a que el ámbito de las ciencias de la salud ofrece un enfoque de diagnóstico, prevención y tratamiento necesario, no puede solucionar las problemáticas en materia de salud sexual a largo plazo:

¿Qué está pasando en nuestro colectivo? Muchísimo. ¿Qué pasa? Se me vienen veinte mil cosas a la cabeza. Se me viene el DoxyPEP: fantástico, me parece muy bien, ha demostrado [eficacia]. ¿Eso nos va a solucionar el problema? Sí, muy bien, nos va a solucionar el tema de las ITS, nos va a bajar las ITS. ¿Estamos resolviendo realmente el problema? De raíz, me explico. Hay muchos aspectos en el mundo LGBT, en el mundo queer, en el mundo de hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, en donde no creo que únicamente una pastilla o una PREP van a resolver todo el problema. (P4, médico especialista en VIH)

Si se acepta que la realidad del VIH/sida y la salud sexual en España posee una dimensión cultural, parece lógico que deba darse una respuesta a esta misma por medio del ámbito de la cultura. En el transcurso de las entrevistas, se recalca a menudo (P4, P16, P17, P18 y P19) el valor transformador de este ámbito y su importancia para trabajar fenómenos como los aquí explorados. En palabras de una participante, “la transformación social, evidentemente, es cultura. Cultura a todos los niveles. La cultura [...] tiene una responsabilidad importante y una gran capacidad para cuestionar precisamente estos temas” (P19, activista).

Si bien apuntan que el ámbito de la cultura tiende a entenderse en España como una forma de entretenimiento, cuestionando la prevalencia de lo que denominan como la cultura “fast food, o sea, que se consume rápido y que no te deja nada en el pensamiento” (P16, artista), las participantes abogan por una reconsideración sobre la importancia de este ámbito y, especialmente, el arte, la literatura, la danza y el teatro como “forma de crear de conocimiento acerca del mundo, subvertirlo y deconstruirlo” (P17, artista). Más que servir como un complemento a la labor biomédica, las participantes insisten en entender este ámbito como generador de discursos (y contradiscursos) en materia de VIH/sida y salud sexual, aludiendo a los resultados del trabajo realizado por colectivos locales como es el caso de +Art en Sevilla. Una de las participantes explica a este respecto lo siguiente:

Creo que es una manera de poner en valor los problemas y poner en valor también los recursos porque, quieras que no, es una manera distinta de llegar a un público [...] de una manera distinta [...] Haces la exposición, llegas a los medios; los medios se hacen eco de la exposición; ya se está poniendo en difusión una actividad que está relacionada con todo esto; ya hay entrevistas, ya hay esto, ya hay lo otro...No es solamente la exposición sino todo lo que la exposición genera. (P18, activista)

Esta observación, a saber, que la cultura ofrece una plataforma privilegiada de divulgación, visibilidad y sensibilización, es acompañada en todos los casos, sin embargo, por otra puntualización: la escasez de recursos y financiación con la que cuentan desde este ámbito para realizar su trabajo. Frente al caso de EE. UU., donde el arte, la literatura y el teatro que abordan el VIH/sida y la salud sexual gozan de una fuerte presencia, el caso de España se plantea como definido por una cierta dispersión artística, derivada de las dificultades para encontrar apoyo para mostrar una realidad estigmatizada: “Es que no se reflexiona sobre eso porque realmente es muy difícil luego encontrar salida económica” (P16, artista). En 1997, analizando el tratamiento ofrecido al VIH/sida y a la salud sexual en el arte español, Juan Vicente Aliaga ya planteaba a nuestro territorio como “una tierra de silencios”, a saber,

un país desprovisto de espacios y artistas comprometidos: “El arte español que toma el sida como tema central está tan disperso y esparcido como las respuestas políticas y sociales que se han realizado” (Aliaga 1997, 405)[iii]. Casi treinta años después, las participantes realizan afirmaciones similares, insistiendo no en una escasez de interés desde las artes, las letras, la danza o el teatro sino, más bien, en lo que consideran como un bloqueo económico, tanto desde el sector público como desde el sector privado. En esta línea, una participante argumenta lo siguiente:

“Es difícil financiar las exposiciones [...] Es difícil encontrar una regularidad [...] Hasta que no tienes un dinero donde puedes apoyarte, no puedes llevar a cabo un proyecto [...] Aunque nos reunimos y estamos dándole a ver qué podemos hacer diferente, dependemos de una entrada de dinero para hacer algo [...] Hay veces que estamos muy limitados” (P18, activista).

La idea de que el ámbito de la cultura requiere de una mayor financiación para trabajar el VIH/sida y la salud sexual está acompañada de otra observación: “No es solo una cuestión de aumentar el dinero, que es muy importante, es realmente cómo se usa ese dinero” (P16, artista).

Además de una clara ausencia de financiación, las participantes insisten en la necesidad de generar espacios y recursos que faciliten la creación artística con relación al VIH/sida y la salud sexual. Una participante, en concreto, alude a la necesidad de “un proyecto a largo plazo de transformación del mundo de la cultura y del consumo por parte del público” y explica que la financiación, aunque necesaria, no debe tanto centrarse en apoyar a artistas individuales como en la generación de contextos de creación e intercambio de largo recorrido:

Creo que desde las instituciones se debería fomentar otro tipo de arte, otro tipo de cultura [...] Me gustaría que realmente la unión entre arte, cultura y justicia social estuviera [...] siempre de la mano. Ojalá hubiera un sitio para hablar de esto [VIH/sida y salud sexual] [...] Para mí el dinero siempre digo que no vaya hacia los artistas, que vaya hacia generar políticas culturales atrevidas y potentes, que hagan que el mundo sea mejor [...] Es más importante crear el contexto donde pueda haber este tipo de arte y hacer que haya un contexto en el que sea sostenible. (P16, artista)

## **Educación sexual**

De acuerdo con las participantes, así mismo, estas propuestas culturales deben potenciarse por medio de otra herramienta, a saber, la apuesta por una mayor (y mejor) educación en materia de salud sexual, a todos los niveles. Las participantes rechazan lo que consideran como un contexto de censura en el entorno escolar, fomentada en su opinión por el entorno familiar de los estudiantes de primaria y secundaria, cuyo rechazo a la educación sexual de los jóvenes no parece consecuente con el adelanto de las relaciones sexuales, que los últimos informes realizados en España sitúan alrededor de los 14,31 años de edad (contando un 10,3% de jóvenes que mantienen sus primeras relaciones coitales con 13 años

o antes) (Moreno et al. 2020; Lameiras Fernández, Rodríguez Castro, and Martínez Román 2023). Una de las participantes resumía así esta cuestión:

Habría que empezar [a hablar] con ellos, con la educación sexual, y eso en este país no va a pasar, no es posible, porque eso sería ya la guerra campal en los colegios de lo que puedes hablar, lo que no puedes hablar [...] Claro, si se están adelantando las edades de comienzo de las relaciones sexuales [...], ¿cuándo habría que hablar con los niños? (P11)

Una crítica similar es realizada por otras participantes (P8, P11, P17, P19 y P20), que afirma no solo que “hay muy poca educación sexual en este país” (P8, activista) sino que, además, en su opinión, el acceso a esta información se encuentra principalmente mediado a través del consumo de pornografía. Una activista argumenta a este respecto que “la educación sexual que hemos recibido nosotras, la comunidad LGTB, es a través generalmente del porno” (P8). En esta misma línea, otra activista comenta que “la única educación sexual que [los jóvenes] están recibiendo de forma constante es la pornografía” (P19). Teniendo en cuenta que los últimos datos sugieren un aumento del consumo de pornografía entre la población joven, estos testimonios resultan de especial relevancia (Sanjuán 2020).

En palabras de las participantes, “necesitamos volver a hablar, necesitamos desarrollar una educación sexual desde la naturalidad, desde el cuidado, porque el cuidado del sí es cuidado colectivo” (P17, artista). La necesidad de cuidar la información en materia de salud sexual y facilitar su acceso a la población (joven o no) es señalada también por otras participantes, resumiéndose esta llamada a la acción en esta declaración: “¿Qué información recogemos? ¿Qué información no recogemos? ¿Cómo la filtramos? ¿Dónde la encontramos? [...] Yo creo que ahí tenemos las entidades comunitarias un reto de verificar la información” (P20, activista).

## Hacia el futuro

Si este capítulo empezaba con el lema de la agrupación “The Silence=Death Project”, resulta oportuno concluirlo con la reflexión que, a propósito del mismo, realizaba Lee Edelman: “Si afirmamos que el Silencio=Muerte, entonces un corolario de este teorema [...] ha de ser Discurso=Defensa” (Edelman 1989, 292)[iv]. Todas las declaraciones realizadas por las participantes parecen coincidir, en mayor o menor medida, en la necesidad de resignificar los discursos generados alrededor del VIH/sida y la salud sexual en España, creando áreas de intervención, espacios de debate y recursos para permitir una transformación cultural que repercuta en la gestión de fenómenos como el chemsex y el auge de las ITS en nuestro territorio. En términos generales, su propuesta implica una reconceptualización de las realidades en torno a la salud sexual y, por extensión, de los mecanismos que han de ponerse en práctica para abordarlas, rechazando la hegemonía y exclusividad del enfoque biomédico y abogando por una mayor interseccionalidad e interdisciplinariedad, integrando el ámbito de la cultura, las ciencias sociales y las humanidades y, así mismo, el arte, la literatura, la danza y el teatro en el abordaje de estas realidades.



## Recomendaciones:

- Es imperativo desarrollar nuevos modelos de colaboración interdisciplinar en todos los ámbitos: desde la investigación a la participación política y la creación artística, literaria y performativa.
- Se requiere analizar la posible existencia de una “crisis de identidad” entre la comunidad de GBHSH como una de las causas de las causas del aumento de ITS y problemáticas como el chemsex.
- Es necesario promover la gestación de discursos sobre el VIH/sida y la salud sexual, estableciendo espacios de intervención y creación artística, literaria y performativa.
- Hay que favorecer acuerdos sociales sobre la necesidad de una educación sexual de calidad, centrada en el cuidado y el bienestar individual y colectivo.

# Líneas de investigación

Uno de los objetivos de este informe es establecer qué líneas de investigación son prioritarias en la salud sexual y el VIH en España. En este sentido, muchas de las participantes argumentan que en España hay una abundancia de investigación biomédica de calidad, pero una gran carencia de investigaciones de carácter social o cultural. Salvo contadas excepciones, como el trabajo de María José Fuster en SEISIDA, las participantes comentan que mucho de “lo que sabemos de la población LGTBI viene de otros países, no de España” (P1, cargo técnico), lo que genera lagunas.

Las participantes se quejan de la falta de investigación del contexto español y demandan una mayor investigación multidisciplinar y colaborativa. La necesidad de la multidisciplinariedad ya ha sido explorada en capítulos anteriores, pero cabe destacar que, como argumenta un cargo técnico,

generar el dato por el dato al final no sirve para más que para el diseño de una campaña o cuando se hace una pregunta parlamentaria. Lo que realmente sirve para cambiar es hacer toda la reflexión social, cultural. (P1)

Así mismo, todas las personas entrevistadas reclaman que la investigación sea colaborativa. En particular, muchas de las personas entrevistadas se quejan de que, con frecuencia, se pide a sus organizaciones que colaboren en la recogida de datos para proyectos a cuyo diseño no han tenido posibilidad de contribuir, lo que genera tensión y desafección: “A veces desde el Ministerio u otras entidades nos dicen ‘vamos a participar en un estudio, recógeme los datos y luego los analizo’. Pero recoger esos datos lleva tiempo que no tenemos” (P2, médico del ámbito comunitario).

Por estos motivos, creemos necesario que se reformulen los mecanismos de financiación para asegurar que los proyectos de investigación han sido diseñados con las comunidades, que favorezcan la multidisciplinariedad y que permitan a las ciencias sociales y las humanidades competir por financiación.

## Futuras líneas de investigación

Como parte de las entrevistas, se pidió a todas las participantes que sugiriesen qué líneas de investigación o preguntas concretas les gustaría que se investigasen. Aunque las respuestas fueron muchas y muy variadas, representamos aquí algunas de las más destacadas.

Por un lado, existe un interés claro en explorar las causas y motivaciones que subyacen a los fenómenos de la salud sexual, incluyendo el incremento de ITS, el chemsex o la soledad. En este sentido, son muchas las participantes que sugieren indagar en las “causas de las causas”, esto es, localizar dinámicas como el estigma, la soledad o la banalización del sexo en su contexto social, cultural, material y político como primer paso para buscar soluciones.

El chemsex y la crisis de identidad surgen como dos áreas de especial interés. Por un lado, muchas de los participantes piden realizar estudios que dimensionen y caractericen el fenómeno del chemsex con rigor, siendo esta la base necesaria para cualquier debate informado sobre posibles intervenciones. Así mismo, otras sugieren que es necesario estudiar las motivaciones, experiencias y contextos del chemsex para identificar las particularidades de la situación en España. Por otro lado, también se destaca la necesidad de realizar acercamientos a la supuesta “crisis de identidad” que aquejaría a los GBHSH, particularmente aquellos migrantes, para entender mejor las problemáticas que experimentan en relación a la soledad o, de nuevo, el chemsex. En este sentido, varias participantes destacan la necesidad de considerar los contextos materiales y políticos (comercialización de la sociabilidad gay, aplicaciones de contacto, etc.) y sus efectos.

La calidad de vida de las PVIH es otra de las líneas de investigación más reclamadas, tanto de manera general (en relación con los impactos del estigma y la discriminación) como de manera específica en el contexto de las personas que envejecen con VIH, sus necesidades sociales y socio-sanitarias específicas. En este mismo sentido, otras participantes sugieren investigar los efectos de los recortes sanitarios en la salud y la calidad de vida de las PVIH.

Otra línea de investigación está relacionada con entender cómo las personas jóvenes se introducen en culturas sexuales y adquieren sus conocimientos, con el objetivo de desarrollar mejores recursos de educación sexual.

Una petición recurrente entre las participantes es la urgencia de fomentar el establecimiento de nuevos ámbitos de generación discursiva y establecer los mecanismos que permitan incentivar debate y reflexión en nuestra sociedad. En concreto, se llama la atención a la necesidad de reconsiderar el ámbito de la cultura, el arte, la literatura, la danza y el teatro no como complementos sino como agentes en la intervención en materia de VIH/sida y salud sexual. Se anima, por tanto, a una mayor productividad creativa, para lo cual es necesario propiciar espacios de acercamiento y creación.

Por último, también se pide investigación aplicada a desarrollar y evaluar intervenciones específicas que busquen facilitar el acceso de las personas en situación de vulnerabilidad a los servicios de salud sexual, particularmente las poblaciones trans y trabajadores del sexo.

#### Principales líneas de investigación :

- ¿Cuáles son las causas y motivaciones subyacentes a los fenómenos y tendencias de salud sexual, como el incremento de ITS o el chemsex?
- Realizar estudios rigurosos e interdisciplinares que dimensionen y caractericen el fenómeno del chemsex.
- ¿Cuáles son las motivaciones, experiencias y contextos del chemsex en España?
- Investigar las "causas de las causas" de la situación del VIH y salud sexual en España, incluyendo el estigma, la soledad y la banalización del sexo en su contexto social, cultural, material y político.
- ¿Qué es la 'crisis de identidad' que afecta a GBHSH, particularmente migrantes, en relación a la soledad, ITS y chemsex?
- ¿Cómo influyen los contextos materiales y políticos en las experiencias de salud sexual de diversos colectivos y sus efectos (como la comercialización de la sociabilidad y las aplicaciones de contacto)?
- Desarrollar y evaluar intervenciones específicas para facilitar el acceso de poblaciones vulnerables (trans y trabajadores del sexo) a los servicios de salud sexual, centrándose en acercamientos compartidos y co-producidos.
- Investigar la calidad de vida de las PVVIH, tanto en general como en el contexto del envejecimiento con VIH y las correspondientes necesidades sociales y socio-sanitarias.
- ¿Cómo se puede medir la calidad de vida de las PVVIH?
- ¿Qué efectos tienen los recortes sanitarios en la salud y calidad de vida de las PVVIH?
- ¿Cuál es el efecto de la aplicación de la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud y otras medidas burocráticas y legislativas en las experiencias de salud sexual y la situación epidemiológica?
- ¿Cómo las personas jóvenes se introducen en culturas sexuales y adquieren conocimientos? ¿Cómo mejorar la educación sexual?
- Fomentar el debate y la reflexión sobre el VIH/sida y la salud sexual en el ámbito cultural, artístico, literario, y en la danza y el teatro.

# Acrónimos

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
GBHSH	Hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres
OMS	Organización Mundial de la Salud
PrEP	Profilaxis pre-exposición al VIH
PVVIH	Personas que viven con VIH
ITS	Infección de transmisión sexual
TasP	Tratamiento como prevención (del inglés <i>treatment as prevention</i> ).

# Sobre los autores

## **Jaime García-Iglesias**

Chancellor's Fellow en el Centre for Biomedicine, Self and Society, Usher Institute, Universidad de Edimburgo. Es sociólogo especializado en salud sexual. Sus principales líneas de investigación son las experiencias de minorías sexuales en relación a la salud sexual, y la preparación para y respuesta a las crisis de salud pública.

## **Álvaro Albarrán Gutiérrez**

Profesor e investigador en el Departamento de Filología Inglesa (Literatura Inglesa y Norteamericana) de la Universidad de Sevilla, donde imparte docencia e investiga sobre literatura y cultura de EE. UU. Sus principales líneas de investigación oscilan en torno a los escritos de Philip Freneau y la representación teatral del VIH/sida en España.

## **Anais Corma Gómez**

Doctora especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Su investigación se centra en el estudio de la infección por el VIH y de la infección por los virus de las hepatitis, desde una perspectiva epidemiológica, clínica, microbiológica, y de las bases moleculares y genéticas de estos procesos. Desde 2019, su labor asistencial se centra en la atención en consulta de personas que viven con VIH, hepatitis virales e ITS. Es la responsable de la consulta de PrEP.

## **Francisco Javier Membrillo de Novales**

Oficial médico militar (con rango de Teniente Coronel). Actual jefe de CBRN y Enfermedades Infecciosas en el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", y jefe de su Unidad de Aislamiento de Alto Nivel. Presidente electo de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) y primer presidente de ALEIMC (Alianza Latinoamericana de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, que actualmente agrupa los esfuerzos de diez sociedades de enfermedades infecciosas y microbiología clínica). Javier coordina el grupo de trabajo de SEIMC sobre la viruela del mono (Mpox), habiendo coordinado protocolos nacionales y campañas de información en colaboración con el Ministerio de Sanidad de España.

## **Fernando Villaamil Pérez**

Profesor titular del Departamento de Antropología Social y Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido visiting scholar en la Universidad de Berkeley, y ha impartido docencia invitada en las Universidades de Buenos Aires, Perugia y Bolonia. Sus investigaciones se han centrado en los campos de la Antropología Médica y de la Antropología del Parentesco. Es miembro del grupo de investigación APSyC y actualmente forma parte del equipo de investigación del proyecto de investigación I+D+i titulado "Gobernanza reproductiva en España: Perspectivas de/sobre los hijos/as de familias TRA-D.

# Agradecimientos

Queremos agradecer, en primer lugar, a todas las personas que nos prestaron su tiempo y nos abrieron sus despachos y organizaciones para las entrevistas. También, a todo el personal del Ministerio de Sanidad, que ha apoyado este proyecto desde el principio. Por último, agradecemos a la Oficina de Investigación de la Universidad de Edimburgo y al Usher Institute su apoyo a este proyecto.



# Bibliografía y notas

Ahlm, Jody. 2016. "Respectable Promiscuity: Digital Cruising in an Era of Queer Liberalism." *Sexualities* 20 (3):364-379. doi: 10.1177/1363460716665783.

Aliaga, Juan Vicente. 1997. "A Land of Silence: Political, Cultural and Artistic Responses to AIDS in Spain." En *Acting on AIDS: Sex, Drugs and Politics*, editado por Joshua Oppenheimer y Helena Reckitt, 294-407. London: Serpent's Tail.

Auerbach, J. D., y T. A. Hoppe. 2015. "Beyond "Getting Drugs into Bodies": Social Science Perspectives on Pre-exposure Prophylaxis for HIV." *J Int AIDS Soc* 18 (4 Suppl 3):19983. doi: 10.7448/IAS.18.4.19983.

Barraket, Jo, y Millsom S. Henry-Waring. 2008. "Getting it On(line): Sociological Perspectives on E-dating." *Journal of Sociology* 44 (2):149-165. doi: 10.1177/1440783308089167.

Benavides, F. G., M. Utzet, C. Serra, P. Delano, M. Garcia-Gomez, A. Ayala, J. Delclos, E. Ronda, V. Garcia, A. M. Garcia (en nombre del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología de Salud Laboral). 2024. "Health and Well-being of Healthcare Workers: Employment and Working Conditions Beyond the Pandemic." *Gaceta Sanitaria* 38:102378. doi: 10.1016/j.gaceta.2024.102378.

Cortés, José Miguel G. . 1993. "A Alberto Cardín In Memoriam." En *De amor y rabia: acerca del arte y el Sida*, editado por Juan Vicente Aliaga y José Miguel G. Cortes, 167-182. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.

Dean, Tim. 2009. *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago: University of Chicago Press.

Delany, Samuel R. 1999. *Times Square Red, Times Square Blue*. New York: New York University Press.

Dirección General de Salud Pública. 2023. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Ministerio de Sanidad.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023.pdf)

European Centre for Disease Prevention and Control. 2024d. Syphilis (ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022). Stockholm: ECDC.

[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH\\_AER\\_2022\\_](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH_AER_2022_)

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, y Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. 2023. Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España. Madrid: Ministerio de Sanidad.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan\\_de\\_Prevencion\\_y\\_Control1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf)

División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. 2023. La Atención a las ITS en España: Caracterización de Centros de ITS en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe\\_Caracterizacion\\_Centros\\_ITS\\_Espana\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_Caracterizacion_Centros_ITS_Espana_2023.pdf)

Edelman, Lee. 1989. "The Plague of Discourse: Politics, Literary Theory, and AIDS." En *Displacing Homophobia: Gay Male Perspectives in Literature and Culture*, editado por Ronald R. Butters, John M. Clum y Michael Moon, 289-305. Durham: Duke University Press.

European Centre for Disease Prevention and Control. 2024a. Chlamydia (ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022). Stockholm: ECDC.

[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/CHLAM\\_AER\\_2022\\_Report.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/CHLAM_AER_2022_Report.pdf)

European Centre for Disease Prevention and Control. 2024b. "Epidemiological Update – Week 36/2024: Mpox due to Monkeypox Virus Clade I." ECDC.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/mpox-epidemiological-update-week-36-2024-clade-i>

European Centre for Disease Prevention and Control. 2024c. HIV Stigma in the Healthcare Setting. Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: ECDC.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Dublin%20-%20HIV%20stigma%202024-final-with-covers.pdf>Report\_0.pdf

Fagúndez, Gabriela, Raúl Soriano, y Grupo de trabajo de chemsex del Plan Nacional sobre el SIDA. 2019. Informe sobre el Chemsex en España. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeCHEMSEX.pdf>

Fassin, Didier, and Rachel Gomme. 2023. *The Worlds of Public Health: Anthropological Excursions (Lectures at the Collège de France, 2020-2021)*. Cambridge: Polity.

Fernández-Dávila, Percy. 2019. Consumo de Drogas y su Relación con el Sexo: Escuchando las Voces de un Grupo de Hombres Gais y Bisexuales de la Ciudad de Barcelona que Practican ChemSex. Generalitat de Catalunya, CEEIS Cat, STOP SIDA.  
<http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/CRJ/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD/LISTADO%20BOLETINES%20CRJ2017/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD%20N%BA%20387/ESTUDIO%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20Y%20SU%20RELACI%D3N%20CON%20EL%20SEXO%20%28RESUMEN%20EJECUTIVO%29.PDF>

Fuster-Ruiz de Apodaca, María José, Carlos Iniesta Prats-Silvestre, Ana Koerting, R Velayos, y Julia Del Amo. 2024. Experiencia de Estigma de las Personas con el VIH en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá.  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOSOCIAL/docs/Informe\\_Experiencia\\_Estigma\\_PVIH.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOSOCIAL/docs/Informe_Experiencia_Estigma_PVIH.pdf)

Galaxina, Andrea. 2022. *Nadie miraba hacia aquí: un ensayo sobre arte y VIH/Sida*. Madrid: El Primer Grito.

Garcia-Iglesias, Jaime, Brian Heaphy, Sharif Mowlabocus, Neta Yodovich, Maurice Nagington, Karissa Patton, Sophie Atherton, y Andrea Ford. 2024. "Dating Apps as Health Allies? Examining the Opportunities and Challenges of Dating Apps as Partners in Public Health." *Medical Humanities*. doi: 10.1136/medhum-2024-012901.

Garcia-Iglesias, Jaime, Maurice Nagington, Martyn Pickersgill, Michael Brady, Claire Dewsnap, Liz Highleyman, Francisco Javier Membrillo de Novales, Will Nutland, Steven Thrasher, Eric Umar, Ian Muchamore, y Jamie Webb. 2022. "Is Mpox an STI? The Societal Aspects and Healthcare Implications of a Key Question." *Wellcome Open Resesarch* 7:252. doi: 10.12688/wellcomeopenres.18436.2.

Gibson, Alexandra Farren. 2021. "Exploring the Impact of COVID-19 on Mobile Dating: Critical Avenues for Research." *Social and Personality Psychology Compass* 15 (11):e12643. doi: 10.1111/spc3.12643.

Hobbs, Mitchell, Stephen Owen, y Livia Gerber. 2016. "Liquid Love? Dating Apps, Sex, Relationships and the Digital Transformation of Intimacy." *Journal of Sociology* 53 (2):271-284. doi: 10.1177/1440783316662718.

Jeffries, W. L. th, S. A. Flores, C. R. Rooks-Peck, D. J. Gelaude, L. Belcher, P. M. Ricks, y G. A. Millett. 2021. "Experienced Homophobia and HIV Infection Risk Among U.S. Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis." *LGBT Health* 8 (1):1-10. doi: 10.1089/lgbt.2020.0274.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2024. The urgency of Now: AIDS at a Crossroads. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2024-unaids-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf)

Kagan, Dion. 2018. *Positive Images: Gay Men & HIV/AIDS in the Culture of 'Post Crisis'*. London: IB Tauris & Co. Ltd.

Karanikolos, M., P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J. P. Mackenbach, y M. McKee. 2013. "Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe." *The Lancet* 381 (9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6.

Lameiras Fernández, María, Yolanda Rodríguez Castro, y Rosana Martínez Román. 2023. "La Educación Sexual en España: De las Leyes a las Aulas." En *Informe España 2023*, editado por Agustín Blanco, Sebastián Mora y José Antonio López-Ruiz (pp. 214-2018). Salamanca: Universidad Pontificia de Comillas.

Martín, Gabriel J. 2016. *Quiérete mucho, maricón: manual de éxito psicoemocional para hombres*. Barcelona: Roca Editorial.

Membrillo de Novales, Francisco Javier, Jaime García Iglesias, Miriam J. Álvarez-Martínez, Luis E. Cuellar, María Eugenia Gutiérrez-Pimentel, Alexis M. Holguin, Virgilio Lezcano, Susana Lloveras, Mariella Raijmakers, Iván Arturo Rodríguez Sabogal, Adriana Sucari, y Alfonso J. Rodríguez-Morales. 2024. "Proponiendo el Cambio de Denominación de la Viruela del Mono (Mpox) en Español a Viruela M." *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. doi: 10.1016/j.eimc.2024.08.002.

Miller, Brandon. 2015. "'They're the Modern-Day Gay Bar': Exploring the Uses and Gratifications of Social Networks for Men who Have Sex with Men." *Computers in Human Behavior* 51:476-482. doi: 10.1016/j.chb.2015.05.023.

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. n.d. "Objetivos de Desarrollo Sostenible/ODS." <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>

Moreno, Carmen, Pilar Ramos, Francisco Rivera, Inmaculada Sánchez-Queija, Antonia Jiménez-Iglesias, Irene García-Moya, Concepción Moreno-Maldonado, Carmen Paniagua, Ana Villafuerte-Díaz, Esther Ciria-Barreiro, Antony Morgan, y Eva Leal-López. 2020. Resultados del estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual: Análisis de Tendencias, 2002-2006-2010-2014-2018. Madrid: Ministerio de Sanidad.  
[https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2018/docs/HBSC2018\\_ConductaSexual.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2018/docs/HBSC2018_ConductaSexual.pdf)

Parker, Richard, y Peter Aggleton. 2023. "People, Politics and Death: International, National and Community Responses to HIV and COVID-19." En *Viral Times: Reflections on the COVID-19 and HIV Pandemics*, editado por Jaime Garcia-Iglesias, Maurice Nagington y Peter Aggleton. New York: Routledge.

Plan Nacional sobre el Sida. 2018. Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/doc/pactoSocial\\_27Feb19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/doc/pactoSocial_27Feb19.pdf)

Prevention Access Campaign. 2016. "Risk of Sexual Transmission of HIV from a Person Living with HIV who has an Undetectable Viral Load: Messaging Primer & Consensus Statement."  
<https://www.preventionaccess.org/consensus>

Race, Kane. 2015. "'Party and Play': Online Hook-up Devices and the Emergence of PNP Practices among Gay Men." *Sexualities* 18 (3):253-275. doi: 10.1177/1363460714550913.

Ramirez-Olivencia, G., M. Velasco Arribas, M. M. Vera Garcia, J. Casabona, M. J. Martinez, F. J. Membrillo De Novales, y Ceme- Study Group. 2024. "Clinical and Epidemiological Characteristics of the 2022 Mpox Outbreak in Spain (CEME-22 Study)." *Open Forum Infect Dis* 11 (3):ofae105. doi: 10.1093/ofid/ofae105.

Rubin, Gayle S. 1999. *Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality*. New York: Routledge.

Sanjuán, Cristina. 2020. (Des)Información sexual: Pornografía y Adolescencia. España: Save the Children. [https://observatoriofiex.es/wp-content/uploads/2020/10/Informe\\_Desinformacion\\_sexual-Pornografia\\_y\\_adolescencia.pdf](https://observatoriofiex.es/wp-content/uploads/2020/10/Informe_Desinformacion_sexual-Pornografia_y_adolescencia.pdf)

Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. 2020. Abordaje del Fenómeno del Chemsex. Madrid: Ministerio de Sanidad.  
[https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/28879\\_abordaje\\_del\\_fenomeno\\_del\\_chemsex.pdf](https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/28879_abordaje_del_fenomeno_del_chemsex.pdf)

Sobieraj, Sabrina, and Lee Humphreys. 2021. "Forced Empowerment and the Paradox of Mobile Dating Apps." *Social Media + Society* 7 (4). doi: 10.1177/20563051211068130.

STOP SIDA, CEEIS Cat, Coalition Plus, UAB, y Ciberesp. 2021. Consumo Recreativo de Drogas y su Uso Sexualizado (Chemsex) en Hombres Gay, Bisexuales y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres (GBHSH) de España.  
[https://www.infocop.es/pdf/2021Chemsex\\_en\\_Espana.pdf](https://www.infocop.es/pdf/2021Chemsex_en_Espana.pdf)

Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. 2024. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2022. Dirección General de Salud Pública.  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe\\_Vigilancia\\_ITS\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Vigilancia_ITS_2022.pdf)

Unidad de Vigilancia del VIH, ITS y hepatitis B y C. 2023. Actualización del Continuo de Atención del VIH en España, 2021. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III, División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Continuo\\_atencion\\_VIH\\_mayo\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Continuo_atencion_VIH_mayo_2023.pdf)

Urbanos Garrido, R., y J. Puig-Junoy. 2014. "Austerity Policies and Changes in Healthcare Use Patterns (SESPAS report 2014)." *Gaceta Sanitaria* 28 Suppl 1:81-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.013.

Villaamil Pérez, Fernando. 2004. *La Transformación de la Identidad Gay en España*. Madrid: La Catarata.

World Health Organisation. 2006. Defining Sexual Health. In Sexual Health Series. Geneva: World Health Organisation.

<https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>

World Health Organisation. 2024a. "2022-24 Mpox (Monkeypox) Outbreak: Global Trends." World Health Organisation. [https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx\\_global/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/)

World Health Organisation. 2024b. "Sexual health and well-being." [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health)

[i] El texto original, en inglés, dice: "[A] state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity". La traducción ofrecida ha sido realizada por los autores del informe.

[ii] El texto original, en inglés, dice: "[P]ositive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence". La traducción ofrecida ha sido realizada por los autores del informe.

[iii] El texto original, en inglés, dice: "Spanish art which takes AIDS as its theme is as dispersed and scattered as the political and social responses to AIDS itself have been". La traducción ofrecida ha sido realizada por los autores del informe.

[iv] El texto original, en inglés, dice: "[I]f we assert that Silence=Death, then one corollary to this theorem [...] must be that Discourse=Defense". La traducción ofrecida ha sido realizada por los autores del informe.



