

Opiniones sobre prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual de un grupo de hombres gays profesionales de la salud

Constanza Jacques-Aviñó¹, Mario Martín-Sánchez², Patricia García de Olalla³

¹ Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

² Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública PSMAR-UPF-ASPB (Parc de Salut Mar-Universitat Pompeu Fabra- Agència de Salut Pública de Barcelona)

³ Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, España.

CIBER, Epidemiología y Salud Pública, Barcelona. Universitat Pompeu Fabra, Spain

E-mail de correspondencia: cjacques18@yahoo.es

RESUMEN

Introducción

El objetivo de este estudio fue conocer las opiniones de un grupo de hombres gay profesionales de la salud sobre las razones que influyen en la vulnerabilidad del colectivo gay frente al VIH y otras ITS, así como las estrategias de prevención que deberían llevarse a cabo. Se realizó un estudio Delphi a través de tres rondas de consulta. El muestreo fue por conveniencia y a través de la técnica de bola de nieve. Los resultados finales se presentaron a los expertos mediante un grupo de discusión. De 12 personas expertas, ocho respondieron a las tres rondas. Los factores que explican que los hombres gays sean más vulnerables a contraer el VIH y otras ITS se relacionaron, con la facilidad para contactar con parejas sexuales, donde los patrones culturales sobre la masculinidad juegan un rol clave. Las estrategias que deberían potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS, son la promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad y la reflexión en torno a la socialización de los hombres gay y sus causas. Se sugiere abordar la salud sexual y la diversidad sexual y profundizar sobre la masculinidad en hombres gay.

Palabras claves: Homosexualidad, Delphi, VIH, Infecciones de transmisión sexual, prevención, diversidad sexual

Opinions on HIV and other sexual transmitted infection prevention among a group of gay male health professionals

ABSTRACT

Summary

The aim of this study was to learn the views of a group of gay men health professionals on the reasons that influence the vulnerability of the gay community to HIV and other STIs, as well as the prevention strategies that should be implemented. Study based on the Delphi technique through three rounds of consultation. Convenience and snowball sampling were used to identify the participants. The results were presented to the experts through a discussion group. Eight out of 12 experts contacted responded to all three rounds. The factors that explain why gay men are more vulnerable to contracting HIV and other STIs were mainly related to the ease of contact with sexual partners, where cultural patterns about masculinity play a key role. The strategies that should be strengthened for the prevention of HIV and other STIs in the gay community are the promotion of sexual and emotional health from an early age and the reflection on the socialization of gay men and their causes. It is suggested to address sexual health and sexual diversity and to deepen masculinity in gay men in sexual health programs.

Keywords: Homosexuality, Delphi, HIV, Sexual Transmitted Infection, prevention, sexual diversity

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), son un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por las complicaciones que pueden conllevar a corto y largo plazo¹. A pesar de la implementación de programas de prevención y control de estas infecciones, que han permitido evitar y reducir enormemente la infección por vía parenteral del VIH, las ITS/VIH se mantienen desproporcionadamente altas en el colectivo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)^{2,3}. Por ejemplo, en la ciudad de Barcelona en 2017, el 82,8% de los nuevos casos de VIH, el 71,1% de los casos de sífilis y el 85,3% de los casos de gonorrea en hombres se dieron en HSH³.

Estudios recientes han recogido las perspectivas de HSH sobre los programas de prevención de estas infecciones. Así por ejemplo, en Berlín, los entrevistados manifestaron la necesidad de reforzar la prevención en las personas que viven con el VIH, comentaron la falta de distribución gratuita y universal de preservativos y la existencia de una actitud más relajada hacia su uso⁴. Así mismo, opinaron que era necesario actualizar las campañas de prevención, expandir el acceso a la profilaxis post-exposición al VIH (PEP) y a las pruebas rápidas del VIH⁴. En Barcelona, se recogió la opinión de HSH usuarios de saunas gay, donde sugirieron concienciar sobre lo que significa vivir con el VIH, generar más alarma social, incorporar las nuevas tecnologías en la prevención y aumentar las intervenciones en lugares de encuentro gay⁵.

Por otra parte, también existen estudios en la que se han recogido la opinión de profesionales que trabajaban con la comunidad gay. En profesionales de la salud que trabajan con HSH (tanto en programas públicos como privados), se analizaron las deficiencias en los mensajes transmitidos por los programas preventivos relacionados con el VIH, siendo considerados heterocentristas⁶. Alguno de ellos, mostraron

desconocimiento sobre las prácticas específicas de los HSH y la realidad de las personas que vivían con el VIH⁶. La perspectiva de profesionales de la salud ha sido menos estudiada tanto en el contexto nacional, como europeo.

En este estudio se incorpora la perspectiva de personas que, además, de tener experiencia y formación como profesionales de la salud, son hombres gay. Este grupo de participantes con doble experticia puede aportar una visión complementaria a la abordada en la literatura científica. Además, permitirá contribuir a adaptar los mensajes y las estrategias de prevención, al considerar el punto de vista de los propios grupos prioritarios de intervención. El objetivo de este estudio fue conocer las opiniones de un grupo de hombres gay profesionales de la salud sobre las razones que influyen en la vulnerabilidad del colectivo gay frente al VIH y otras ITS, así como las estrategias de prevención que deberían llevarse a cabo.

MÉTODOS

Diseño y características de la muestra

Estudio cualitativo descriptivo realizado en dos fases; la primera mediante la técnica Delphi y, la segunda, con un grupo de discusión. El estudio se realizó en Barcelona entre mayo de 2017 y febrero de 2018. Para configurar el grupo de expertos se tomaron en cuenta tres criterios: pertenecer al grupo de categorías profesionales del ámbito de la salud según clasificación del 'Boletín Oficial del Estado'⁷, considerarse hombre gay y no tener como actividad central una participación en una entidad comunitaria LGTBI. El muestreo fue teórico, es decir, se seleccionaron los participantes según las características que se establecieron en el criterio de inclusión para dar respuesta al objetivo del estudio. Se seleccionó una muestra por conveniencia, mediante los contactos conocidos por el equipo de investigación que trabajaba en el ámbito de salud pública a través de la técnica de bola de nieve.

Se envió un correo electrónico a 12 participantes que se lograron contactar en un período de dos meses, explicándoles los objetivos, el procedimiento que se seguiría y preguntándoles como preferían que se les identificara (como hombre que tiene sexo con hombre u hombre gay). De las 12 personas contactadas inicialmente, nueve aceptaron participar y, finalmente, ocho respondieron a las tres rondas de consulta. Los participantes fueron seis médicos y dos enfermeros, entre 29-59 años, de los cuáles cinco trabajaban en el momento del estudio en actividades dirigidas al colectivo gay (Tabla 1).

Recogida de información y análisis

La primera fase constó en tres rondas de consulta en la cual se enviaron los cuestionarios que estuvieron

disponibles durante 15 días en una aplicación online (*fluidSurveys*). De esta forma se garantizaba el anonimato de los participantes y sus respuestas.

En la primera ronda se envió un cuestionario (Q1) estructurado en tres bloques de preguntas abiertas para ofrecer la oportunidad de incluir la mayor variabilidad en las respuestas. Las preguntas se crearon para responder a los objetivos del estudio y fueron las siguientes: 1) ¿Crees que el colectivo gay es especialmente vulnerable a las ITS, incluyendo el VIH? ¿Cuáles serían las razones? 2) ¿Qué estrategias preventivas han resultado más efectivas para la prevención del VIH y otras ITS? ¿Cuáles no? 3) ¿Qué estrategias deberían crearse o potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay?

TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES Y SU RELACIÓN CON EL COLECTIVO GAY

Año de nacimiento	País de nacimiento	Profesión	¿Has estado asociado alguna vez a una entidad comunitaria LGTBI+?	¿Trabajas o has trabajado en actividades dirigidas al colectivo gay?	De tus amigos y relaciones sociales ¿cuántos de ellos son hombres gay?
1983	España	Médico	Si, lo estoy actualmente	Sí, continuo actualmente	La mitad
1987	España	Médico	Si, lo estoy actualmente	No	La mitad
1988	España	Enfermero	No	No	Menos de la mitad
1985	España	Médico	Si, lo estoy actualmente	Sí, continuo actualmente	La mitad
1987	España	Médico	No	Sí, continuo actualmente	Menos de la mitad
1958	España	Médico	No	Sí, con anterioridad	La mitad
1974	España	Enfermero	No	Sí, continuo actualmente	La mitad
1984	Chile	Médico	Si, lo estoy actualmente	Sí, continuo actualmente	La mitad

Fuente: elaboración propia

El segundo (Q2) tenía por objeto conocer el grado de conformidad de los participantes con las respuestas obtenidas a las preguntas del Q1. Todas las respuestas del Q1 se transformaron en enunciados que debían ser evaluados. Se elaboró una escala de Likert con el fin de medir el grado de acuerdo con las respuestas obtenidas. Estas podían ser calificadas en: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, totalmente desacuerdo.

El tercer cuestionario (Q3) se creó a partir de las respuestas que más grado de acuerdo obtuvieron en el Q2. Para ello se otorgó un valor de 5 a la categoría de totalmente de acuerdo y un valor de 1 a la totalmente en desacuerdo. Se calculó la mediana para cada una de las respuestas y se seleccionaron las respuestas con las medianas más altas. En caso de medianas iguales, se escogieron las respuestas con los rangos más estrechos. Este último cuestionario se envió con los siete enunciados que presentaron las medianas más altas. Se solicitó a los participantes que ordenaran los enunciados de mayor a menor prioridad, otorgando una puntuación de 7 a la respuesta que ocupaba el primer lugar y de 1 a las que ocupaba el último lugar, ordenándose según la mediana y su rango.

Para la segunda fase del estudio, y tal como sugieren algunas guías de estudios cualitativos que proponen dar calidad y validez a los resultados⁸, se constituyó un grupo de discusión con los expertos. La invitación fue voluntaria y se realizó una vez que finalizara la tercera ronda. Los ocho expertos aceptaron participar, seis de ellos lo hicieron de manera presencial y dos vía *Skype*, ya que no se encontraban en Barcelona. Se discutió sobre los resultados obtenidos en la tercera ronda, con el fin de conocer con mayor profundidad los argumentos que dieron lugar a los acuerdos y desacuerdos. Es decir, los resultados se devolvieron al grupo de expertos. Las tres personas que formaron parte del equipo investigador participaron de forma alternada y coordinada como dina-

mizadores u observadores del grupo de discusión. La información fue registrada mediante notas de campo que luego fueron consensuadas y trianguladas por el equipo investigador.

Se contó con el consentimiento informado escrito de los participantes.

RESULTADOS

Referente a la primera fase del estudio se puede observar las diferentes respuestas obtenidas en el Q1 en la tabla 2. En relación a los factores de vulnerabilidad en el Q2, la respuesta que obtuvo mayor acuerdo fue la que sostuvo que la cronificación del VIH ha cambiado la percepción y el miedo a adquirir la infección (mediana: 4.5; rango: 2-5) y la respuesta con menos acuerdo fue la que señalaba que los hombres homosexuales no seguían el patrón heteronormativo de formar familia (mediana: 1; rango 1-4). Con respecto a las estrategias de prevención que tendrían que potenciarse, siete respuestas obtuvieron una mediana de 5 y todas con un rango 4-5 (promocionar la salud sexual y afectiva desde temprana edad; crear estrategias de promoción de la salud que permitan reflexionar sobre la socialización de los hombres gay y sus causas; formar en la autogestión de la salud; realizar estudio de contactos a parejas sexuales e incluir a la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención).

La pregunta sobre las estrategias preventivas más efectivas para la prevención del VIH y otras ITS se eliminó en la segunda y en la tercera ronda de la consulta, ya que la información podía ser obtenida a partir de la tercera pregunta del Q1.

Así, los factores que mejor explican la vulnerabilidad al VIH/ITS en el colectivo gay fueron (Tabla 3): la facilidad que tienen los hombres gais para mantener relaciones sexuales (mediana 6,0; rango 2-7) y la cronificación del VIH que ha cambiado la percepción y el miedo a adquirir la infección (mediana: 5,0; rango 3-7). La falta de formación del personal sanitario (me-

TABLA II. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO 1: FACTORES QUE DETERMINAN LA VULNERABILIDAD A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUYENDO EL VIH, EN EL COLECTIVO GAY; ESTRATEGIAS QUE HAN RESULTADO EFECTIVAS O NO EFECTIVAS EN SU PREVENCIÓN Y ESTRATEGIAS QUE DEBERÍAN CREARSE O POTENCIARSE EN SU PREVENCIÓN EN EL COLECTIVO

Preguntas	Respuestas del primer cuestionario
1) ¿Cuáles crees que son los principales factores que determinan la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH en el colectivo gay?	• Existencia de un mayor riesgo biológico debido al tipo de prácticas sexuales, como el sexo anal. • Los homosexuales tienen mayor número de parejas sexuales que los heterosexuales, lo que está más aceptado dentro del colectivo • Los homosexuales no siguen el patrón heteronormativo de formar familia. • El homosexual vive su vida afectiva y sexual de un modo más desinhibido y libre, hay mayor deshumanización del sexo e individualismo. • A los homosexuales, a diferencia de los heterosexuales, se les permite vivir como eternos adolescentes • Existe una mayor facilidad para el acceso al contacto sexual. • Descenso del uso del preservativo • En la cultura gay se le da una gran importancia al cuerpo, al sexo y al placer. • Los homosexuales no tienen referentes sólidos y modelos claros, por lo que es fácil dejarse llevar por patrones de comportamiento en su entorno. • Existencia de una falta de cuestionamiento sobre el hedonismo y el placer dentro del colectivo. • La homofobia interiorizada o problemas de aceptación que dificultan el autocuidado. • Las lógicas capitalistas de consumo (por ejemplo, la publicidad) que favorecen la adicción al sexo y el uso de drogas • La existencia de discriminación social por orientación sexual. • Elevada prevalencia de consumo de drogas dentro del colectivo. • La cronificación del VIH ha cambiado la percepción y el miedo a adquirirlo. • Falta de formación del personal sanitario. • Falta de sensibilización de la clase política y social para crear leyes contra la discriminación homosexual.
2) ¿Qué estrategias preventivas crees que han resultado más efectivas para la prevención del VIH y otras ITS? ¿Cuáles no?	<i>Más efectivas:</i> • Intervenciones poblacionales de promoción del uso del preservativo • Promoción de la prueba de VIH y otras ITS para iniciar su tratamiento y disminuir la transmisión de estas infecciones • Sensibilización de la clase política y social para crear leyes contra la discriminación homosexual • Políticas para disminuir el estigma hacia las personas que viven con el VIH • Crear miedo a infectarse del VIH • Promover el estudio de contactos de parejas sexuales • Informar y formar sobre el VIH, las ITS y el sexo seguro <i>Menos efectivas:</i> • Anuncios y campañas en medios de comunicación (como televisión, revistas...) • Programas de educación sexual vigentes que no toman en cuenta la esfera afectiva y el contexto socio-histórico • Tratamiento para la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) • La abstinencia sexual • Ninguna ha resultado efectiva

TABLA II. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO 1: FACTORES QUE DETERMINAN LA VULNERABILIDAD A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUYENDO EL VIH, EN EL COLECTIVO GAY; ESTRATEGIAS QUE HAN RESULTADO EFECTIVAS O NO EFECTIVAS EN SU PREVENCIÓN Y ESTRATEGIAS QUE DEBERÍAN CREARSE O POTENCIARSE EN SU PREVENCIÓN EN EL COLECTIVO (CONTINUACIÓN)

Preguntas	Respuestas del primer cuestionario
3) ¿Qué estrategias crees que deberían crearse o potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay?	• Promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad (infancia y adolescencia) • Estrategias de promoción de la salud que permitan reflexionar sobre la socialización (medicalización, sexualización, culto al cuerpo,...) de los hombres gay y sus causas. • Formación en la autogestión de la salud, encaminado a potenciar el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud. • Intervenciones poblacionales sobre el uso del preservativo. • Disminuir el estigma asociado al VIH, no asustar. • Promover cribados de VIH y otras ITS generalizados y con continuidad. • Crear estrategias específicas para personas que viven con el VIH. • Estudio de contactos a parejas sexuales • Autorización y distribución de la PrEP, acompañada de otras medidas de prevención • Autorización y distribución de la PrEP • Creación de centros comunitarios para abordar la salud del colectivo desde un modelo biospsicosocial • Crear estrategias específicas para grupos de alto riesgo dentro del colectivo: personas con problemas de salud mental, consumidores de drogas, inmigrantes, etc. • Inclusión de la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención

Fuente: elaboración propia

diana: 1,5; rango: 1-4) y la falta de sensibilidad de la clase política para crear leyes contra la discriminación homosexual (mediana: 3,5; rango: 1-7) fueron los argumentos menos prioritarios. Con respecto a las estrategias que deberían crearse o potenciarse, destacaron: la promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad (mediana: 7,0; rango: 2-7), la promoción de la salud que permita reflexionar sobre la socialización de los hombres gay y sus causas (mediana: 5,0; rango 2-7), y la autogestión en salud para potenciar el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud (mediana: 5,0; rango: 1-7). Se consideraron menos prioritarias las propuestas que señalaron la autorización y distribución de la profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP) (mediana: 2,5; rango 1-6), así

como la inclusión de la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención (mediana: 3,0; rango: 1-6).

En el grupo de discusión, los expertos plantearon que la vulnerabilidad no debe reducirse a la facilidad del contacto sexual, sino a los determinantes que conllevan a tener dicha facilidad. Se señaló que ésta se relaciona con una cuestión de educación, es decir, socialmente está permitido y aceptado que los hombres tengan muchas parejas sexuales, mientras que en las mujeres es diferente: *“las mujeres sí follan mucho son putas, los hombres en cambio son machos”*. Por otra parte, se comentó que la hipersexualización de los hombres gay puede verse como un acto de transgresión o como respuesta a una búsqueda de

TABLA III. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO TRES: FACTORES QUE EXPLICAN LA VULNERABILIDAD A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUYENDO EL VIH, EN EL COLECTIVO GAY Y ESTRATEGIAS QUE DEBERÍAN CREARSE O POTENCIARSE PARA SU PREVENCIÓN EN EL COLECTIVO SEGÚN PRIORIDAD

Pregunta	Ítems	Suma	Mediana	Rango
Factores que mejor explican la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en el colectivo gay	La facilidad para el contacto sexual	44	6	(2-7)
	La cronificación del VIH que ha cambiado la percepción y el miedo a adquirirlo	39	5	(3-7)
	La elevada prevalencia de consumo de drogas dentro del colectivo	29	4	(2-5)
	Existencia de un mayor riesgo biológico debido al tipo de prácticas sexuales como el sexo anal	31	4	(1-7)
	La importancia que se le da al cuerpo, al sexo y al placer en la cultura gay	30	3.5	(2-6)
	Falta de sensibilización de la clase política y social para crear leyes contra la discriminación homosexual	33	3.5	(1-7)
	La falta de formación del personal sanitario	18	1.5	(1-4)
Estrategias que deberían crearse o potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay.	Promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad (infancia y adolescencia)	44	7	(2-7)
	Promoción de la salud que permita reflexionar sobre la sociabilidad (medicalización, sexualización, culto al cuerpo, ...) de los hombres gay y sus causas	38	5	(2-7)
	Formación en la autogestión en salud, para potenciar el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud	32	4	(1-7)
	Creación de centros comunitarios para abordar la salud del colectivo desde un modelo biopsicosocial	31	3.5	(1-6)
	Creación de estrategias específicas para grupos de alto riesgo dentro del colectivo: personas con problemas de salud mental, consumidores de drogas, inmigrantes, etc.	29	3.5	(1-6)
	Inclusión de la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención	27	3	(1-6)
	Autorización y distribución de la PrEP, acompañada de otras medidas de prevención	23	2.5	(1-6)

Fuente: elaboración propia

afecto. También se comentó que vivimos en una sociedad que, en general, está muy sexualizada, en donde el sexo ha pasado a ser un objeto de consumo más.

En cuanto al consumo de drogas, mientras que algunos comentaron que era más frecuente en el colectivo gay, otros en cambio, señalaron que era el mismo que el observado en los heterosexuales, pero lo que cambiaba era el tipo de drogas. Se comentó que el consumo se produce por la búsqueda de placer, para evadirse y por haber sufrido experiencias de discriminación que llevan a padecer más angustia y estrés. También, se argumentó que existe una normalización del consumo en el colectivo gay y que se ha perdido el miedo a las drogas. Otros factores que se relacionaron con la vulnerabilidad fueron el hecho de vivir en una gran ciudad y la dificultad que tienen los profesionales de la salud para hablar sobre sexualidad.

Respecto a la estrategia prioritaria de la prevención del VIH y otras ITS, se comentó que la promoción de la salud sexual y afectiva desde la temprana infancia se debería abordar desde diferentes ámbitos y durante todo el desarrollo de la persona. Se señaló la importancia de hablar sin tabúes sobre sexo, de incluir formación desde una perspectiva de género, de incorporar el afecto y las emociones, así como trabajar en un modelo que incluya la diversidad sexual.

También se argumentó que los programas dirigidos a los hombres gay deberían promocionar reflexiones sobre su socialización y se comentó que en general faltan espacios grupales para este tipo de debate. Al respecto, se planteó que se vive en una sociedad individualista, narcisista y hedonista. Además, se comentó que en estos programas se debería incorporar la promoción del uso del preservativo, aunque hubo divergencia en este punto, ya que algunos señalaban que esta información ya era suficientemente conocida. Otra propuesta fue la dispensación de la PrEP, siempre y cuando estuviese acompañada de otras estrategias de prevención. Se habló de la

efectividad de la PrEP, pero de ser críticos a las necesidades que va generando la industria farmacéutica.

Por último, se señaló que la cultura gay se asocia a un estereotipo caracterizado por una hipersexualidad, sin embargo, la realidades que existen diversas subculturas en el mundo homosexual.

DISCUSIÓN

Este estudio recoge las opiniones de un grupo de hombres gais profesionales de la salud sobre la vulnerabilidad y las estrategias de prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay. Según este grupo, los factores que se relacionan con la vulnerabilidad se explican por la facilidad para contactar con parejas sexuales, por los medios que se disponen para ello y por la influencia que las expectativas sociales tienen sobre los hombres, donde los patrones culturales juegan un rol clave. También se comentó que se ha producido un cambio en la percepción del riesgo relacionado con la disminución del miedo a adquirir el VIH, debido a los avances en los tratamientos antirretrovirales. La vulnerabilidad se relacionó con el consumo de drogas y con la importancia que se le otorga al cuerpo, al sexo y al placer en el medio gay. Tal y como se comentó en el grupo de discusión, creemos que esta facilidad debe entenderse dentro de una óptica social más amplia que no sólo explica el comportamiento de los hombres gay. De hecho, algunos autores señalan que, actualmente, estamos viviendo en una sociedad caracterizada por incentivar el consumo mediante el ofrecimiento incesante de deseos que son cada vez más insaciables, entre los cuales está el sexo, un modelo social basado en una lógica de la carencia^{9,10}.

Según el grupo de expertos, se planteó que la práctica del sexo anal es un determinante biológico asociado a la infección por VIH. Se ha demostrado que el sexo anal receptivo e insertivo son las prácticas de mayor riesgo, ante una exposición sexual, en la transmisión del VIH¹¹. Por otra parte, la vulnerabili-

dad también se relacionó con determinantes estructurales, como la falta de sensibilidad de la clase política para crear leyes contra la discriminación por razones de diversidad sexual y de género. Al respecto, diferentes estudios apoyan un marco explicativo similar al de este grupo, en la que se consideran tanto las políticas, las desigualdades de género, el estigma social relacionado con la homosexualidad, los problemas afectivos, la disminución del uso del preservativo y el consumo de drogas como factores que explican el riesgo de contraer el VIH y otras ITS¹¹⁻¹⁴.

Sobre las medidas de prevención, resaltó la necesidad de fomentar la promoción en temas de salud sexual en la temprana infancia y de reflexionar en torno a la socialización de los hombres gay. A la luz de estos resultados, se propone desarrollar programas de educación sexual que contemplen la diversidad sexual y la afectividad. Otras investigaciones también han puesto de relieve la importancia de abordar la identidad sexual, donde se aconseja incluir la vivencia de la sexualidad y el estigma en las campañas para la prevención de las ITS¹⁵.

Por otra parte, según el grupo de expertos resulta necesario profundizar en los mecanismos que construyen el estereotipo de la cultura gay y el rol que ocupa el sexo, temas que han sido escasamente abordados desde el ámbito de la salud pública. Desde las políticas públicas las estrategias de intervención tendrían que asumir una perspectiva de género y abordar las normas sociales que construyen los modelos de masculinidad de los hombres en general y de los gay en particular^{16,17}. Es decir, abordar la reflexión y el diálogo sobre la masculinidad hegemónica, con tal de promover un cambio dirigido al cuidado de la salud, como estrategia para la prevención del VIH y otras ITS^{18,20}.

Entre los resultados de este estudio, llamó la atención que un modelo estrictamente biomédico de la prevención, relacionado con la dispensación de la PrEP, haya quedado en un segundo plano. Sobre to-

do considerando que hay un sector del colectivo gay que la promueve como una prioridad para la prevención. Más bien se propusieron estrategias combinadas, como la promoción del uso del preservativo y el autocuidado junto a la PrEP. Por otra parte, si bien, el estudio de contactos de parejas sexuales de las personas diagnosticadas con VIH u otras ITS se ha demostrado como una estrategia efectiva para la prevención²¹, ésta no se priorizó.

Cabe señalar que tanto en el Q2, como en el Q3 el rango de las respuestas fue amplio, lo que refleja la existencia de diferentes prioridades dentro de este grupo. En este sentido, la propuesta de incluir a la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención no se priorizó en la segunda ronda. Este cambio en la prioridad se relacionó con la percepción de que ya existe un activismo en el colectivo, aunque no siempre participan en el diseño de las estrategias de intervención.

Una limitación de nuestro trabajo hace referencia al bajo número de participantes que no permitió identificar con mayor precisión el grado de consenso. Probablemente, esto fue debido al límite de tiempo que se propuso para el reclutamiento. De todas maneras, creemos que se cumplió con el propósito del estudio, sobre todo si consideramos que en la investigación cualitativa lo decisivo no es el tamaño de la muestra, sino el aporte y la riqueza de la información obtenida²². Por otra parte, se podría ver como una posible limitación el hecho que algunos participantes conocieran al equipo de investigación, lo que podría condicionar las respuestas. No obstante, la discreción mediante el cual se llevó a cabo el estudio, así como, la motivación que mostraron los ocho participantes de tener un canal de información que pudiera visibilizar sus opiniones, da cuenta que la muestra final estaba empoderada e involucrada en el tema de investigación.

En síntesis, las razones que influyen en la vulnerabilidad del colectivo gay frente al VIH y otras ITS es-

tán relacionadas con determinantes sociales, como las normas de género que llevan a una mayor facilidad para el contacto sexual y a la pérdida del miedo a contraer infecciones. Entre las estrategias de prevención que deberían priorizarse, se encuentra la promoción de la salud sexual, donde tendría que considerarse el mundo afectivo y la diversidad sexual. Además, de abordar la reflexión en torno a la masculinidad en hombres gay, así como potenciar la responsabilidad colectiva e individual del autocuidado en la salud.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

C. Jacques, M. Martín, P. G. de Olalla participaron en el diseño e interpretación de los resultados. C. Jacques y M. Martín realizaron la búsqueda bibliográfica y recogida de datos. C. Jacques, y M. Martín y P. G. de Olalla prepararon el manuscrito, colaboraron en la revisión crítica y aprobaron el manuscrito final. Todos los/as autores se hacen responsables y garantes de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión, transparencia e integridad.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

FINANCIACIÓN

Financiado parcialmente por CIBERESP

AGRADECIMIENTO

Al grupo de expertos que participaron de forma desinteresada y motivados en todo el proceso de consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aral SO. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences. *Int J STD AIDS*. 2001; 12(4):211-15.
2. Europe EC for DP and CRO for. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2017 – 2016 Data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe; 2017. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355570/20171127-Annual_HIV_Report.pdf (Consulta julio 2018)
3. Agència de Salut Pública de Barcelona. La Salut a Barcelona 2016. Barcelona; 2017. Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Informe_Salut_2016.pdf. (Consulta julio 2018)
4. Grov C. Gay Men's Perspectives on HIV prevention and treatment in Berlin, Germany: lessons for policy and prevention. *Int J Sex Health*. 2017; 29(2):124-36.
5. Jacques Aviñó C, García de Olalla P, Díez E, Martín S CJ. Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. *Gac Sanit*. 2015; 29(4):252-7.
6. Gasch A, Tomás C. Risk practices of HIV in men who have sex with men are gender practices. A training of health professionals in a transcultural perspective. *Procedia-Social Behav Sci*. 2014; 132:25-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814031838?via%3Dihub> (Consulta julio 2018)
7. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de Las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003, BOE-A-2003-21340 R Vol. 1855; 2012:1-24. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf> (Consulta agosto 2018)
8. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación Aplicada En Salud Pública. Métodos Cualitativos. Vol. 617. ONU/ SIDA. 2006. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf> (Consulta junio 2018)
9. Bauman Z. Vida de consumo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
10. Baudrillard J. La sociedad del consumo. Sus mitos y estructuras. Madrid: Siglo XXI; 2009.
11. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. 2014; 28:1509-19.
12. Hess K, Crepaz N, Rose C, Purcell D, Paz-Bailey G. Trends in sexual behavior among men who have Sex with Men (MSM) in high-income countries, 1990-2013: a systematic review. *AIDS Behav*. 2017; 21(10):2811-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5708163/> (Consulta julio 2018)
13. Mayer K, Wheeler D, Bekker L, Grinsztejn B, Remien RH, Sandfort TG, et al. Overcoming biological, behavior-

- ral, and structural vulnerabilities: new directions in research to decrease HIV transmission in men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63 Suppl(2):S161-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740716/> (Consulta julio 2018)
14. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*. 2008; 372:764-75.
15. Mirandola M, Gios L, Sherriff N, Pachankis J, Toskin I, Ferrer L, et al. Socio-demographic characteristics, sexual and test-seeking behaviours amongst men who have sex with both men and women: results from a bio-behavioural survey in 13 european cities. *AIDS Behav*. 2017; 10:3013-25.
16. Fleming P, DiClemente R, Barringtons C. Masculinity and HIV: dimensions of masculine norms that contribute to men's HIV-related sexual behaviors. *AIDS Behav*. 2016; 20(4):788-98.
17. Jacques-Aviñó C, García de Olalla P, González Antelo A, Fernández Quevedo M, Romaní O, Caylà JA. The theory of masculinity in studies on HIV. A systematic review. *Glob Public Health*. 2018:1-20.
18. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic Masculinity: rethinking the concept. *Gender Soc*. 2005; 19(6):829-59.
19. Zeglin R. Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: a systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. *Arch Sex Behav*. 2015; 44(7):1979-90.
20. Jewkes R, Morrell R, Hearn J, Lundqvist E, Blackbeard D, Lindegger G, et al. Hegemonic masculinity: combining theory and practice in gender interventions. *Cult Health Sex*. 2015; 17 (Suppl 2): S112-27:96-111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706037/> (Consulta julio 2018)
21. Garcia de Olalla P, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arelano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in Barcelona, Spain. *PLoS One*. 2015; 10(4):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388637/> (Consulta agosto 2018)
22. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciencia Saude Colet*. 2012; 17:613-9.