

UNIVERSIDAD DE GRANADA

TESIS DOCTORAL



INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIAL SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL PERIODO 2000 - 2014



M^a Ángeles Pérez Morente
Granada, 2017

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autora: María Ángeles Pérez Morente

ISBN: 978-84-9163-548-2

URI: <http://hdl.handle.net/10481/48341>



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

Influencia del contexto social sobre la salud de la población.
Análisis de factores de riesgo asociados a Infecciones de
Transmisión Sexual en el periodo 2000-2014

M^a Ángeles Pérez Morente

Directores:

Dr. Francisco Jiménez Bautista

Dr. César Hueso Montoro

GRANADA, 2017

La doctoranda / *The doctoral candidate* **M^a Ángeles Pérez Morente** y los directores de la tesis / *and the thesis supervisor/s*: **Dr. César Hueso Montoro y Dr. Francisco Jiménez Bautista.**

Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones./
Guarantee, by signing this doctoral thesis, that the work has been done by the doctoral candidate under the direction of the thesis supervisor/s and, as far as our knowledge reaches, in the performance of the work, the rights of other authors to be cited (when their results or publications have been used) have been respected.

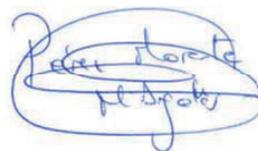
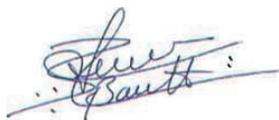
Lugar y fecha / *Place and date*: Granada, 9 de junio de 2017.

Director de la Tesis / *Thesis supervisor/s* Doctorando / *Doctoral candidate*



Firma / Signed:

César Hueso Montoro / Francisco Jiménez Bautista



Firma/Signed:

M^a Ángeles Pérez Morente

DEDICATORIA

A mi madre que me lo ha dado todo, a mi abuelo y a mi profesor de primaria, Don Benito, porque siempre confiaron en mí, y particularmente a Daniela y Joel por ser mi fuerza e inspiración.

INDICIOS DE CALIDAD

Publicaciones

Pérez-Morente, M.A., Hueso-Montoro, C., Jiménez-Bautista, F. & Sanchez-Ocón, M.T. (2016). Factores condicionantes e impacto de la crisis económica sobre la salud mental de la población española. *Revista Rol de Enfermería*; 39(3), 204-21. SJR Medicine (miscellaneous) 2015: 0,102.

Pérez-Morente, M.A., Cano-Romero, E., Sánchez-Ocón M.T., Castro-López, E., Jiménez-Bautista, F. & Hueso-Montoro, C. (2017). Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. *Revista Española de Salud Pública*; 91, 25 de enero e1-e7. SJR Public Health, Environmental and Occupational Health 2015: 0,269; JCR Public, Environmental & Occupational Health: 0,606.

Contribuciones a Congresos

Pérez-Morente, M.A., Sanchez-Ocón, M.T. & Gázquez López, M. Características sociodemográficas e indicadores de riesgo en usuarios de un centro de Infecciones de Transmisión Sexual. VIII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”. Granada, Mayo de 2017.

Pérez-Morente, M.A., Estrada Vilchez M.A., & Pérez Jiménez, I. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. III Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Almería, Marzo de 2017.

Pérez-Morente, M.A. & Sanchez-Ocón, M.T. Crisis económica, salud e infancia en España. VII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”. Granada, Junio de 2016.

Cano-Romero, E., Pérez-Morente, M.A., Sánchez-Ocón M.T., Castro-López, E., Jiménez-Bautista, F. & Hueso-Montoro, C. Comunicación “Factores de riesgo en Infecciones de Transmisión sexual en usuarios de un centro de atención especializado”. II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería. Granada, Noviembre de 2015.

Pérez-Morente, M.A. & Sanchez-Ocón, M.T. Impacto de la crisis económica en las desigualdades de salud de la población. VI Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”. Granada, Mayo de 2015.

Pérez-Morente, M.A., Hueso Montoro, C., Sanchez-Ocón, M.T., Castro López, E., Mingorance Ruíz, M.V. & Uroz Alonso, V. Influencia del contexto social en el periodo 2000-2012 sobre el desarrollo, propagación y gestión en salud de las Enfermedades de Transmisión sexual. I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, Noviembre de 2013.

Pérez-Morente, M.A. & Sanchez-Ocón, M.T. Reemergencia de las Infecciones de Transmisión Sexual: Una nueva epidemia de salud. IV Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”. Granada, Mayo de 2013.

Pérez-Morente, M.A., Sanchez-Ocón, M.T. Impacto de la Reforma Sanitaria en la Salud de los Inmigrantes. V Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”. Granada, Mayo de 2011.

En el anexo 1 se puede consultar el resumen de las publicaciones y la certificación de las contribuciones a Congresos.

AGRADECIMIENTOS

Estoy inmensamente agradecida a todas las personas que han colaborado conmigo para que este sueño se haga realidad.

A mis directores Paco Jiménez, por darme esta oportunidad única, confiar en mí desde el principio y ayudarme en todo lo que he necesitado, a César Hueso, porque no tengo palabras suficientes de agradecimiento por todo lo que ha hecho y representado para mí durante estos cinco años, por su ilimitada dedicación, su apoyo constante, sus consejos, sus palabras de ánimo y tranquilidad, y el hecho de haber estado ahí siempre, desde el primer día, por ser como eres...eternamente gracias.

A todos los integrantes del equipo de trabajo del Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual de la provincia de Granada, a José Manuel Ureña, médico especialista en dermatología, por atender siempre amablemente nuestras preguntas y resolver nuestras dudas cuando lo necesitamos, incluso estando ya jubilado; a Esperanza Castro, psicóloga, matrona y sexóloga, que desde el primer día que la conocimos nos ofreció su apoyo y su ayuda incondicional al proyecto, resolviéndonos numerosas cuestiones desde el comienzo. A Pilar Peña, enfermera que compartió nuestros inicios en el centro y más adelante a M^a Jesús Jiménez, enfermera también del centro y que nos acompañó y ofreció su ayuda desinteresada durante todo el proceso que duró nuestro trabajo de campo. Por último, y no menos importante, a Inmaculada Romero, administrativa del centro, ya jubilada, y que al igual que el resto, nos ofreció su ayuda, su cariño y su gran experiencia profesional desde el primer día.

A los integrantes del Centro Juvenil de Orientación para la Salud de Granada, a Mónica Peralta, psicóloga, y en especial a Maribel Casado, educadora social, por su dedicación, amabilidad y diligencia en la ayuda prestada desde el comienzo.

Mi más sincero agradecimiento a Begoña López, facultativa especialista en epidemiología del Distrito Sanitario de Granada, que revisó inicialmente nuestro proyecto aportándonos sus ideas y su amplia experiencia.

Para este proyecto ha sido imprescindible la colaboración de Maite Sánchez, M^a Visitación Mingorance y Esperanza Cano, enfermeras, amigas y colaboradoras en esta aventura, por su constancia, su compromiso y su enorme profesionalidad, gracias, porque sin vosotras esto hubiese sido mucho más complicado y bastante menos divertido.

Mi gratitud a Juan Morales del Comité Ético de Granada, por su atención y ayuda cuando lo necesité.

A todos los integrantes del equipo de investigación CTS-1021 (Gestión y Cuidados de Salud) de la Universidad de Granada, por su cariño y amabilidad, que ha permitido que me sienta como en casa desde el principio, en especial a Inma, Lola y Nina, por apostar por mí, ofrecerme sus consejos y permitirme formar parte de su proyecto.

Quiero expresar mi agradecimiento infinito a mi familia por ayudarme en todo lo que han podido, a las mujeres de mi casa por su ejemplo constante de lucha, valentía y coraje, en concreto a mi madre Ángeles por su amor incondicional y por estar siempre a mi lado, muchas gracias mami; a mi abuela, Carmela, que ha sido un ejemplo para mí del amor por muchas cosas; a mis tíos, Carmen y Roque, por estar ahí cuando los he necesitado, por ser los ideólogos de la temática inicial de mi tesis, por sus revisiones y ayuda en la elaboración de este trabajo; a Martín por estar en mi infancia y ayudar a criarme; y como no, a mis hijos Daniela y Joel, porque siempre he querido que estén orgullosos de mí, y a mi marido José Ramón, que desde tiempos inmemoriales ha sido mi apoyo y ayuda constante, mi mejor amigo y uno de los grandes amores de mi vida, siempre estaré agradecida a la vida por haberte colocado en la mía.

Por último, a todos aquellos que desde arriba me iluminan y acompañan, a los que con su cariño y palabras de ánimo me han ayudado a lo largo de este proyecto, y a la vida, por todo lo que me ha dado y me da cada día; a todos y cada uno de vosotros, gracias de todo corazón.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	(Pág. 17 - 20)
INTRODUCCIÓN	(Pág. 21 - 22)
CAPÍTULO I. Objeto de estudio y metodología de la investigación	(Pág. 23 - 46)
I.1. Problema a investigar	(Pág. 25)
I.2. Preguntas, hipótesis y objetivos	(Pág. 31)
I.2.1. Pregunta de investigación	(Pág. 31)
I.2.2. Hipótesis	(Pág. 32)
I.2.3. Objetivos+	(Pág. 32)
I.3. Métodos, técnicas y fuentes	(Pág. 32)
I.3.1. Diseño	(Pág. 32)
I.3.2. Población y Muestra	(Pág. 33)
I.3.3. Recogida de datos	(Pág. 34)
I.3.4. Análisis de datos.	(Pág. 38)
I.3.5. Consideraciones éticas	(Pág. 41)
I.4. Justificación del estudio	(Pág. 41)
CAPÍTULO II. Marco Teórico	(Pág. 47 - 92)
II.1. Justificación del marco teórico	(Pág. 49)
II.2. Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud	(Pág. 51)
II.2.1. Breve historia del Estado del Bienestar	(Pág. 52)
II.2.2. Desarrollo social y crisis económica	(Pág. 55)
II.2.3. Productividad y gasto sanitario público	(Pág. 57)
II.2.4. Determinantes sociales de la salud	(Pág. 59)
II.2.5. Desigualdades en Salud	(Pág. 62)
II.2.6. Condicionantes sociales que favorecen el impacto adverso de las crisis económicas en la salud	(Pág. 66)
II.2.7. Efectos de la crisis económica sobre la salud mundial	(Pág. 68)
II.3. Crisis económica y Salud Mental	(Pág. 74)
II.3.1. Recesión económica e indicadores de salud	(Pág. 76)
II.3.2. Desempleo, suicidio y protección social	(Pág. 77)
II.3.3. La situación española	(Pág. 81)
II.4. Factores socioeconómicos y desigualdades en salud en la infancia	(Pág. 83)
II.4.1. Datos oficiales sobre pobreza infantil en España	(Pág. 84)
II.4.2. Consecuencias negativas de la crisis para la salud en la infancia	(Pág. 86)
II.4.3. Impacto de las transferencias sociales a la infancia en España	(Pág. 87)
II.4.4. Políticas sociales de mejora de la pobreza infantil en España	(Pág. 88)
II.5. Impacto de la Reforma Sanitaria en la salud de los inmigrantes	(Pág. 89)
CAPÍTULO III. Resultados	(Pág. 93 - 128)
III.1. Historias clínicas	(Pág. 95)
III.2. Características sociodemográficas de la población de estudio	(Pág. 98)
III.3. Características de la atención clínica	(Pág. 100)
III.4. Indicadores de riesgo	(Pág. 101)
III.5. Infecciones de Transmisión Sexual	(Pág. 104)

III.6. Comparación entre la atención clínica recibida y características sociodemográficas	(Pág. 104)
III.7. Comparación entre indicadores de riesgo y características sociodemográficas	(Pág. 109)
III.8. Infecciones de Transmisión Sexual en función de características sociodemográficas, atención clínica e indicadores de riesgo	(Pág. 119)
III.9. Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo no crisis (2000-2007) frente al periodo de crisis (2008-2014)	(Pág. 122)
CAPÍTULO IV: Discusión	(Pág. 129 - 175)
IV.1. De las historias clínicas	(Pág. 131)
IV.2. De las características sociodemográficas de la población de estudio	(Pág. 132)
IV.3. De las características de la atención clínica	(Pág. 136)
IV.4. De los indicadores de riesgo	(Pág. 139)
IV.5. Del Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual	(Pág. 148)
IV.6. De la atención clínica vs características sociodemográficos	(Pág. 149)
IV.7. De los indicadores de riesgo vs características sociodemográficos	(Pág. 153)
IV.8. De los factores asociados a la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo 2000-2014	(Pág. 162)
IV.8.1. Factores sociodemográficos	(Pág. 162)
IV.8.2. Atención clínica	(Pág. 165)
IV.8.3. Indicadores de Riesgo	(Pág. 166)
IV.9. Influencia de la crisis económica en la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y factores asociados	(Pág. 168)
IV.9.1. Características sociodemográficas	(Pág. 169)
IV.9.2. Atención clínica	(Pág. 170)
IV.9.3. Indicadores de riesgo	(Pág. 171)
IV.9.4. Diagnóstico de ITS vs Crisis	(Pág. 172)
CAPÍTULO V: Conclusiones	(Pág. 177 - 188)
V.1. Conclusiones del marco teórico	(Pág. 179)
V.2. Conclusiones por objetivos	(Pág. 182)
V.3. Limitaciones del estudio	(Pág. 184)
V.4. Contribuciones a la práctica y líneas de investigación futura	(Pág. 185)
CAPÍTULO VI: Bibliografía	(Pág. 189 - 217)
ANEXOS	(Pág. 219 - 237)
Anexo I. Publicaciones y Contribuciones a reuniones científicas	(Pág. 221)
Anexo II. Consideraciones éticas	(Pág. 233)

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Resumen de procesamiento de casos	(Pág. 95)
Tabla 2. Distribución de casos por año	(Pág. 96)
Tabla 3. Distribución de nacionalidades en la población de estudio	(Pág. 98)
Tabla 4. Tipos de consulta previa	(Pág. 101)
Tabla 5. Contactos sospechosos	(Pág. 102)
Tabla 6. Hábitos sexuales	(Pág. 103)
Tabla 7. Uso de preservativo en hábitos sexuales	(Pág. 103)
Tabla 8. Diagnóstico o resultados hallados en la historia clínica del paciente	(Pág. 104)
Tabla 9. Motivo de consulta vs variables sociodemográficas	(Pág. 105)
Tabla 10. Consulta previa vs variables sociodemográficas	(Pág. 106)
Tabla 11. Número de consultas posteriores vs variables sociodemográficas	(Pág. 107)
Tabla 12. Número de nuevos episodios posteriores vs variables sociodemográficas	(Pág. 108)
Tabla 13. Días de último contacto sin preservativo vs variables sociodemográficas	(Pág. 109)
Tabla 14. Parejas en el último mes vs variables sociodemográficas	(Pág. 110)
Tabla 15. Parejas en el último año vs variables sociodemográficas	(Pág. 111)
Tabla 16. Vida sexual vs variables sociodemográficas	(Pág. 112)
Tabla 17. Edad primera relación sexual vs variables sociodemográficas	(Pág. 113)
Tabla 18. Conducta sexual vs variables sociodemográficas	(Pág. 114)
Tabla 19. Tiene pareja habitual vs variables sociodemográficas	(Pág. 115)
Tabla 20. Contacto con profesional del sexo vs variables sociodemográficas	(Pág. 116)
Tabla 21. Tiene síntomas pareja habitual vs variables sociodemográficas	(Pág. 117)
Tabla 22. Utiliza drogas vs variables sociodemográficas	(Pág. 118)
Tabla 23. ITS anteriores vs variables sociodemográficas	(Pág. 119)
Tabla 24. ITS vs variables sociodemográficas	(Pág. 120)
Tabla 25. ITS vs atención clínica	(Pág. 121)
Tabla 26. ITS vs indicadores de riesgo	(Pág. 121)
Tabla 27. Características sociodemográficas en el periodo crisis vs no crisis	(Pág. 123)
Tabla 28. Atención clínica en el periodo crisis vs no crisis	(Pág. 124)
Tabla 29. Indicadores de riesgo en el periodo crisis vs no crisis	(Pág. 125)

Tabla 30. Comparación ITS entre periodo crisis vs no crisis	(Pág. 126)
Tabla 31. Modelo de regresión logística para diagnóstico ITS	(Pág. 127)
Gráfico 1. Evolución de diagnóstico ITS en el periodo 2000-2014	(Pág. 125)
Gráfico 2. Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico ITS	(Pág. 128)

ÍNDICE DE SIGLAS

ADVP: Adicto a drogas por vía parenteral
AENS: Asociación Española de Neuropsiquiatría
AMASAP: Asociación Madrileña de Salud Pública
BM: Banco Mundial
BOE: Boletín Oficial del Estado
CDC: Centre for Disease Prevention and Control
CIBERESP: Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CITS: Centros de Infecciones de Transmisión Sexual
CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
DT: Diagnóstico Tardío
EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública
EATG: European Aids Treatment Group
ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control
EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria
EE.UU: Estados Unidos
EEAG: European Economic Advisory Group
EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENSS: Encuesta Nacional de Salud Sexual
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
FIPSE: Fundación para la Investigación y Prevención del SIDA en España
FMI: Fondo Monetario Internacional
FOESSA: Fundación de Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada de Caritas
GECITS: Grupo de Estudio de los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual
GESIDA: Grupo de Estudio del SIDA
GESTHA: Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda
GITSAP: Grupo de Estudio de las Infecciones de Transmisión Sexual en Atención Primaria
HBSC: Health Behavior in School-aged Children
HSH: Hombres que tienen sexo con hombres
INE: Instituto Nacional de Estadística
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
LGV: Linfogramuloma Venéreo
MSM: Men who have sex with men
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OECD: Organization for Economic Co-operation and Development
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización no Gubernamental
ONU: Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS: Organización Panamericana de la Salud
PIB: Producto Interior Bruto
PID: Persona que se inyecta drogas
PNS: Plan Nacional sobre SIDA
PVIH: Persona con VIH
SAS: Servicio Andaluz de Salud
SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIM: Sistema de Información Microbiológica
SMSM: Straight men who have sex with other men
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
SVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía
TAR: Tratamiento antirretroviral
TICS: Tecnologías de la Información y Comunicación
UDI: Usuarios de drogas inyectadas
UE: Unión Europea
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
VHS: Virus del Herpes simple
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH: Virus del Papiloma Humano
WHO: World Health Organization

RESUMEN

El propósito de esta tesis se ha centrado en analizar cómo el contexto social (entendido como la situación económica, cultural y política) de los últimos años estaría afectando al ámbito de la Salud Pública y más concretamente al de la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual.

El periodo de tiempo en el que se acota este estudio ha sido el intervalo 2000-2014, ya que durante el mismo se produjeron cambios sociales y políticos significativos en España, además de por ser el periodo en el que se sitúa el comienzo de la crisis económica y la consiguiente repercusión que ha tenido en el ámbito de la salud.

En el contexto de globalización y crisis económica resurgen algunas Infecciones de Transmisión Sexual de las que se consideraban ya prácticamente erradicadas en países del primer mundo, como Sífilis o Gonorrea y por otro lado, destaca el avance de otras como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Hepatitis, Chlamydias, Herpes genital, Virus del papiloma humano, Moluscum contagiosum, etc., enfermedades cuyo control parecía haberse logrado no sólo en el diagnóstico y tipificación de las mismas, sino también respecto al tratamiento farmacológico e implementación de políticas de salud efectivas en materia de prevención.

Estas infecciones suponen un grave problema de Salud Pública, tanto por la proporción de personas afectadas, como por las complicaciones y secuelas que llevan aparejadas si no se tratan a tiempo, de ahí el interés que despierta tanto desde políticas de salud como estrategias de investigación, dentro de las cuales se situaría esta investigación. Se parte de la premisa de que para controlar la aparición de nuevos casos de infecciones de este tipo hay que contar con fuentes de información que aporten datos sobre cómo se distribuyen y comportan en periodos de tiempo determinados y en contextos sociales determinados.

El objetivo general de esta esta tesis ha sido analizar la evolución de indicadores de riesgo y control de Infecciones de Transmisión Sexual durante el periodo 2000-2014 a través de la información recogida en un centro específico de atención a estas infecciones. Como objetivos específicos se plantearon (1) Describir el perfil sociodemográfico y los comportamientos en relación a prácticas de riesgo de usuarios de un centro específico de atención a las Infecciones de Transmisión Sexual; (2)

Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo 2000 – 2014 y compararla con factores sociodemográficos, indicadores de riesgo y otros relacionados con las características de la atención sanitaria recibida; (3) Evaluar si hubo diferencias en la prevalencia de ITS entre los periodos 2000-2007 y 2008-2014, considerados periodos sociales diferenciados por la irrupción de la crisis económica a partir del año 2008.

Metodológicamente el estudio se realizó a través de un diseño observacional, analítico y transversal, utilizando como fuente de información 1437 historias clínicas correspondientes al periodo 2000-2014, de sujetos que acudieron al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual de la provincia de Granada por sospecha de Infección de Transmisión Sexual. Se recogieron datos sociodemográficos, otros sobre la atención clínica recibida, además de datos sobre indicadores de riesgo. Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariante mediante comparación de proporciones con test de la Chi cuadrado y test de contraste de hipótesis no paramétricos junto con correlación de Spearman. El análisis se completó con regresión logística múltiple para determinar la asociación entre el diagnóstico de infecciones y el periodo de crisis.

En cuanto a los resultados y conclusiones principales, se observa que el perfil de la población que acudió al centro de estudio por sospecha de Infección de Transmisión Sexual es el de una persona joven, soltera, de nacionalidad española, estudiante o trabajadora en activo y con formación académica superior. El principal motivo de consulta se asocia a aspectos asociados al Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

La mayoría de los sujetos eran heterosexuales y tenían pareja habitual. La edad media de inicio de relaciones sexuales se sitúa en torno a los 17 años. Se constató que el mayor porcentaje de los usuarios refirió haber tenido como máximo una sola pareja en el último mes, siendo más de la mitad de la muestra la que tuvo como máximo dos parejas en el último año y en torno a diez o más a lo largo de su vida sexual.

Casi dos tercios de los sujetos que acudieron al centro no utilizaron el preservativo entre el mes y los seis meses anteriores a efectuar la consulta y es muy habitual su uso cuando se practica sexo vaginal y anal, pero muy poco frecuente en sexo oral.

En cuanto a otros indicadores de riesgo, señalar que el consumo de drogas no es muy frecuente en la población estudiada y tampoco lo es el mantener relaciones con profesionales del sexo.

Las Infecciones de Transmisión Sexual más prevalentes fueron, en este orden, el Virus del Papiloma Humano, Cándida, Molluscum contagiosum, Gonococia, Sífilis, Virus del Herpes Simple y Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Son más frecuentes en edades jóvenes, entre las mujeres y entre profesionales del sexo. Iniciar relaciones sexuales a edades tempranas es un factor de riesgo añadido junto con el consumo de drogas, al igual que el mayor número de parejas sexuales, especialmente demostrado en el último año.

Se han observado diferencias significativas en la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual entre el periodo de crisis (2008 – 2014) y el periodo definido de no crisis (200-2007), de modo que la probabilidad es 2,21 veces mayor, ajustando por otros factores de confusión como son la edad, el sexo, días de último contacto sin preservativo y parejas en el último año.

Palabras clave: Conducta Sexual, Factores de Riesgo, Enfermedades de Transmisión Sexual, Epidemiología de los Servicios de Salud, Determinantes Sociales de la Salud

INTRODUCCIÓN

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha pensado”.

Albert Szent-Györgyi

La presente tesis se centra en analizar la influencia del contexto social en la salud global de la población, y en concreto de su relación con el ámbito de las llamadas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o Enfermedades Venéreas. Se desarrolla desde una perspectiva que se nutre de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud. Se pretende con este maridaje, ofrecer unos resultados que confiamos sean de utilidad en el ámbito profesional para el desarrollo de estrategias que mejoren la incidencia, control y gestión de estas enfermedades.

El desarrollo de la tesis se compone de 7 capítulos:

El capítulo I presenta el *Objeto de estudio y la Metodología de Investigación*. Se inicia con la presentación del problema de investigación que pretende analizar desde un plano conceptual y teórico; cómo el contexto social, entendido como el ensamblaje social (económico, político y cultural) durante el periodo 2000 a 2014, podría haber afectado a la incidencia de ITS, poniendo especial atención al papel que ha tenido la crisis económica iniciada en 2008. Para dar respuesta al propósito de este trabajo hemos tratado de responder a las preguntas centrales de la investigación: ¿cómo han evolucionado los indicadores de medida y las pautas de comportamiento en relación a las ITS en el periodo 2000-2014? y ¿qué diferencias encontramos respecto a lo anterior en relación al periodo de crisis frente al periodo de ausencia de crisis? Al amparo de estas cuestiones se desarrollan también en este primer capítulo los objetivos de la tesis, la metodología y la justificación del estudio. La metodología se ha articulado sobre técnicas cuantitativas, de modo que, mediante la revisión y análisis de historias clínicas, se han obtenido datos relacionados con indicadores de riesgo, comportamientos y otras variables de interés. Se han empleado en el análisis técnicas estadísticas univariantes, bivariantes y multivariantes. En cuanto a la justificación, ésta argumenta la importancia del estudio, redundando en la repercusión sanitaria y el impacto social (económico, político y cultural) que provocan las ITS, haciendo énfasis en el interés que el estudio de

estas enfermedades tiene, desde esta perspectiva socio sanitaria, en políticas y estrategias de salud e investigación regionales, nacionales e internacionales.

El Capítulo II, *Marco Teórico* plantea una contextualización general a partir de la literatura científica, con la finalidad de mostrar un andamiaje teórico sustentado en dos ideas: de un lado, la influencia de los determinantes sociales en la salud y, de otro, la influencia que la crisis ha tenido en la salud de la población, desarrollando para ello cuatro ejes fundamentales que sirven de ejemplo: desigualdades en salud, salud mental, infancia e inmigración.

En el Capítulo III, *Resultados*, se exponen los hallazgos en torno a diferentes bloques, entre los que quedan distribuidas la totalidad de las variables analizadas para el estudio. Hay un primer bloque de características sociodemográficas de la muestra, un segundo sobre características de la atención sanitaria, un tercero sobre indicadores de riesgo y varios bloques finales en los que se comparan la prevalencia de ITS en función del resto de variables, dedicando especial atención al análisis comparativo entre los periodos de crisis y no crisis.

El Capítulo IV de *Discusión* nos lleva a plantearnos qué significado tienen los resultados obtenidos, interpretando los mismos a la luz de la literatura científica publicada sobre el tema. Para una mejor comprensión de este apartado, se ha seguido en su exposición una estructura similar a la utilizada para el capítulo de resultados.

En el Capítulo V se desarrollan las *Conclusiones*, como síntesis los hallazgos principales, dando respuesta a los objetivos propuestos y haciendo énfasis en las contribuciones teóricas e implicaciones prácticas del estudio. Se comentan también en este apartado las principales limitaciones del estudio.

Por su parte, el Capítulo VI recoge las *Referencias Bibliográficas* empleadas y citadas a lo largo del texto. Se han respetado los derechos de otros autores al ser citados cuando se han utilizado sus publicaciones.

Por último, se incluye el epígrafe de *Anexos*, como material complementario al desarrollo de esta tesis doctoral, presentando los documentos que dan cuenta de las consideraciones éticas de la investigación.

CAPÍTULO I.

OBJETO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

I.1 Problema de investigación

El propósito de esta investigación se centra en analizar cómo el contexto social (entendido como la situación económica, cultural y política) de los últimos años estaría afectando al ámbito de la Salud Pública y más concretamente al de la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), también llamadas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o Enfermedades Venéreas.

Desde hace años la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el término ETS sea sustituido por el de ITS por hacer éste mejor referencia a las infecciones asintomáticas (Vall y GECITS-Grupo de Estudio de los Centros de ITS-, 2005) (a lo largo de esta tesis se usará preferentemente la sigla ITS, salvo para nombrar lugares o estudios concretos en los que aparezca como ETS). El periodo de tiempo en el que se acota este estudio ha sido el intervalo 2000-2014, ya que durante el mismo se produjeron cambios sociales (económicos, políticos y culturales) significativos en España, además de ser el periodo en el que se sitúa el comienzo de la actual crisis económica y la consiguiente repercusión que ha tenido en el ámbito de la salud.

Las ITS incluyen una serie de patologías de causa infecciosa diversa en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico, aunque en ocasiones pueden existir otros mecanismos de contagio como la transmisión perinatal o por vía parenteral (Díez y Díaz, 2011; OMS, 2007). Estas enfermedades están relacionadas con unos 20 microorganismos bacterianos, virales, fúngicos y otros sexualmente transmisibles. Por su impacto epidemiológico y elevados costes médicos directos figuran entre los problemas de salud prioritarios en la mayoría de los países (Vall y GECITS, 2005).

En el actual contexto de globalización y crisis económica resurgen algunas ITS de las que se consideraban ya prácticamente erradicadas en países del primer mundo (con la posibilidad de acceso al tratamiento y control adecuado de las mismas) como Sífilis o Gonorrea (esta última con aumento de la resistencia al tratamiento habitual con quinolonas y cefalosporinas) (Vázquez, 2011). Por otro lado, destaca el avance de otras como SIDA, Hepatitis, Chlamydias, Herpes genital, Virus del papiloma humano (VPH), Moluscum contagiosum, etc., enfermedades cuyo control parecía haberse logrado gracias al avance, no sólo en el diagnóstico y tipificación de las mismas mediante

técnicas de biología molecular sino también respecto al tratamiento farmacológico e implementación de políticas de salud efectivas en materia de prevención, en particular, programas mundiales de inmunización.

Las ITS suponen un grave problema de Salud Pública, tanto por la proporción de personas afectadas (según la OMS, afectan de forma desproporcionada a mujeres y adolescentes y cada año una de cada 20 de estas mujeres contrae una infección bacteriana por contacto sexual, observándose infecciones a edades cada vez más tempranas) como por las complicaciones y secuelas que llevan aparejadas si no se tratan a tiempo (carcinoma de cervix, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos, infertilidad, etc.) (OMS, 2011; Vall, 2004; Vall, 2005; Vall y GECITS, 2005; Vall, Sanz, Loureiro y Armengol, 2004).

No se sabe con exactitud la carga de enfermedad que representan las ITS debido no sólo a la insuficiencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica, inexistentes o de escasa calidad incluso en los países más desarrollados, sino también a otros factores como la casuística de cada enfermedad, la disponibilidad de métodos diagnósticos, los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes o los programas de búsqueda activa de casos (Díez y Díaz, 2011). La OMS estima que en el año 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de las cuatro ITS más comunes: Sífilis (12 millones), Gonorrea (62 millones), Chlamydia (92 millones) y Tricomoniasis (174 millones). La incidencia es mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes, y el riesgo de infectarse aumenta con el uso escaso del preservativo y un mayor número de parejas sexuales (World Health Organization –WHO-, 2001).

La epidemiología al respecto en los países de la Unión Europea muestra en la mayoría de ellos un descenso progresivo hasta principios de la década de 1990, debido sobre todo a los cambios en los comportamientos sexuales producidos tras la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que esto originó un cambio radical en las conductas sexuales de la población general y en concreto entre los grupos con conductas de alto riesgo, como los varones homosexuales con gran promiscuidad, que resultan esenciales en la epidemiología de las ITS. La adopción de medidas preventivas frente a la infección por VIH en los países desarrollados no sólo supuso una importante contribución al control de la misma, sino al de todas las restantes infecciones

venéreas (Díez y Díaz, 2011; Fonseca y Mazaira, 2007; Van der Heyden, Catchpole, Paget y Stroobant, 2000).

En la Unión Europea desde la mitad de la década de los 90 se está produciendo un crecimiento importante y constante de las ITS, sobre todo de las bacterianas agudas, con afectación principal de población joven, minorías étnicas y homosexuales (Postigo, 2007).

En España, la vigilancia epidemiológica a nivel nacional se realiza semanalmente y por comunidades autónomas a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y del más reciente Sistema de Información Microbiológica (SIM). Otra fuente importante de datos se obtiene a través de una red de centros de ITS que ofrecen información más ampliada, como síndromes asociados, datos sociodemográficos y de comportamiento sexual (Postigo, 2007). A pesar de ello, la información epidemiológica sobre las ITS en España, con excepción del VIH, es muy limitada debido, entre otras causas, a la escasez de recursos destinados a estas infecciones y a la infradeclaración de las mismas (Vall, 2004).

Concretamente, y continuando con estos datos epidemiológicos, a partir de 1996 se produjeron aumentos en los casos declarados de Gonococia, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en el Reino Unido, Irlanda, Holanda, y Suecia (Fenton y Lowndes, 2004; Marcus *et al.*, 2006). Los casos de Sífilis aumentaron también a partir de esa fecha en varios países del norte y oeste de Europa, afectando sobre todo a jóvenes, varones homosexuales (en los que casi un 40% se asocia a coinfección por VIH), contactos heterosexuales de prostitución y usuarios de drogas (Fenton *et al.*, 2008; Marcus *et al.*, 2006; Menéndez, Ballesteros, Clavo y Romero, 2005; Vall *et al.*, 2006).

Otras ITS como las infecciones por Chlamydias (concretamente la variedad trachomatis que afecta principalmente a mujeres jóvenes) es la ITS bacteriana más frecuentemente notificada en Europa (Díez y Díaz, 2011) y la primera causante de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, uretritis e infertilidad (Nelson y Helfand, 2001); Herpes y verrugas genitales también han experimentado un aumento y se han descrito varios brotes de linfogranuloma venéreo (LGV) en distintos países europeos con afectación de homosexuales infectados por el VIH (Savage *et al.*, 2009;

Vall *et al.*, 2008), detectándose también casos en heterosexuales (Gomes *et al.*, 2009; López de Murain *et al.*, 2008).

Como factores desencadenantes del aumento constante de las ITS se incluirían los movimientos migratorios y de viajeros, contactos entre distintos grupos poblacionales, cambios de comportamiento sexual de riesgo (incluido uso de internet para citarse), usos de drogas diversas y disminución de las prácticas sexuales seguras en varones homosexuales (incrementos de penetración anal con independencia del tipo de pareja, de relaciones anales y orales no protegidas y de eyaculación en la boca) (Vall, 2004), coincidiendo todo ello con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (Díez y Díaz, 2011). Convirtiéndose consecuentemente la infección por VIH en un proceso crónico, con calidad de vida alta y por tanto proclive a una relajación en las medidas de prevención (Fonseca y Mazaira, 2007).

También es destacable el deterioro de la respuesta sanitaria en la lucha contra las ITS (Fenton y Lowndes, 2004) con la desaparición de las unidades de ITS en la mayoría de las ciudades españolas y el desmantelamiento de la estructura nacional de diagnóstico y tratamiento de las mismas, en especial, por la carencia de un acceso a la atención médica y a las pruebas de laboratorio (Fonseca y Mazaira, 2007), así como respecto a la declaración de contactos sexuales (Vall, 2004).

Las características epidemiológicas de las ITS en España indicarían los grupos prioritarios hacia quienes deberían dirigirse las intervenciones: hombres homosexuales y bisexuales con comportamientos de riesgo (sobre todo los que realizan prácticas de penetración sin preservativo con parejas sexuales múltiples en lugares de sexo anónimo) personas que ejercen la prostitución (sobre todo hombres y aquellas que tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios) y personas inmigrantes (sobre todo si proceden de lugares con tasas elevadas de ITS o se encuentran en situación de precariedad) (Vall, 2004).

En general, las mujeres no usuarias de drogas por vía parenteral que ejercen la prostitución y son atendidas en centros de ITS, o están en contacto con una organización que las apoya, presentan una frecuencia relativamente baja de infecciones venéreas, incluyendo VIH (Grupo de estudio EPI-VIH, 2002). No obstante, los hombres que ejercen la prostitución, incluyendo travestís, sí presentan unas tasas altas de VIH, Sífilis y Gonococia (Vall, Pareja, Loureiro, 2002). Por otra parte, el incremento de personas

inmigrantes ha tenido un impacto en la distribución de algunas ITS, incluyendo un aumento de las notificaciones de infecciones VIH en personas heterosexuales (The EPI-VIH Study Group, 2002), ya que la situación de precariedad socioeconómica y afectiva de los inmigrantes en el país receptor, determinaría una mayor vulnerabilidad ante dichas infecciones (Vall y Grupo de Estudio de las ITS en Atención Primaria –GITSAP–, 2002).

Según el concepto de “vulnerabilidad social” de Moser, se entiende a éste como el proceso que comprende la exposición al riesgo, la capacidad de respuesta para enfrentarlo (bien de manera endógena y/o a través de un apoyo externo) y la posibilidad de adaptación a ese riesgo (Moser, 1998).

Por otro lado, la situación de precariedad social, hacinamiento y las relaciones interpersonales con desconocidos en el lugar de recepción, podrían derivar no sólo en una menor atención respecto a la salud y bienestar general sino también respecto al bienestar sexual y reproductivo (García, Luque, Mcdouall y Moreno, 2006; Hernández-Rosete, Sánchez, Pelcastre y Juárez, 2005). A estas condiciones se añadiría el problema de la violencia y el comercio sexual ejercido con las mujeres (López, Ochoa, Alcaraz, Leyva y Ruiz, 2010).

En este escenario, en España, desde principios de los 90, se está produciendo una llegada masiva de inmigrantes (aunque en los últimos años la dinámica migratoria parece cambiar debido a la crisis económica), y aunque esta población es muy heterogénea, últimamente ha predominado la llegada de personas procedentes de países en vías de desarrollo donde la prevalencia de ITS en la población general es muy alta. Además, y como hemos citado anteriormente, las condiciones que en muchos casos motivan la inmigración, como el tráfico de personas, o simplemente la precariedad a nivel social (económico, político y cultural) y afectivo, hacen que en España pueda haber determinados grupos de inmigrantes más vulnerables frente a las ITS, en los que habría que centrar las actividades preventivas (Postigo, 2007).

Respecto a la infección por el VIH, los datos disponibles en las distintas comunidades muestran desde principios de los 90 un descenso en más de un 70% de los nuevos diagnósticos, de modo que España pasó a ser el país europeo con la tasa más alta de SIDA, a situarse a nivel medio-bajo respecto a las nuevas infecciones por el virus, convirtiéndose la transmisión heterosexual en el primer mecanismo de contagio

(Castilla *et al.*, 2006). Ahora bien, según los datos actuales una posible consecuencia del aumento de ITS en hombres homosexuales podría derivar en un nuevo incremento de la incidencia del VIH (Postigo, 2007 y Vall, 2004).

A raíz del resurgimiento de estas enfermedades infecciosas, hay autores (Vall *et al.*, 2006) que plantean la necesidad de reforzar los centros de ITS a la vez que cobra especial importancia la segmentación de los mensajes preventivos y de promoción de la salud, considerando los distintos comportamientos de riesgo de la población (Pérez-Morente *et al.*, 2017, p.5).

Todos los factores y variables que desde la década de los 90 vienen afectando a las ITS, parecen agravarse en los últimos años de crisis económica.

Tras analizar el contexto social en el periodo de tiempo anteriormente mencionado y su relación con el resurgir y avance de determinadas ITS, podríamos analizar cómo por ejemplo los consiguientes recortes presupuestarios en políticas sociales y de salud estarían influyendo directamente en el agravamiento del problema y cuáles podrían ser por tanto algunas de las posibles alternativas viables que dieran solución o al menos contribuyeran a mitigar los efectos y a controlar esta situación.

En este sentido, cabría destacar la identificación de grupos vulnerables y prácticas de riesgo, así como la formulación e implementación de políticas eficientes en materia de seguridad sanitaria que en otros países de la Unión Europea, hayan sido eficientes en el control y mejoría de este problema. Según la OMS (2008a):

La situación social o económica y algunos comportamientos sexuales aumentan la vulnerabilidad de los individuos a las infecciones de transmisión sexual; el tipo de población más expuesta a riesgo de infección por transmisión sexual, variaría según el entorno, la cultura y las prácticas locales (p.9).

Se constata, por tanto, la preocupación por las ITS desde el plano social y sanitario, clave que también se recoge en recientes aportaciones (Apers, Crucitti, Verbrugge y Vandenbruaene, 2012) o en los cambios introducidos en su abordaje (Mark, Jordan, Cruz y Warren, 2012) destacando las conclusiones y documentos elaborados por el Panel de Expertos del Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA) y el Plan Nacional sobre SIDA (PNS) (2011a, 2011b, 2017) ya que “la infección por el VIH está claramente interrelacionada con las ITS, no sólo por compartir vía de transmisión

sino, también por el aumento del riesgo de transmisión del VIH” (GESIDA y PNS, 2011a, p.286e1), lo que podría indicar a su vez cambios en las prácticas sexuales de riesgo (Dougan, Evans y Elford, 2007; Fenton e Imrie, 2005; Rieg *et al.*, 2008). A este respecto, convendría señalar la investigación tanto a nivel nacional como internacional sobre las percepciones y conductas de riesgo para la salud sexual entre adolescentes, mujeres, homosexuales (Catalozzi *et al.*, 2013; Conde, Santoro y Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de SEISIDA, 2012; Eaton *et al.*, 2012; Folch *et al.*, 2014; Johnston *et al.*, 2013; Senn y Carey, 2011) y grupos vulnerables como inmigrantes o trabajadores del sexo (Organista *et al.*, 2013; Platt *et al.*, 2013). Destacan también los estudios respecto al incremento en los últimos tiempos de ITS como Sífilis y Gonorrea (Gugatschka *et al.*, 2012; Van de Laar y Spireti, 2012).

I.2. Preguntas, hipótesis y objetivos

I.2.1. Pregunta de investigación

A la luz de los argumentos expuestos en el apartado de antecedentes, y teniendo en cuenta que para controlar la aparición de nuevos casos de VIH y de otras ITS hay que contar con fuentes de información que aporten datos sobre cómo se distribuyen y comportan estas infecciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a), consideramos necesario un análisis detallado de la situación actual respecto a las ITS desde el plano epidemiológico y social. Para dar respuesta a ello, esta investigación ha tratado de responder a las siguientes preguntas, que constituirían el eje central de nuestra investigación:

-¿Cómo han evolucionado los indicadores epidemiológicos y las pautas de comportamiento en relación a las ITS en el periodo 2000-2014?

- Cuánto ha sido la diferencia en relación al periodo de crisis frente al periodo de ausencia de crisis?

Se ha considerado relevante esta segunda pregunta, ya que las ventanas temporales que se comparan aluden a dos momentos históricos contextuales diferentes, por un lado un periodo de bonanza económica durante el primer periodo de tiempo y la entrada oficial en “recesión económica” que se inició oficialmente en el año 2008 y que marcó el inicio de la crisis económica.

I.2.2. Hipótesis

Se parte de la hipótesis general de que el contexto social (entendido como el contexto económico, político y cultural) en el periodo 2000-2014 ha influido de manera significativa en la epidemiología de las ITS. De forma concreta, consideramos a priori que el perfil sociodemográfico de la población influye significativamente en la adquisición y contagio de las ITS, siendo más vulnerables los grupos sociales vinculados a procesos de pobreza, marginalidad y/o exclusión social. Además, consideramos que el contexto social, desde la entrada actual en recesión económica, estaría favoreciendo el resurgimiento y un rápido crecimiento de las ITS.

I.2.3. Objetivos

Objetivo general:

- Estudiar y analizar la evolución de indicadores de riesgo y control de ITS durante el periodo 2000-2014 a través de la información recogida en un centro específico de atención a la ITS.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico y los comportamientos en relación a prácticas de riesgo de usuarios de un centro específico de atención a las Infecciones de Transmisión Sexual.

- Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo 2000 – 2014 y compararla con factores sociodemográficos, indicadores de riesgo y otros relacionados con las características de la atención sanitaria recibida.

- Evaluar si hubo diferencias en la prevalencia de ITS entre los periodos 2000-2007 y 2008-2014, considerados periodos sociales diferenciados por la irrupción de la crisis económica a partir del año 2008.

I.3. Métodos, Técnicas y Fuentes

I.3.1. Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional analítico retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas.

I.3.2. Población y Muestra

El estudio se realizó en el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual del Hospital San Juan de Dios de Granada. La selección del centro antes mencionado responde a criterios de especificidad y representatividad en relación al abordaje de ITS, además de por razones de factibilidad del propio estudio, si bien no es el único en el que se aborda este tipo de patología.

La información se recogió a través de historias clínicas de sujetos que acudieron al centro por un motivo de consulta asociado a presencia o sospecha de contagio de una ITS. La historia clínica determinaba cuatro opciones en este sentido (Sintomatología, Control, Seguimiento de Contactos y VIH) de manera que se seleccionaron historias en las que apareciera marcada alguna de estas opciones. Las otras dos opciones que incluía la historia eran Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Planificación familiar, que fueron descartadas. Se revisaron historias que correspondieran a sujetos mayores de edad y que no presentaran ningún deterioro cognitivo en el momento de contactar con el centro (se verificó en el momento de acceder a la historia clínica). El periodo de estudio fue el comprendido entre el año 2000 y 2014.

Se pretendió determinar el tamaño de la muestra de modo que nos permitiese detectar diferencias en las variables básicas de presentación de las ITS en sujetos a los que se les abrió una nueva historia clínica. Tal cálculo se hizo para detectar diferencias en una variable binaria (siendo así el mayor tamaño de muestra necesario) deseando detectar diferencias de un 20% en dos años, con una potencia del 80% y siempre que el test se hiciese a un error $\alpha=5\%$. El tamaño de muestra necesario para detectar esa diferencia fue de 97 historias clínicas por año lo que dio un tamaño muestral global para los 15 años considerados de $97 \times 15 = 1455$ historias. Inicialmente se revisaron 1510 historias, pero tras la depuración de datos para el análisis estadístico final, la muestra se redujo a 1437, lo que supone una tasa de respuesta alta (98,8%) respecto al tamaño muestral calculado.

La forma de extracción de la muestra partió del archivo de historias nuevas de cada año de la que se tomaron el primero y el último número de historia de ese año, extrayéndose una muestra de cada año mediante un muestreo aleatorio sistemático sin reemplazamiento. En el caso de que la historia seleccionada no cumpliera el criterio de inclusión antes descrito, se seleccionó la historia inmediatamente anterior, en caso de no

cumplir tampoco el criterio, se seleccionó la historia inmediatamente posterior a la inicialmente seleccionada. Si en ambos casos tampoco se cumplía el criterio, se continuó seleccionando hacia atrás y hacia delante hasta obtener una historia que cumpliera los criterios de inclusión. El intervalo se estableció en 15 al ser el valor más repetido en la serie.

I.3.3. Recogida de datos

La fuente de información empleada fue la historia clínica, de la que se extrajeron las variables de interés para el estudio que daban respuesta a los objetivos propuestos. La historia tiene un soporte en papel y las variables las cumplimentan diferentes profesionales sanitarios que intervienen en el proceso según sus competencias (Auxiliar de Enfermería, Enfermero/a, Facultativo Especialista del Área). Para la recogida de datos, se elaboró una hoja de recogida de datos ad hoc en base a las variables del estudio, que incluyó además un campo abierto de observaciones que se pudieran tener en cuenta en el momento del análisis. Posteriormente se diseñó una base de datos informatizada para el volcado de la información compatible con el programa informático de análisis estadístico que se empleó. La recogida de datos se realizó de forma presencial en el centro sobre las historias en papel e intervinieron tres personas, que fueron previamente entrenadas para garantizar un proceso homogéneo y consensuado. Se hizo un pilotaje inicial sobre 110 historias para depurar la hoja de recogida de datos y aclarar dudas en relación a algunas variables. Las tres personas que intervinieron en la recogida de datos tenían formación universitaria como tituladas en Enfermería.

Las variables estudiadas y sus características se describen a continuación. Para cada variable se indica su naturaleza estadística y si estaba o no presente en la historia clínica del sujeto. Las que no estaban presentes fueron generadas a partir de los datos obtenidos en las historias:

- *Año de consulta*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica. Se identificaron 15 categorías que correspondían al periodo de estudio.
- *Crisis*: variable cualitativa dicotómica, no presente en la historia clínica. Se generó a partir del año de consulta, estableciendo dos categorías: Crisis no (abarcaba historias cuyo año de consulta correspondía con el periodo 2000 a

2007) y Crisis sí (historias correspondientes al periodo 2008-2014). Se decidió establecer estos dos periodos ya que el 2008 es el año en el que se inicia el periodo de crisis financiera en el estado Español.

- *Sexo*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica. Las categorías eran hombre y mujer.
- *Edad*: variable cuantitativa, presente en la historia clínica, medida en años.
- *Nacionalidad*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica. De cara al análisis estadístico bivalente y multivalente, se transformó en una variable dicotómica para diferenciar las nacionalidad española del resto de nacionalidades identificadas que fueron agrupadas en una categoría denominada “inmigrante”.
- *Profesión*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica. De cara al análisis estadístico bivalente y multivalente, se transformó en una variable con tres categorías: Profesionales / ex profesionales del sexo, Estudiantes, Otras profesiones / profesiones no remuneradas.
- *Situación laboral*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica. Las categorías eran: Activo, Parado, Jubilado, Estudiante.
- *Nivel de instrucción*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Sin estudios, Primarios/Elemental/EGB, Secundaria/Bachiller, Formación Profesional, Superiores
- *Estado civil*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Soltero, Casado / Pareja de hecho, Separado /Divorciado / Viudo
- *Motivo de consulta*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Síntomas, Control, Seguimiento contactos, VIH
- *Consulta previa*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No.
- *Con quién realizó consulta previa*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica. En caso de responder afirmativamente a la anterior

variable, se registraba en qué tipo de servicio se había hecho la consulta, encontrándose una gran heterogeneidad a este respecto. De cara a facilitar el análisis estadístico, se transformó en una variable con las siguientes categorías: Consultas especialidades, Atención Primaria, Urgencias, Clínica Privada, Centro específico ITS, Servicios sociales, Otros

- *Número de consultas posteriores*: variable cuantitativa, no presente en la historia clínica. Los datos correspondían al número de consultas que se generaron a partir del primer motivo de consulta, para lo que se revisó el historial de seguimiento que aparecía en la historia, que estaba organizado por fechas. Cada fecha iba precedida de un número, de modo que el 0 correspondía al registro de seguimiento relacionado con el primer motivo de consulta.
- *Número nuevos episodios posteriores*: variable cuantitativa, no presente en la historia clínica. El procedimiento para determinar los datos de esta variable fue similar al descrito anteriormente. En ese caso, cuando se trataba de un episodio diferente al inicial, los profesionales codificaban la fecha de seguimiento con un número diferente al 0, de modo que 1 correspondía con un episodio nuevo y así sucesivamente.
- *Diagnóstico ITS*: variable cualitativa dicotómica, no presente en la historia clínica. Las categorías fueron Sí y No. Esta variable se generó a partir de los hallazgos clínicos registrados en la historia de cada sujeto.
- *Conducta sexual*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Heterosexual, Bisexual, Homosexual, Transexual
- *Tiene pareja habitual*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No
- *Días último contacto sin preservativo*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Nunca, menos de 1 mes, 1-6 meses, 6-12 meses y más de 12 meses. De cara al análisis estadístico, se transformó en una variable cuantitativa tipo escala, de manera que las puntuaciones oscilaban entre 1 y 5, correspondiendo a las categorías

antes mencionadas. Con este sistema de puntuación se pretendía medir la intensidad en la utilización del preservativo, de modo que puntuaciones bajas informaría de un uso inconsistente y poco frecuente del preservativo y puntuaciones altas informarían de un uso consistente.

- *Parejas en el último mes*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: 0-1, 2, 3-5, más de 5, Prostitución. Al igual que en el caso anterior, se hizo una transformación en variable cuantitativa tipo escala, también con un rango de puntuación entre 1 y 5.
- *Parejas último año*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: 0-1, 2, 3-5, 6-10, 11-20, más de 20, Prostitución. También se transformó en variable cuantitativa tipo escala, en este caso con un rango de 1 a 7.
- *Vida sexual*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con tres categorías que miden el número de parejas sexuales que se ha tenido a lo largo de la vida: 0-10, 10-20, más de 20. Siguiendo con la tendencia de las variables anteriores, también esta variable se transformó para analizarla como variable cuantitativa tipo escala, con puntuaciones que oscilaban entre 1 y 3.
- *Contacto con profesional del sexo*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No
- *Frecuencia contacto con profesional del sexo*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Habitualmente, Esporádicamente, Una vez
- *Contacto sospechoso*: esta variable registraba si el sujeto había tenido un contacto de riesgo. Se trata de una variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No
- *Tiene síntomas pareja habitual*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No
- *Utiliza drogas*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No

- *Frecuencia utilización de drogas*: variable cualitativa policotómica, presente en la historia clínica, con las siguientes categorías: Habitualmente, Esporádicamente, No actualmente
- *ADPV (Administración de Drogas por Vía Parenteral)*: variable cualitativa dicotómica, presente en la historia clínica, con las categorías Sí y No.
- *Hábitos sexuales*: dentro de esta variable se agrupaban diferentes categorías, en cada una de las cuales se medía la frecuencia con la que se practicaban los hábitos registrados. Estaba presente en la historia clínica. Las opciones de respuesta eran las siguientes: Nunca, Esporádicamente, Frecuentemente y Siempre. Las categorías fueron agrupadas en: Hábito sexual vaginal, Hábito sexual oral (boca – vaginal), Hábito sexual oral (boca – pene), Hábito sexual oral (ano – boca), Hábito sexual anal (ano – pene), Hábito sexual anal (pene – ano).
- *Uso del preservativo en hábitos sexuales*: esta variable se distribuía de la misma manera que la anterior.
- *Edad primera relación sexual*: variable cuantitativa, presente en la historia clínica, medida en años.

I.3.4. Análisis de datos

Las variables fueron agrupadas en diferentes bloques con objeto de guiar el análisis:

- *Características sociodemográficas*: Sexo, Edad, Nacionalidad, Profesión, Situación laboral, Nivel de instrucción y Estado civil.
- *Características de la atención clínica recibida*: Motivo de consulta, Consulta previa, Con quién realizó consulta previa, Número de consultas posteriores, Número nuevos episodios posteriores.
- *Indicadores de riesgo para ITS*: Conducta sexual, Tiene pareja habitual, Días último contacto sin preservativo, Parejas en el último mes, Parejas último año, Vida sexual, Contacto con profesional del sexo, Frecuencia contacto con profesional del sexo, Contacto sospechoso, Tiene síntomas pareja habitual, Utiliza drogas, Frecuencia utilización de drogas, ADPV, Hábitos sexuales, Uso del preservativo en hábitos sexuales, Edad primera relación sexual.

- Las variables Diagnóstico ITS, Crisis, se consideraron al margen de los bloques antes descritos.

Se realizó estadística descriptiva de cada variable y un análisis comparativo entre bloques con el objetivo de buscar asociaciones entre variables. Concretamente, los bloques que se compararon fueron los siguientes:

- Características de la atención clínica recibida vs Características sociodemográficas.
- Indicadores de riesgo para ITS vs Características sociodemográficas.
- Diagnóstico ITS vs Características sociodemográficas.
- Diagnóstico ITS vs Características de la atención clínica.
- Diagnóstico ITS vs Indicadores de riesgo.
- Crisis vs ITS.

Al tratarse de un estudio transversal y retrospectivo, somos conscientes de que las asociaciones establecidas puede que no muestren la magnitud de la relación causal entre las variables estudiadas, de ahí que se planteen como hipótesis causales.

Los datos de cada variable fueron tabulados directamente en una base de datos creada en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows.

Primero se depuró la base de datos, quedando finalmente integrada por 1437 casos. A continuación se realizó análisis univariante mediante cálculo de la media, desviación típica, mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas, mientras que las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje.

Los análisis comparativos antes descritos se realizaron mediante análisis bivalente. En el caso de comparación de una variable cuantitativa con una cualitativa, se emplearon test de contraste de hipótesis no paramétricos, ya que la prueba de normalidad realizada con el test de Shapiro-Wilk evidenció una distribución no normal de las variables cuantitativas incluidas en el estudio (Edad: $W = 0,86009$, $p < 0,001$; Número de consultas posteriores: $W = 0,75346$, $p < 0,001$; Número de nuevos episodios posteriores: $W = 0,50387$, $p < 0,001$; Días de último contacto sin preservativo: $0,84177$, $p < 0,001$; Parejas en el último mes: $W = 0,53309$, $p < 0,001$; Parejas en el último año:

W = 0,82352, $p < 0,001$; Vida sexual: W = 0,7343, $p < 0,001$; Edad primera relación sexual: W = 0,85835, $p < 0,001$). La ausencia de normalidad se comprobó igualmente para cada submuestra del análisis bivalente. Así, se empleó el test de U de Mann-Whitney si la variable cualitativa era dicotómica y el test de Kruskal-Wallis si la variable cualitativa era policotómica. Cuando las variables a comparar eran cuantitativas, se empleó la Correlación de Spearman. Para comparar variables cualitativas primero se realizaron tablas de contingencia (rxc) y posteriormente se empleó el test de la chi cuadrado (χ^2) o la generalización del test exacto de Fisher para cuando éste no pudo usarse. En el caso de tablas 2x2, se calculó la Odds Ratio (OR) junto con su intervalo de confianza (IC) al 95%, con objeto de determinar el sentido de la asociación entre las variables de contraste. En el caso de tablas rxc, se analizaron las proporciones en cada grupo con objeto de caracterizar las diferencias significativas observadas.

Para el análisis multivariante, se realizó regresión logística múltiple tomando como variable de resultado el diagnóstico ITS y como variable independiente principal Crisis, ajustando este análisis con variables que dieron significativas en el análisis bivalente que comparó el diagnóstico ITS con el resto de variables. El número de variables de ajuste incluidas se adecuó al requerimiento recomendado en análisis multivariante de disponer de al menos 15 casos por variable incluida en el modelo. Para cada variable incluida en el modelo se calculó la OR con su IC 95%. Una vez generado el modelo, se comprobaron las condiciones de ajuste: se investigó la colinealidad entre variables mediante el cálculo del Factor de Inflación de la Varianza (FIV), considerando ausencia de colinealidad con $FIV < 2,5$; se comprobó la linealidad de la variable dependiente con las variables cuantitativas incluidas en el modelo; la calibración se determinó por medio de la prueba de bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow, que viene reflejada por la ausencia de diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los valores observados y los valores esperados según el modelo. Finalmente la discriminación se determinó a partir del valor del área bajo la curva ROC, que se consideró adecuada cuando era > 0.70 . Los cálculos se realizaron con el programa R commander, con R versión 3.2.2.

En todos los análisis se consideró significativa una $p < 0.05$

I.3.5. Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se obtuvo el visto bueno del Comité de Ética de Investigación Biomédica de la provincia de Granada y de la Dirección Gerencia del Distrito Sanitario Granada Metropolitano, de quien depende el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual del Hospital San Juan de Dios de Granada (anexo 2). Para la identificación de cada caso en la base de datos, se empleó el mismo código de la historia clínica. Los datos fueron tratados con la máxima confidencialidad y conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

I.4. Justificación del estudio

A diario, casi un millón de personas contrae una ITS, como es el caso del VIH. Tal y como se ha argumentado con anterioridad, estas infecciones son especialmente sensibles a los cambios sociales, y más concretamente a los periodos de crisis económica, en los que junto con problemas de salud mental y otros, suponen un foco de atención en el control de la salud. Precisamente es en este contexto de análisis donde se sitúa un pilar importante de esta investigación.

Pero además, surge el interés por conocer más en detalle otros aspectos sociales y sanitarios en relación a las ITS. No hay que olvidar que estas infecciones pueden derivar con el tiempo en graves consecuencias para la salud, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos, de ahí, que estén reconocidas como un grave problema de Salud Pública desde hace muchos años. La presencia de otras ITS aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH, dándose una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS, lo que podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del mismo (OMS, 2007). Es por ello, que mejorar la gestión de los casos de ITS se convierte en la principal intervención para reducir la incidencia de contagio por VIH en población general (OMS, 2007).

Si se mantienen las tendencias sociales, demográficas y migratorias, se prevé que la población expuesta a infecciones de transmisión sexual seguirá aumentando espectacularmente (OMS, 2007), de ahí la importancia de una adecuada prevención y control de las mismas.

Se hace necesario por tanto investigar en la evolución de las características y de los perfiles de la población vulnerable a este tipo de infecciones, además, de conocer qué factores se asocian a la población que ya la padece. Ese es el propósito principal de esta investigación, es decir, la importancia manifiesta que tienen las ITS como problema de salud pública, en esta línea conviene señalar el interés concreto que se evidencia en determinadas estrategias de intervención y políticas sociales. Nuestro estudio se relaciona directamente con estrategias que guían la práctica clínica en el ámbito de la Salud Pública y la atención a estas patologías infecciosas, concretamente las ITS. El Contrato Programa de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) 2010-2013 (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010a) apuesta por impulsar el protagonismo profesional y su práctica desde la evidencia y el conocimiento.

La situación epidemiológica del VIH y otras ITS en España, por ser un gran problema de Salud Pública, por su repercusión económica y el impacto social que provocan, ha hecho necesaria la elaboración del actual Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2013-2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) que en su prólogo hace referencia a cómo en los últimos 30 años se han vivido múltiples cambios respecto a los conocimientos sobre el VIH y el perfil epidemiológico de los pacientes y como todo ello supone un cambio en las políticas de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Este Plan, el quinto publicado en España y que da continuidad a las estrategias fijadas por los anteriores, incorpora una serie de novedades importantes como la inclusión por primera vez de otras ITS, por su evolución creciente desde el año 2000, el enfoque por objetivos y por ejes de intervención (población general, con especial atención a adolescentes, jóvenes y viajeros a zonas de elevada prevalencia, personas con infección y con mayor riesgo de la misma, entendiéndose como tales a HSH, inmigrantes de países de alta prevalencia, usuarios de drogas inyectadas, prostitución, internos de instituciones penitenciarias, así como las parejas sexuales de todas ellas), el refuerzo de la prevención en los grupos de población especialmente vulnerables, incorporando el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICS) como la Web 2.0 o la Web social, el apoyo a la información voluntaria de la pareja sexual (fomentando así la responsabilidad y el empoderamiento del paciente), así como el diagnóstico y tratamiento precoz como elementos claves en la prevención, ya que según

las Guías tanto nacionales como internacionales, cuanto más precoz sea el diagnóstico tras la infección y la instauración del tratamiento, más se reducirá el riesgo de transmisión de la infección, reduciéndose así la comorbilidad y el deterioro de la salud de los afectados a largo plazo.

Los objetivos generales recogidos en este documento son: (1) Disminuir la incidencia de las infecciones por VIH y otras ITS; (2) Fomentar el diagnóstico precoz de VIH y otras ITS; (3) Mejorar la calidad de vida de las personas con infección por VIH y otras ITS y prevenir comorbilidades asociadas; y, (4) Disminuir la discriminación hacia las personas con VIH e ITS.

Por otro lado, los resultados esperados de esta investigación estarían en consonancia con el Plan Andaluz frente a VIH/SIDA y otras ITS 2010-2015 (Consejería de Salud, 2010b), que destaca entre sus objetivos:

- 1.- Defender la acción intersectorial como uno de sus principios rectores e incorporar a la formación esta perspectiva lo que permitiría una visión integral de los problemas de salud en relación con el VIH y otras.
- 2.- Subsancar la inequidad existente en Andalucía respecto a la atención sanitaria de las ITS mediante la elaboración de protocolos generalizados de atención y derivación de estas patologías.
- 3.- Mejorar de forma sustancial la vigilancia epidemiológica del resto de ITS además del VIH/SIDA.
- 4.- Resaltar la importancia de señalar las características socioeconómicas de la población que sufre las ITS como aspecto fundamental para el conocimiento del comportamiento de las mismas.
- 5.- Abogar por una investigación centrada en el ámbito psicosocial frente a la supremacía de la perspectiva biomédica.
- 6.- Apostar por potenciar la investigación específica no sólo de VIH sino también sobre ITS, ya que “la producción científica en materia de VIH/SIDA es enorme en comparación con la relativa a ITS que es casi insignificante”.
- 7.- Priorizar las líneas de investigación en materia de ciencias sociales, epidemiología y conducta.

8.- Establecer convenios de colaboración entre Universidades, Organización no Gubernamental (ONG) y administración sanitaria, lo que vendría a coincidir con los perfiles profesionales que forma parte de nuestro equipo investigador.

9.- Edición y difusión del material obtenido de las principales investigaciones así como de las reuniones de las personas expertas.

Además, esta tesis se hace eco de estrategias y políticas a nivel internacional, que también sirven de base para justificar su realización. Así, el documento “Enfermedades de Transmisión Sexual: políticas y principios de prevención y asistencia” (ONUSIDA/OMS,1999) proyecto conjunto de las “Naciones Unidas sobre VIH/SIDA” (ONUSIDA) y la OMS, recomienda la integración de los programas de prevención y asistencia de ETS y los de SIDA; para ambos organismos “la prevención y asistencia de las ITS constituye un mecanismo de intervención que mejora la situación sanitaria de la población y previene la transmisión del VIH”, por tanto recomiendan conceder alta prioridad a este tipo de programas. Creemos que la investigación desarrollada arroja luz para la configuración de estos programas.

La OMS en su documento “Estrategia Mundial de prevención y control de las ITS 2006-2015” (OMS, 2007) aboga por expandir de forma más generalizada una atención de calidad contra las ITS en Atención primaria, los servicios de salud sexual y reproductiva así como los que proporcionan tratamiento contra el VIH, debido a la gran carga sanitaria y socioeconómica que generan estas infecciones a nivel mundial, con previsión de un aumento de la carga de morbilidad como consecuencia de la prevalencia de algunas infecciones víricas, de los cambios en la conducta sexual y del aumento de los viajes, hace que el control de estas ITS sea una prioridad para la OMS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). En esta línea, el conocimiento derivado de esta investigación puede ayudar mejor a establecer el control que sugiere la OMS en su estrategia.

La OMS recientemente ha publicado un documento titulado “Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS 2016-2021, hacia el Fin de las ITS” (OMS, 2016), en el que se definen los servicios de calidad esenciales para atender las necesidades de la población y se proponen medidas para abordar los factores determinantes subyacentes a estas infecciones, entre ellos la discriminación y estigmatización y las inequidades, que posibilitan un mayor riesgo de infección y limitan un acceso eficaz a la prevención

y el tratamiento. Según el citado escrito cada país debería definir las poblaciones específicas más afectadas o vulnerables a las ITS según el contexto epidemiológico y social, y así podrían considerarse “poblaciones específicas” aquellas con más probabilidades de tener un elevado número de parejas sexuales, como los trabajadores del sexo y/o sus clientes, otro núcleo serían los HSH, las personas transgénero y aquellas que ya tienen una ITS como el VIH. Otros grupos especialmente vulnerables serían los jóvenes y adolescentes, las mujeres, las poblaciones móviles, los niños y jóvenes sin hogar, los presos, los usuarios de drogas inyectadas (UDI) y aquellos afectados por conflictos y disturbios.

Dentro de las líneas de investigación y excelencia de la Consejería de Salud y Bienestar Social destacamos el “CIBERESP” (Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública, 2017) con sus dos objetivos prioritarios:

- 1.- Conocer la magnitud de los problemas de salud y su distribución ya sea geográfica, sociocultural, laboral, de género o de cualquier otra forma.
- 2.- Identificar los factores determinantes de los mismos para evaluar la eficiencia de las intervenciones en materia sanitaria, desde las políticas públicas o de la prevención y su resolución.

La “Red de Salud Sexual y Reproductiva” inscrita en la “Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en Andalucía” (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011) como proyecto de colaboración entre la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), el SAS y la Secretaría General de Salud Pública y Participación, y cuyo objetivo general es ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

Esta Red en uno de sus últimos informes publicados “Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España” (Alianza por la solidaridad *et al.*, 2016) hace eco de que si bien desde el año 2014 se está produciendo cierto incremento en el presupuesto para prevención de VIH, éste es mínimo en comparación con la drástica reducción del presupuesto que sufrió el PNS durante el 2012, quedando desprotegidas las poblaciones más desfavorecidas o vulnerables, así mismo, a pesar de que la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todas las personas, casi la mitad de la población diagnosticada de infección por primera vez en 2014 presentaba diagnóstico

tardío (DT), siendo éste uno de los principales problemas para dar respuesta a la epidemia de VIH ya que éste aumentaría la morbilidad y la mortalidad asociada al VIH, disminuyendo la respuesta al tratamiento e incrementando la tasa de transmisión y los costes de la asistencia sanitaria (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Es precisamente en el conocimiento de estos factores asociados al diagnóstico, donde se puede obtener una información valiosa al respecto.

La Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE” Boletín Oficial del Estado (BOE, 2010): Título I: “De la Salud Sexual y Reproductiva”. Capítulo I: “Políticas Públicas para la Salud Sexual y Reproductiva”, en su artículo 6: Acciones informativas y de sensibilización destaca la necesidad de prestar particular atención a la prevención de ITS. Capítulo II. “Medidas en el ámbito sanitario”, en su artículo 7: Atención a la salud sexual y reproductiva señala cómo los servicios públicos de salud garantizarán la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de salud basados en el mejor conocimiento científico disponible. Este estudio contribuye aportando esa evidencia científica reclamada en la ley.

El Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre (BOE, 2006), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en el anexo II “Cartera de servicios comunes de Atención Primaria” punto 6.4.2, hace referencia a la atención de personas con VIH+ e ITS con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

De todo lo anteriormente expuesto podemos concluir cómo las actividades preventivas resultan imprescindibles para controlar la aparición de nuevos casos de VIH y de otras ITS, y para ello se hace necesario contar con fuentes de información que aporten datos sobre cómo se distribuyen y comportan estas infecciones; en esta línea, nuestra investigación va a proporcionar conocimientos actualizados acerca de las características epidemiológicas, grupos vulnerables y conductas de riesgo en los actuales contagios de ITS, en un contexto en el que coexisten y resurgen con fuerza algunas de éstas, todo ello basado en la evidencia y el conocimiento científico que se desprenda de nuestra investigación.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

II.1 Justificación del marco teórico

Una vez presentado el problema de investigación y aclaradas las cuestiones metodológicas se procede en este segundo capítulo a situar el estudio desde un punto de vista teórico. De entrada hay que considerar este apartado como una continuidad del problema de investigación antes tratado, en el que se deja claro el papel que los determinantes sociales tienen sobre la epidemiología de las ITS, y que es lo que se convierte en el propósito de análisis en esta investigación. Concretamente, y debido al interés que tiene para este estudio, se focaliza el marco teórico en torno a la influencia que la crisis ha podido tener en la salud de la ciudadanía.

Partiendo del hecho de que las consecuencias del contexto socioeconómico que se vive desde el año 2008 sobre la salud y las desigualdades en la misma dependen de factores como el contexto histórico y cultural del país, así como del nivel y desarrollo de las políticas sociales aplicadas por los gobiernos para hacer frente a la situación (Dávila y González, 2009, Stuckler, Basu y McKee, 2010a; Stuckler, Basu, Suhreke, Coutts y McKee, 2009b); todo ello unido a que España ha sido uno de los países más afectados por la crisis, con un desempleo muy elevado; país de la Unión Europea-15 (UE-15) con peores indicadores de empleo, con reformas legislativas regresivas y una disminución de los presupuestos en políticas sociales (Cortés y González, 2014), se convierte en un tema de especial interés analizar la relación entre crisis económica y salud, haciendo especial hincapié en la patología infecciosa (en concreto las ITS) por ser éste el tema central de nuestra investigación. Pero también analizando desde una perspectiva más global el impacto en otros aspectos de la salud como la salud mental, las desigualdades en salud o la afectación de grupos específicos de población, que son más vulnerables a los efectos de esta crisis, como la infancia, las personas mayores y la población inmigrante (Cortés y González, 2014).

Aunque se debe ser consciente de la limitación temporal de los datos, ya que los efectos más graves de la crisis y de las políticas de austeridad se han producido desde el año 2010, y de llegar aún a conclusiones prematuras sobre los efectos de la crisis en el estado de salud (La Parra y Álvarez-Dardet, 2014), sí que hay ya evidencia de la afectación de la salud en la esfera mental y en la salud reproductiva así como un aumento en las desigualdades sociales, en la mortalidad general (en concreto en los hombres a partir del año 2008) y algunos signos de posibles efectos en el caso de la

patología infecciosa (Cortés y González, 2014). Respecto a esta última, y según lo mencionado en el informe de SESPAS (2014) sobre crisis económica y patología infecciosa, la mayoría de expertos consultados sobre control de enfermedades infecciosas en 23 países europeos coincidían en la previsión acerca de los recortes en programas preventivos y el aumento de los grupos de riesgo (Rechel *et al.*, 2011, cf.: Llácer, Fernández y Martínez, 2014).

A pesar de las numerosas actividades preventivas llevadas a cabo en todo el país en el periodo 2008-2012 (programas dirigidos a población general, especialmente a los jóvenes y a los grupos más vulnerables, como HSH, UDI, trabajadores del sexo e inmigrantes), se sigue apreciando un mayor número de jóvenes expuestos al riesgo de infección por VIH y otras ITS por la baja percepción del riesgo y de ciertos cambios de conducta, como mayor proporción de jóvenes entre 15 y 18 años que mantienen relaciones sexuales completas, la disminución del uso del preservativo y el aumento del número de parejas sexuales diferentes antes de los 18 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

En ese contexto, no sólo las ITS son un ejemplo donde se focaliza la influencia del contexto social, de hecho es una obviedad pero conviene señalar que la salud en general es vulnerable a los cambios políticos, económicos, culturales, etc., que acontecen en cualquier sociedad. Para acompañar este análisis teórico se desarrollan cuatro bloques que sirven de ejemplo de lo anterior. El primer bloque analiza cuáles son las consecuencias que para las políticas sociales y en concreto para la salud está teniendo la crisis económica desde su instauración en el año 2008, con especial atención a los grupos vulnerables o de riesgo, analizando en consecuencia qué papel juegan los “Determinantes Sociales de la Salud” (DSS) en el mantenimiento de la misma. El segundo tiene como objetivo determinar la influencia que la crisis está teniendo sobre la salud mental de la población, que es una de las esferas de la salud más vulnerables a los cambios sociales. El tercero ha querido centrarse en la población infantil española, que también supone una población muy vulnerable ante crisis como la vivida. Por último, se cierra este capítulo entrando en la afectación de grupos marginales, en concreto los inmigrantes, por ser de los más afectados ante determinadas políticas aplicadas en el periodo de estudio.

Se pretende con este análisis ofrecer un andamiaje teórico que justifique la proyección que se hace posteriormente al abordar un trabajo de campo centrado en otro problema vulnerable a los cambios sociales, como son las ITS.

II.2. Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud

En los últimos años los sistemas públicos de salud europeos se han visto sumidos en la peor crisis financiera de su historia. Esta situación ha propiciado que muchos piensen en el Estado de Bienestar como principal responsable de la misma, por un uso desmedido de sus recursos, y por no ser sostenible desde un punto de vista económico; fundamento que ha propiciado la excusa perfecta para avalar, entre otras, importantes medidas de ajuste, la mercantilización de la sanidad para mejorar su productividad, aunque la evidencia disponible indique que esto “produce un equilibrio más ineficiente: detrae más riqueza para aportar menor salud a la sociedad” (Repullo, 2012, p.362).

Para analizar correctamente esta situación, se convierte en un objetivo fundamental saber en qué medida influyen las crisis económicas en la salud de las poblaciones y en concreto sobre ciertos grupos vulnerables (Dávila y González, 2009), si han tenido indicadores comunes, si la crisis económica reciente difiere o no de las anteriores y cómo está afectando en concreto a la salud de la población.

En momentos de crisis, establecer prioridades para decidir qué proteger, qué conservar y a qué renunciar es aún más importante y difícil que en tiempos normales (Hadad y Valdés, 2010).

A pesar del enorme crecimiento económico ocurrido desde la Revolución Industrial en Inglaterra y más marcadamente en la segunda mitad del siglo XX, la pobreza no sólo no ha sido eliminada sino peor aún, las desigualdades económicas son actualmente escandalosas, con más de 1300 millones de personas viviendo por debajo del umbral de la pobreza, siendo ésta el principal problema de salud de la población (Benach, 1997).

En contra de la reciente resolución de la “Organización de las Naciones Unidas” (ONU) instando a los gobiernos a acelerar el progreso hacia el acceso universal a servicios asequibles y de atención de salud de calidad (Legido-Quigley *et al.*, 2013a), la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional (“Troika”) junto con los líderes de muchos países europeos, han priorizado la reducción

del déficit mediante programas de austeridad, programas que implican recortes presupuestarios (Reeves, *et al*, 2014) en materias tan importantes como la sanidad y la educación entre otros. En la práctica, el gobierno español sin el procedimiento parlamentario, promulgó un Real Decreto para limitar el acceso a los servicios gratuitos, socavando el principio de la cobertura universal (Legido- Quigley *et al.*, 2013a), “que es la que garantiza la adecuada distribución de riesgos, la eficiencia económica y social, la calidad y la capacidad redistributiva del sistema” (López y Martínez, 2012, p.1).

Era de esperar por tanto un deterioro progresivo de la calidad de nuestro sistema nacional de salud, y la no utilización a la larga de un sistema sanitario público erosionado, a favor de una mayor contratación de seguros privados de salud, lo que conllevaría como ya bien dijo Richard Titmuss desde la “London School of Economics”, a que un “servicio para los pobres se convierta inevitablemente en un pobre servicio, cuando la clase media, políticamente activa, los abandona” (López y Martínez, 2012).

En momentos de la historia económica y social como los vividos con la crisis se hace extremadamente necesario no sólo amortiguar los efectos más urgentes de la pobreza y de la crisis, sino que hay que romper la lógica de ambas, siendo los medios políticos más eficaces para ello, la educación y el sistema sanitario (Jiménez, 2012a). La relación entre educación y salud es bien conocida y bidireccional (Cutler, Lleras y Vogl, 2008; Groosman y Kaestner, 1997; Groot y Maassen, 2007), y “los efectos de la educación sobre la salud, constituyen uno de los denominados beneficios no monetarios de la educación” (Dávila y González, 2009, p.262). Para Luis Eduardo Vila (2003):

La evidencia empírica disponible sugiere que la educación fomenta el bienestar individual a través de su impacto sobre el estado de salud, el control de la fecundidad, el desarrollo cognitivo de los hijos, las decisiones ocupacionales y las pautas de consumo y ahorro, además de bajo ciertas condiciones, la adopción y difusión de tecnologías, la reducción de las desigualdades en la reducción de la renta y la riqueza, incrementando la cohesión social y promoviendo el desarrollo de sociedades más prósperas, democráticas y justas (p. 309).

II.2.1. Breve historia del Estado del Bienestar

Tras finalizar la II Guerra Mundial se creó “The National Health Service” británico, como primer Sistema Nacional de Salud que pretendía con la intervención del Estado evitar las crisis cíclicas del capitalismo, “en definitiva, la legitimación de políticas estatales tendentes a garantizar el bienestar y cubrir las necesidades básicas de la población principalmente mediante mecanismos fiscales de redistribución de la riqueza” (Barona, 2000, p.31).

A partir de la crisis económica que los países industrializados sufrieron durante la primera mitad de los años 70, dos factores fueron adquiriendo importancia en relación con las políticas económicas, por un lado la transformación de las condiciones laborales de la fuerza de trabajo (“paro estructural”, especialización profesional, inestabilidad laboral y movilidad de los trabajadores) y por otro lado la mundialización o globalización económica (Barona, 2000). Todo esto llevó a partir de los años 80 a cambios profundos en las concepciones de desarrollo político, económico y social, tachando al Estado de Bienestar de un manejo “corrupto, ineficiente, ineficaz y monopolístico del ensamblaje público” (González y Sosa, 2010, p.77).

En este contexto, aparece el Neoliberalismo como alternativa factible a los procesos de desarrollo, “profundizándose el proceso de globalización de los mercados, costumbres, política y economía” (González y Sosa, 2010, p.77), de manera que el proceso de globalización económica ha provocado, sobre todo desde principios de la década de los 90, políticas de corte neoliberal basadas en las tres “D”: *Disminución del déficit público*, atacando al núcleo principal del Estado de Bienestar, los gastos sociales, *Desregularización laboral* y *Deslocalización de capitales* hacia las zonas más rentables o con menor carga fiscal (Marsset, Saez y Sánchez, 1998). Desde esta visión, se naturaliza el concepto de salud-enfermedad como un producto negociable, como cualquier otro tipo de negocio, desapareciendo con ello su derecho social universal y manejando la atención de salud con un claro objetivo ideológico: “acumulación de capital sin importar el impacto social” (González y Sosa, 2010, p.77) , lo cual se consigue con una tendencia privatizadora, justificada por una supuesta insostenibilidad del sistema sanitario, y que se traduce en desempleo y profundización de la pobreza (González y Sosa, 2010).

En España el llamado “Informe Abril” (Abril, 1991), proponía la separación entre Salud Pública y asistencia sanitaria y también la importante distinción entre las “funciones de financiación”, que en un servicio público y por definición habría de ser pública, y la “provisión del servicio”, que podía ya ser pública o privada (Barona, 2000). Este informe dio origen al “Real Decreto de 1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias” y a una Ley de 1997 que reconoce ya la posibilidad de gestionar los servicios prestados por el Sistema Nacional de Salud “indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titulación pública admitidas en Derecho” (Fernández-Cuenca, 1998, p.259).

Con la democracia, la nueva Constitución Española adquiere compromisos específicos en relación al derecho de los ciudadanos a la salud, reconociendo el derecho a la protección de la salud y creando el “Estado de las Autonomías” como base de un sistema sanitario descentralizado políticamente. Los principales cambios se dieron a partir de la “Ley General de Sanidad” de 1986, cuando ya se apuesta claramente por la prevención y promoción de la salud, la universalidad de la asistencia pública y por políticas de salud orientadas a superar las desigualdades, pasando la cobertura sanitaria del 77% en 1977, a cubrir la de todos aquellos que carecían de recursos o cobertura a partir del decreto de universalización de 1989 (Fernández-Cuenca, 1998, p.252).

A pesar de que hay un sector de los economistas para los que el origen de la crisis se debe a un consumo desmedido y un abuso de los recursos del Estado de Bienestar, y que por tanto centran la solución en la contención del gasto social como prioridad en las políticas de ajuste fiscal, la experiencia no confirma esta teoría, sino que las crisis se han producido con existencia o no del Estado de Bienestar, con la ampliación de la desregulación de la actividad económica como escenario en todas ellas, así como también sus consecuencias de reducción de ingresos, aumento del desempleo, marginalidad y pobreza (Ferrer, 2012).

La transformación de los sistemas sanitarios surgidos en el Estado de Bienestar pasa por la superación de tres problemas fundamentales: “demográfico, tecnológico y globalización de la economía” (Ortún, 1998, p. 39). El problema demográfico haría referencia al envejecimiento de la población y por tanto a un aumento de población no productiva, a los cambios en la estructura y dinámica familiar y a la marginalidad social.

El problema tecnológico hablaría del importante aumento que las innovaciones tecnológicas suponen al gasto sanitario. Finalmente, la globalización de la economía supone un aumento de la competencia global entre Europa, el Asia industrializada y América del Norte, suponiendo esto un cambio en la productividad con aumento del consumo para mantener la competitividad (Barona, 2000).

II.2.2. Desarrollo social y crisis económica

En estas circunstancias económicas y financieras, el papel activo del Estado ha experimentado un retroceso, siendo las consecuencias de esta ideología económica sobre los servicios públicos, en especial sobre la sanidad, devastadoras: recortes en el gasto con eliminación y/o limitación de programas, y tratamientos, así como privatización de los servicios. Política avalada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y por el Banco Mundial (BM) (Barona, 2000).

La gravedad de la situación económica radica no sólo en la magnitud de los niveles de desempleo sino en el carácter global de la crisis y de las políticas adoptadas en el ámbito de la Unión Europea (Jiménez, 2012a, Jiménez, Arzate y Castillo, 2014). “Si bien comenzó como financiera, del sector inmobiliario y en Estados Unidos de Norteamérica, hoy afecta a todas las economías, sectores y países” (Hadad y Valdés, 2010, p.235), aumentando el desempleo y el empobrecimiento de las familias (Dávila y González, 2009).

Desde 1970 hasta finales del 2008 se han producido en el mundo 447 crisis financieras nacionales según el FMI (Laeven y Valencia, 2008).

Son muchos los que levantan la voz para incrementar la lista de las causas de la crisis en relación con el gasto sanitario, aumentando así el déficit histórico del gasto social en España en relación con la zona euro y justificando el desmantelamiento progresivo del sistema sanitario público, e ignorando los efectos que sobre la salud de las personas tendrán las desigualdades sociales que derivarán de ello. “Las crisis no se explican por el déficit público, por conflictos sociales ni por causas naturales sino que es básicamente la desigualdad la que está detrás de las crisis sistémicas de mercado” (Ferrer, 2012, p.1).

Entre 1973 y 2011 la productividad aumentó un 84,4%, frente a un 10,7% de la retribución horaria (Fontana, 2012).

Ya en 2008, las declaraciones de la Doctora Margaret Chan (2008 p.1) como directora general de la OMS, hacían referencia a la gravedad de la crisis financiera como precursora de la actual crisis económica: “las consecuencias tienen dimensiones mundiales, y la situación es particularmente inestable. La crisis financiera se está transformando rápidamente en crisis económica, y en muchos países amenaza con convertirse en una crisis social”.

El gasto de un Estado en materia de desarrollo social se convierte en una de las herramientas claves en la gestión de la crisis, no sólo como parte de una ideología, sino como forma de relación entre Estado y sociedad. Estas acciones de política pública supondrían un cambio en la redistribución de la riqueza, en las formas de desigualdad de violencia (directa, estructural, cultural y/o simbólica), aumentando así el bienestar de una sociedad (Jiménez, 2012b).

Los procesos económicos producen cambios en las instituciones sociales (como la familia), en la organización de la sociedad civil, pero también en las formas de desigualdad social como el acceso a las oportunidades y la discriminación en colectivos sociales específicos, sobre todo niños, jóvenes y mujeres (Jiménez, 2012a, Jiménez *et al.*, 2014).

Respecto a la importante relación existente entre condiciones socioeconómicas y salud, puede concluirse que las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida tendrán un efecto positivo en la salud y en la equidad de la misma (SESPAS, 2011).

Existen estudios que demuestran que el gasto social de un país se relaciona con la salud de la población y así, un estudio del año 2010 (Stuckler *et al.*, 2010a), muestra una importante correlación entre el gasto en protección social de un país y la mortalidad; en concreto se examinó dicha correlación en 15 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico (OCDE) (incluida España), descubriendo cómo la mortalidad es menor en aquellos países con más inversión en protección social (programas familiares de ayuda para el cuidado de niños o personas con discapacidad, pensiones de jubilación, programas activos de búsqueda o consolidación de empleo, etc.). Para los autores del citado estudio la razón por la que la crisis económica que sufrió el continente asiático durante los años 90 no afectó a la Salud Pública en Malasia, fue que a diferencia de Tailandia e Indonesia, se negó a seguir las recomendaciones del FMI para reducir el gasto en protección social,

emprendiendo programas de estímulo y ayudas públicas a los más necesitados, logrando mejorar no sólo la Salud Pública nacional sino convirtiéndose en el único país, de todos los afectados por aquella crisis, que consiguió cumplir los objetivos económicos primordiales marcados por el propio FMI (Stuckler *et al.*, 2009a)

Así mismo, países como Finlandia, con la fuerte crisis económica que padeció en los años 90 (Lahelma *et al.*, 2002), o Islandia como primer país europeo en colapsar a causa de la crisis económica de 2008 (Bayo, 2013), son claros ejemplos de cómo la inversión en gasto público, hizo que no sufrieran efectos negativos sobre la salud ni sobre las desigualdades en la misma. En concreto y para el caso de Finlandia, se decidió propiciar un cambio en educación a través de la inversión en investigación y desarrollo, pensando en que esto haría aumentar la productividad y con ello la prosperidad económica (Acemoglu, 1996). Debido a esto, la actual tasa de crecimiento del nivel de educación de su población se encuentra entre las más rápidas de los países de la OCDE y también entre los mejores formados dentro de esta organización. En base a todo esto, Finlandia desarrolló una industria de base tecnológica y alto valor añadido, modificando la estructura ocupacional y el perfil de la fuerza de trabajo que requería el nuevo modelo productivo (De la Fuente y Fernández, 2012).

En los últimos años, las tendencias de mortalidad en la UE muestran cómo los países europeos con mayor gasto per cápita en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en la mortalidad por suicidio durante las crisis económicas, ya que concretamente en el caso de España o países de Europa del Este recientemente incorporados a la UE las crisis económicas se relacionan con un aumento de suicidios (Stuckler, Basu y McKee, 2010b)

II.2.3. Productividad y gasto sanitario público

En contra de los que creen que el gasto público en salud no es productivo, se ha demostrado cómo la población activa sana mejora la productividad laboral, ya que disminuyen las incapacidades y mejoran los diagnósticos y medidas de prevención (Hernández, 2004 y Ortún, 1998).

Está comprobado que la existencia de un Estado de Bienestar fuerte conlleva una buena productividad, además de un mejor desarrollo humano y cohesión social (Barona 2000).

Para David Stuckler (Bayo, 2013) “la austeridad sanitaria es el más falso de los ahorros”. Un claro ejemplo de esto lo sufrió Nueva York al principio de los años 90 cuando recortaron 120 millones de dólares en programas de prevención de la tuberculosis y se produjo un brote resistente a los antibióticos, que costó más de mil doscientos millones de dólares, lo que acabó teniendo un coste muy superior a los ahorros que imponían las políticas de austeridad. Y es que para Stuckler “la recesión hace mucho daño pero la austeridad mata”.

El sistema sanitario se convierte en una herramienta fundamental para amortiguar el paso de la crisis económica a la crisis social, de ahí la importancia de la protección de sus prestaciones, calidad e inversión (Ferrer, 2012). “El Producto Interior Bruto (PIB) es el mayor indicador de la producción total de bienes y servicios de un país” (Hernández, 2004). Respecto al gasto público sanitario, España al igual que la mayoría de los países de la OCDE sigue la tendencia de un aumento de los gastos y costes de los servicios (Ferrer, 2012), aunque es de los más bajos de la UE-15 según Eurostat, con un 6,5% del PIB en 2008 frente al 7,3% en el conjunto de la UE-15 (Navarro, 2012a). En esta línea, se debería aumentar aproximadamente un 14% el gasto actual social en España para situarlo al nivel que le corresponde según el PIB per cápita en relación con el grupo de países utilizados en su análisis por el “European Economic Advisory Group” (EEAG) (Bélgica, Francia, Italia y España) (Ferrer, 2012).

Para argumentar que estamos por encima de nuestro gasto social, se suele tomar la recaudación fiscal y no el PIB como indicador. Esto sería acertado siempre y cuando se tuvieran en cuenta otros factores como el carácter regresivo de nuestro sistema social y la existencia de distintos grados de fraude fiscal en la Unión Europea, con España probablemente a la cabeza, ya que según el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (GESTHA), la defraudación para el año 2009, equivalía al 84,61% del gasto público sanitario para el mismo año, correspondiendo el 74,36% de esta defraudación a grandes corporaciones y empresas, que unido al de las Pyme alcanzó el 91,77% del total defraudado, dirigiéndose la mayor parte de este fraude a rentas del capital (Ferrer, 2012).

A lo largo de la crisis, la economía sumergida ha aumentado en 60.000 millones de euros hasta situarse en el 24,6% del PIB al cierre de 2012, lo que supondrían 253.135 millones de euros ocultos, de acuerdo con el estudio de GESTHA (2014).

Exponiendo algunos datos porcentuales de la evolución del gasto sanitario per cápita en España durante los años 1996-2010 en relación con la zona euro, observamos cómo este gasto, entre 1996 y 2004, creció a una media anual del 4,07% y en la zona euro fue del 3,87%, mientras que entre 2004 y 2010 el crecimiento medio anual para España fue del 3,73% frente al 3,86% de la zona euro (Ferrer, 2012).

Desde 1996 a 2010, el crecimiento del gasto sanitario de financiación pública per cápita es mayor al crecimiento del gasto sanitario de financiación privada per cápita, el 73,32% y el 62,64% respectivamente, tendencia que también se observa en el grupo de países de EEAG y en la UE (Navarro, 2012a). El gasto sanitario privado per cápita en España en 2010, equivale al 26,4% del gasto sanitario total per cápita, siendo para la zona euro el 28,9% y para el grupo de países de EEAG del 23,57% (Ferrer, 2012).

Precisamente el hecho de que España sea también el país que tiene el mayor porcentaje de gasto sanitario privado de la UE-15 y que éste proceda del 20-25% de la población que tiene mayor nivel de renta es lo que determina que haya una polarización por clase social del sistema sanitario español, con un sector público de la sanidad atendiendo a las clases menos favorecidas y otro privado que lo haría con la población más pudiente (Navarro, 2012a).

Por otro lado, la evolución del gasto farmacéutico público per cápita según datos de “OCDE Health Data 2012”, en 1996 era del 19,8% del gasto sanitario y creció hasta un máximo del 21,3% en 2003, disminuyendo desde entonces hasta el 18,9% en 2009 (Ferrer, 2012). Por último, entre 2003 y 2009 la reducción en el consumo de fármacos ha sido mayor en el de financiación pública que en el de privada (Ferrer, 2012).

II.2.4. Determinantes sociales de la salud

Desde que se organizara la “Conferencia de Alma Ata” en el año 1978, tanto la OMS como su homóloga americana, la OPS (Organización Panamericana de la Salud), han venido analizando la importancia de la pobreza como determinante de la salud (Kunst y Mackenbach, 1995; Victora, Barros y Vaughan, 1992, cf.: Barona, 2000), porque ésta es el principal factor negativo para la misma, así que teniendo en cuenta que desde la década de los 80 hasta finales del siglo XX, el número de personas en situación de pobreza e indigencia se ha incrementado de forma importante (Barona, 2000), la situación es más que alarmante.

En 2005, la OMS (2008b) creó la “Comisión de Determinantes Sociales de la Salud” para recoger datos científicos que avalasen posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad en salud y crear un movimiento internacional para alcanzar dicho objetivo, definiendo las Desigualdades en Salud como “el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (OMS, 2008, p.1). El informe resultante se basó en tres premisas fundamentales:

- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual del poder.
- Medir la magnitud del problema y sensibilizar a la opinión pública al respecto.

En España, en el año 2010 se constituyó la “Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b, p.17), definiendo como Desigualdades en Salud “aquellas diferencias en salud injustas y evitables, resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos menos favorecidos”.

El modelo para explicar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud contiene dos elementos fundamentales: los *factores estructurales*, compuestos por el contexto socioeconómico-político (gobierno y tradición política, actores económicos y sociales) y por la estructura social (clase social, género, edad, etnia y territorio), y los *factores intermedios*, con los recursos materiales (condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidados, ingresos y situación económica, calidad de la vivienda y equipamiento, así como entorno residencial) y el acceso a los servicios de salud. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

La crisis afecta a la salud al incidir negativamente en los llamados DSS, al influir éstos en la pobreza y desigualdad, y en los recursos asignados al sistema sanitario, necesarios para garantizar la equidad, nivel de calidad y prestaciones (Ferrer, 2012).

Los DSS tienen una mayor influencia en la equidad en salud que el hecho del acceso en sí mismo a sistemas sanitarios con alto nivel de prestaciones y calidad (Ferrer, 2012).

Además, estas desigualdades se van reproduciendo a lo largo de la vida: la clase social a la que se pertenece, el nivel de estudios, la ocupación, el poder adquisitivo, entre otros aspectos, son al mismo tiempo distintas formas de medir la jerarquía de poder basada en la extracción social, y de generar recursos y distintas oportunidades a lo largo de la vida, perpetuando así las desigualdades en salud (Singh, Ferrie, Chandola y Marmot, 2004).

En el Informe de Mayo de 2010 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) de la citada comisión, se cita que en España la posición socioeconómica, el género, el territorio y más recientemente la inmigración, son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud de la población. Un claro ejemplo de esto se observa entre las Comunidades Autónomas más ricas (como Navarra y Madrid) y una de las más pobres (Andalucía), hallando una diferencia de esperanza de vida de 3 años, pudiendo ser estas diferencias aún mayores al comparar barrios de una misma ciudad (Borrell y Arias, 1995; Ruiz *et al.*, 2004).

Estas desigualdades afectan aún más a colectivos específicos y ya de por sí desfavorecidos por estar habitualmente expuestos a mayores factores de riesgo (Ferrer, 2012) y así en las clases sociales o posiciones socioeconómicas más desfavorecidas, en las mujeres y en la población inmigrante procedentes de países de renta baja, aumenta la exposición a factores como el desempleo, exclusión del trabajo remunerado, ingresos inadecuados o precariedad laboral (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

Según los datos de *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) relativos a su informe *Infancia en España 2012-2013* (González, Bello y Arias, 2012), en España hay 2,2 millones de niños viviendo por debajo del umbral de la pobreza, lo que supone un 10% más que en 2008, sufriendo un incremento del 12% desde 2007 a 2010 los hogares con todos sus miembros adultos sin trabajar.

En referencia a la información aportada por distintas organizaciones de inserción de discapacitados en Cataluña, los recortes aplicados suponen que un 30% de ellos perderán su puesto de trabajo en Centros Especiales (Ferrer, 2012).

Respecto a las personas mayores de 65 años, el informe “El Impacto de la Crisis en las Personas Mayores” (Romera y Grané, 2013), concluye que este grupo de

población se ha convertido en “proveedores de ayuda” y que a consecuencia de la crisis y por primera vez, un 30% de estos mayores están ayudando económicamente a algún miembro de su familia. En estas condiciones, la longevidad se traduce en una mayor vulnerabilidad social.

Para entender estas desigualdades en salud y las condiciones de vida que las determinan es necesario considerar el contexto económico, político y social de un país, por lo que en España y a pesar del progreso de las últimas décadas, la guerra civil y los 40 años de dictadura propiciaron unos indicadores relacionados con políticas estructurales, de mayor pobreza y desigualdad de renta, mayor desempleo, menor participación femenina en el mercado laboral y un menor gasto público en sanidad y educación respecto al resto de la Unión Europea (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

El IV Plan Andaluz de Salud de Andalucía (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013, p.5) ya en su presentación hace referencia a estos DSS y concretamente respecto al marco teórico creado por la OMS concluye:

Por tanto, el nivel de salud de una sociedad está directamente relacionado con su nivel de cohesión: cuanto mayor sea el capital social de una comunidad, y más equitativas las políticas sociales que se impulsen en ella, mejor será la salud individual y colectiva de la población y menores las situaciones de vulnerabilidad y desprotección. Este complejo marco conceptual deja en evidencia que las condiciones de injusticia y desigualdad en la distribución del nivel de salud nunca se deben a circunstancias individuales, sino que surgen como resultado de las decisiones y prioridades políticas y económicas que se tomen en un momento histórico dado.

Así que, cualquier política que quiera impulsar de lleno la mejora de la salud de una sociedad, ha de abordar enérgicamente los “Determinantes Estructurales de la Salud”.

II.2.5. Desigualdades en Salud

Según el IV Plan Andaluz de Andalucía (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013, p.42):

Cada vez es mayor el conocimiento que indica la existencia de desigualdades en salud. El nivel socioeconómico, educativo, el lugar y tipo de residencia, las relaciones sociales y familiares, el grupo social de pertenencia, el empleo, la seguridad e higiene en el mismo, marcan las oportunidades y las decisiones que se realizan habitualmente.

Existe por tanto el llamado *gradiente social en la salud*, de forma que aquellos con los niveles más altos de ingresos, educación y posición social, van a tener una mejor salud, más longevidad y un mejor pronóstico frente a la enfermedad.

El concepto *situación de salud* hace referencia al “conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población” (Castellanos, 1998, cf.: Barona 2000, p. 35). Por eso, las desigualdades entre distintos grupos se manifiestan por la falta de equidad. En esta misma línea, el objetivo principal de la Salud Pública es transformar esa *situación de salud* de la población para su beneficio individual y colectivo, al mismo tiempo que se reducen las desigualdades (Barona, 2000).

La salud de la población es fundamental para la reducción de las desigualdades sociales ya que supone mejora de la competitividad y la sostenibilidad económica a través de la mejora de las condiciones personales de vida y trabajo, así como sector generador de empleo (Ferrer, 2012).

La importancia de analizar las desigualdades sociales que condicionan las desigualdades en salud radica no sólo en cuestiones económicas sino también en razones éticas. Incluso si analizásemos sólo la cuestión económica, las estrategias de Salud Pública tendentes a minimizar las desigualdades aportan una mayor rentabilidad a la inversión, ya que estas desigualdades suponen un déficit social y económico de recursos humanos y por tanto una disminución de la productividad (Barona, 2000).

Curiosamente a pesar del objetivo que la OMS se marcó para los años 80 consistente en reducir un 25% las desigualdades de salud entre distintos países y también dentro de un mismo país, en la práctica no sólo no han disminuido sino que han aumentado (Barona, 2000) y es precisamente en este aumento lo que está en el origen de la crisis económica, que a su vez genera mayor desigualdad y nuevas brechas en la equidad social, empeorando aún más la delicada situación social (Ferrer, 2012).

Las crisis económicas generalmente producen un cambio en la distribución de la renta ya que no sólo el nivel de renta per cápita de un país sino también su distribución definen el grado de salud (Dávila y González, 2009).

El efecto negativo de las diferencias de renta sobre el bienestar requiere un compromiso con la infancia mediante distintos mecanismos: priorizando la actuación con familias de menores rentas, mejorando la investigación y las intervenciones para aumentar la calidad de vida en la infancia, los programas educativos y la educación para la salud, potenciando la calidad y los recursos educativos primarios y secundarios, y por último facilitando el asesoramiento y formación de padres, educadores, profesionales de la salud y demás miembros implicados de la sociedad para un crecimiento y desarrollo saludable en la infancia (Hernán, 2012). La importancia de lo anterior va a radicar en el hecho de que durante la primera infancia se asientan las bases de la futura salud adulta, de forma que una situación de pobreza durante el embarazo y los primeros años de vida van a condicionar un mayor riesgo de mala salud durante toda la vida (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

De forma global, la pobreza se asocia con importantes dificultades de acceso a los servicios de promoción y/o prevención de la salud, además de a las instalaciones asistenciales propiamente dichas (Repullo, 2012).

Reducir estas “desigualdades en salud” supondría además de un imperativo de justicia social una mejora de salud para toda la sociedad, mayor a la esperada bajo el modelo de desarrollo económico (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

La *pobreza estructural*, determinada por el indicador de las necesidades básicas insatisfechas, afecta fundamentalmente a la población con un nivel educativo y rendimiento económico más bajo, altas tasas de fecundidad, con escaso desarrollo tecnológico y que habitan viviendas con condiciones higiénicas y ambientales muy deficientes, siendo grupos de población con unas elevadas tasas de enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos psíquicos y violencia urbana) (Castellano, 1988).

La *pobreza coyuntural*, debida a momentos de crisis, normalmente va asociada a problemas de salud como alteraciones psíquicas (depresión, suicidios, etc.) y otras

patologías sociales como la marginalidad, el alcoholismo y/o la violencia (Barona, 2000).

Por tanto, y en palabras de la OMS la pobreza extrema, codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) con el código Z589.5, es la principal causa de mala salud, constituyendo el principal factor de sufrimiento de la población (Barona, 2000).

Según informes de la ONU las trescientas cincuenta y ocho personas más ricas del mundo acumulan una riqueza equivalente a las dos mil trescientos millones de los más pobres y esta escandalosa desigualdad está ampliándose cada vez más (Barona, 2000), lo que queda demostrado con datos como el hecho de que “entre 1960 y 1991 la riqueza acumulada por el 20% de la población más rica se ha duplicado con respecto al 20% más pobre” (Benach, 1997, cf.: Barona, 2000, p.37). Las desigualdades en salud son fundamentalmente consecuencia de las desigualdades sociales y económicas y en menor medida de factores genéticos, medioambientales o derivados del sistema de salud (Barona, 2000).

Aunque durante este siglo, las tasas de mortalidad de los países desarrollados se han reducido notablemente, gracias fundamentalmente a las mejoras de las condiciones de vida, de las medidas preventivas y de la atención sanitaria, las desigualdades sociales en salud están aumentando, siendo enorme la magnitud de las mismas (Benach, 1997). Dicho de otro modo, el *gradiente de salud* entre grupos sociales persiste y tiende a ampliarse (Barona, 2000), a pesar de todo ello, estas desigualdades no son fenómenos fijos o inmutables sino que su gradiente y/o magnitud se modifica según las circunstancias históricas y geográficas (Benach, 1997) y por tanto es susceptible de ser contrarrestado mediante estrategias políticas adecuadas.

El IV Plan Andaluz de salud (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013) se hace eco de varios trabajos que conviene mencionar. Concretamente, una revisión sistemática (Bambra *et al.*, 2010) sobre el impacto de las políticas e intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades, concluye que son necesarias más investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones para disminuir las desigualdades en base a la poca evidencia disponible. También se ha evidenciado cómo las intervenciones basadas en las ayudas para un mejor acceso a las prestaciones sociales, fundamentalmente económicas, mostraban mejoras en diversos indicadores de

salud mental (Colombo *et al.*, 2011). Así mismo, se han publicado otras revisiones adicionales en las que se pone de manifiesto cómo los comedores escolares pueden tener beneficios en la salud de estos niños, en concreto sobre la talla, peso y algunas áreas cognitivas (Kristjansson *et al.*, 2008). Otra revisión analizó el efecto de las visitas domiciliarias durante los primeros años de vida para disminuir la violencia en los hogares en población deprimida, confirmando cómo estos programas prevenían el maltrato y abandono infantil así como la violencia marital (Bilukha *et al.*, 2005).

Y así, aunque las investigaciones al respecto sean escasas, de los resultados se deduce que la reducción de las desigualdades en salud implica reducir por un lado las desigualdades en la riqueza mediante políticas fiscales progresivas y reducir las desigualdades sociales mediante políticas que mejoren el desempleo, la educación, el medio ambiente, la vivienda y los servicios sanitarios (Benach, 1997).

Se ha demostrado que los países con mayor protección social son los que menos sufren en situación de crisis agudas (Lucio, 2012). De hecho no son los países con un mayor índice de riqueza los que aportan mejores indicadores de salud sino aquellos que son más igualitarios, es decir, entre los países industrializados los mejores indicadores de salud son los de aquellos con mayor cohesión social y menores desigualdades, caso de los países escandinavos o de Japón, con una amplísima clase media (Barona, 2000). Por lo tanto, apostar por la protección social, la innovación, la investigación y el desarrollo (Lucio, 2012), es fundamental para avanzar en tiempos de crisis.

II.2.6. Condicionantes sociales que favorecen el impacto adverso de las crisis económicas en la salud

Para investigadores como Suhrcke y Stuckler (2012), la peor situación para afrontar las crisis económicas es cuando se suceden cambios económicos de forma rápida, se debilitan las redes de protección social formal e informales y se facilita el acceso al alcohol y las drogas.

Si analizamos más detalladamente cada uno de los puntos anteriores, respecto a la rápida instauración de cambios económicos, tras la crisis económica que siguió al derrumbe de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) entre 1989-1999, en aquellas regiones europeas en que la privatización fue más lenta, se produjeron menos cambios laborales y una menor disminución de la esperanza de vida (Segura, 2012).

En referencia a la capacidad de amortiguación de los efectos de la crisis, la intensidad del daño que produce esta va a estar relacionada con la capacidad de defensa frente a la misma más que con su gravedad. En este sentido, las redes sociales informales, las políticas de protección social y de empleo, la afiliación sindical y los programas preventivos se convierten en puntos clave. Así, y como ejemplos de lo anterior citaremos cómo en la URSS tras la crisis postsoviética el estar casado o pertenecer a organizaciones sociales disminuyó los efectos adversos para la salud (Stuckler, King, Mckee, 2009c).

Hay autores que mantienen que a pesar del aumento del desempleo de un 3%, las tasas de suicidios no se ven afectadas cuando la inversión en empleo supera los 140 euros per cápita (Stuckler *et al.*, 2009b), o cómo por cada recorte de 80 euros por habitante en ayudas sociales a distintos colectivos de riesgo, la mortalidad general por distintos problemas puede aumentar casi un 1% (Stuckler, *et al.*, 2010a).

En un estudio de los 29 países de la OCDE se vio cómo la tasa de afiliación sindical está positivamente relacionada con el gasto social (McKee y Stuckler, 2011), de hecho en España el nivel de afiliación sindical es de los más bajos de Europa y en los últimos tiempos estamos asistiendo al “desprestigio público” de los sindicatos como posible respuesta del sistema a la oposición de éstos a la reforma laboral (Cué, 2012).

En Grecia, los ajustes presupuestarios junto al desmantelamiento de un tercio de todos los programas comunitarios de prevención entre 2009-2010, se ha relacionado con un aumento de VIH e ITS, consumo de heroína y aumento de suicidios entre otros (Kentikelenis *et al.*, 2011).

En último lugar, y en referencia a la facilidad de acceso a las drogas y al alcohol, hay autores que demuestran cómo a raíz de la crisis económica reciente, en varios países europeos, las intoxicaciones etílicas han aumentado, pero los abusos de alcohol han disminuido (Suhrccke y Stuckler, 2012).

Si analizamos todo lo anterior y teniendo en cuenta que en poco tiempo se ha producido conjuntamente un importantísimo recorte del gasto público unido a una destrucción de las redes sociales de protección, no es difícil prever cómo las redes informales como la familia, en las que además es la mujer la que frecuentemente asume

la mayoría del núcleo familiar, se resentirá aún más, con una afectación directa de la salud física y mental de estas mujeres (Segura, 2012)

II.2.7. Efectos de la crisis económica sobre la salud mundial

Desde que la crisis económica irrumpiese con fuerza en nuestra sociedad en el año 2007, el papel activo del Estado ha experimentado un retroceso, siendo las consecuencias de esta ideología económica sobre los servicios públicos y en especial sobre la sanidad, devastadoras: recortes en el gasto así como privatización de los servicios (Barona, 2000).

Los efectos de la crisis económica sobre la salud van a depender en gran medida de las políticas de protección social, en concreto de la extensión de estas políticas a los grupos de población más vulnerables, ya que se asocia a una mejor salud global. A pesar de ello, las políticas han estado orientadas a priorizar los rescates de los sistemas financieros y a reducir el déficit, mediante recortes importantes en el ámbito sociosanitario (Asociación Española de Neuropsiquiatría y Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (AEN Y FADSP), 2011). En concreto, y para la capital de España el presupuesto para la asistencia sanitaria concertada se duplicó desde el 2007 hasta el 2011 y se cerraron dispositivos específicos de Salud Pública, de Atención a las Drogodependencias y de Salud Reproductiva, a lo que se suma un deterioro sostenido de los programas sociales como la dificultad de acceso a las prestaciones reguladas en la “Ley de Dependencia” o la cancelación del pago de las prestaciones durante meses (AEN Y FADSP, 2011).

Ya en 2009, el mensaje de la Directora general de la OMS, la doctora Margaret Chan (2009a) respecto a la “Crisis Financiera y la Salud Mundial” hacía eco de estos esperados efectos: Existen temores de que la situación sanitaria se agrave a medida que el desempleo aumente, las redes de protección social comiencen a fallar, los ahorros y fondos de pensiones se vean erosionados y el gasto en salud disminuya. También de que aumenten las enfermedades mentales y la ansiedad, y que quizás se dispare el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas como ha ocurrido en el pasado.

Para Chan (2009a) los mercados financieros, la economía y las empresas están hoy más interconectados que nunca siendo los descalabros financieros muy contagiosos y transmitiéndose rápidamente de un país y/o sector económico a otros.

Las crisis financieras no son simples “anomalías” del sistema de mercado ni son inevitables como parte de un sistema cíclico de sucesos históricos, sino que son resultado de políticas equivocadas y un fracaso de los sistemas de gobierno (Chan 2009b).

En un momento en que los servicios de Salud Pública se encuentran ya sobresaturados y subfinanciados, la crisis económica hace que la población tienda a evitar la atención privada y haga un uso aún mayor de los servicios públicos (Chan, 2009a). En muchos países pobres más del 60% del gasto sanitario nacional es privado y en su mayoría a través del pago directo, lo que hace que mucha gente descuide la atención en salud, cuestión que resulta más que preocupante si se analizan las tendencias mundiales de envejecimiento demográfico y aumento de las enfermedades crónicas (Chan, 2009a).

Se prevé el riesgo de que no puedan mantenerse los niveles actuales de financiación para el desarrollo internacional en materia de salud. Las consecuencias nefastas pueden también propagarse con facilidad, ya que las interrupciones en el suministro de medicamentos para tratar enfermedades como SIDA, tuberculosis y malaria producirán muchas muertes evitables además de acelerar en otros casos el desarrollo a la resistencia de medicamentos, con una rápida expansión internacional de enfermedades farmacoresistentes. De hecho y según la OMS, ya se están comprobando dichas consecuencias con un aumento de la incidencia de tuberculosis multiresistente y lo más preocupante aún, de otra extremadamente multiresistente, que es virtualmente imposible de tratar y que está produciendo tasas de letalidad próximas al 100% (Chan, 2009b).

Para Sophia Kisting, directora del Programa sobre VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2008, p.1) “la crisis económica tiene una serie de implicaciones para quienes ya contrajeron el virus y para aquellos que se encuentran en una situación vulnerable”, ya que el desempleo para padres con VIH/SIDA, puede obligar a los niños a abandonar la escolarización y a trabajar, además de la que la falta de recursos económicos influye en la interrupción del tratamiento contra el VIH. Por otro lado, la precariedad del empleo, puede generar situaciones para enfrentar el problema, que agraven aún más la exposición al VIH.

Para Isabel Ruiz, de la EASP y coordinadora del grupo de profesionales que han analizado el impacto de la crisis económica en la salud y la provisión de servicios sanitarios, la salud sexual y reproductiva se va a ver afectada en estos tiempos de crisis, ya que “con la precariedad económica se gasta menos por ejemplo en preservativos, lo que supone una desprotección mayor y por tanto un aumento del riesgo de contagio de enfermedades venéreas como el VIH, del que se sospecha podría haber un repunte” (Vallejo, 2013)

Concretamente un estudio publicado (Suhrccke *et al.*, 2011) sugiere que las crisis económicas afectan de forma negativa a las enfermedades infecciosas.

Centrándonos en los efectos negativos que la crisis económica está teniendo sobre la salud de la población habría que destacar cómo estas crisis se han asociado a un aumento de la mayoría de las enfermedades, sobre todo de las mentales, así como a un incremento de la mortalidad por suicidio (AEN Y FADSP, 2011; Dávila y González, 2009; Goldman, Saxton y Catalano, 2010; Wang *et al.*, 2010). Cuando el estrés relacionado con circunstancias socioeconómicas desfavorables como desempleo, inseguridad y/o precariedad es duradero, se ha asociado a muerte prematura (SESPAS, 2011).

La reducción de poder adquisitivo va a dar lugar a problemas en el acceso a los alimentos o a su consumo insuficiente o inadecuado, lo que va a derivar en situaciones de desnutrición u obesidad (AEN Y FADSP, 2011) ya que “en tiempos difíciles, los alimentos elaborados, con un alto contenido en grasas y azúcar y bajo contenido en nutrientes esenciales, se convierte en la forma más barata de rellenar un estómago hambriento” (Chan, 2009b, p.1). Esta situación va a afectar fundamentalmente a niños, adultos mayores, mujeres embarazadas, lactantes o personas con enfermedades crónicas como la diabetes. Estos grupos vulnerables son los más afectados, tanto en alimentación como en cuidados generales y servicios de salud (Chan, 2009a). La pobreza y la falta de educación son causas de obesidad, estando la calidad de la dieta íntimamente relacionada con el nivel socioeconómico (Darmon y Drewnowski, 2008). Las consecuencias de la mala alimentación durante la infancia se harán notar a lo largo de toda la vida, reduciendo el capital humano en la edad adulta, ya que la pobreza se va a transmitir entre generaciones (Case y Paxson, 2002) empeorando la salud de los hijos y condicionando a su vez sus rentas futuras (Dávila y González, 2009).

Ya en los inicios de la crisis, en el año 2008, en su primer semestre, y según datos del *Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino* (Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, 2014) aumentó el consumo de bollería en las familias y se redujo el de frutas y pescado fresco.

Así mismo, los datos recogidos para el año 2013, mostraron un aumento del consumo de productos básicos, con una disminución del consumo total de carne del 0,1%, de frutas frescas de un 2,2% y de aceite de oliva de 0,8%.

Según el *VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social de Caritas* (Caritas, 2013), desde que se inició la crisis en el año 2007, se ha triplicado tanto el número de personas atendidas, hasta el 1.300.914 personas atendidas en el año 2012, como el volumen de recursos destinados a ayudas económicas directas a las familias, que fueron de 44 millones de euros, siendo la necesidad de alimentación la demanda prioritaria, seguida de las ayudas para la vivienda y el desempleo. Así pues, se convierte en un objetivo fundamental preservar de la pobreza a las familias con niños en tiempos de crisis, cuando el riesgo de empobrecimiento es máximo (Dávila y González, 2009).

También durante las crisis aumentan las rupturas familiares, separaciones y/o violencia doméstica con repercusiones, sobre todo en la salud infantil (SESPAS, 2011) y además está señalado que durante estos períodos el gobierno y las empresas tienden a abandonar la preocupación por la salud laboral lo que conduce a un aumento de los accidentes laborales y en consecuencia de la mortalidad. Algo parecido ocurre con la salud ambiental, desapareciendo las políticas de protección del medio ambiente y con ello la buena calidad del aire, lo que deriva en un consiguiente aumento de problemas respiratorios y empeoramiento de los ya existentes (SESPAS, 2011).

Algunos datos de la repercusión de la crisis económica en España serían (SESPAS, 2011) problemas de estrés, ansiedad e insomnio, que han supuesto un aumento en torno al 15% de las consultas de salud mental, principalmente por trastornos adaptativos sobre todo en relación con los problemas laborales. Además un repunte en las tasas de suicidio desde el año 2008 especialmente en varones, junto a un aumento de la atención en urgencias por intentos en los mismos. A todo esto hay que añadir el impacto que la precariedad económica y la ausencia de oferta laboral está teniendo en personas con enfermedades mentales, con un aumento significativo del riesgo de exclusión social (SESPAS, 2011). Por tanto, la extensión de las políticas sociales

universales dirigidas a los grupos más vulnerables se asocia con una mejor salud global y los efectos de estas crisis van a depender en gran medida de estas políticas (SESPAS 2011).

Según los cálculos de David Stuckler, en España unas 180.000 personas han perdido el acceso a la atención sanitaria preventiva; las restricciones, copagos, y eliminación de subsidios han hecho que los españoles paguen un 60% más por los medicamentos (Bayo, 2013). Concretamente en Cataluña según datos de la “Agencia de Salud Pública Catalana” la crisis está afectando sobremanera a los niños con un aumento del 3% de los que viven por debajo del umbral de la pobreza, alcanzando ya al 23% de todos los menores. En general las medidas de austeridad en Europa han supuesto un aumento del 40% de la mortalidad infantil, según datos oficiales de Eurostat (Bayo, 2013).

Para Stuckler a pesar de no poder demostrar empíricamente dicha hipótesis, cada crisis del sistema capitalista, está siendo aprovechada para “arrebatarle derechos a los trabajadores y empobrecer al conjunto de la población en beneficio del ilimitado enriquecimiento de los más poderosos” (Bayo, 2013, p.1).

En general, y hablando de cifras concretas, este investigador y sus colaboradores han documentado tanto en Estados Unidos (EE.UU.) como en Europa un aumento de los suicidios como consecuencia de la austeridad. En concreto y según sus datos, en España entre 2007 y 2010 se suicidaron unos 400 varones más de lo previsto antes de los recortes, despidos y desahucios, siendo ya en EE.UU. una de las causas de más muertes, por encima de los accidentes de tráfico, tras un aumento en la última década de un 30% entre los adultos y un 50% más entre los varones de 50 años. Además de lo anterior, no hay que olvidar que por cada suicidio consumado hay diez frustrados, dejando a la víctima con graves secuelas físicas y/o psicológicas (Bayo, 2013).

En esta misma línea, un estudio previo (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013) sobre los efectos en salud mental de la crisis financiera en España (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, somatizaciones y problemas relacionados con el abuso de alcohol) halló un aumento de la atención a ciertas enfermedades mentales en atención primaria en el período 2010-2011 en relación con 2006-2007. Concretamente la incidencia de trastorno depresivo mayor se habría incrementado un 19,4%, la distimia un 10,8%, el trastorno de ansiedad generalizado un 8,4%, los ataques de pánico un

6,4%, el trastorno somatomorfo un 7,3% y el alcoholismo un 4,6%. Esta investigación concluyó que aproximadamente un tercio de la tasa de incidencia de depresión mayor de la población que acudía a los servicios de atención de salud mental podría ser atribuido al riesgo combinado del desempleo y a las dificultades para pagar las hipotecas. De este estudio se deduce por tanto la importancia que los factores sociales y económicos tienen en los problemas psicológicos y la necesidad de entender la enfermedad y la salud mental como el modelo biopsico-social defendido por la OMS (Crego, 2013). Los efectos a corto plazo de la crisis sobre las familias se producen principalmente por tres vías: emigración, empobrecimiento (que cuando rebasa cierto umbral crítico empieza a afectar a la salud) y desempleo. “La estrecha conectividad e interdependencia del globalizado mundo actual, imprime un gran alcance y velocidad a la extensión de los fenómenos y a su repercusión” (Hadad y Valdés, 2010, p.247).

Un caso concreto y sí estudiado, es el del país europeo que más ha sufrido la crisis financiera, Grecia. Varias investigaciones (Kentikelenis *et al.*, 2011; McKee *et al.*, 2012), han revelado un aumento de varias enfermedades infecciosas como la malaria o el VIH con un gran número de afectados entre los adictos a drogas por vía parenteral (C.S. , 2012 y Lucio, 2012) ya que con los recortes en los programas de atención social el 75% de personas con problemas de drogadicción no estaban participando en ningún programa de rehabilitación, registrándose también un aumento tanto de la prostitución como de la práctica de sexo no seguro asociado (C.S., 2012).

Los efectos de la crisis dependen en gran medida del contexto institucional, con el Estado de Bienestar y sus mecanismos de protección a los ciudadanos, y de la vertebración de la sociedad civil. Partiendo de que las políticas sociales afectan a los principales determinantes de la salud, la extensión de estas políticas a los grupos más vulnerables, se relacionan con una mejor salud global y así, basar estas políticas en el principio de justicia social, con igualdad de derechos en el acceso a bienes y servicios, con equidad en su distribución y priorización de los grupos más vulnerables, es condición esencial para la protección de la población, antes, durante y en la recuperación de una crisis (Dávila y González, 2009).

Por todo ello, el “objetivo de reforzar la protección social y sanitaria en tiempos de crisis es doble: mantener la salud de la población y ayudar a la recuperación económica mediante un gasto social eficiente” (Stuckler y Basu, 2013, cf.: Espino,

2014, p. 390), de hecho este refuerzo especialmente en los grupos de riesgo, “mitiga el impacto de la crisis, especialmente la relación entre desempleo y suicidio, al mantener un alto grado de cohesión social” (Espino, 2014, p. 399).

Está demostrado cómo esta protección dirigida específicamente a las familias monoparentales disminuye la mortalidad infantil, y cuando mejoran las pensiones básicas universales se reduce el exceso de mortalidad en los ancianos (Lundberg *et al.*, 2008). La vertebración y el capital social tienen un fuerte efecto protector durante la crisis (Dávila y González, 2009). “En los países de la OCDE, los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la seguridad social” (Gerdtham y Ruhm, 2006; cf.: Dávila y González, 2009, p. 261). En los últimos años, los países europeos con mayor gasto per cápita en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en la mortalidad por suicidio durante las crisis económicas (SESPAS, 2011).

II.3. Crisis económica y Salud Mental

Son ya numerosos los estudios que han tratado de analizar el efecto de las crisis económicas sobre la salud de la población, y aunque se plantean ciertas controversias sobre el impacto positivo o negativo de la misma en la salud física (Gili, García, y Roca, 2014), lo que sí parece claro es que los períodos de recesión económica modifican aspectos como el nivel de bienestar subjetivo, la calidad de vida y la salud, y como una dimensión más de ésta, afecta de forma negativa a la salud mental de los ciudadanos y de sus familias (Crego, 2013; Gili, 2013; Gili *et al.*, 2014).

Es evidente que la salud no es un asunto individual de cada persona, sino que depende de las condiciones de vida previas, es decir de los “determinantes sociales de la salud” que tan profundamente comprometidos se han visto en la actual crisis del Estado español (Borrell, Rodríguez-Sanz, Bartoll, Malmusi y Novoa, 2014).

Tal y como se ha comentado anteriormente, según la *Comisión para Reducir las Desigualdades de Salud en España* (2012), los determinantes de las desigualdades en salud comprenden dos elementos principales: *los factores estructurales y los intermedios*, estando compuestos los primeros del contexto socioeconómico y político junto a la estructura social, y los segundos de los recursos materiales, factores psicosociales, conductuales y biológicos. La estructura social que incluye los distintos

ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia y territorio), determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales a su vez lo hacen en las desigualdades en salud (Borrell *et al.*, 2014).

A pesar de que casi todos los países europeos se han visto afectados por la crisis económica que comenzó en 2007, desencadenada por la crisis financiera generalizada en los EEUU (Gili *et al.*, 2014; Uutela, 2010), España ha sido uno de los países con peores consecuencias (Bartoll, Palencia, Malmusi, Suhrcke y Borrell, 2013; Gili *et al.*, 2014; Gili *et al.*, 2013) por la elevada tasa de paro, el deterioro importante de las finanzas públicas en comparación con otras economías de la UE y la zona euro, además de un aumento de la deuda privada (Gili *et al.*, 2014).

Entre 1997 y 2007 la economía de España fue una de las de más rápido crecimiento en Europa (Gili *et al.*, 2013; Roca, Gili, García y García, 2013). Pero los datos en el periodo de crisis cambiaron radicalmente. Por un lado, la disminución del gasto en políticas públicas ha erosionado un Estado de Bienestar que ya previamente estaba alejado de muchos países del resto de la UE, concretamente en 2013 el gasto público en sanidad disminuyó un 10,6% respecto al 2010, siendo la reducción en educación de un 14,9%. Por otro lado, hubo un recorte del 36,4% del gasto social en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 (Borrell *et al.*, 2014). Añadido a lo anterior, la tasa de desempleo pasó de un 8,3% en 2007 a un 26,4% en 2013 (por encima incluso del 24,2% alcanzado en España en 1994) siendo la más elevada de la Unión Europea (Instituto Nacional de Estadística –INE-, 2014). En febrero de 2014, Grecia (26,5%) y España (25,1%) se situaron como los Estados miembros con la más alta tasa de desempleo (*La Gaceta*, 2014). Otro dato es el aumento de la desigualdad en los ingresos y la pobreza (Borrell *et al.*, 2014), creciendo el coeficiente de Gini (medida de la desigualdad o distribución desigual de un país), de 31,9 en 2008 a 33,7 en 2013 (Eurostat, 2013), y registrándose cómo el 20% más rico de la población española gana unas 7,2 veces más que el 20% de la más pobre, según datos de Eurostat (*El País*, 2014). Es decir, España es el país donde la población con menos ingresos ha perdido más riqueza (un 14% en 2010 respecto a 2007) (Organization for Economic Cooperation and Development -OECD-, 2013a).

Además de lo anterior, habría que añadir el número de familias que desde el inicio de la crisis no han podido hacer frente a los compromisos económicos adquiridos con la

vivienda, con un aumento del desalojo del 74% entre los años 2008 y 2012 (Novoa *et al.*, 2014). Por último, los copagos y la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012 han dejado fuera del sistema de salud a personas en situación no regularizada y con escasos recursos económicos (Borrell *et al.*, 2014).

Las consecuencias de estas dificultades económicas y el desempleo se han asociado, entre otros, con un mayor estrés psicológico y un mayor uso de los servicios de salud mental, constatándose un aumento de los niveles de ansiedad/depresión y una disminución de la autoestima, lo que se asociaría a su vez con un aumento de los intentos y muertes por suicidio, así como un aumento del consumo de alcohol. Por otro lado, la crisis ha podido tener un importante impacto negativo en la población más vulnerable, con trastornos mentales ya preexistentes, bajo nivel socioeconómico y situación de desempleo (EASP, 2014).

II.3.1. Recesión económica e indicadores de salud

La situación que vive España desde el inicio de la crisis económica, hace pensar que se estén afectando de manera negativa los indicadores de salud, sobre todo de los grupos más o menos afectados por la misma. A pesar de ello, hay autores (Gerdtham y Ruhm, 2006; Ruhm, 2007; Tapia, 2005a) que sustentan que en las economías capitalistas, los períodos de crisis económicas no producen necesariamente daños a la salud de la población, sino que incluso pueden tener efectos positivos, como el hecho de que la gente fume o beba menos y potencialmente camine en vez de conducir, disminuyendo el tráfico por carretera y las muertes asociadas al mismo (Gerdtham y Ruhm, 2006; Ruhm, 2007; Stuckler *et al.*, 2009b; Tapia, 2005a; Tapia, 2005b; Tapia, 2014).

Para autores como Tapia (2011), el impacto sobre la salud en las fases de expansión y recesión económica no coincide siempre con lo que se podría prever inicialmente y así, en las naciones capitalistas de América, Europa y Asia, la salud ha evolucionado más favorablemente en las recesiones que en los períodos de expansión económica (Facchini y Bruno, 2014), no habiendo indicios de efectos negativos de la crisis en la mortalidad general europea, incluyendo a países con graves dificultades económicas (Tapia e Ionides, 2008). En cambio, para otros autores (Falagas, Vouloumanou, Mauros y Karageorgopoulos, 2009) las evidencias sugieren un aumento de la mortalidad en los países más pobres, por cualquier causa, así como por la mayoría de las principales causas específicas; y otros (Borrell *et al.*, 2014) que consideran que la

salud es mucho más que la mortalidad, plantean tener en cuenta otros resultados de salud como los distintos ejes de desigualdad y sobre todo a los grupos más desfavorecidos.

En España han aumentado las tasas de mortalidad materna en un 58% entre 2007 y 2010 (Stuckler y Basu, 2013), aunque al ser éste un indicador sanitario con grandes fluctuaciones anuales esta tendencia se debería analizar de nuevo en los próximos años a la vista de los cambios sanitarios acaecidos (Espino, 2014).

II.3.2. Desempleo, suicidio y protección social

El trabajo remunerado ha tenido desde siempre un protagonismo fundamental en la vida de las personas. Los objetivos de pleno empleo que caracterizaron a las sociedades de posguerra han dado paso, sin embargo, a un déficit de empleo como condición estructural creciente de las nuevas sociedades capitalistas de mercado, empeorándose en la actualidad dicha situación por la recesión económica y la incapacidad de los gobiernos para hacer frente a la misma (Espino, 2014).

En este escenario, caracterizado por el alto desempleo mantenido y el crecimiento del empleo precario, está apareciendo una especie de estrés laboral tanto por la inseguridad del presente como por el miedo al futuro (EASP, 2014; Espino, 2014), con múltiples riesgos para la salud de los individuos, como el aumento de la mortalidad general y cardiovascular (con una elevación de las tasas de hipertensión e hipercolesterolemia), de enfermedades crónicas, de mortalidad en la infancia y de distintos padecimientos físicos (Espino, 2014; FADSP, 2012). A su vez, se ha descrito una percepción más negativa de la propia salud, un aumento de conductas de riesgo relacionado con la duración del desempleo (tabaquismo, obesidad, sobrepeso, alcohol y otras drogas) así como cuadros ansioso-depresivos, distintos síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos jóvenes, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, conflictos familiares, violencia doméstica e intentos de suicidio (EASP, 2014; FADSP, 2012). Al mismo tiempo, se ha relacionado la precariedad laboral con un aumento de la ansiedad, miedo, sufrimiento, depresión y/o pérdida de sociabilidad, además de un mayor riesgo de fatiga crónica, alteraciones crónico-degenerativas y cardiovasculares, intoxicaciones, tumores y una mayor siniestralidad laboral (Amable, 2006; Espino, 2014; FADSP, 2012).

El desempleo puede causar en individuos previamente sanos, cuadros de tipo depresivo y ansiedad generalizada, especialmente entre los desempleados de más de seis meses de duración, con educación superior y grupos minoritarios (Espino, 2014). Por lo tanto, el desempleo y los factores asociados están relacionados de forma general con una mayor prevalencia de trastornos mentales y particularmente de depresión (Gili *et al.*, 2014). En concreto, para algunos autores (Evans-Lacko, Knapp, McCrone, Thornicroft y Mojtabai, 2013), existe un riesgo entre 2 y 7 veces mayor de padecer depresión entre las personas desempleadas.

Sobre las conductas suicidas, el informe de la OCDE de 2013 asocia, con carácter general, tasas más altas de suicidio con bajos ingresos, abuso de alcohol y drogas, desempleo o soltería (OECD, 2013b), además de otras variables que afectan al riesgo de suicidio como pobreza, trastornos psíquicos y falta de apoyo social o cultural ante la muerte (Durkheim, 1897, cf.: Espino, 2014).

Durante las recesiones económicas se ha encontrado una alta correlación entre tasas de desempleo y suicidio (Stuckler *et al.*, 2009b) especialmente entre hombres de 30 a 49 años (Charlton, Kelly y Dunnell, 1992; Platt y Kreitman, 1990) y jóvenes de 16 a 24 (INE, 2014).

En este sentido, Chang y colaboradores (Chang, Gunnell y Sterne, 2009) examinaron los efectos que la crisis económica asiática de finales de los años 90 tuvo sobre la mayoría de los países asiáticos, encontrando una fuerte correlación entre el aumento pronunciado de la mortalidad por suicidio y el aumento de las tasas de desempleo. En concreto, y en comparación con 1997, la tasa de suicidio masculino en 1998 aumentó un 39% en Japón, un 44% en Hong Kong, un 45% en Corea del Sur y un 60% en Tailandia, siendo el aumento de las tasas de suicidio en mujeres menos marcadas que en hombres. En la misma línea, Kwon y colaboradores (Kwon; Chun y Cho, 2009) examinaron los suicidios en Corea del Sur entre 1986 y 2005, viendo cómo las tasas de suicidio estandarizadas por edad aumentaron un 98% en los hombres y un 124% en las mujeres. En ambos sexos, el aumento proporcional en las tasas de suicidio fue mayor entre las personas de menos de 45 años.

Datos parecidos han encontrado Stuckler y colaboradores (Stuckler *et al.*, 2009b), los cuales investigaron cómo los cambios económicos han afectado las tasas de mortalidad en Europa en las últimas tres décadas y cómo los gobiernos pueden reducir

sus efectos adversos. Ellos han señalado cómo por cada 1% del aumento de desempleo, se registró un aumento del 0,79% en los suicidios en varones menores de 65 años y cómo para un aumento del paro del 3% se podría esperar un aumento de un 4,5% en la tasa de suicidios. Para estos autores “casi todos los países que aplican la austeridad tratan de ocultar las estadísticas de los suicidios que provoca”, ya que los índices de suicidios se disparan paralelamente a los de desempleo pues multiplican las tasas de depresión a nivel nacional (Bayo, 2013).

En Italia, se ha encontrado un aumento de suicidios entre 2007 y 2010 coincidiendo con el aumento de las tasas de desempleo mientras que el suicidio por otras causas permanecía estacionario (Stuckler y Basu, 2013).

En el caso de Grecia, diversos estudios han mostrado un aumento general de la tasa de suicidios del 2,8 al 6/100.000 habitantes desde el inicio de la crisis, y en concreto ha habido un aumento de la tasa de suicidio en varones del 22,7% entre 2007 y 2009 (Espino, 2014), a pesar del cuestionamiento de dichas cifras oficiales por distintos investigadores (Fountoulakis, Grammatikopoulos y Koupidis, 2012).

Los efectos de la crisis dependen sobremanera del contexto institucional y de la estructuración de la sociedad civil (Dávila y González, 2009). En los países de la OCDE, los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la Seguridad Social (Gerdtham y Ruhm, 2006). “Reforzar la protección sociosanitaria de la población, especialmente de los grupos de riesgo, mitiga el impacto de la crisis, especialmente la relación entre desempleo y suicidio, al mantener un alto grado de cohesión social” (Espino, 2014, p.399). De hecho, para la UE, el porcentaje de gasto público sanitario respecto del total es uno de los predictores más importantes de las tasas de suicidio (Innamorati, Tamburello y Lester *et al.*, 2010) y los programas activos de mercado de trabajo que mantienen y reintegran a los trabajadores en sus puestos de trabajo, se ha comprobado que amortiguan algunas de las consecuencias negativas que para la salud tienen las crisis económicas, como el riesgo de aparición de cuadros depresivos secundarios a la pérdida de empleo o al riesgo de perderlo (Stuckler y Basu, 2013; Uutela, 2010). Así, autores como Karanikolos *et al.* (2013) concluyen que el riesgo de padecer un problema psíquico va a ser 5 veces mayor en desempleados sin subsidio que en los activos.

En los años 80, en España, coincidiendo con una gran subida del paro, se produjo un aumento del índice de suicidios (Espino, 2014), a diferencia de otros países como Suecia durante la crisis de los 90 (McKee y Stuckler, 2011) o Finlandia con un aumento del desempleo del 2 al 18% durante la recesión económica que sufrió el país entre 1989 y 1997 (Ostamo y Lonngvist, 2001), en los que los programas de ayuda y apoyo social de sus gobiernos mitigaron el impacto del desempleo sobre las tasas de suicidios.

Los tres países del continente europeo con mayor subida de la tasa de suicidios entre los años 2008 y 2009 (Letonia, Irlanda y Grecia) sufrieron las mayores medidas de austeridad económica, reduciendo de forma importante el nivel de protección social de la población (Stuckler *et al.*, 2009b).

Park y colaboradores (Park, Kim, Kwon y Shin, 2009) estudiaron la relación existente entre el gasto público social y los suicidios en los 27 países de la OCDE desde 1980 hasta 2003, con resultados que sugieren que la protección del bienestar social puede ser un factor crucial para la prevención del suicidio, especialmente en los países que experimentan una crisis social.

Respecto al consumo de psicofármacos y al uso de los servicios sanitarios durante los períodos de crisis económica, al aumentar el malestar general de la población se tiende a generar una mayor demanda de asistencia sanitaria ante los problemas de estrés, ansiedad y depresión, con una derivación tal vez mayor a los centros de salud mental y una mayor prescripción y consumo de fármacos psicótrópicos y antidepresivos (Espino, 2014).

Para disminuir los efectos de la crisis económica en la salud mental de la población, se han propuesto algunas medidas relevantes como: un aumento de los servicios comunitarios de salud mental, políticas activas de empleo y de reciclaje profesional, sobre todo entre la población joven, programas de ayuda familiar, programas especiales de apoyo a personas con dificultades económicas básicas, políticas activas de reducción del consumo de alcohol, fortalecimiento del capital y las redes sociales, así como una política adecuada de información sobre los suicidios (Gili *et al.*, 2014).

Reforzar la protección social y sanitaria durante los períodos de crisis va a permitir mantener la salud de la población y ayudar a la recuperación económica mediante un gasto social eficiente (Stuckler y Basu, 2013).

II.3.3. La situación española

Si analizamos los estudios publicados sobre salud y crisis económica en España, coincidiremos con Legido-Quigley y colaboradores (Legido-Quigley *et al.*, 2013b) en el reconocimiento de la escasez de datos oficiales y de investigaciones sobre el impacto que los recortes han tenido en la salud. En base a los pocos datos existentes, se piensa que en España están aumentando los cuadros ansiosos y depresivos además de los suicidios en relación con la crisis y sus políticas asociadas.

En el estudio IMPACT (Gili *et al.*, 2013) cuyo objetivo era comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en Atención Primaria en dos momentos económicos distintos (antes y durante la actual crisis económica) y analizar la influencia del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los mismos, los resultados indicaron que aumentaron de manera significativa los trastornos del estado de ánimo (19,4% la depresión mayor y 10,8% la distimia), los trastornos de ansiedad (8,4% para el trastorno de ansiedad generalizada y 6,4% para la crisis de angustia), los trastornos somatomorfos un 7,2% y el abuso de alcohol (4,6% para la dependencia y 2,4% para el abuso), con un aumento muy leve para los trastornos de alimentación.

A partir de los resultados del estudio IMPACT, otros informes señalan un riesgo considerable de padecer depresión asociada al desempleo; siendo ese riesgo aún mayor cuando el desempleo afecta a más de un miembro de la familia. Otros datos significativos apuntan a un riesgo adicional de padecer un trastorno depresivo mayor relacionado con las dificultades de pago de las hipotecas (Gili *et al.*, 2014). Finalmente, se estima que el efecto combinado del desempleo personal de algún miembro de la familia junto a los problemas para pagar las deudas hipotecarias, representan un riesgo de depresión mayor (Crego, 2013).

Un estudio transversal (Agència d'Informació Avaluació i Qualitat en Salut, cf.: Legido-Quigley *et al.*, 2013b) de cerca de 20.000 personas, obtuvo similares resultados con un 17,5% de aumento de los síntomas depresivos en población adulta entre los años 2006 y 2010. A su vez, otro estudio de características similares (Marín, Domínguez,

Román y Farella, 2013) realizado en distintas Comunidades Autónomas de España con mujeres y hombres en edades comprendidas entre los 30 y 60 años, concluyó que los desempleados presentaban mayores niveles de depresión que los empleados.

Por lo que se refiere al sexo, en el estudio IMPACT (Gili *et al.*, 2013) se observaron diferencias en la prevalencia de los distintos trastornos mentales, así el aumento relativo para la depresión mayor y los trastornos somatomorfos fue frecuente en ambos sexos, la distimia en las mujeres y el abuso o dependencia alcohólica en los hombres.

Otros datos apuntan también que la relación entre la crisis y los trastornos mentales más prevalentes en Atención Primaria, difería respecto al sexo, con un aumento mayor de depresión, distimia y ansiedad en hombres y de trastornos somatomorfos y dependencia alcohólica en mujeres durante la crisis. Parece ser que el desempleo tiene una mayor afectación de la salud mental en los hombres debido a las responsabilidades familiares de los mismos como sustentadores principales de la familia (Artazcoz, Benach, Borrell y Cortés, 2004; Bartoll *et al.*, 2013). El estudio de Bartoll Xavier y colaboradores (Bartoll *et al.*, 2013) que analiza cómo la salud mental y las desigualdades socioeconómicas en la población española de 16 a 64 años han cambiado entre 2006-2007 y 2011-2012, registró un aumento para la prevalencia de mala salud mental entre los hombres especialmente entre los de 35-54 años, en individuos con formación primaria y secundaria, los de clases sociales con cualificación media y los padres de familia. Así mismo, se observó una ligera disminución en la prevalencia de mala salud mental entre las mujeres.

En Andalucía se ha analizado la posible influencia de la crisis en la atención especializada, mediante el análisis de la actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental Comunitarias en dos periodos, 2002-2006 y 2007-2011, es decir, antes y durante la crisis económica, comprobándose un incremento en el número de primeras consultas en ambos periodos, con un aumento del 12% entre 2002-2006 y del 77% entre 2007-2011(Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014),

En cuanto al suicidio en España y según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (Gili *et al.*, 2014), las tasas de suicidios disminuyeron entre 2008 y 2011, aunque hubo una subida del 12% en el año 2012 respecto al año anterior (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014). Si diferenciamos por edad y sexo en toda

España, existe una sobremortalidad masculina importante entre 2003 y 2011, manteniendo el grupo de las mujeres una tendencia lineal y estable en todos los grupos de edad para este período (Gili *et al.*, 2014).

López-Bernal y colaboradores (López, Gasparini, Artundo y Mckee, 2013, cf.: Gili *et al.*, 2014) a diferencia de lo anterior, describieron un aumento de suicidios en los últimos años en hombres en edad de trabajar.

Por último, y en referencia al consumo de psicofármacos en España, un reciente estudio que compara grupos farmacológicos terapéuticos en distintos países europeos (Simó, 2012) concluye que respecto a los ansiolíticos hay una media de consumo en España más alta que en el resto de los países europeos estando, sin embargo, los antidepresivos y los antipsicóticos claramente por debajo de la media europea.

Por grupos de fármacos podemos observar cómo en España entre 2009 y 2012 permanece prácticamente estable el consumo de antipsicóticos, con un aumento de tranquilizantes menores e hipnótico-sedantes entre 2009 y 2010, y un aumento de antidepresivos entre 2009 y 2012 (Gili *et al.*, 2014).

II.4. Factores socioeconómicos y desigualdades en salud en la infancia.

Si hay algo de lo que no existe duda es que el bienestar en la infancia es un reflejo de la capacidad de solidaridad, justicia y equidad de una sociedad (Ayllón, 2015).

Desde que en España se inició la actual crisis económica financiera en 2007, la tasa de riesgo de pobreza (proporción de población que vive por debajo del umbral de la pobreza, entendido este como el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo) (Flores, García, Zunzunegui, 2014), que según los datos del INE de 2012, se fijaría en 7.182 euros anuales para un hogar de una sola persona (Ramírez, 2014), ha aumentado en especial entre la población infantil (Flores *et al.*, 2014) que junto con los inmigrantes y los ancianos constituyen los colectivos sociales más vulnerables (Dávila y González, 2014; Martín, Sánchez, Gancedo, Teruel de Francisco y Coullau, 2015). A diferencia de la infancia, en el colectivo de mayor edad, la tasa de pobreza ha ido disminuyendo.

La infancia es un periodo fundamental para el desarrollo físico e intelectual de un individuo (Antentas y Vivas, 2014) y una etapa donde según la OMS, las diferencias en el crecimiento infantil hasta los 5 años dependen más de factores como la lactancia

materna, la alimentación, la atención sanitaria y el medio ambiente que de factores genéticos y étnicos (Martínez, 2010), lo que vendría a corroborar cómo los “determinantes sociales” juegan un papel fundamental en la salud y en la enfermedad infantil (Martínez, 2010).

España se ha convertido en el país de Europa donde más han aumentado las desigualdades sociales, sufriendo el desnivel de ingresos económicos entre las familias más y menos pudientes, un aumento de más del 20% desde el inicio de la crisis (Rajmil, 2013 y SESPAS, 2015). Además es uno de los países de Europa con mayor porcentaje de población infantil en riesgo de pobreza (SESPAS, 2015), pasando del 28,2% al 36,3% entre 2008 y 2012 (UNICEF, 2014a) cifra que está 6 puntos por encima de la media y multiplica por tres la de los mayores de 65 años (UNICEF, 2016).

Según un informe de Caritas Europa, España es el segundo país comunitario con el mayor índice de pobreza infantil superado sólo por Rumania (Ayllón, 2015; Martínez, 2010 y Ramírez, 2014). Este mayor riesgo de pobreza infantil viene determinado fundamentalmente por “las debilidades del mercado de trabajo, la especial vulnerabilidad de algunos hogares con niños y sobre todo una insuficiente red de protección social” (UNICEF, 2014b, p.83).

Si continúa la tendencia al aumento de la desigualdades sociales y de la pobreza infantil, las futuras generaciones sufrirán una mala situación de salud económica y laboral durante toda su vida (Flores *et al.*, 2014; SESPAS, 2015; UNICEF, 2014b) que difícilmente podrá ser compensada con intervenciones en edades posteriores (Flores *et al.*, 2014). En esta misma línea, uno de los informes de la Fundación de Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada de Caritas (FOESSA) (Flores, Gómez y Renes, 2016) llegaba a la conclusión que hasta el 80% de las personas que en su infancia habían tenido problemas por la falta de recursos estaban condenados a reproducirlos en su vida adulta, al no existir una cobertura social que equilibrase las desigualdades (García, 2016).

II.4.1. Datos oficiales sobre pobreza infantil en España

En el caso de España las ayudas sociales a las familias con hijos han sido muy pocas en comparación con otros países de la UE-15, grupo de países con un desarrollo económico semejante al español. Teniendo en cuenta que en los primeros momentos de

la crisis la inversión destinada a la familias y a la infancia no fue modificada, todo ello hizo que la pobreza infantil aumentase un 45% entre 2007 y 2009, con un mayor crecimiento entre los niños que viven en pobreza extrema y cuyo porcentaje ha crecido 4 puntos desde que empezó la crisis, la cifra más alta de la UE sólo por debajo de Rumania y Bulgaria, situando a España en el pódium de los países comunitarios donde mayor sufren los menores de edad (SESPAS, 2015), y cuyo empeoramiento ha sido más importante si se compara con la población general o con los mayores de 65 años (SESPAS, 2015, UNICEF, 2014b).

Las cifras de familias con menores que en España acudieron a organizaciones no gubernamentales en busca de ayuda para cubrir sus necesidades básicas se ha triplicado desde 2007 (SESPAS, 2015).

Según lo comentado con anterioridad, España es el segundo miembro de la UE con el mayor índice de pobreza infantil tras Rumanía (Ayllón, 2015, Martínez, 2010; Ramírez, 2014), pues mientras que la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador que emplea la UE y que incluye pobreza monetaria, carencia material severa y desempleo) fue del 25,1% para los estados comunitarios en 2012, en España fue del 28,2% (Ramírez, 2014). Este indicador es uno de los determinantes más influyentes en el deterioro de la salud tanto a corto como a largo plazo y un reflejo muy potente de la cohesión y la exclusión social (Carmona, López, Mendoza, Oleaga de Usategui, 2015).

Entre 2004 y 2012 prácticamente se dobló el porcentaje de niños en pobreza severa con rentas inferiores al 30% de la mediana, de manera que 1 de cada 10 niños puede considerarse “pobre severo”, lo que significa que las consecuencias de la crisis han afectado mayoritariamente al colectivo de los más pobres (Ayllón, 2015; Otero y Muntaner, 2014) , y así mientras el riesgo de pobreza entre 2008 y 2012 pasó del 17.4% al 24,7% para el conjunto de la población, entre los niños fue del 23,9% al 32,1%, borrando la crisis todo el bienestar económico obtenido antes de la misma (Ayllón, 2015).

Este riesgo de pobreza infantil es mayor aún si cabe entre aquellos menores que pertenecen a familias de origen no comunitario y hogares monoparentales (Ayllón, 2015; Otero y Muntaner, 2014). En concreto para los hogares inmigrantes no europeos el riesgo de pobreza y de privación es mayor al 40% en ambos casos, dada la alta tasa de paro entre sus miembros y los bajos salarios que perciben (Ayllón, 2015).

El problema del riesgo de pobreza y/o exclusión social en la población infantil se agrava aún más, no sólo porque los niños caen más en la pobreza respecto a la media poblacional sino porque las posibilidades de permanecer en la misma son 5 puntos mayores entre la población infantil (Ayllón, 2015; Ayala, Martínez, Sastre, 2007), con las graves consecuencias que para el desarrollo del niño acarrearía esta situación de necesidad económica mantenida (Ayllón, 2015), incidiendo incluso sobre más de una generación, en el caso que no se actúe con programas sociales efectivos (Vecina, Ballester y Barnés *et al.*, 2013), que son los que van a proteger del aumento de la desigualdad y de la pobreza en general, y de la infantil en particular (Beiras, 2015).

II.4.2. Consecuencias negativas de la crisis para la salud en la infancia

Lo realmente preocupante del empeoramiento de la pobreza infantil en la crisis no sólo es la reducción del poder adquisitivo de los hogares y de las futuras oportunidades laborales, sino que estos “niños de la crisis” van a ver comprometida su salud y su nivel socioeconómico tanto en la infancia como en etapas posteriores (Dávila y González, 2014; Flores *et al.*, 2014). La literatura existente identifica la infancia y el periodo prenatal como los “periodos más críticos del ciclo vital” ya que determinadas capacidades físicas, cognitivas y psicológicas solo pueden adquirirse en esas etapas, dependiendo el éxito de unas en la adquisición de otras (Flores *et al.*, 2014).

Cuanto más precoz sea la exposición a situaciones de marginalidad y pobreza más irreversibles y definitivos serán los efectos negativos (Flores *et al.*, 2014; Rajmil, 2013). Son numerosos los estudios que señalan cómo la pobreza en la infancia aumenta entre otros el riesgo de retraso en el crecimiento, asma, problemas de autorregulación emocional y una mayor incidencia de enfermedades gastrointestinales y respiratorias por mayor exposición a agentes infecciosos (Flores *et al.*, 2014), un riesgo que se incrementa cuanto más duradera e importante es esta pobreza (Ayllón, 2015; Flores *et al.*, 2014). Por otro lado, como efectos de ésta en la adolescencia se han descrito trastornos del comportamiento, del rendimiento escolar y un aumento de las enfermedades infecciosas y de transmisión sexual en jóvenes entre 15 y 24 años (Rajmil, 2013). Así mismo, en la edad adulta estos efectos se han manifestado como un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia, no sólo por la falta de una alimentación adecuada (Nguyen, Couture, Alvarado, Zunzunegui, 2008; Roseboom, Painter, Van Abeelen, Veenendaal, de Rooij, 2011) sino por el mayor absentismo y baja

escolaridad (Flores *et al.*, 2014) además de depresión (Alvarado, Zunzunegui, Béland, Sicotte, Tellechea, 2007), limitaciones funcionales (Alvarado, Guerra, Zunzunegui, 2007) y fragilidad en etapas avanzadas de la vida (Alvarado, Zunzunegui, Béland, Bamvita, 2008)

Este deterioro del estado de salud en la infancia conlleva peores resultados educativos (Case A, Fertig A; Paxon, 2005) que se ven aún más agravados por la caída en inversión educativa de las familias. De este modo, cabe suponer que los padres no van a ver a la educación tan rentable como antes de la crisis, lo que va a acarrear que una parte de las nuevas generaciones sea no sólo menos saludable sino también más pobre (Dávila y González, 2014). De ahí el papel fundamental que la mala salud en la infancia juega en la transmisión intergeneracional de la pobreza (Dávila y González, 2009; Case y Paxon, 2002), de lo que se deduce la “importancia de que los gobiernos protejan a las familias con niños cuando el riesgo de empobrecimiento es máximo” (Dávila y González, 2009).

II.4.3. Impacto de las transferencias sociales a la infancia en España

España es uno de los países de la Unión Europea que menos recursos destina a políticas sociales, en concreto a las familias y a la infancia (Ayllón, 2015) con el 1,4% del PIB en 2012 frente al 2,2% de la media comunitaria (García, 2016; SESPAS, 2015) y así, desde el inicio de la crisis mientras que algunos países han aumentado las prestaciones destinadas a las familias, en el caso de España se han reducido debido a los recortes y a las políticas de ajuste fiscal (UNICEF, 2014b).

España se ha convertido junto con Grecia en unos de los países de la Unión Europea con una política de transferencias con menor impacto reductor de la pobreza infantil (Ayllón, 2015, Carmona *et al.*, 2015; García 2016; Rodríguez, 2013) aunque en el caso concreto de Grecia las prestaciones por hijo son de menor intensidad aún si cabe que las españolas (UNICEF, 2014b).

La pretendida y poco ética sustitución de la función protectora del Estado por los servicios y transferencias del 3º sector (sector privado de servicios sin ánimo de lucro) ha sido claramente insuficiente para responder a una ingente cantidad de necesidades (Navarro, 2012b).

A pesar de que cuanto mayor sea la inversión en protección social a la infancia menor será la pobreza infantil y mayor la probabilidad de amortiguar a corto y largo plazo los efectos negativos en la salud de los niños por la crisis, 6 países de los considerados en la UE-27 (España, Italia, Grecia, Portugal, Lituania y Rumania) no cuentan con un sistema de prestaciones universales por hijo, presentando éstos las mayores tasas de pobreza (Ayllón, 2015; UNICEF, 2014b).

II.4.4. Políticas sociales de mejora de la pobreza infantil en España

Las intervenciones y políticas sociales dirigidas a los infantes y sus familias en situación de pobreza actúan como factores protectores de la salud y son efectivos a la hora de reducir las desigualdades (Dávila, González, 2014; Flores *et al.*, 2014), como ejemplo en España a principios de la década de los 90 se desarrollaron políticas de cuidado infantil universales en la etapa de 3 años, lo que supuso mejoras en el desarrollo educativo y cognitivo de estos niños a los 15 años de edad, especialmente entre aquellos pertenecientes a familias desfavorecidas (Felfe, Nollen, Rodríguez, 2012, cf.: Flores *et al.*, 2014; Martínez, 2010).

Hasta hace poco, los servicios sanitarios españoles han venido desempeñando un papel amortiguador de los efectos negativos de las desigualdades sociales presentes, dada su condición de accesibilidad y universalidad desde la Ley General de Sanidad del año 1986 (Rajmil, 2013).

Durante la infancia el acceso a servicios de calidad, educación, salud, vivienda y protección social van a ser determinantes para el futuro bienestar y desarrollo del país (Hernán y Molina, 2014).

Algunas de las medidas propuestas por la experiencia en la lucha contra la pobreza infantil en países de altos ingresos, pasan en general por una redistribución de ingresos y por programas universales de alimentación y protección a la vivienda (Flores *et al.*, 2014; Rodríguez, 2013). En concreto, programas de suplemento nutricional y becas-comedor, así como una red de guarderías a bajo coste con una nutrición equilibrada podrían compensar la “inseguridad alimentaria” a la que actualmente se ven sometidas un gran número de familias españolas, con un aumento de los casos de subnutrición, malnutrición e incluso desnutrición (Antentas y Vivas, 2014; Flores *et al.*, 2014).

Así mismo, se convierte en prioritario mejorar la calidad del sistema educativo y reducir las tasas de fracaso escolar mediante un plan de actividades de refuerzo en las escuelas para los niños en riesgo de exclusión (Flores *et al.*, 2014), porque está sobradamente demostrada la conexión causal y bidireccional entre educación y salud, dando lugar a los denominados “beneficios no monetarios de la educación” (Dávila y González, 2009).

II.5. Impacto de la Reforma Sanitaria en la salud de los Inmigrantes.

La inmigración es un proceso dinámico e imparable. A partir del año 1999 la población inmigrante ha experimentado un crecimiento exponencial (Ramos, Masía, Padilla, Escolano, Bernal y Gutiérrez, 2011).

La Encuesta Nacional de Inmigrantes, realizada por el INE en el año 2007, define “inmigrante” como aquella persona que ha nacido en el extranjero, es mayor de 15 años y vive o tiene intención de hacerlo, en España, desde hace 1 año o más tiempo (Oliva y Pérez, 2009).

Según las previsiones de esta institución, a 1 de enero de 2013 en Andalucía residían 724181 personas extranjeras, lo que supone un porcentaje sobre su población total del 8,6% (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013). A 1 de Enero de 2016 residían 616.677 personas extranjeras en Andalucía (INE, 2016).

La inmigración, en términos de Salud Pública no está suponiendo un gran impacto ni en la sostenibilidad del sistema sanitario ni en la recomposición del “mapa epidemiológico” en España ni en Andalucía. De momento su impacto ha sido más político que sanitario (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013), destacando en la actualidad una mejor salud de la población inmigrante (dada la mayor juventud de éstos) respecto a la población autóctona, y por tanto con una menor necesidad de servicios sanitarios (Moreno y Bruquetas, 2011).

Para prevenir el empeoramiento de salud en este grupo poblacional, se ha propuesto la eliminación de barreras para la consecución de una equidad de acceso real al uso de los servicios de salud, políticas de Salud Pública tendentes a mejorar sus condiciones de vida y de trabajo, así como la adecuada provisión de servicios de Atención Primaria (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

En España existen descripciones de ciertas enfermedades infecciosas transmisibles en población inmigrante, como la tuberculosis o la infección por el VIH (Ramos *et al.*, 2004; Ramos, Gutiérrez, Padilla, Masía, Escolano, 2005). La infección por VIH en población inmigrante es una realidad en el estado español; casi un tercio de las personas con infección por VIH que se atendieron recientemente, fueron inmigrantes (Caro-Murillo *et al.*, 2009). Igualmente, la proporción de inmigrantes con riesgo de adquirir una ETS es superior a la de la población autóctona (Postigo, 2007).

Es ampliamente conocido que los pobres están más expuestos a mayores riesgos personales y ambientales, peor nutridos y que tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. De hecho, dentro de las enfermedades fuertemente asociadas a la pobreza o marginalidad, además de la tuberculosis y de las ITS clásicas (Sífilis y Gonorrea, principalmente), también se incluirían uretritis no gonocócica, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y las trichomoniasis urogenitales. Las ITS víricas como el VIH y la Hepatitis B son también más prevalentes (Roca y de Balanzó, 2006).

Hasta ahora y desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero (2000), la población inmigrante en España en situación regular o no, ha tenido derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Con los cambios legislativos, esta situación podría empeorar en general para los inmigrantes pero fundamentalmente para las poblaciones más vulnerables (Pérez-Molina y Pulido, 2012).

Con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 12/2012 de 20 de Abril (2012), los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España sólo podrán recibir atención de urgencia si son menores de 18 años o son mujeres embarazadas. La puesta en marcha de estas medidas previsiblemente va a tener consecuencias indeseables en el campo de la salud (Pérez-Molina y Pulido, 2012).

Algunas enfermedades infecciosas pueden propagarse en mayor medida, una parte de la población queda fuera de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Personas inmigrantes en situación irregular con enfermedades crónicas (VIH, hipertensión, diabetes, artrosis, patologías respiratorias, etc.), mentales o que requieren tratamiento prolongado (cáncer, diálisis, etc.) no sólo perderán el acceso al mismo, sino que además les será imposible acceder a actividades preventivas como las vacunas (Médicos del Mundo, 2012), con el consiguiente riesgo para sus vidas.

Son las condiciones de vida, de trabajo, el hacinamiento, en resumen, los DSS los que influyen en la vulnerabilidad del colectivo inmigrante en el padecimiento y transmisión de las ETS (Médicos del Mundo, 2012).

En concreto, y para la infección por el VIH las consecuencias serán aumento de la mortalidad de los individuos infectados, favorecer la aparición de enfermedades oportunistas, incrementar los ingresos hospitalarios, facilitar la infección en la población, favorecer la transmisión materno-filial y finalmente acrecentar los costes de la atención sanitaria, logrando el efecto contrario al deseado (Pérez-Molina y Pulido, 2012).

Estas medidas que aparentemente se justifican para “garantizar la sostenibilidad del Sistema Público de Salud” resultan de muy dudosa efectividad, no sólo por representar un falso ahorro a la larga sino fundamentalmente por poner en situación de riesgo a colectivos ya vulnerables, aumentando las desigualdades sociales frente a la salud y fomentando la marginalidad (Asociación Madrileña de Salud Pública – AMASAP-, 2012).

Desde el inicio de la crisis actual a finales del año 2007 con el consiguiente aumento del desempleo y los recortes sociales, se comenzó a cuestionar la sostenibilidad de las prestaciones públicas y con ella el papel de la inmigración como beneficiarios de los servicios sociales y sanitarios (Pérez-Molina y Pulido, 2012).

Sería conveniente destacar a favor de este colectivo beneficiario pero también contribuyente a las arcas del Estado, algunas de las conclusiones recogidas en el informe “Inmigración y Estado de Bienestar” (Moreno y Bruquetas, 2011) que menos del 1% de los beneficiarios de pensiones en España son extranjeros, que la población inmigrante está infrarrepresentada entre los perceptores de rentas mínimas, que los impuestos y contribuciones sociales de la inmigración han supuesto el 50% del superávit público en el periodo 2002-2006, que el porcentaje de gasto social dedicado a inmigración en sanidad y educación está muy por debajo del porcentaje que representan en la población general, que los extranjeros consultan un 7% menos en atención primaria, un 16,5% menos en especializada y algo más en los servicios de urgencias, respecto a la población autóctona, que suponen un 5% del gasto sanitario y que presentan tasas de pobreza notablemente más altas que los españoles. Todo ello a pesar

de la insistencia muy marcada de que los inmigrantes cometen un abuso de los servicios sanitarios (Pérez-Molina y Pulido, 2012), lo cual nos lleva a coincidir con otros estudios (Médicos del Mundo, 2012 y Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013), en que estas supuestas medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario se basan más en cuestiones políticas e ideológicas que en criterios reales de eficiencia y eficacia.

Se ha demostrado cómo el acceso a la Atención Primaria y a los programas preventivos en general no sólo reduce la morbilidad sino que para ciertas enfermedades con un alto potencial de transmisibilidad, la prevención y el diagnóstico temprano aumentan la eficiencia y disminuyen el coste que para la asistencia sanitaria supondría el tratamiento curativo (Médicos del Mundo, 2012).

En concreto y para el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha demostrado como actualmente el tratamiento antirretroviral disminuye el riesgo de transmisión de la infección por vía heterosexual en un 96%, convirtiéndose en la principal estrategia preventiva a nivel poblacional (Montaner, 2011; Cohen *et al.*, 2011).

CAPÍTULO III.
RESULTADOS

III.1. Historias clínicas

Para la realización de este trabajo, se ha utilizado una muestra de 1437 historias clínicas. La tabla 1 muestra el resumen de procesamiento de los casos, en el que se pueden observar las variables estudiadas y la distribución de las mismas en función de casos incluidos y excluidos. La exclusión de los casos se debe a la ausencia de dicha información en la historia. La distribución de casos por año se muestra en la tabla 2.

Tabla 1. Resumen de procesamiento de casos (n=1437)

Variables	Incluido		Excluido	
	n	%	n	%
Número de historia	1437	100%	0	0%
Crisis	1437	100%	0	0%
Año de consulta	1437	100%	0	0%
Sexo	1437	100%	0	0%
Edad	1437	100%	0	0%
Nacionalidad	1421	98,9%	16	1,1%
Profesión	1343	93,5%	94	6,5%
Situación laboral	1298	90,3%	139	9,7%
Nivel instrucción	1350	93,9%	87	6,1%
Estado civil	1426	99,2%	11	0,8%
Motivo de consulta	1437	100%	0	0%
Consulta previa	1059	73,7%	378	26,3%
Quién consulta previa	323	22,5%	1114	77,5%
Número de consultas posteriores	1432	99,7%	5	0,3%
Diagnóstico ITS	587	40,8%	850	59,2%
Número nuevos episodios posteriores	1432	99,7%	5	0,3%
Conducta sexual	1409	98,1%	28	1,9%
Tiene pareja habitual	1336	93,0%	101	7,0%
Días último contacto sin preservativo	933	64,9%	504	35,1%
Parejas último mes	1355	94,3%	82	5,7%
Parejas último año	1339	93,2%	98	6,8%
Vida sexual	379	26,4%	1058	73,6%
Contacto con profesional del sexo	564	39,2%	873	60,8%
Frecuencia contacto con profesional del sexo	53	3,7%	1384	96,3%
Contacto sospechoso	491	34,2%	946	65,8%
Tiene síntomas pareja habitual	461	32,1%	976	67,9%
Utiliza drogas	750	52,2%	687	47,8%
Frecuencia utilización de drogas	254	17,7%	1183	82,3%
ADPV (Administración de Drogas por Vía Parenteral)	944	65,7%	493	34,3%
ITS anteriores	1164	81,0%	273	19,0%
Hábito sexual vaginal	868	60,4%	569	39,6%
Hábito sexual oral (boca – vagina)	427	29,7%	1010	70,3%
Hábito sexual oral (boca – pene)	597	41,5%	840	58,5%
Hábito sexual oral (ano – boca)	22	1,5%	1415	98,5%
Hábito sexual anal (ano – pene)	440	30,6%	997	69,4%
Hábito sexual anal (pene – ano)	390	27,1%	1047	72,9%
Uso del preservativo en hábito sexual vaginal	853	59,4%	584	40,6%
Uso preservativo en hábito sexual (boca – vagina)	330	23,0%	1107	77,0%
Uso preservativo en hábito sexual (boca – pene)	535	37,2%	902	62,8%
Uso preservativo en hábito sexual (ano – boca)	7	0,5%	1430	99,5%
Uso preservativo en hábito sexual (ano – pene)	211	14,7%	1226	85,3%
Uso preservativo en hábito sexual (pene – ano)	238	16,6%	1199	83,4%
Edad primera relación sexual	840	58,5%	597	41,5%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Distribución de casos por año (n=1437)

Variables	Año consulta (n)														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de historia	95	99	99	94	87	76	94	102	101	100	102	101	96	95	96
Crisis	95	99	99	94	87	76	94	102	101	100	102	101	96	95	96
Sexo	95	99	99	94	87	76	94	102	101	100	102	101	96	95	96
Edad	95	99	99	94	87	76	94	102	101	100	102	101	96	95	96
Nacionalidad	93	92	97	92	87	76	94	102	101	99	100	101	96	95	96
Profesión	76	88	91	82	73	70	88	100	98	95	99	100	95	94	94
Situación laboral	76	80	91	87	79	67	82	98	96	91	90	90	89	88	94
Nivel instrucción	85	94	96	90	80	62	87	95	88	94	97	101	95	92	94
Estado civil	94	98	99	93	86	75	93	101	101	98	101	100	96	95	96
Motivo de consulta	95	99	100	94	87	76	94	102	101	100	101	101	96	95	96
Consulta previa	59	62	31	37	34	40	70	101	82	81	94	94	87	92	95
Quién consulta previa	10	14	9	16	24	16	20	32	31	23	19	23	22	30	34
Número de consultas posteriores	94	99	100	94	86	76	94	102	101	100	101	99	95	95	96
Diagnóstico ITS	23	34	40	49	51	38	36	41	42	43	38	33	30	47	42
Número nuevos episodios posteriores	95	99	100	94	87	76	94	102	100	100	98	101	96	94	96
Conducta sexual	92	92	98	93	87	75	93	102	99	93	101	101	94	93	96
Tiene pareja habitual	77	82	86	83	81	75	89	94	94	99	98	97	95	91	95
Días último contacto sin preservativo	45	40	46	50	55	56	75	62	58	81	78	82	70	61	74
Parejas último mes	85	81	89	84	81	72	89	98	96	97	99	100	95	93	96
Parejas último año	83	83	85	81	80	73	90	96	91	95	99	99	96	92	96
Vida sexual	6	6	13	22	13	18	44	45	40	40	31	31	23	21	26
Contacto con profesional del sexo	32	28	22	34	40	40	34	45	37	42	42	38	35	28	67

Tabla 2. Distribución de casos por año (n=1437)

Variables	Continuación														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Frecuencia contacto con profesional del sexo	1	-	1	-	5	7	6	4	2	6	2	7	3	1	8
Contacto sospechoso	47	27	22	18	22	36	29	21	47	38	40	36	38	28	42
Tiene síntomas pareja habitual	19	13	14	15	18	32	31	41	51	37	44	42	30	23	51
Utiliza drogas	42	70	52	15	31	18	41	65	72	59	52	44	49	47	93
Frecuencia utilización de drogas	9	6	5	8	14	10	18	24	21	21	25	20	17	21	35
ADPV (Administración de Drogas por Vía Parenteral)	1	6	14	43	59	73	90	91	79	71	89	85	75	74	94
ITS anteriores	81	91	84	75	67	63	92	86	78	89	68	73	60	68	89
Hábito sexual vaginal	68	67	65	62	55	60	66	57	38	50	70	53	43	49	65
Hábito sexual oral (boca – vagina)	11	16	37	46	45	47	42	40	31	14	8	9	10	30	41
Hábito sexual oral (boca – pene)	24	23	34	33	45	47	55	37	42	38	47	40	43	25	64
Hábito sexual oral (ano – boca)	-	-	1	3	1	1	-	1	1	1	-	1	1	5	6
Hábito sexual anal (ano – pene)	11	12	30	26	39	33	37	20	32	25	36	32	45	20	42
Hábito sexual anal (pene – ano)	4	20	27	25	35	33	24	26	25	26	20	21	29	27	48
Uso del preservativo en hábito sexual vaginal	67	65	62	59	55	59	67	57	34	52	69	52	43	48	64
Uso preservativo en hábito sexual (boca – vagina)	6	8	29	29	19	33	39	36	23	13	8	10	10	28	39
Uso preservativo en hábito sexual (boca – pene)	17	15	28	27	36	37	52	34	41	39	47	38	42	23	59
Uso preservativo en hábito sexual (ano – boca)	1	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Uso preservativo en hábito sexual (ano – pene)	7	7	14	8	17	16	15	8	18	14	17	16	21	9	24
Uso preservativo en hábito sexual (pene – ano)	5	11	9	11	21	19	17	13	18	17	14	14	24	15	30
Edad primera relación sexual	26	45	24	25	29	57	62	74	54	66	81	76	72	64	85

Fuente: Elaboración propia

III.2. Características sociodemográficas de la población de estudio

Edad

La edad media obtenida fue de 28,95 años (D.t.=8,90), con un mínimo de 16 años y un máximo de 74. La mediana fue de 26 y el Rango Intercuartílico (RIC): 23-32.

Sexo

De los casos analizados, el 53,9% (n=775) eran hombres y el 46,1% (n=662) eran mujeres.

Nacionalidad

La muestra fue agrupada en dos modalidades, por un lado se diferenciaron los sujetos con nacionalidad española, mientras que el resto de nacionalidades se agruparon bajo la categoría “inmigrantes”. Dicho esto, de los sujetos incluidos en el estudio, el 72,9% (n=1047) eran de nacionalidad española frente al 26,3% (n=374) que representaba a la población inmigrante. La tabla 3 muestra las nacionalidades encontradas y sus frecuencias correspondientes.

Tabla 3. Distribución de nacionalidades en la población de estudio (n=1421)

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Española	1047	73,7%
Colombiana	50	3,5%
Marroquí	35	2,5%
Rumana	34	2,4%
R. Dominicana	25	1,8%
Brasileña	24	1,7%
Francesa	23	1,6%
Italiana	15	1,1%
Alemana	13	0,9%
Rusa	12	0,8%
Ecuatoriana	12	0,8%
Estadounidense	11	0,8%
Inglesa	10	0,7%
Nigeriana	9	0,6%
Argentina	7	0,5%
Venezolana	7	0,5%
Senegalesa	7	0,5%
Boliviana	6	0,4%
Lituana	5	0,4%
Húngara	5	0,4%
Paraguaya	4	0,3%
Chilena	4	0,3%
Checa	4	0,3%
Griega	3	0,2%

Tabla 3. Distribución de nacionalidades en la población de estudio (n=1421)

Nacionalidad	Frecuencia	<i>Continuación</i>
		Porcentaje
Canadiense	3	0,2%
Cubana	3	0,2%
Holandesa	3	0,2%
Búlgara	3	0,2%
Austriaca	3	0,2%
Australiana	2	0,1%
Siria	2	0,1%
Peruana	2	0,1%
Ucraniana	2	0,1%
Belga	2	0,1%
Portuguesa	2	0,1%
Sueca	2	0,1%
Eslovaca	2	0,1%
Moldava	1	0,1%
Mejicana	1	0,1%
Panameña	1	0,1%
Suiza	1	0,1%
Georgiana	1	0,1%
Danesa	1	0,1%
Costa Rica	1	0,1%
China	1	0,1%
Polaca	1	0,1%
Gambia	1	0,1%
Argelina	1	0,1%
Ucraniana	1	0,1%
Ghana	1	0,1%
Camerún	1	0,1%
Jordana	1	0,1%

Fuente: Elaboración propia

Profesión

De los 1343 casos válidos en esta variable, se obtuvo que el 46% (n=661) pertenecían a la categoría “otras profesiones / profesiones no remuneradas”, seguido de un 37,1% (n=533) de estudiantes y un porcentaje bajo (10,4%, n=149) de profesionales o ex profesionales del sexo.

Situación laboral

Al analizar esta variable, se obtuvieron los siguientes resultados: Un 43,1% (n=560) de los casos estaban en activo, un 15% (n= 195) estaban parados y un 1% (n=13) estaban en situación de jubilación. El 40,8% (n=530) de los casos válidos correspondía a estudiantes. El menor registro de estudiantes en esta variable respecto a la anterior, aunque únicamente son 3, puede deberse a un error de registro en alguna de

las dos variables. En cualquier caso, ambas variables muestran un porcentaje en torno al 40% de estudiantes.

Nivel de instrucción

Casi la mitad de los sujetos analizados (47%, n=675) tenían estudios superiores, seguido de un 20,7% (n=297) con estudios secundarios tipo bachiller. El 15,3% (n=220) de los casos tenían estudios primarios, un 10,2% (n=146) correspondía a niveles de formación profesional y, por último, un porcentaje muy bajo (0,8%, n=12) correspondía a sujetos sin estudios.

Estado civil

Del total de la muestra, el 82,4% (n=1175) correspondía a sujetos solteros, un 11,8% (n=168) eran casados o tenían pareja de hecho, un 5,3% (n=76) estaban separados o divorciados, mientras que un porcentaje mínimo (0,5%, n=7) eran viudos.

III.3. Características de la atención clínica

Motivo de consulta

De las cuatro categorías que recogía la historia clínica y que eran de interés para este estudio, se obtuvo que el 62,8% (n=902) de la muestra acudió al centro por VIH (incluía sospecha o tratamiento), seguido del 32,3% (n=463) que lo hacía por sintomatología de ITS. En un porcentaje mucho más bajo se situaba la consulta por control (3,3%, n=47) y el seguimiento de contactos, con un porcentaje del 1,7% (n=25).

La media del número de consultas posteriores relacionadas con el motivo de consulta fue de 1,10 (D.t.=1,062; Me= 1; RIC=0-1) con un mínimo de 0 y un máximo de 12. En relación al número de nuevos episodios posteriores, distintos al del motivo de consulta inicial, se obtuvo una media de 0,42 (D.t.=0,940, Mín.=0, Máx.=7; Me=0; RIC=0-0).

Consulta previa

El 64,4% (n=682) de los casos no procedían de una consulta previa, frente al 35,6% (n=377) que sí lo hicieron. De estos últimos, en 323 casos se registró de qué tipo de consulta procedían, constatándose que aproximadamente la mitad de los sujetos (50,8%, n=164) habían consultado previamente en Atención Primaria (tabla 4).

Tabla 4. Tipos de consulta previa (n=323)

Tipo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria	164	50,8%
Urgencias	68	21,1%
Consultas especialidades	62	19,2%
Otros	18	5,6%
Clínica Privada	8	2,5%
Servicios sociales	2	0,6%
Centro específico ITS	1	0,3%

Fuente: Elaboración propia

III.4. Indicadores de riesgo

Día de último contacto sin preservativo

Se analizaron 933 casos en esta variable, de los que 57 (6,1%) nunca emplearon el preservativo, 387 (41,5%) manifestaron tener su último contacto sin preservativo en el último mes, 379 (40,6%) entre 1 y 6 meses, 52 casos (5,6%) entre 6 y 12 meses, y 58 (6,2%) manifestaron que había transcurrido más de un año desde su último contacto sin preservativo. Tal y como se ha comentado en la metodología, esta variable fue transformada desde la variable inicial (cualitativa policotómica) en una variable cuantitativa, tipo escala con una puntuación entre 1 y 5. En este sentido, una mayor puntuación en la escala se traduce en más tiempo transcurrido desde el último contacto sin preservativo. Así, se obtuvo una media de 2,64 (D.t.=0,915, Mín.=1, Máx.=5), que corresponde con un periodo próximo a los 6-12 meses. La mediana fue de 3 (RIC = 2-3).

Parejas en el último mes, último año y vida sexual

La distribución de categorías para parejas en el último mes fue la siguiente: 0-1 = 1023 (75%), 2 = 112 (8,3%), 3-5 = 63 (4,6%), +5 = 20 (1,5%), Prostitución = 137 (10,1%). Para parejas en el último año: 0-1 = 445 (33,2%), 2 = 261 (19,5%), 3-5 = 298 (22,3%), 6-10 = 133 (9,9%), 11-20 = 41 (3,1%), +20 = 32 (2,4%), Prostitución = 129 (9,6%). Para vida sexual: 0-10 = 187 (49,3%), 10-20 = 75 (19,8%), Más de 20 = 117 (30,9%). La muestra analizada en cada una fue de 1355, 1339 y 379, respectivamente.

Respecto a las parejas en el último mes, se obtuvo una media de 1,62 (D.t.= 1,27; Mín.=1, Máx.=5; Me=1, RIC=1-1), en parejas en el último año, la media fue de 2,76 (D.t.=1,85; Mín.=1, Máx.=6; Me=3, RIC=1-4), y finalmente la media para vida sexual fue de 1,82 (D.t.=0,87; Mín.=1, Máx.=3; Me=2, RIC=1-3). Al hacer la equivalencia con la variable cualitativa, hallamos que la media de parejas en el último mes está en un

valor próximo a 2 parejas; la equivalencia que se encontró para el número de parejas en el último año se sitúa en torno a 3-5 parejas; en cuanto a la vida sexual, la media obtenida se corresponde con un número de parejas próximo a la categoría 10-20.

Tiene pareja habitual

Los resultados muestran que sobre 1336 casos, 851 (63,7%) afirmaron tener pareja habitual, frente a 485 (36,3%) que no la tenían.

Edad primera relación sexual

Respondieron a esta variable un total de 840 sujetos. La media se situó en 17,71 (D.t.=3,051). La edad mínima fue de 11 años y la máxima de 38. La mediana fue 17 y el RIC: 16-19.

Conducta sexual

El número de registros completos en relación a esta variable fue de 1408. Se halló que un 82,8% (n=1167) eran heterosexuales, seguido de un 13,3% (n=188) de homosexuales y un 3,8% (n=53) manifestaron una conducta bisexual.

Contacto con profesional del sexo y otros contactos de riesgo

A la pregunta relacionada con esta variable respondieron 564 sujetos, de los que un 22,9% (n=129) contestaron que sí habían mantenido relaciones con profesionales del sexo, frente a un 77,1% (n=435) que no lo hicieron. En los casos afirmativos, 53 informaron de la frecuencia con la que mantenían esas relaciones, obteniendo que la mayoría (73,6%, n=39) lo hacían esporádicamente, un 15,1% (n=8) lo hacían habitualmente y un 11,3% (n=6) afirmaron haber tenido contacto una vez. Al preguntar a los sujetos si sospechaban de un contacto de riesgo, en 491 casos se obtuvo una respuesta afirmativa. La distribución de contactos sospechosos fue heterogénea (tabla 5), si bien destacan los contactos sospechosos con una relación esporádica (38,7%, n=190) y con la pareja habitual (35,2%, n=38).

Tabla 5. Contactos sospechosos (n=491)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Contacto esporádico	190	38,7%
Pareja habitual	173	35,2%
Ex pareja habitual	47	9,6%
Profesional	38	7,7%
Varias de las anteriores	31	6,3%
Accidental	11	2,2%
Jeringuilla	1	0,2%

Fuente: Elaboración propia

Tiene síntoma pareja habitual

La muestra para esta variable incluía 461 casos. El 61,4% (n=283) afirmó que su pareja no tenía sintomatología de ITS, mientras que sí en un 38,6% (n=178).

Utilización de drogas

De un total de 750 sujetos, el 64,4% (n=483) contestaron que nunca habían consumido drogas, frente a un 26,8% (n=267) cuya respuesta fue sí. De estos últimos, casi todos (n=254) dieron información sobre la frecuencia de consumo, obteniéndose que un 64,6% (n=164) lo hacía esporádicamente, un 4,7% (n=68) habitualmente y un 1,5% (n=22) afirmaron que no consumían drogas en la actualidad. Respecto al consumo de drogas por vía parenteral, se constató en 12 casos.

ITS anteriores

Se registró esta variable en 1164 casos, de los que 916 (78,7%) no presentaban ITS anteriores y 248 (21,3%) sí.

Hábitos sexuales y uso del preservativo

Tal y como se ha comentado en la metodología, se agruparon las categorías recogidas en estas variables en seis, del mismo modo se actuó en las categorías correspondientes al uso del preservativo en los hábitos sexuales registrados. Los resultados se muestran en la tabla 6 y 7.

Tabla 6. Hábitos sexuales

Frec.	Vaginal		Oral bv*		Oral bp*		Oral ab*		Anal ap*		Anal pa*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	3	0,3%	45	10,5%	34	5,7%	14	63,6%	220	50%	144	36,9%
Esporádico	17	2,0%	43	10,1%	52	8,7%	4	18,2%	96	21,8%	91	23,3%
Frecuente	173	19,9%	235	55,0%	212	35,5%	1	4,5%	61	13,9%	70	17,9%
Siempre	675	77,8%	104	24,4%	299	50,1%	3	13,6%	63	14,3%	85	21,8%
Total	868	100%	427	100%	597	100%	22	100%	440	100%	390	100%

*bv= boca-vagina; bp= boca-pene; ab= ano-boca; ap= ano-pene; pa=pene-ano
Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Uso de preservativo en hábitos sexuales

Frec.	Vaginal		Oral bv*		Oral bp*		Oral ab*		Anal ap*		Anal pa*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	112	13,1%	320	97%	435	81,3%	4	57,1%	63	29,9%	68	28,6%
Esporádico	180	21,1%	2	0,6%	37	6,9%	1	14,3%	19	9%	26	10,9%
Frecuente	350	41%	6	1,8%	31	5,8%	1	14,3%	51	24,2%	61	25,6%
Siempre	211	24,7%	2	0,6%	32	6,0%	1	14,3%	78	37%	83	34,9%
Total	853	100%	330	100%	535	100%	7	100%	211	100%	238	100%

*bv= boca-vagina; bp= boca-pene; ab= ano-boca; ap= ano-pene; pa=pene-ano
Fuente: Elaboración propia

III. 5. Infecciones de Transmisión Sexual

Diagnóstico de ITS

En el total de la muestra analizada, se obtuvo un diagnóstico final en 678 casos, de los cuales en el 65,5% (n=444) fue positivo en relación a la presencia de una ITS, frente al 34,5% (n=234) de casos negativos (que mayoritariamente correspondían con sintomatología atípica pero que no derivó en diagnóstico de ITS) o en los que no constaba diagnóstico o resultado clínico alguno.

En la tabla 8 se muestra la frecuencia y porcentaje de las ITS de declaración obligatoria en España, junto con otras que también son relevantes.

Tabla 8. Diagnóstico o resultados hallados en la historia clínica del paciente (n=586)

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Virus del Papiloma Humano (VPH)	171	29,2%
Cándida	59	10,06%
Molluscum contagiosum	32	5,46%
Gonococia	22	3,75%
Sífilis	23	3,92%
Virus del Herpes Simple (VHS)	21	3,58%
Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)	11	1,87%
Tricomoniasis	4	0,68%
Gardnerella	2	0,34%
Chlamydias	1	0,17%
Virus Hepatis C (VHC)	1	0,17%

Fuente: Elaboración propia

Los sujetos también eran preguntados sobre la presencia de ITS anteriores, obteniendo respuesta en 1164 casos, en los que en un 78,7% (n=916) no se hallaron infecciones anteriores y en un 21,3% (n=248) sí.

III.6. Comparación entre la atención clínica recibida y características sociodemográficas

Motivo de consulta

La tabla 9 muestra los resultados encontrados al comparar el motivo de consulta con las variables sociodemográficas analizadas en este estudio. El motivo de consulta se asoció significativamente con el sexo ($\chi^2 = 28,645$, gl = 3, $p < 0,001$) y la nacionalidad ($\chi^2 = 43,835$, gl = 3, $p < 0,001$). No se pudieron asumir las asociaciones con la profesión y el estado civil al no cumplirse las condiciones del test estadístico.

Tabla 9. Motivo de consulta vs variables sociodemográficas

Variables	Síntomas			Control			Contactos			VIH			Prueba	
	n	X	D.t.	n	X	D.t.	n	X	D.t.	n	X	D.t.	$\chi^2(\text{gl})^a$	p
<i>Edad (n=1437)</i>	463	29,57	9,75	47	31,63	10,86	25	28,12	7,82	902	28,52	8,31	5,845(3)	0,119
<i>Variables</i>	<i>n</i>		<i>%</i>	<i>n</i>		<i>%</i>	<i>n</i>		<i>%</i>	<i>n</i>		<i>%</i>	$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>
<i>Sexo (n=1437)</i>														
Hombre	295		38,1%	24		3,1%	16		2,1%	440		56,8%	28,645 (3)	<0,001
Mujer	168		25,4%	23		3,5%	9		1,4%	462		69,8%		
<i>Nacionalidad (n=1421)</i>														
Española	388		37,1%	33		3,2%	19		1,8%	607		58%	43,835 (3)	<0,001
Inmigrante	70		18,7%	12		3,2%	6		1,6%	286		76,5%		
<i>Profesión (n=1343)</i>														
Profesionales sexo	7		4,7%	5		3,4%	2		1,3%	135		90,6%	72,797 (6)	<0,001 ^c
Otras profesiones	256		38,7%	23		3,5%	12		1,8%	370		56%		
Estudiante	160		30%	9		1,7%	10		1,9%	354		66,4%		
<i>Situación laboral (n=1298)</i>														
Activo	185		33%	18		3,2%	9		1,6%	348		62,1%		
Parado	65		33,3%	8		4,1%	4		2,1%	118		60,5%	13,010 (9)	0,162
Jubilado	8		61,5%	1		7,7%	0		0%	4		30,8%		
Estudiante	160		30,2%	9		1,7%	10		1,9%	351		66,2%		
<i>Nivel de instrucción (n=1350)</i>														
Sin estudios	2		16,7%	0		0%	0		0%	10		83,3%		
Primarios	81		36,8%	11		5%	3		1,4%	125		56,8%		
Secundarios	84		25,3%	10		3,4%	7		2,4%	196		66%	13,324 (12)	0,346
FP	52		36,5%	5		3,4%	3		2,1%	86		58,9%		
Superiores	216		32%	15		2,2%	11		1,6%	433		64,1%		
<i>Estado civil (n=1426)</i>														
Soltero	359		30,6%	31		2,6%	20		1,7%	765		65,1%		
Casado/Pareja hecho	75		44,6%	13		7,7%	4		2,4%	76		45,2%	35,480 (9)	<0,001 ^d
Separado/Divorciado	28		36,8%	2		2,6%	1		1,3%	45		59,2%		
Viudo	0		0%	0		0%	0		0%	7		100%		

a. Prueba de Kruskal Wallis. Me (RIC): Síntomas = 27 (23-33); Control = 28 (25-35); Contactos= 25 (23-34,5); VIH= 26 (23-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. Asociación no válida ya que 2 casillas (16,7%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

d. Asociación no válida ya que 7 casillas (43,8%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

Consulta previa

La tabla 10 muestra los resultados encontrados al comparar la variable consulta previa con las variables sociodemográficas. En este caso, se encontró asociación estadísticamente significativa con la nacionalidad ($\chi^2 = 11,037$, $gl = 1$, $p < 0,001$, OR Española / Inmigrante = 1,7), destacando que la población española tiene 1,7 veces más probabilidad de presentar consulta previa que la población inmigrante.

También se halló asociación con la profesión ($\chi^2 = 15,021$, $gl = 2$, $p < 0,001$), situación laboral ($\chi^2 = 12,725$, $gl = 3$, $p = 0,005$) y nivel de instrucción ($\chi^2 = 10,019$, $gl = 4$, $p = 0,040$). En el caso del estado civil, la asociación no fue válida al no cumplirse las condiciones del test de la Chi cuadrado.

Tabla 10. Consulta previa vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D,t</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D,t</i>	U^a	p
<i>Edad (n=1059)</i>	377	29,93	9,88	682	28,65	8,36	121945,5	0.165
<i>Variables</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2(gl)^b$		p	
<i>Sexo (n=1059)</i>								
Hombre	221	36,7%	381	66,3%	0,752 (1)		0,386	
Mujer	156	34,1%	301	65,9%				
<i>Nacionalidad (n=1049)</i>								
Española	308	38,3%	497	61,7%	11,037 (1)		<0,001 ^c	
Inmigrante	65	26,6%	179	73,4%				
<i>Profesión (n=999)</i>								
Profesionales sexo	19	21,8%	68	78,2%	15,021 (2)		0,001	
Otras profesiones	212	39,6%	323	60,4%				
Estudiante	115	30,5%	262	69,5%				
<i>Situación laboral (n=962)</i>								
Activo	170	40,5%	250	59,5%	12,725 (3)		0,005	
Parado	49	31,4%	107	68,6%				
Jubilado	6	60%	4	40%				
Estudiante	114	30,3%	262	69,7%				
<i>Nivel de instrucción (n=1005)</i>								
Sin estudios	3	30%	7	70%	10,019 (4)		0,040	
Primarios	65	40,6%	95	59,4%				
Secundarios	73	36,1%	129	63,9%				
FP	54	44,3%	68	55,7%				
Superiores	160	31,3%	351	68,7%				
<i>Estado civil (n=1053)</i>								
Soltero	280	32,4	585	67,6	30,838 (3)		<0,001 ^d	
Casado/Pareja hecho	72	55,8	57	42,2				
Separado /Divorciado	23	42,6	31	57,4				
Viudo	0	0	5	100				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z= -1.389). Me (RIC): Sí = 27 (23-34); No = 26 (23-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. OR (Española / Inmigrante) = 1,70 (IC95=1,24 - 2,34)

d. Asociación no válida ya que 2 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

Número de consultas posteriores

Se obtuvo una correlación directa, leve y estadísticamente significativa entre la edad y el número de consultas posteriores (n=1432, Coeficiente de correlación de Spearman = 0,080, p=0,003).

Los resultados de la comparación con el resto de variables se muestran en la tabla 11. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el número de consultas con la profesión ($\chi^2= 49,113$, gl = 2, p < 0.001) y la situación laboral ($\chi^2= 23,123$, gl = 3, p < 0.001)

Tabla 11. Número de consultas posteriores vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>Me</i>	<i>RIC</i>	<i>Prueba</i>	
						<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Sexo (n=1432)</i>							
Hombre	764	1,09	1,059	1	0-1	250503	0,561
Mujer	658	1,13	1,066	1	0-1		
<i>Nacionalidad (n=1416)</i>							
Española	1044	1,08	1,074	1	0-1	182704	0,064
Inmigrante	372	1,16	1,024	1	1-1		
<i>Variables</i>						$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>
<i>Profesión (n=1338)</i>							
Profesionales sexo	149	1,56	1,099	1	1-2	49,113 (2)	<0,001
Otras profesiones	659	1,15	1,167	1	0-1		
Estudiante	530	0,92	0,820	1	0-1		
<i>Situación laboral (n=1294)</i>							
Activo	559	1,22	1,160	1	1-2	23,123 (3)	<0,001
Parado	195	1,26	1,147	1	1-2		
Jubilado	13	0,92	0,954	1	0-1,5		
Estudiante	527	0,92	0,821	1	0-1		
<i>Nivel de instrucción (n=1346)</i>							
Sin estudios	12	1,75	1,357	1	1-2,75	8,958 (4)	0,062
Primarios	220	1,24	1,208	1	0-2		
Secundarios	297	1,10	1,159	1	0-1		
FP	146	1,25	1,224	1	1-2		
Superiores	671	1,03	0,924	1	0-1		
<i>Estado civil (n=1421)</i>							
Soltero	1171	1,09	1,047	1	0-1	3,482 (3)	0,323
Casado/Pareja hecho	167	1,10	1,062	1	0-2		
Separado /Divorciado	76	1,32	1,288	1	1-2		
Viudo	7	1,43	0,787	1	1-2		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = -0,581; Z nacionalidad = -1,854)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

Nuevos episodios posteriores

La correlación realizada entre esta variable y la edad mostró una asociación estadísticamente significativa, habiendo una relación indirecta y leve ($n=1432$, Coeficiente de correlación de Spearman = $-0,054$, $p=0,040$).

Respecto al resto de variables, se observó asociación estadísticamente significativa con la profesión ($\chi^2 = 41,868$, $gl = 2$, $p < 0,001$), situación laboral ($\chi^2 = 10,642$, $gl = 3$, $p = 0,014$), nivel de instrucción ($\chi^2 = 9,957$, $gl = 4$, $p < 0,041$) y estado civil ($\chi^2 = 9,976$, $gl = 3$, $p = 0,019$).

El resto de asociaciones se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Número de nuevos episodios posteriores vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>Me</i>	<i>RIC</i>	Prueba	
						<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Sexo (n=1432)</i>							
Hombre	773	0,43	0,893	0	0-1	244261	0,075
Mujer	659	0,40	0,994	0	0-0		
<i>Nacionalidad (n=1416)</i>							
Española	1045	0,38	0,866	0	0-0	185933,5	0,118
Inmigrante	371	0,51	1,135	0	0-1		
<i>Variables</i>						$\chi^2(gl)^b$	<i>p</i>
<i>Profesión (n=1338)</i>							
Profesionales sexo	148	1,02	1,622	0	0-1	41,868 (2)	<0,001
Otras profesiones	661	0,31	0,765	0	0-0		
Estudiante	529	0,39	0,848	0	0-0		
<i>Situación laboral (n=1293)</i>							
Activo	559	0,50	1,112	0	0-1	10,642 (3)	0,014
Parado	195	0,23	0,612	0	0-0		
Jubilado	13	0,38	0,650	0	0-1		
Estudiante	526	0,39	0,850	0	0-0		
<i>Nivel de instrucción (n=1345)</i>							
Sin estudios	12	0	-	0	-	9,957 (4)	0,041
Primarios	219	0,41	0,931	0	0-0		
Secundarios	296	0,52	1,083	0	0-1		
FP	146	0,40	0,876	0	0-1		
Superiores	672	0,35	0,831	0	0-0		
<i>Estado civil (n=1421)</i>							
Soltero	1170	0,45	0,986	0	0-1	9,976 (3)	0,019
Casado/Pareja hecho	168	0,24	0,713	0	0-0		
Separado /Divorciado	76	0,37	0,650	0	0-1		
Viudo	7	0,29	0,756	0	0-0		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = $-1,783$; Z nacionalidad = $-1,563$)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

III.7. Comparación entre indicadores de riesgo y características sociodemográficas

Día de último contacto sin preservativo

No se halló asociación significativa entre esta variable y la edad ($n=933$, Coeficiente de correlación de Spearman = 0,06, $p=0,068$). Respecto a las variables cualitativas, tan sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable Profesión ($\chi^2 = 10,195$, $gl = 2$, $p = 0.006$) (tabla 13).

Tabla 13. Días de último contacto sin preservativo vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>Me</i>	<i>RIC</i>	<i>Prueba</i>	
						<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Sexo (n=933)</i>							
Hombre	517	2,69	0,950	3	2-3	102424	0,178
Mujer	416	2,58	0,866	3	2-3		
<i>Nacionalidad (n=925)</i>							
Española	683	2,66	0,891	3	2-3	78945	0,264
Inmigrante	242	2,58	0,966	3	2-3		
<i>Variables</i>						$\chi^2(gl)^b$	<i>p</i>
<i>Profesión (n=883)</i>							
Profesionales sexo	91	2,34	0,859	2	2-3	10,195 (2)	0,006
Otras profesiones	427	2,66	0,950	3	2-3		
Estudiante	365	2,67	0,871	3	2-3		
<i>Situación laboral (n=860)</i>							
Activo	362	2,53	0,829	2	2-3	7,668 (3)	0,053
Parado	130	2,77	1,046	3	2-3		
Jubilado	5	3,20	1,095	3	2,5-4		
Estudiante	363	2,57	0,873	3	2-3		
<i>Nivel de instrucción (n=881)</i>							
Sin estudios	10	2,70	1,160	2,5	2-3,25	2,318 (4)	0,678
Primarios	137	2,65	1,075	3	2-3		
Secundarios	181	2,72	0,984	3	2-3		
FP	97	2,54	0,879	2	2-3		
Superiores	456	2,64	0,855	3	2-3		
<i>Estado civil (n=927)</i>							
Soltero	789	2,65	0,901	3	2-3	6,768 (3)	0,080
Casado/Pareja hecho	92	2,46	0,804	2	2-3		
Separado /Divorciado	42	2,81	1,174	3	2-3		
Viudo	4	3,75	1,500	4	2,25-5		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = -1,347; Z nacionalidad = -1,116)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

Parejas en el último mes

La correlación establecida con la edad no arrojó asociación estadísticamente significativa ($n=1355$, Coeficiente de correlación de Spearman = 0,035, $p=0,200$). En relación al resto de variables sociodemográficas con las que se comparó, se obtuvieron asociaciones significativas con todas las variables (Sexo: $U = 206382,5$, $p = < 0,001$;

Nacionalidad: $U = 114274$, $p = 0,001$; Profesión: $\chi^2 = 653,456$, $gl = 2$, $p < 0,001$; Situación laboral: $\chi^2 = 114,031$, $gl = 3$, $p < 0,001$; Nivel de instrucción: $\chi^2 = 58,740$, $gl = 4$, $p < 0,001$) excepto con el estado civil (tabla 14).

Tabla 14. Parejas en el último mes vs variables sociodemográficas

Variables	n	\bar{X}	D.t.	Me	RIC	Prueba	
						U ^a	p
<i>Sexo (n=1355)</i>							
Hombre	726	1,36	0,769	1	1-1	206382,5	<0,001
Mujer	629	1,93	1,629	1	1-2		
<i>Nacionalidad (n=1342)</i>							
Española	994	1,28	0,715	1	1-1	114274	<0,001
Inmigrante	348	2,61	1,888	1	1-5		
Variables						$\chi^2(gl)^b$	p
<i>Profesión (n=1276)</i>							
Profesionales sexo	149	4,84	0,685	5	5-5	653,456 (2)	<0,001
Otras profesiones	629	1,22	0,566	1	1-1		
Estudiante	498	1,21	0,571	1	1-1		
<i>Situación laboral (n=1232)</i>							
Activo	543	2,15	1,671	1	1-4	114,031 (3)	<0,001
Parado	183	1,24	0,709	1	1-1		
Jubilado	11	1,45	1,036	1	1-1		
Estudiante	495	1,22	0,572	1	1-1		
<i>Nivel de instrucción (n=1254)</i>							
Sin estudios	12	2,08	1,782	1	1-4,25	58,740 (4)	<0,001
Primarios	205	2,09	1,685	1	1-3		
Secundarios	276	2,03	1,628	1	1-3		
FP	145	1,47	1,068	1	1-1		
Superiores	636	1,28	0,720	1	1-1		
<i>Estado civil (n=1344)</i>							
Soltero	1107	1,61	1,259	1	1-1	0,116 (3)	0,990
Casado/Pareja hecho	159	1,64	1,223	1	1-1		
Separado /Divorciado	72	1,60	1,263	1	1-1		
Viudo	6	1,67	1,633	1	1-2		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = -4,054; Z nacionalidad = -12,512)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

Parejas en el último año

La correlación realizada con la edad no mostró asociación significativa, con un coeficiente de correlación de Spearman de -0,044 y un valor de p de 0,105 (n=1339). Al analizar la relación con respecto al resto de variables sociodemográficas (tabla 15), no se encontró asociación significativa con el sexo. En el resto de variables sí se obtuvieron diferencias estadísticamente (Nacionalidad: $U = 113491$, $p < 0,001$; Profesión: $\chi^2 = 405,830$, $gl = 2$, $p < 0,001$; Situación laboral: $\chi^2 = 51,518$, $gl = 3$, $p < 0,001$; Nivel de Instrucción: $\chi^2 = 15,467$, $gl = 4$, $p = 0,004$; Estado civil: $\chi^2 = 29,216$, $gl = 3$, $p < 0,001$).

Tabla 15. Parejas en el último año vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>Me</i>	<i>RIC</i>	Prueba	
						<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Sexo (n=1339)</i>							
Hombre	716	2,52	1,404	2	1-3	214082,5	0,192
Mujer	623	3,03	2,239	2	1-4		
<i>Nacionalidad (n=1326)</i>							
Española	979	2,32	1,348	2	1-3	113491	<0,001
Inmigrante	347	3,95	2,490	3	2-7		
<i>Variables</i>						$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>
<i>Profesión (n=1266)</i>							
Profesionales sexo	148	6,76	0,770	7	7-7	405,830 (2)	<0,001
Otras profesiones	624	2,18	1,684	2	1-3		
Estudiante	494	2,36	1,190	2	1-3		
<i>Situación laboral (n=1219)</i>							
Activo	538	3,39	2,270	3	1-5	51,518 (3)	<0,001
Parado	179	2,22	1,416	2	1-3		
Jubilado	11	2	1,265	1	1-3		
Estudiante	491	2,36	1,193	2	1-3		
<i>Nivel de instrucción (n=1262)</i>							
Sin estudios	12	2,83	2,623	1	1-6	15,467 (4)	0,004
Primarios	196	3,23	2,459	2	1-6		
Secundarios	282	3,22	2,201	3	1-5		
FP	141	2,64	1,712	2	1-3,5		
Superiores	631	2,39	1,267	2	1-3		
<i>Estado civil (n=1329)</i>							
Soltero	1101	2,81	1,814	3	1-4	29,216 (3)	<0,001
Casado/Pareja hecho	153	2,29	2,023	1	1-3		
Separado /Divorciado	69	2,65	1,705	2	1-3		
Viudo	6	2,33	2,422	1	1-4		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = -1,306; Z nacionalidad = -9,469)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

Vida sexual

Se obtuvo asociación estadísticamente significativa, directa y leve entre la vida sexual y la edad (n=379, Coeficiente de correlación de Spearman = 0,110, p=0,032).

También se hallaron asociaciones significativas con el sexo (U = 15175, p = 0,005), nacionalidad (U = 10862, p = 0,001), profesión ($\chi^2 = 77,364$, gl = 2, p < 0,001) y nivel de instrucción ($\chi^2 = 17,831$, gl = 3, p < 0,001).

Las asociaciones se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Vida sexual vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>Me</i>	<i>RIC</i>	<i>Prueba</i>	
						<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Sexo (n=379)</i>							
Hombre	200	1,92	0,856	2	1-3	15175	0,005
Mujer	179	1,69	0,887	1	1-3		
<i>Nacionalidad (n=377)</i>							
Española	278	1,72	0,841	1	1-3	10862	0,001
Inmigrante	99	2,08	0,922	2	1-3		
<i>Variables</i>						$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>
<i>Profesión (n=365)</i>							
Profesionales sexo	39	3	0	3	-	77,364 (2)	<0,001
Otras profesiones	180	1,75	0,877	1	1-3		
Estudiante	146	1,57	0,733	1	1-2		
<i>Situación laboral (n=347)</i>							
Activo	143	2,01	0,923	2	1-3	17,831 (3)	<0,001
Parado	56	1,88	0,955	1	1-3		
Jubilado	2	2,50	0,707	2,5	-		
Estudiante	146	1,57	0,733	1	1-2		
<i>Nivel de instrucción (n=352)</i>							
Sin estudios	4	1,50	1	1	1-2,5	3,254 (4)	0,516
Primarios	46	1,93	0,975	1,5	1-3		
Secundarios	79	1,90	0,914	2	1-3		
FP	35	1,66	0,838	1	1-2		
Superiores	188	1,77	0,826	2	1-2,75		
<i>Estado civil (n=373)</i>							
Soltero	314	1,82	0,871	2	1-3	2,620 (3)	0,454
Casado/Pareja hecho	42	1,81	0,890	1,5	1-3		
Separado /Divorciado	15	1,47	0,834	1	1-2		
Viudo	2	2	1,414	2	-		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = -2,788; Z nacionalidad = -3,391)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

Edad primera relación sexual

La correlación de esta variable con la edad, mostró una asociación significativa, que en base al coeficiente de correlación es directa y leve (n=840, Coeficiente de correlación de Spearman = 0,208, p < 0,001).

Del resto de variables sociodemográficas, también se halló significación estadística en las variables Profesión ($\chi^2 = 12,698$, gl = 2, p = 0,002), Nivel de instrucción ($\chi^2 = 32,882$, gl = 4, p < 0,001) y Estado civil ($\chi^2 = 12,148$, gl = 3, p = 0,007).

Las asociaciones se pueden consultar con detalle en la tabla 17.

Tabla 17. Edad primera relación sexual vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>Me</i>	<i>RIC</i>	<i>Prueba</i>	
						<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Sexo (n=840)</i>							
Hombre	371	17,51	2,781	17	16-18	84543	0,477
Mujer	469	17,86	3,245	17	16-19		
<i>Nacionalidad (n=835)</i>							
Española	607	17,81	3,126	17	16-19	64281	0,109
Inmigrante	228	17,39	2,827	17	16-18		
<i>Variables</i>						$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>
<i>Profesión (n=809)</i>							
Profesionales sexo	102	16,88	2,270	17	15-18	12,698 (2)	0,002
Otras profesiones	368	18,14	3,619	17,5	16-19		
Estudiante	339	17,42	2,466	17	16-18		
<i>Situación laboral (n=772)</i>							
Activo	315	17,91	3,308	17	16-19	1,922 (3)	0,589
Parado	116	17,80	3,786	17	16-19,75		
Jubilado	4	16,50	3,109	16,5	13,5-19,5		
Estudiante	337	17,44	2,461	17	16-18		
<i>Nivel de instrucción (n=797)</i>							
Sin estudios	10	17	2,944	16,5	15-18	32,882 (4)	<0,001
Primarios	103	16,64	2,547	16	15-18		
Secundarios	173	17,39	3,024	17	16-18		
FP	86	17,58	3,489	17	16-18		
Superiores	425	18,09	2,929	18	16-19		
<i>Estado civil (n=835)</i>							
Soltero	723	17,76	3,047	17	16-19	12,148 (3)	0,007
Casado/Pareja hecho	74	17,78	3,262	17	16-19,25		
Separado /Divorciado	36	16,28	2,212	16	15-17,75		
Viudo	2	15,50	0,707	15,5	-		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z sexo = -0,711; Z nacionalidad = -1,601)

b. Prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Elaboración propia

Conducta sexual

La tabla 18 muestra los resultados hallados al comparar esta variable con las variables sociodemográficas del estudio. Tal y como se puede observar, la conducta sexual se asoció significativamente con el sexo ($\chi^2 = 170,916$, $gl = 2$, $p < 0,001$), nacionalidad ($\chi^2 = 38,061$, $gl = 2$, $p < 0,001$) y profesión ($\chi^2 = 25,307$, $gl = 4$, $p < 0,001$). No se hallaron asociaciones significativas con respecto a la edad, situación laboral, nivel de instrucción y estado civil, si bien hay que considerar que en algunas asociaciones se obtuvieron valores de p significativos, pero que no se pudieron asumir al no cumplirse las condiciones exigidas para el test de la Chi cuadrado. Probablemente agrupando las categorías, se pudiera obtener una asociación más definida en este sentido.

Tabla 18. Conducta sexual vs variables sociodemográficas

Variables	Heterosexual			Bisexual			Homosexual			Prueba	
	n	\bar{X}	D.t.	n	\bar{X}	D.t.	n	\bar{X}	D.t.	χ^2 (gl) ^a	p
Edad (n=1408)	1167	29,12	8,921	53	28,03	9,711	188	28,37	8,767	3,126(2)	0,210
Variables	n	%	%	n	%	%	n	%	%	χ^2(gl)^b	p
Sexo (n=1408)											
Hombre	541	71,1%		39	5,1%		181	23,8%		170,916 (2)	<0,001
Mujer	626	96,8%		14	2,2%		7	1,1%			
Nacionalidad (n=1393)											
Española	815	79,3%		44	4,3%		169	16,4%		38,061 (2)	<0,001
Inmigrante	340	93,2%		9	2,5%		16	4,4%			
Profesión (n=1317)											
Profesionales sexo	140	95,9%		3	2,1%		3	2,1%		25,307 (4)	<0,001
Otras profesiones	533	82,4%		22	3,4%		92	14,2%			
Estudiante	411	78,4%		27	5,2%		86	16,4%			
Situación laboral (n=1274)											
Activo	461	84%		15	2,7%		73	13,3%		13,745 (6)	<0,033 ^c
Parado	168	87,5%		7	3,6%		17	8,9%			
Jubilado	9	75%		0	0%		3	25%			
Estudiante	408	78,3%		27	5,2%		86	16,5%			
Nivel de instrucción (n=1322)											
Sin estudios	11	91,7%		0	0%		1	8,3%			
Primarios	200	93,5%		7	3,3%		7	3,3%		38,815 (8)	<0,001 ^d
Secundarios	250	85,6%		13	4,5%		29	9,9%			
FP	113	79%		5	3,5%		25	17,5%			
Superiores	513	77,6%		26	3,9%		122	18,5%			
Estado civil (n=1397)											
Soltero	926	80,4%		44	3,8%		182	15,8%		36,189 (6)	<0,001 ^e
Casado/Pareja hecho	154	94,5%		7	4,3%		2	1,2%			
Separado /Divorciado	71	94,7%		2	2,7%		2	2,7%			
Viudo	7	100%		0	0%		0	0%			

a. Prueba de Kruskal Wallis. Me (RIC): Heterosexual= 27 (23-33); Bisexual= 26(21-31,5); Homosexual= 26 (22-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. Asociación no válida ya que 2 casillas (16,7%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

d. Asociación no válida ya que 2 casillas (13,3%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

e. Asociación no válida ya que 3 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

Tiene pareja habitual

Al comparar esta variable con las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, únicamente se observó asociación significativa con la variable Profesión ($\chi^2 = 10,580$, gl = 2, p = 0,005) y con la variable Situación Laboral ($\chi^2 = 10,048$, gl = 3, p = 0,018).

Se descartó la asociación con el estado civil, ya que no se cumplieron los criterios del test de la Chi cuadrado.

El resto de asociaciones se pueden consultar en la tabla 19.

Tabla 19. Tiene pareja habitual vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>Sí</i>			<i>No</i>			<i>Prueba</i>	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>U^a</i>	<i>p</i>
<i>Edad (n=1336)</i>	851	29,235	8,850	485	28,746	9,119	197057,5	0,169
<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	$\chi^2(\text{gl})^b$		<i>p</i>	
<i>Sexo (n=1336)</i>								
Hombre	456	62,6%	272	37,4%	0,778 (1)		0,378	
Mujer	395	65%	213	35%				
<i>Nacionalidad (n=1323)</i>								
Española	627	63,7%	358	36,3%	0,013 (1)		0,910	
Inmigrante	214	63,3%	124	36,7%				
<i>Profesión (n=1252)</i>								
Profesionales sexo	73	56,2%	57	43,8%	10,580 (2)		0,005	
Otras profesiones	426	67,6%	204	32,4%				
Estudiante	294	59,8%	198	40,2%				
<i>Situación laboral (n=1210)</i>								
Activo	353	67,5%	170	32,5%	10,048 (3)		0,018	
Parado	106	57%	80	43%				
Jubilado	6	54,5%	5	45,5%				
Estudiante	292	59,6%	198	40,04%				
<i>Nivel de instrucción (n=1260)</i>								
Sin estudios	9	75%	3	25%	5,828 (4)		0,212	
Primarios	144	70,2%	61	29,8%				
Secundarios	177	64,4%	98	35,6%				
FP	84	61,3%	53	38,7%				
Superiores	390	61,8%	241	38,2%				
<i>Estado civil (n=1326)</i>								
Soltero	664	60,9%	427	39,1%	45,559(3)		<0,001 ^c	
Casado/Pareja hecho	136	88,3%	18	11,7%				
Separado /Divorciado	43	57,3%	32	42,7%				
Viudo	4	66,7%	2	33,3%				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z = -1,375). Me (RIC): Sí= 27 (23-33); No=26 (23-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. Asociación no válida ya que 2 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

Contacto con profesionales del sexo

La tabla 20 muestra las asociaciones encontradas, siendo significativas en la edad (U = 16217, p <0,001), sexo ($\chi^2 = 32,963$, gl = 1, p <0,001, OR Hombre / Mujer = 37,71), profesión ($\chi^2 = 35,289$, gl = 1, p <0,001, OR Otras profesiones / Estudiante =4,75) y estado civil ($\chi^2 = 36,319$, gl = 2, p <0,001). Las asociaciones para nivel de instrucción y situación laboral se descartaron por problemas con el test estadístico. Los valores de OR para el sexo y la profesión, muestran que ser hombre y estar trabajando es el perfil con más probabilidad de tener contacto con profesionales del sexo, frente al resto de categorías que incluyen ambas variables (mujer y estudiante).

Tabla 20. Contacto con profesional del sexo vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>U</i> ^a	<i>p</i>
<i>Edad (n=564)</i>	129	35,67	11,290	435	25,52	8,961	16217	<0,001
<i>Variables</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2 (gl) ^b		<i>p</i>	
<i>Sexo (n=564)</i>								
Hombre	128	27,6%	336	72,4%	32,963 (1)		<0,001 ^c	
Mujer	1	1%	99	99%				
<i>Nacionalidad (n=557)</i>								
Española	109	22,9%	366	77,1%	0,002 (1)		0,965	
Inmigrante	19	23,2%	63	76,8%				
<i>Profesión (n=533)</i>								
Otras profesiones	102	30,6%	231	69,4%	35,289 (1)		<0,001 ^d	
Estudiante	17	8,5%	183	91,5%				
<i>Situación laboral (n=512)</i>								
Activo	70	32,6%	145	67,4%				
Parado	26	28,3%	66	71,7%	36,905 (3)		<0,001 ^e	
Jubilado	2	33,3%	4	66,7%				
Estudiante	17	8,5%	182	91,5%				
<i>Nivel de instrucción (n=530)</i>								
Sin estudios	2	50%	2	50%				
Primarios	38	44,7%	47	55,3%	55,542 (4)		<0,001 ^f	
Secundarios	36	33,6%	71	66,4%				
FP	19	22,6%	65	77,4%				
Superiores	25	10%	225	90%				
<i>Estado civil (n=561)</i>								
Soltero	78	17,4%	369	82,6%				
Casado/Pareja hecho	35	45,5%	42	54,5%	36,319 (2)		<0,001	
Separado /Divorciado	15	40,5%	22	59,5%				
Viudo	0	0%	0	0%				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z = -7,293). Me (RIC): Sí= 35 (27-42); No= 26 (22-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. OR (Hombre / Mujer) =37,71 (IC95%=5,20-273,24)

d. OR (Otras profesiones / Estudiante) =4,75 (IC95%=2,74-8,22)

e. Asociación no válida ya que 2 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

f. Asociación no válida ya que 2 casillas (20%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

Tiene síntomas pareja habitual

Los resultados de la comparación entre esta variable y las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la tabla 21. En ella se puede observar que los factores que generaron asociación estadísticamente significativa fueron el sexo ($\chi^2 = 10,175$, $gl = 1$, $p = 0,001$, OR Hombre / Mujer = 1,86), la nacionalidad ($\chi^2 = 8,557$, $gl = 1$, $p = 0,003$, OR Española / Inmigrante = 2) y la profesión ($\chi^2 = 14,378$, $gl = 2$, $p = 0,001$). La OR para sexo indica que los hombres tienen 1,86 veces más probabilidad de tener pareja habitual que las mujeres. La probabilidad es 2 veces mayor en la población española frente a la población inmigrante.

Tabla 21. Tiene síntomas pareja habitual vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	U^a	<i>p</i>
<i>Edad (n=461)</i>	178	28,29	8,590	283	29,62	8,812	22778,5	0,083
<i>Variables</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2(gl)^b$		<i>p</i>	
<i>Sexo (n=461)</i>								
Hombre	112	45,3%	135	54,7%	10,175 (1)		0,001 ^c	
Mujer	66	30,8%	148	69,2%				
<i>Nacionalidad (n=455)</i>								
Española	145	42,3%	198	57,7%	8,557 (1)		0,003 ^d	
Inmigrante	30	26,8%	82	73,2%				
<i>Profesión (n=436)</i>								
Profesionales sexo	4	10,5%	34	89,5%	14,378 (2)		0,001	
Otras profesiones	99	41,9%	137	58,1%				
Estudiante	68	42%	94	58%				
<i>Situación laboral (n=426)</i>								
Activo	71	36,4%	124	63,3%	2,854 (3)		0,415	
Parado	25	36,8%	43	63,2%				
Jubilado	1	100%	0	0%				
Estudiante	68	42%	94	58%				
<i>Nivel de instrucción (n=431)</i>								
Sin estudios	3	60%	2	40%	8,393 (4)		0,078	
Primarios	23	32,9%	47	67,1%				
Secundarios	28	32,6%	58	67,4%				
FP	27	54%	23	46%				
Superiores	89	40,5%	131	59,5%				
<i>Estado civil (n=458)</i>								
Soltero	150	40,2%	223	59,8%	2,964 (3)		0,397	
Casado/Pareja hecho	20	32,3%	42	67,7%				
Separado /Divorciado	7	33,3%	14	66,7%				
Viudo	0	0%	2	100%				

a. Prueba U de Mann-Whitney ($Z = -1,732$). Me (RIC): Sí= 26 (22-32,25); No= 27 (23-34)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. OR (Hombre / Mujer) = 1,86 (IC95%=1,268-2,729)

d. OR (Española / Inmigrante) = 2 (IC95%=1,25-3,20)

Fuente: Elaboración propia

Utiliza drogas

Las asociaciones significativas de esta variable se dieron con la edad ($U = 52611,5$, $p < 0,001$) y la nacionalidad ($\chi^2 = 3,883$, $gl = 1$, $p = 0,049$, OR (Española / Inmigrante) = 1,42). En esta última, se observa que la probabilidad de consumo de drogas es mayor en la población española frente a la inmigrante.

Se descartaron las asociaciones halladas para situación laboral y estado civil, por no cumplir criterios exigidos en el test estadístico.

Los resultados detallados se pueden consultar en la tabla 22.

Tabla 22. Utiliza drogas vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	U^a	<i>p</i>
<i>Edad (n=750)</i>	267	26,88	6,403	483	29,80	9,110	52611,5	<0,001
<i>Variables</i>	n	%	n	%	$\chi^2(gl)^b$	p		
<i>Sexo (n=750)</i>								
Hombre	154	37,9%	252	62,1%	2,098 (1)	0,147		
Mujer	113	32,8%	231	67,2%				
<i>Nacionalidad (n=742)</i>								
Española	206	37,8%	339	62,2%	3,883 (1)	0,049 ^c		
Inmigrante	59	29,9%	138	70,1%				
<i>Profesión (n=706)</i>								
Profesionales sexo	31	34,4%	59	65,6%	0,702 (2)	0,704		
Otras profesiones	118	34,5%	224	65,5%				
Estudiante	103	37,6%	171	62,4%				
<i>Situación laboral (n=680)</i>								
Activo	88	29,5%	210	70,5%	15,701 (3)	0,001 ^d		
Parado	53	50,5%	52	49,5%				
Jubilado	1	20%	4	80%				
Estudiante	101	37,1%	171	62,9%				
<i>Nivel de instrucción (n=704)</i>								
Sin estudios	3	37,5%	5	62,5%	8,485 (4)	0,075		
Primarios	38	36,5%	66	63,5%				
Secundarios	52	33,8%	102	66,2%				
FP	45	49,5%	46	50,5%				
Superiores	116	33,4%	231	66,6%				
<i>Estado civil (n=745)</i>								
Soltero	237	38%	386	62%	15,287 (3)	0,002 ^e		
Casado/Pareja hecho	13	17,1%	63	82,9%				
Separado /Divorciado	14	33,3%	28	66,6%				
Viudo	0	0%	4	100%				

a. Prueba U de Mann-Whitney ($Z = -4,184$). Me (RIC): Sí= 25 (22-30); No= 27 (23-34)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. OR (Española / Inmigrante) = 1,42 (IC95%=1,001-2,01)

d. Asociación no válida ya que 2 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

e. Asociación no válida ya que 2 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

ITS anteriores

Tan sólo la edad generó asociación estadísticamente significativa con esta variable (U = 101684,5, p = 0,011). Los resultados de la asociación con el resto de variables se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. ITS anteriores vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	U ^a	<i>p</i>
<i>Edad (n=1164)</i>	248	30,37	10,056	916	28,340	8,191	101684,5	0,011
<i>Variables</i>	n	%	n	%	$\chi^2(\text{gl})^b$		p	
<i>Sexo (n=1164)</i>								
Hombre	132	20,7%	507	79,3%	0,355 (1)		0,551	
Mujer	116	22,1%	409	77,9%				
<i>Nacionalidad (n=1151)</i>								
Española	180	21,1%	674	78,9%	0,172 (1)		0,678	
Inmigrante	66	22,2%	231	77,8%				
<i>Profesión (n=1086)</i>								
Profesionales sexo	32	27,6%	84	72,4%	3,763 (2)		0,152	
Otras profesiones	107	20,1%	425	79,9%				
Estudiante	86	19,6%	352	80,4%				
<i>Situación laboral (n=1044)</i>								
Activo	100	22,5%	345	77,5%	2,049 (3)		0,562	
Parado	30	19,5%	124	80,5%				
Jubilado	3	33,3%	6	66,7%				
Estudiante	86	19,7%	350	80,3%				
<i>Nivel de instrucción (n=1095)</i>								
Sin estudios	1	11,1%	8	88,9%	4,175 (4)		0,383	
Primarios	40	23,3%	132	76,7%				
Secundarios	44	17,4%	209	82,6%				
FP	26	22%	92	78%				
Superiores	125	23%	418	77%				
<i>Estado civil (n=1155)</i>								
Soltero	195	20,3%	764	79,7%	6,311 (3)		0,097	
Casado/Pareja hecho	39	28,7%	97	71,3%				
Separado /Divorciado	12	21,8%	43	72,8%				
Viudo	0	0%	5	100%				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z = -2,537) . Me (RIC): Sí=27,5 (23-35,75); No= 26 (23-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

Fuente: Elaboración propia

III.8. Infecciones de Transmisión Sexual en función de características sociodemográficas, atención clínica e indicadores de riesgo

Diagnóstico ITS vs variables sociodemográficas

La tabla 24 muestra los resultados del análisis comparativo entre estas dos variables, observándose que la edad (U = 43793,5, p = 0,001) el sexo ($\chi^2 = 15,466$, gl = 1, p

<0,001, OR Hombre / Mujer =0,516) y la profesión ($\chi^2 = 13,983$, gl = 2, p = 0,001) son factores asociados a la aparición de ITS. En el caso del sexo, se muestra que la probabilidad de aparición de una ITS es mayor en las mujeres que en los hombres.

Al igual que ha ocurrido en casos anteriores, se descartó la asociación con el estado civil debido a los problemas de ajuste con el test de la Chi cuadrado.

Tabla 24. ITS vs variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	U^a	p
<i>Edad (n=678)</i>	444	28,059	8,302	234	30,966	10,703	43793,5	0,001
<i>Variables</i>	n	%	n	%	$\chi^2(\text{gl})^b$		p	
<i>Sexo (n=678)</i>								
Hombre	232	59,3%	159	40,7%	15,466 (1)		<0,001 ^c	
Mujer	212	73,9%	75	26,1%				
<i>Nacionalidad (n=671)</i>								
Española	329	64,4%	182	35,6%	1,706 (1)		0,191	
Inmigrante	112	70%	48	30%				
<i>Profesión (n=630)</i>								
Profesionales sexo	70	84,7%	13	15,3%	13,983 (2)		0,001	
Otras profesiones	202	63,9%	114	36,1%				
Estudiante	148	64,6%	81	35,4%				
<i>Situación laboral (n=615)</i>								
Activo	204	67,5%	98	32,5%				
Parado	46	59,7%	31	40,3%	1,977 (3)		0,577	
Jubilado	4	57,1%	3	42,9%				
Estudiante	148	64,6%	81	35,4%				
<i>Nivel de instrucción (n=640)</i>								
Sin estudios	2	50%	2	50%				
Primarios	75	64,7%	41	35,3%	1,433 (4)		0,838	
Secundarios	95	63,3%	55	36,7%				
FP	49	70%	21	30%				
Superiores	198	66%	102	34%				
<i>Estado civil (n=675)</i>								
Soltero	369	67,8%	175	32,2%				
Casado/Pareja hecho	42	45,7%	50	54,3%	19,787 (3)		<0,001 ^d	
Separado /Divorciado	29	76,3%	9	23,7%				
Viudo	1	100%	0	0%				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z=-3,368). Me (RIC=: Si= 26 (22-32); No= 27 (24-36)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. OR (Hombre / Mujer) =0,516 (IC95%=0,370-0,719)

d. Asociación no válida ya que 2 casillas (25%) tuvieron un recuento esperado menor que 5

Fuente: Elaboración propia

Diagnóstico ITS vs atención clínica

En este bloque, destacaron como factores asociados a las ITS tanto el número de consultas posteriores (U = 44773,5, p = 0,03) como el número de nuevos episodios

posteriores ($U = 41973$, $p < 0,001$), al igual que el motivo de consulta ($\chi^2 = 8,115$, $gl = 3$, $p = 0,044$). Todos los resultados de este análisis están disponibles en la tabla 25.

Tabla 25. ITS vs atención clínica

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	U^a	<i>p</i>
<i>Número de consultas posteriores (n=675)</i>	442	1,30	1,413	233	0,94	1,013	44773,5	0,03
<i>Número de nuevos episodios posteriores (n=675)</i>	443	0,79	1,242	232	0,34	0,670	41973	<0,001
<i>Variables</i>	n	%	n	%	$\chi^2(gl)^b$		p	
<i>Motivo de consulta (n=678)</i>								
Síntomas	279	65%	150	35%				
Control	9	45%	11	55%	8,115 (3)		0,044	
Seguimiento contactos	4	40%	6	60%				
VIH	152	69,4%	67	30,6%				
<i>Consulta previa (n=536)</i>								
Sí	198	66,4%	100	33,6%	2,423 (1)		0,120	
No	173	72,7%	65	27,3%				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z consultas posteriores = -2,931; Z episodios nuevos = -4,583). Consultas posteriores, Me (RIC): Sí= 1 (0-2); No= 1 (0-1) / Episodios nuevos, Me (RIC): Sí=0 (0-1); No=0 (0-1)

b. Chi cuadrado de Pearson

Fuente: Elaboración propia

Diagnóstico ITS vs indicadores de riesgo

Por último, en relación a los indicadores de riesgo (tabla 26), los resultados se muestran en la tabla 26. Como factores con asociación significativa con la ITS, encontramos el tiempo transcurrido desde el último contacto sin preservativo ($U = 13354$, $p = 0,002$), parejas en el último mes ($U = 38312,5$, $p < 0,001$), parejas en el último año ($U = 36123$, $p < 0,001$) y edad de la primera relación sexual ($U = 8171$, $p = 0,003$), dentro de las variables cuantitativas.

En cuanto a las variables cualitativas, destacaron el tener contacto con profesionales del sexo ($\chi^2 = 14,520$, $gl = 1$, $p < 0,001$, OR Sí/No =0,32) y el consumo de drogas ($\chi^2 = 5,928$, $gl = 1$, $p = 0,015$).

Tabla 26. ITS vs indicadores de riesgo

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	U^a	<i>p</i>
<i>Días último contacto sin preservativo (n=385)</i>	260	2,40	0,835	225	2,70	0,882	13354	0,002
<i>Parejas último mes (n=636)</i>	424	1,87	1,486	212	1,40	1,009	38312,5	<0,001
<i>Parejas último año (n=633)</i>	422	3,04	2,065	211	2,32	1,594	36123	<0,001
<i>Vida sexual (n=145)</i>	99	1,97	0,886	46	1,83	0,902	2075,5	0,357
<i>Edad primera relación sexual (n=322)</i>	233	17,47	3,102	89	18,8	2,871	8171	0,003

Tabla 26. ITS vs indicadores de riesgo

<i>Variables</i>	n	%	n	%	<i>Continuación</i>	
					$\chi^2(\text{gl})^b$	p
<i>Conducta sexual (n=657)</i>						
Heterosexual	354	64,7%	193	35,3%	3,393 (2)	0,183
Bisexual	17	58,6%	12	41,4%		
Homosexual	60	74,1%	21	25,9%		
<i>Tiene pareja habitual (n=635)</i>						
Sí	284	66,2%	145	33,8%	0,002 (1)	0,964
No	136	66%	70	34%		
<i>Contacto con profesionales del sexo (n=263)</i>						
Sí	24	41,4%	34	58,6%	14,520(1)	<0,001 ^c
No	141	68,8%	64	31,2%		
<i>Tiene síntomas pareja habitual (n=244)</i>						
Sí	68	66,7%	34	33,3%	0,150 (1)	0,698
No	98	69%	44	31%		
<i>Utiliza drogas (n=288)</i>						
Sí	79	76,7%	24	23,3%	5,928 (1)	0,015 ^d
No	116	62,7%	69	37,3%		
<i>ITS anteriores (n=542)</i>						
Sí	268	65%	144	35%	0,771 (1)	0,380
No	90	69,2%	40	30,8%		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z días preservativos = -3,081; Z parejas mes = -3,898; Z parejas año = -4,000; Z vida sexual = -0,921; Z edad relación = -2,975). Días preservativo, Me (RIC): Sí= 2 (2-3); No= 3 (2-3) / Parejas mes, Me (RIC): Sí= 1 (1-2); No= 1 (1-1) / Parejas año, Me (RIC): Sí= 3 (1-4); No= 2 (1-3) / Vida sexual, Me (RIC): Sí= 2 (1-3); No= 1,5 (1-3) / Edad primera relación, Me (RIC): Sí= 17 (16-18); No= 18 (17-19)

b. Chi cuadrado de Pearson

c. OR (Sí/No)=0,32 (IC 95%= 0,176-0,584)

d. OR (Sí/No)= 1,95 (IC 95%= 1,13-3,37)

Fuente: Elaboración propia

III.9. Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo no crisis (2000-2007) frente al periodo de crisis (2008-2014)

Comparación del perfil sociodemográfico, atención clínica e indicadores de riesgo en ambos periodos

Respecto al perfil sociodemográfico, los resultados muestran que en ambos periodos las poblaciones eran homogéneas en cuanto a edad, situación laboral y estado civil, encontrando diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, nacionalidad, profesión y nivel de instrucción.

Los resultados detallados se pueden consultar en la tabla 27.

Tabla 27. Características sociodemográficas en el periodo crisis vs no crisis

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>U</i> ^a	<i>p</i>
<i>Edad (n=1437)</i>	690	28,99	9,040	747	28,92	8,780	257509	0,979
<i>Variables</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2(\text{gl})$ ^b	<i>p</i>		
<i>Sexo (n=1437)</i>								
Hombre	397	51,2%	378	48,8%	6,941 (1)	0,008		
Mujer	293	44,3%	369	55,7%				
<i>Nacionalidad (n=1421)</i>								
Española	530	50,6%	517	49,4%	7,739 (1)	0,005		
Inmigrante	158	42,2%	216	57,8%				
<i>Profesión (n=1343)</i>								
Profesionales sexo	61	40,9%	88	59,1%	8,147 (2)	0,017		
Otras profesiones	353	53,4%	308	46,6%				
Estudiante	261	49%	272	51%				
<i>Situación laboral (n=1298)</i>								
Activo	265	47,3%	295	52,7%	3,900 (3)	0,272		
Parado	107	54,9%	88	45,1%				
Jubilado	5	35,8%	8	61,5%				
Estudiante	261	49,2%	269	50,8%				
<i>Nivel de instrucción (n=1350)</i>								
Sin estudios	7	58,3%	5	41,7%	25,645 (4)	<0,001		
Primarios	88	40%	132	60%				
Secundarios	122	41,1%	175	58,9%				
FP	87	59,6%	59	40,4%				
Superiores	357	52,9%	318	47,1%				
<i>Estado civil (n=1426)</i>								
Soltero	579	49,3%	596	50,7%	7,150 (3)	0,067		
Casado/Pareja hecho	65	38,7%	103	61,3%				
Separado /Divorciado	39	51,3%	37	48,7%				
Viudo	4	57,1%	3	42,9%				

a. Prueba U de Mann-Whitney ($Z = -0,26$). Me (RIC): Sí= 27 (23-33); No= 26 (23-32)

b. Chi cuadrado de Pearson

Fuente: Elaboración propia

En relación a la atención clínica recibida, se hallaron diferencias significativas en la mayoría de variables analizadas: Número de consultas posteriores, Motivo de consulta y Consulta previa. No hubo diferencias en el número de nuevos episodios posteriores.

Los resultados detallados se pueden consultar en la tabla 28.

Tabla 28. Atención clínica en el periodo crisis vs no crisis

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>U</i> ^a	<i>p</i>
<i>Número de consultas posteriores (n=1432)</i>	687	1,22	1,048	745	1	1,064	221185,5	<0,001
<i>Número de nuevos episodios posteriores (n=1432)</i>	685	0,42	0,954	747	0,41	0,929	252943	0,621
<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>		
<i>Motivo de consulta (n=1437)</i>								
Síntomas	212	45,8%	251	54,2%				
Control	10	21,3%	37	78,7%	42,884(3)	<0,001		
Seguimiento contactos	0	0%	25	100%				
VIH	468	51,9%	434	48,1%				
<i>Consulta previa (n=1059)</i>								
Sí	202	53,6%	175	46,4%	7,155 (1)	0,007		
No	423	62%	259	38%				

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z consultas posteriores = -4,856; Z episodios nuevos = -0,465). Consultas posteriores, Me (RIC): Sí= 1 (1-1); No= 1 (0-1) / Episodios nuevos, Me (RIC): Sí= 0 (0-0); No= 0 (0-1)

b. Chi cuadrado de Pearson

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en cuanto a los indicadores de riesgo, se observa que las diferencias entre ambas poblaciones se hallaron en el tiempo transcurrido desde el último contacto sin preservativo, la edad de la primera relación sexual, conducta sexual y contacto con profesionales del sexo. La población fue homogénea en el resto de variables incluidas en este bloque (tabla 29).

Tabla 29. Indicadores de riesgo en el periodo crisis vs no crisis

<i>Variables</i>	Sí			No			Prueba	
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>D.t.</i>	<i>U</i> ^a	<i>p</i>
<i>Días último contacto sin preservativo (n=933)</i>	504	2,52	0,873	429	2,79	0,943	93602,5	<0,001
<i>Parejas último mes (n=1355)</i>	676	1,58	1,223	679	1,67	1,328	223624,5	0,279
<i>Parejas último año (n=1339)</i>	668	2,72	1,759	671	2,79	1,949	222176	0,778
<i>Vida sexual (n=379)</i>	212	1,74	0,874	167	1,91	0,924	16062	0,092
<i>Edad primera relación sexual (n=840)</i>	498	17,79	2,897	342	18,02	3,240	75834	0,006
<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	$\chi^2(\text{gl})^b$	<i>p</i>		
<i>Conducta sexual (n=1408)</i>								
Heterosexual	515	44,1%	652	55,9%				
Bisexual	36	67,9%	17	32,1%	41,179(2)	<0,001		
Homosexual	125	66,5%	63	33,5%				
<i>Tiene pareja habitual (n=1336)</i>								
Sí	414	48,6%	437	51,4%	1,907 (1)	0,167		
No	255	52,6%	230	47,4%				
<i>Contacto con profesionales del sexo (n=564)</i>								
Sí	53	41,1%	76	58,9%	6,905 (1)	0,009		
No	236	54,3%	199	45,7%				

Tabla 29. Indicadores de riesgo en el periodo crisis vs no crisis

Variables	Continuación					
	n	%	n	%	$\chi^2(\text{gl})^b$	p
<i>Tiene síntomas pareja habitual (n=461)</i>						
Sí	111	62,4%	67	37,6%	0,512 (1)	0,474
No	167	59%	116	41%		
<i>Utiliza drogas (n=750)</i>						
Sí	148	55,4%	119	44,6%	0,000 (1)	0,988
No	268	55,5%	215	44,5%		
<i>ITS anteriores (n=1164)</i>						
Sí	409	44,7%	507	55,3%	0,355 (1)	0,551
No	116	46,8%	132	53,2%		

a. Prueba U de Mann-Whitney (Z días preservativos = -3,811; Z parejas mes = -1,083; Z parejas año = -0,282; Z vida sexual = -1,687; Z edad relación = -2,728). Días preservativo, Me (RIC): Sí= 2 (2-3); No= 3 (2-3) / Parejas mes, Me (RIC): Sí= 1 (1-1); No= 1 (1-2) / Parejas año, Me (RIC): Sí= 2 (1-4); No= 2 (1-3) / Vida sexual, Me (RIC): Sí= 1 (1-2,75); No= 2 (1-3) / Edad primera relación, Me-RIC: Sí= 17 (16-18); No= 18 (16-19)

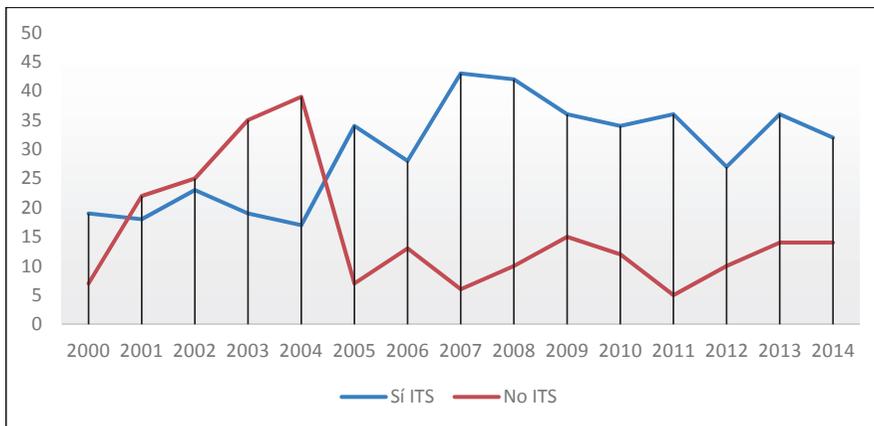
b. Chi cuadrado de Pearson

Fuente: Elaboración propia

Infecciones de Transmisión Sexual en cada periodo

Al analizar la presencia de ITS entre el periodo crisis y no crisis, se observó que durante el periodo de no crisis el porcentaje de diagnósticos positivos fue del 56,6% (n=201) frente al 43,4% (n=154) de diagnósticos negativos; en el periodo de crisis, los porcentajes fueron del 75,2% (n=243) y 24,8% (n=80), respectivamente. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 25,922$, $\text{gl}=1$, $p<0,001$) con un valor de OR (Crisis no/sí) de 0,430, lo que indica que la probabilidad de aparición de una ITS era significativamente menor en el periodo de no crisis frente al periodo de crisis. El gráfico 1 muestra la evolución de diagnósticos positivos y negativos en el periodo de estudio.

Gráfico 1. Evolución del diagnóstico ITS en el periodo de estudio



Fuente: Elaboración propia

La tabla 30 muestra la comparación entre los dos periodos analizados de los diagnósticos de ITS de declaración obligatoria junto con otros de relevancia.

Tabla 30. Comparación ITS entre periodo crisis vs no crisis

<i>Diagnóstico</i>	Crisis Sí		Crisis No	
	n	%	n	%
VPH	103	59,8%	69	40,1%
Gonococia	12	54,5%	10	45,4%
Gardnerella	13	61,0%	8	38,0%
Sífilis	13	56,5%	10	43,4%
Cándida	22	37,2%	37	62,7%
Molluscum contagiosum	18	56,2%	14	43,7%
VHS	10	47,6%	11	52,3%
VIH	6	54,5%	5	45,4%
Tricomoniiasis	1	25%	3	75%
Chlamydias	0	0%	1	100%
VHC	0	0%	1	100%

Fuente: Elaboración propia

Análisis mediante Regresión logística multivariante

Con objeto de verificar la asociación encontrada en el análisis bivariante entre la crisis y la aparición de ITS, y partiendo de la hipótesis de que otros factores podrían estar influyendo en la misma, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística, tomando como variables de ajuste aquellas que más significación estadística habían dado en el análisis bivariante.

Las variables de ajuste incluidas en el modelo fueron: edad, sexo, días de último contacto sin preservativo y parejas en el último año.

De las variables sociodemográficas, se descartó la profesión ya que, a pesar de tener una fuerte asociación con el diagnóstico de ITS, al incluir como categoría profesionales del sexo, se consideró que conceptualmente limitaría las posibilidades de interpretación del modelo. Las variables relacionadas con la atención clínica se descartaron ya que conceptualmente no aluden a factores de riesgo que pudieran estar asociados a la aparición de ITS, sino que sólo dan información sobre la atención y seguimiento de los diferentes procesos que son atendidos en centros especializados, como el que se ha empleado en nuestro estudio. En cuanto a los indicadores de riesgo, se descartó la variable Parejas en el último mes, por sospecha de colinealidad con la variable Parejas en el último año, que fue la que finalmente se incluyó, y porque además abarcaba una ventana de tiempo mayor. Por el mismo motivo se descartó la variable Edad de la primera relación sexual, en este caso por sospecha de colinealidad con la

variable Edad. Se seleccionó la edad por tener una significación estadística mayor. También se descartó la variable Contacto con profesional del sexo, dado que mayoritariamente esta muestra era de hombres y además en el análisis bivalente curiosamente mantener relaciones con profesionales del sexo se comporta como un factor con menor probabilidad de aparición de ITS. En cuanto a las variable Utiliza drogas, se descartó ya que la literatura científica (ver apartado de discusión) mayoritariamente asocia el consumo de drogas como factor de riesgo de ITS cuando el consumo se produce en las relaciones sexuales, aspecto que no podemos corroborar en nuestro trabajo. Por otro lado, los valores de significación estadística eran más bajos que el resto de variables incluidas en el modelo y mayoritariamente la muestra no consumía drogas.

La tabla 31 presenta el modelo obtenido. Tal y como se observa, los factores que mantienen la asociación significativa con el diagnóstico de ITS son el sexo, parejas en el último año y crisis.

De la lectura de las OR se deduce que en igualdad de condiciones para edad, sexo, días de último contacto sin preservativo y parejas en el último año, el periodo de crisis presenta una probabilidad mayor de aparición de ITS frente al periodo de no crisis, siendo esta relación de 2,21 veces en favor del periodo de crisis.

Tabla 31. Modelo de regresión logística para diagnóstico ITS

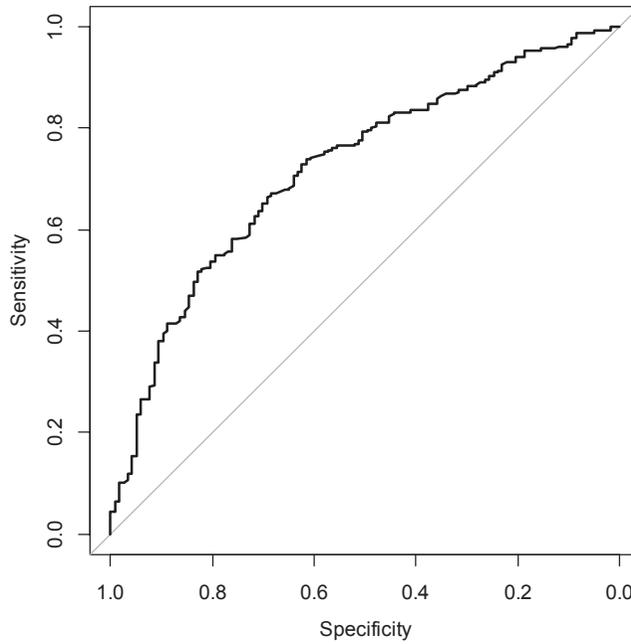
Variables	OR (IC 95%)	p	FIV
<i>Edad</i>	0,98 (0,95 – 1,004)	0,112	1,05
<i>Sexo</i>			
Mujer	2,21 (1,31 – 3,80)	0,003	1,10
Hombre	Ref.		
<i>Días de último contacto sin preservativo</i>	0,80 (0,61 – 1,05)	0,123	1,05
<i>Parejas último año</i>	1,27 (1,10 – 1,48)	0,001	1,00
<i>Crisis</i>			
Sí	2,21 (1,37 – 3,59)	0,001	1,06
No	Ref.		

Fuente: Elaboración propia

Se trata de un modelo que cumple los criterios de ajuste para regresión logística múltiple. Así, la colinealidad entre los factores fue evaluada con el cálculo del Factor de Inflación de la Varianza (FIV), dando valores inferiores a 2,5 en todos los casos. La calibración del modelo se determinó mediante la prueba de bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow que confirmó que no existían diferencias entre los valores observados y los predicho ($X^2 = 6,976$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0,539$). La estimación

de la discriminación según la curva ROC muestra un área bajo esta curva con un valor de 0,721 con IC 95% = 0,668-0,771 (gráfico 2).

Gráfico 2. Prueba de discriminación mediante curva ROC para diagnóstico ITS



Fuente: Elaboración propia a través del programa R commander (R versión 3.2.2)

CAPÍTULO IV.

DISCUSIÓN

IV.1. Del registro de historias clínicas.

El análisis del registro de las historias clínicas muestra que las variables comunes de tipo sociodemográfico y clínico son altamente recogidas. Sin embargo, se observa un grupo de variables cuyo registro es proporcionalmente menor al resto. Esta cuestión será abordada de forma transversal a lo largo de la discusión, especialmente en aquellas variables en las que la proporción de valores perdidos sea llamativa, aunque conviene detenerse en algunas apreciaciones iniciales con relación a estos resultados.

En este sentido, habría que destacar que variables como *Contacto con profesional del sexo*, *Contacto sospechoso* o *Hábitos sexuales*, aparecen registradas con un bajo porcentaje de la muestra. En concreto para la primera en torno a un 40%, para la segunda rondaría el 34% y para la tercera las cifras son variables en función del hábito preguntado, oscilando entre un 0,5% para el hábito sexual oral, boca-ano y un 60,4 % para el hábito sexual vaginal. Esta infra declaración de datos por un lado y la heterogeneidad de otros podría explicarse a través de la importante estigmatización que acompaña a las ITS, así como a determinadas prácticas de riesgo y a alguno de los grupos más vulnerables asociadas a ellos, por ser estos frecuentemente integrados por población marginada socialmente.

La estigmatización es definida como “un atributo que desacredita profundamente a la persona, que la contamina y la convierte en alguien manchada, prescindible, alguien a quien hay que evitar o apartar” (Goffman, 1963, cf.: Busto, 2013, p.50). Esta llevaría paradójicamente a una invisibilización de las ITS y a no buscar asistencia adecuada (Güemes *et al.*, 2011; Serván, Leyva, Heredia, y García, 2013), lo que reforzaría así mismo al propio estigma al no normalizarlo.

El estigma que estas infecciones generan y el hecho de que la mayoría se presenten de manera asintomática o subclínica, conllevaría una menor detección de los casos (Godoy, 2011; Pérez-Morente *et al.*, 2017) o un retraso diagnóstico de las mismas, lo que comportaría a su vez como consecuencia un aumento de la transmisión y de las secuelas asociadas a ellas. En concreto, la presencia de una ITS inflamatoria o ulcerativa no tratada incrementa el riesgo de transmisión del VIH. Por tanto mejorar la gestión de las ITS, a través de un adecuado seguimiento y declaración de los factores de riesgo asociados, es una de las intervenciones que reduce su incidencia, como así se

señala para la infección por VIH en la población general (OMS, 2007). En ocasiones el tiempo limitado que tienen los profesionales que atienden a los sujetos, limita las posibilidades de hacer una valoración más exhaustiva, que también se une a dificultades en la comunicación con el paciente.

Continuando en esta misma línea, el bajo porcentaje de respuesta tanto de la variable *Contacto sospechoso* como *Tiene síntomas su pareja habitual*, podría estar asociado también a una percepción baja de riesgo de la población de estudio, en la medida en que se desconozca o no se consideren como tales ciertas conductas de riesgo.

IV.2. De las características sociodemográficas de la población de estudio

Edad

La edad media encontrada en la muestra de estudio se sitúa en 29 años, próxima a la encontrada en otros estudios de características similares donde los valores medios oscilan entre los 28 años (Güemes *et al.*, 2011), los 20-29 años (Grupo EPI-VIH, 2012) y los 30 (Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía –SVEA-, 2010).

Sexo

Respecto al sexo, no hay diferencias muy marcadas entre el número de mujeres y de hombres, presentando ambas modalidades porcentajes homogéneos. Estos datos están en consonancia con otros estudios que arrojan cifras muy similares a las nuestras, con un porcentaje para mujeres del 48,6% y para hombres del 51,4% (Folch *et al.*, 2015), y del 44,6% y 55,1% respectivamente (Grupo EPI-VIH, 2012). En otros casos, se intensifica esta diferencia a favor de los hombres, hallando un porcentaje de hombres atendidos que casi duplican a las mujeres en una proporción de 1,68/1 (SVEA, 2010).

Esta cifra ligeramente superior de hombres que de mujeres, aunque también se hace más evidente en otros trabajos, podría explicarse por el hecho de que las desigualdades de género acentúan aún más la estigmatización de estas enfermedades, dificultando su diagnóstico, el estudio de contactos e incluso provocar episodios de violencia de género (OMS, 2007, cf.: Godoy, 2011). Por tanto, la infradeclaración de una sospecha de ITS y la dificultad de acceso a centros especializados de control, podría ser mayor en las mujeres que en los hombres.

También se han localizado estudios en los que predominan las mujeres frente a los hombres. Es el caso del trabajo Gúemes *et al.* (2011) o el de Teva, Bermúdez y Buela-Casal (2009), aunque en ambos casos la diferencia proporcionalmente es muy baja.

Nacionalidad

La mayoría de las historias analizadas han evidenciado un predominio de sujetos de nacionalidad española. La proporción de inmigrantes es casi dos tercios menos y se caracteriza por ser población principalmente latinoamericana (Colombia, República Dominicana, Brasil o Ecuador, entre los países más destacados), seguida por población Africana (en su mayoría marroquí) y de Europa del Este (Rumanía y Rusia principalmente). Este hallazgo coincide con los datos aportados por otros estudios, como el de Folch *et al.* (2015) con mayoría de población española y sin determinar los lugares de procedencia de la inmigración, o el del Grupo EPI-VIH (2012) con mayoría de población autóctona y cuya región de procedencia mayoritaria inmigrante fue, al igual que en nuestro estudio, latinoamericana.

Aunque no se dispone de datos concretos, la distribución de nacionalidades encontradas va en consonancia con los datos declarados de VIH, de modo que las personas extranjeras representan aproximadamente un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH, procediendo principalmente de Latinoamérica (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a; Hernando, Ortiz-Barreda, Galán, Sabido y Casabona, 2014). Se considera que las ITS adquiridas en este colectivo son debidas ampliamente a la pobreza y al aislamiento y que la mayoría de esta población estaba sana en sus países de origen, favoreciendo las precarias condiciones de vida en el país de destino la aparición de estas infecciones de transmisión sexual y de otras enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control –ECDC-, 2013a, cf.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Un hallazgo esperable en esta variable es que se ha observado que desde el año 2001 hasta aproximadamente el año 2010, hay un incremento constante del porcentaje de inmigrantes que acuden al centro de estudio, pero a partir de dicho año se puede observar una disminución progresiva de este porcentaje, lo que podría estar en consonancia con el hecho de que sea a partir de dicho año cuando comienzan los años más duros de la crisis económica y muchos de los inmigrantes deciden volver a sus

lugares de origen o a un tercer y nuevo destino (Monteserin, Fernández y Martínez, 2013), ante la falta de trabajo y posibilidades de una vida mejor. Es evidente que la crisis provocó que los flujos de inmigración se aminoraran y se activaran las salidas hasta llegar a saldos migratorios negativos (Monteserin *et al.*, 2013).

Profesión

La mayoría de la muestra analizada pertenecía a profesiones remuneradas diversas y a profesiones no remuneradas como las labores domésticas. Hubo también un porcentaje considerable de estudiantes, en torno al 40%, y un porcentaje bajo de profesionales o ex profesionales del sexo, que apenas superó el 10% de las historias analizadas. Se decidió mantener esta población dentro del análisis global, ya que se pretendía obtener un análisis general de la población que acude a centros especializados, como el utilizado en esta investigación. No obstante, sí conviene incorporar análisis diferenciados en futuros análisis.

En referencia a la población que es o ha sido profesional del sexo y que acuden al centro, el porcentaje hallado viene a coincidir con el de otros estudios como el del Grupo EPI-VIH (2012) en el que el porcentaje ronda el 16% entre mujeres que ejercen la prostitución y el 1% de HSH que también la ejercen.

Respecto a este colectivo, es necesario aclarar por un lado que es un grupo heterogéneo respecto a las personas que lo forman (mujeres, HSH, transexuales, inmigrantes) y por otro, que la vulnerabilidad a la que se ve expuesto por las circunstancias en las que ejercen la prostitución (indefensión, violencia, precariedad, socioeconómica, estigmatización, marginalidad y exclusión social) podría verse agravada por la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, sociales o de asesoramiento legal, y por el desconocimiento de estas enfermedades y sus medidas preventivas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Por tanto, si tenemos en cuenta esta dificultad de acceso a los servicios sanitarios y el desconocimiento que a veces se une a ello, es probable que el porcentaje real de personas que ejercen la prostitución esté infravalorado si sólo tenemos en cuenta los usuarios que acuden a este centros especializados como el que se empleó en esta investigación.

Situación Laboral

Se halló casi el mismo porcentaje de empleados que de estudiantes, en torno al 40% en ambos casos, seguidos muy de lejos por la población desempleada, que apenas alcanzó el 15%. En comparación con otros trabajos, destaca el estudio de Folch *et al.* (2015) que muestra una mayor proporción de estudiantes en ambos sexos frente a los trabajadores y los parados, en concreto los porcentajes para ambos sexos en los tres niveles fueron del 17,45% de trabajadores en activo, 66,75% de estudiantes y 15,85% para parados u otros. En esta misma línea se sitúa el trabajo de Gúemes *et al.* (2011), que muestra una mayor proporción de estudiantes (19,6%) frente a los empleados y a los parados.

Nivel de Instrucción

Sobre el nivel de estudios de la muestra recogida, destacamos que la mayoría presentó estudios superiores, con un 50% del total. Este resultado vendría a coincidir con el estudio de Morgan *et al.* (2012), que también estudió a una muestra mayoritariamente con estudios superiores, aunque proporcionalmente inferior a la hallada en nuestra investigación, concretamente el porcentaje de estudios superiores era para ambos sexos del 34,4%. Sí hay mayor coincidencia con el trabajo de Corsenac, Noël, Rouchon, Hoy y Roth (2015), con más de la mitad de la muestra con nivel académico superior.

En otros trabajos revisados, se mantiene la tendencia de sujetos con nivel de estudios alto, aunque en el caso de los trabajos de Folch *et al.* (2015), Gúemes *et al.* (2011) o el de Varela *et al.* (2011), el nivel de formación prevalente fue el de secundaria. Probablemente el contexto socioeconómico de las diferentes poblaciones estudiadas explique esta variabilidad, aunque se observa que el perfil medio en todos los casos es el de estudiantes con niveles medios y/o superiores de formación, lo cual es un hallazgo a considerar para interpretar algunas de las cuestiones que se abordarán más adelante.

Estado Civil

Se observó que más del 80% de los sujetos estudiados estaban solteros frente a un porcentaje muy bajo de casados o con pareja de hecho. Esto viene a ser coherente con la edad media observada, 29 años, que demográficamente en la actualidad se caracteriza por ser una población sin estabilidad laboral y consecuentemente retrasa la edad para

consolidar una nueva familia. Los datos son coincidentes con el del SVEA (2010), con un 84% de solteros, aunque la mayoría tenía pareja estable (64,3%). En el estudio de Ward *et al.* (2016) el mayor porcentaje de sujetos fue para los solteros, con un porcentaje en ambos sexos del 51%, y seguidos muy de cerca por los que vivían en pareja o en relación con un 49%, lo que muestra una distribución más homogénea que la observada en nuestra investigación. A diferencia de los anteriores, en el estudio de Varela *et al.* (2011), el mayor porcentaje de la muestra fueron parejas de hecho con un 32,15% seguidos por los solteros con un 27,75%.

La edad y el estado civil se comportan como factores que explican en parte el perfil de usuarios de centros de atención y seguimiento de ITS. Edades jóvenes y la ausencia de parejas estables, aumenta el riesgo de contacto con más parejas sexuales y consecuentemente el riesgo de contagio de ITS, y por tanto son un grupo más susceptible de acudir a estos centros frente a personas casadas que por el contrario tienden a tener un menor número de parejas sexuales y consecuentemente acuden en menor proporción a estos centros.

IV.3. De las características de la atención clínica

Motivo de Consulta

Respecto a esta variable podemos observar que casi dos tercios de la población estudiada acudieron al centro por sospecha de contagio de VIH, seguido muy de lejos por los otros motivos de consulta registrados en las historias analizadas. Esta mayor preocupación por el contagio de VIH podría deberse al hecho de que las campañas de sensibilización y prevención frente al virus, sobre todo en los países industrializados han hecho que la población adquiriera un amplio conocimiento acerca de esta infección, lo que no ha ocurrido con otras ITS como Chlamydia y VPH, a pesar de ser de las infecciones más frecuentes entre adolescentes y jóvenes de estos países y de ser responsables de problemas tan importantes como infertilidad y cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Esto coincide con otros autores (Samkange-Zeeb, Pöttgen y Zeeb, 2013, cf.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) que tras analizar los conocimientos sobre ITS a un grupo de estudiantes de educación secundaria, llegaron a la conclusión de que el riesgo de infectarse por VIH fue percibido más alto que el de otras ITS.

Respecto al porcentaje tan bajo en relación con el seguimiento de contactos, esto podría explicarse por la circunstancia de que en España todavía no está instaurado por completo el seguimiento a los contactos porque, aunque hay cierta práctica, ésta es mínima, quedando reducida a la recomendación oral al paciente de que notifique su situación a su pareja o a sus contactos para que acudan a consulta. En otros países como EEUU, Australia, Reino Unido y Canadá, se hace más hincapié en esta cuestión, destacando la existencia de guías y recomendaciones específicas que sustentan su contenido en la evidencia científica de que los estudios de contactos pueden complementar las actividades de prevención y control de las ITS (Vallés, Carnicer-Pont y Casabona, 2011).

Seguimiento del motivo de consulta y número de nuevos episodios posteriores

De los resultados encontrados, podemos deducir que al menos la mitad de los episodios que se inician se acompañan como mínimo de una visita posterior relacionada con el motivo de consulta inicial, lo que podría explicarse porque el seguimiento de estos pacientes puede estar motivado no solo por la instauración de determinados tratamientos para aliviar síntomas o para curar algunas de estas infecciones, sino también por la realización en muchos casos de serologías que confirmen una sospecha inicial de contagio sexual. En el caso del VIH, principal motivo de consulta, habría que contar con el llamado “periodo ventana”, que supone disponer de un tiempo de espera mínimo para poder realizar la serología correspondiente que confirme o no la sospecha previa de contagio, y que supondría al menos una consulta posterior para la realización de la misma.

Es decir, que hay una cierta fidelización al control establecido en la primera consulta, aunque cabe preguntarse qué ocurrió con el porcentaje, también importante, de sujetos que acudieron en acto único y que, en base a los datos sobre motivos de consulta, cabría suponer que necesitaron de un seguimiento posterior. Por otro lado, aunque no es un dato de mucho valor a este respecto, también se observan tasas muy bajas de consultas posteriores realizadas por el mismo sujeto, por motivos diferentes a los iniciales. Hay que tener en cuenta que la muestra del estudio se seleccionó a partir de historias en las que se constatará un motivo de consulta inicial asociado a un posible contagio de ITS, es decir, que se estudió población vulnerable a priori y en la que se esperaría, por un lado una mayor proporción de sujetos que, al menos, hubieran visitado

el centro una vez más para garantizar un correcto seguimiento, por otro lado, siendo una población expuesta a factores de riesgo, que no acudieran por otros motivos distintos pero también relacionados con posibles contagios de riesgo.

Es decir, este comportamiento apunta en cierto modo a una baja percepción de riesgo respecto a los comportamientos sexuales que tienen algunos colectivos como adolescentes y jóvenes (Saura *et al.*, 2010), y también la de hombres y mujeres cuando se creen tener parejas estables (Teva *et al.*, 2009). Además, surge nuevamente la estigmatización que va asociada a este tipo de infecciones.

Consulta previa

Al analizar esta variable observamos cómo algo más de un tercio de la muestra analizada había tenido una consulta previa frente al doble de esta cifra que acudió al centro como primera opción de consulta. Si tenemos en cuenta que la edad media de la población que acude a este centro es de aproximadamente 29 años y que la edad de inicio de la primera relación sexual de media comienza con 16 años para los hombres y casi 17 para las mujeres, lo cual coincide con otros trabajos (Folch *et al.*, 2015; INE, 2004; Teva *et al.*, 2009), pasaría de media más de una década desde el inicio de la primera relación sexual y la primera consulta al centro de ITS, lo cual reafirma la idea de la baja percepción del riesgo sexual ante la población adolescente y los jóvenes así como la fuerte estigmatización asociada a esta clase de infecciones que haría limitar la demanda de estos servicios de salud específicos (Busto, 2013; Díaz, Noguer y Cano, 2004; Serván *et al.*, 2013).

Con quién consulta previamente

De la muestra que había tenido una consulta previa a la del Centro de ITS, aproximadamente la mitad lo hicieron en Atención Primaria, seguidos por las Urgencias hospitalarias. Este resultado concuerda con el hecho de que las primeras consultas médicas suelen realizarse en Atención Primaria por ser este el lugar de referencia para los usuarios. En este sentido:

Es en el ámbito de la Atención Primaria donde se realizan multitud de actividades de promoción de estilos de vida saludable, entre los que se incluyen los referentes a la esfera afectivo-sexual. Así se deduce por algunos organismos, que sugieren que la inclusión de un apartado en toda historia

clínica que permita detectar conductas de riesgo de infección por el VIH, favorecerá la posibilidad de intervenir y prevenir futuras infecciones, promocionando conductas sexuales más seguras (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a, p.141).

Tratamiento anterior

La tendencia observada en esta variable es similar a la descrita anteriormente, de modo que mayoritariamente los sujetos no presentaban tratamiento anterior, ya que su primera opción de consulta fue el Centro de ITS.

IV.4. De los indicadores de riesgo

Días desde último contacto sin preservativo

Analizando esta variable observamos que mayoritariamente la muestra estudiada no utilizó el preservativo entre el mes y los seis meses anteriores a efectuar la consulta de salud (aproximadamente un 26,5%), concretamente el porcentaje fue ligeramente superior para aquellos que no utilizaron preservativo en el mes anterior a la visita al centro (41,5%) frente a un 40,6% de aquellos que no lo utilizaron entre los seis primeros meses anteriores. El hecho de que los mayores porcentajes se encuentren entre el mes y los 6 meses anteriores es compatible con el hecho de que los usuarios hayan tenido una percepción más elevada de riesgo sexual por el no uso del preservativo y por el contrario que la menor proporción del último contacto sin preservativo sea superior a los últimos seis meses haría pensar en una percepción más disminuida del riesgo.

Habría que destacar el alto porcentaje de valores perdidos en esta variable, concretamente un 35,1% de la muestra lo que se podría asociar nuevamente a la estigmatización unida a estas ITS y a sus comportamientos de riesgo.

Si interpretamos los datos de la puntuación asignada a esta variable, que recordamos se transformó en variable cuantitativa tipo escala, con un rango de 1 a 5, siendo 1 la peor situación y 5 la mejor, observamos que la media de la muestra poblacional estaría en 2,64, lo que representaría un valor medio que haría pensar en un uso no adecuado o inconsistente del preservativo, entendiéndose que la medida preventiva que reduce el riesgo de ITS es precisamente el uso correcto y consistente del mismo (Pérez-Morente *et al.*, 2017).

Parejas en el último mes

Los hallazgos del estudio muestran que el número de parejas medio osciló entre 1 y 2 en el último mes, si bien el mayor porcentaje de la muestra, refirió haber tenido como máximo una sola pareja en el último mes, lo cual coincide con el estudio de Varela *et al.* (2011).

Destacar el hecho de que aquellos usuarios que acudieron al centro y que eran trabajadores del sexo representaron un porcentaje del 10 %, y en estos casos el número de parejas en el último mes era muy alto debido a su trabajo. Como se comentó ya anteriormente, probablemente el porcentaje de personas trabajadoras del sexo que acuden a este tipo de centros esté infravalorado, no solo por su situación de vulnerabilidad en general, sino también por la dificultad de acceso a estos servicios sanitarios, y en muchas ocasiones el desconocimiento de las ITS y su prevención (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). En el estudio del Grupo EPI-VIH (2016) sobre la prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS, el porcentaje de mujeres profesionales del sexo que acudieron al centro fue de aproximadamente un 20%.

Parejas en el último año

A diferencia de la anterior variable, no hay tanta distancia porcentual entre los que han tenido como máximo una pareja y los que han tenido dos, concretamente en el último año más del 50% de la muestra tuvo como máximo 2 parejas, mientras que la proporción de población que tuvo de tres a 20 parejas en el último año fue algo más de un tercio de la muestra, siendo sólo un 2,4% el porcentaje de la muestra que ha tenido más de 20 parejas en el último año. Esto podría explicarse porque al aumentar el intervalo de tiempo también aumentaría igualmente el número de parejas asociado.

Mientras que en nuestro estudio más de la mitad de la población ha tenido dos o más parejas en el último año, otros estudios arrojan porcentajes más bajos al nuestro, como es el estudio de Morgan *et al.* (2012) con un porcentaje aproximado del 25% o la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales (INE, 2004) con un porcentaje del 22,3%. Por el contrario en otros (SVEA, 2010) sólo un tercio refería tener una sola pareja frente a un 29,5% que habían mantenido relaciones sexuales con seis o más personas distintas en el

último año, casi el doble que la proporción de población que en nuestro estudio han tenido seis o más parejas sexuales (15,4%).

Respecto a los usuarios que acudieron al centro y que eran trabajadores del sexo tuvo lugar la misma circunstancia que la vez anterior, su elevado número de parejas sexuales estaba inexorablemente unido a sus características laborales.

Vida sexual

La mitad de la población analizada (50,7%) ha tenido 10 o más parejas a lo largo de su vida sexual, resultado que se acerca al estudio de Folch *et al.* (2015) en el que un 42,6 % de la muestra poblacional analizada tuvo más de 5 parejas sexuales en la vida, frente a un 25,7% de la población en el estudio del INE (2004) que han tenido 10 o más parejas a lo largo de su vida. El hecho de que en nuestro estudio el porcentaje de personas que han tenido 10 o más parejas a lo largo de su vida sea mayor que el resto podría explicarse porque mientras la edad de nuestra muestra poblacional se sitúa entre los 16-74 años la de los otros dos estudios citados está entre los 16-24 para Folch *et al.* (2015) y los 18-49 para el estudio del INE (2004), con lo cual al aumentar el intervalo etario en nuestro estudio también pudiese aumentar el número de parejas de la población en el mismo.

Tiene pareja habitual

En la muestra de nuestro estudio, más del 60% de los sujetos manifestaron haber tenido pareja habitual. Este mayor porcentaje coincide con el de otros estudios como el de Teva *et al.* (2009) donde el porcentaje total de población que había expresado tener pareja fija era del 78,9% frente al 21,1%, o el de SVEA (2010) con un porcentaje de pareja estable del 64,3%.

Es llamativo el hecho de que a pesar de que la edad media de la muestra analizada en el estudio de Teva *et al.* (2009) está entre los 13-18 años, es más frecuente el porcentaje de pareja fija que de ocasional, a pesar de que la etapa adolescente sea una etapa de cambios y experimentación, y por tanto con más facilidad de tener un mayor número de parejas sexuales y no tanto una relación de pareja más estable.

Es necesario mencionar que hay que considerar la influencia de la baja percepción de riesgo, sobre todo en las mujeres, hacia las ITS/VIH cuando se creen tener parejas estables (Teva *et al.*, 2009), protegiéndose menos con estas parejas, debido a que en

estas relaciones sexuales estables conceden una gran importancia al vínculo afectivo, de modo que en ese contexto amoroso, la percepción del riesgo de infección por VIH/ITS queda disminuida (INE, 2004; Puente *et al.*, 2011).

Edad de la primera relación sexual

En nuestro estudio la edad media de inicio de la primera relación sexual fue en torno a los 17-18 años. Este resultado se encuentra en el rango de edad de otros estudios similares como el realizado sobre Salud y Hábitos sexuales (INE, 2004) que sitúa la edad de inicio para ambos sexos en una media de 18,6 años (siendo los hombres los que inician las relaciones sexuales antes que las mujeres); en el trabajo de Ward *et al.* (2016) prácticamente la mitad de la muestra inicia sus relaciones sexuales con menos de 16 años y la otra mitad lo hace con 16 o más. En otros estudios como el de Teva *et al.* (2009) y el de Folch *et al.* (2015), la edad media de inicio es ligeramente inferior a la de nuestro estudio con una media de edad aproximada de 15 años para ambos sexos en el estudio de Teva *et al.* (2009) y de 16-17 años para ambos sexos también en el de Folch *et al.* (2015). Al igual que en Teva *et al.* (2009), en el estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) la edad más frecuente de inicio es a los 15 años, observándose cómo los porcentajes de jóvenes que mantienen su primera relación sexual coital a los 15 ó 16 años disminuyen conforme avanzan las ediciones, mientras que los que lo hacen a una edad más joven aumentan. Para finalizar, en el estudio de la ENSS (2009), la edad media de la primera relación sexual fue inferior para los hombres, situándose en 17,33 años para ellos y en 19,23 años para ellas.

Aunque la frecuencia de los que tienen su primera relación sexual antes de los 16 años parece estar aumentando ligeramente, sigue siendo superior a la de la mayoría de los países occidentales (INE, 2004). “El fracaso escolar, la falta de comunicación con los padres y el consumo de sustancias son algunos de los factores asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales en los jóvenes” (Madkour, Farhat, Halpem, Godeau y Gabhainn, 2010, cf.: Folch *et al.*, 2015, p.472).

En esta variable podemos observar cómo el número de valores perdidos a lo largo de la secuencia temporal analizada (2000-2014) va disminuyendo en general a partir del año 2006. Entre los factores asociados a mayor riesgo de contagio por VIH e

ITS se halla la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, lo que se asocia también a un mayor número de parejas sexuales (O Donell, O Donell y Stueve, 2001; Pettifor, Van der Straten, Dunbar, Shiboski y Padian, 2004). Por otro lado, se ha encontrado relación con el uso de alcohol y drogas en las relaciones (O Donell *et al.*, 2001), así como tener múltiples parejas sexuales ocasionales (Kelley, Borrawski, Flocke y Keen, 2003). Por tanto, es pertinente considerar la pregunta sobre la edad de la primera relación sexual en el registro de la historia de los sujetos, debido al componente de riesgo que tiene para la infección por VIH y otras ITS.

Conducta sexual

Al analizar la orientación sexual de nuestra muestra destaca que el mayor porcentaje de la población se identificó como heterosexual, más del 80%, seguido a bastante distancia por los homosexuales y bisexuales, estos últimos en una muy baja proporción. El mayor porcentaje de población heterosexual concuerda con otros estudios similares, donde los porcentajes se sitúan en el 83,8% para Gúemes *et al.* (2011), en un 81-82% para Folch *et al.* (2015), un 95% para Teva *et al.* (2009) y un 95,8% para Vinaccia *et al.* (2007).

Una posible explicación de por qué el porcentaje de heterosexuales es aún mayor en los estudios de Teva *et al.* (2009) y Vinaccia *et al.* (2007) que en el resto, podría ser por el hecho de que en estos dos últimos estudios el rango de edad de la muestra era de 13-18 años y 16-18 años respectivamente, mientras que en el resto de los estudios mencionados esta horquilla de edad se amplía hasta los 24 años para Folch *et al.* (2015) y los 28 años para Gúemes *et al.* (2011). Por tanto, estas edades son más decisivas para consolidar una orientación sexual, ya que la adolescencia al caracterizarse por la búsqueda de nuevas experiencias (Teva *et al.*, 2009) en un contexto de cambios donde se inicia la actividad sexual (Folch *et al.*, 2015), tal vez sea una etapa menos determinante para configurar una orientación o conducta sexual determinada.

Sería importante hacer una diferenciación entre Hombres homosexuales o gays y HSH, ya que para los especialistas una cosa es la “orientación sexual” del individuo y otra las “prácticas sexuales” que se lleven a cabo; según el psicólogo Juan Macías “La orientación sexual está construida socialmente, son categorías rígidas y excluyentes, con

implicaciones que afectan a la identidad individual y social”, siendo la práctica sexual más flexible y libre (El País, 2015, p.1).

Un estudio (Pathela, Hajat, Schillinger, Blank y Mostashari, 2006, cf.: El País, 2015) sobre la discordancia entre comportamiento sexual e identidad sexual, halló que 131 hombres de los 2.898 analizados admitían tener relaciones con hombres pese a definirse como heterosexuales. Estos hombres, representaban un 3,5% de la población.

Desde hace años, los médicos emplean las siglas HSH para referirse al conjunto de Hombres (heteros o gais) que tienen sexo con hombres, aunque recientemente, ha aflorado otro acrónimo más preciso para definir a este grupo: SMSM “Straight men who have sex with other men” (Hombres hetero que tienen sexo con otros hombres) (El País, 2015).

Contacto con profesional del sexo y otros contactos de riesgo

En nuestro estudio el mayor porcentaje de la población atendida no ha tenido contacto con profesional del sexo y los que lo han tenido, lo han hecho de forma esporádica.

En el estudio del INE (2004) un porcentaje similar manifestó haber tenido alguna vez en la vida relaciones sexuales con personas a las que pagó por ello, concretamente sitúa este porcentaje en el 27,3% para los hombres. En otros estudios como la ENSS (2009), durante los últimos doce meses, el 4,6 % de los hombres y el 0,1% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales por las que pagaron, cifras que coinciden con el análisis por sexo que arroja nuestro estudio respecto a esta variable.

En cuanto a otros contactos de riesgo, la mayoría de los contactos sospechosos se dan con la pareja habitual o con contactos esporádicos fuera de la pareja habitual.

Tiene síntomas su pareja habitual

Los resultados muestran que la mayoría de los sujetos no refirió que su pareja habitual tuviese síntomas. Cabe destacar en esta variable cómo el número de valores perdidos a lo largo de la secuencia temporal analizada (2000-2014) va disminuyendo en general a partir del año 2006, lo que nos lleva a pensar por un lado que hubiese más sujetos que contestasen a esta pregunta porque la percepción del riesgo de los sujetos entrevistados sea mayor y se considere importante qué síntomas presenta su pareja por

un posible contagio de ITS o bien porque los sujetos fuesen más preguntados acerca de este tema dada la creciente importancia que un adecuado control de contactos va a tener sobre la prevención y el control de contagios por VIH/ITS.

Utiliza Drogas

Respecto al uso de drogas en la muestra analizada la mayoría no las utiliza, habiendo una diferencia porcentual de casi 40 puntos. Si lo comparamos con otros estudios, la diferencia porcentual entre los que consumen y los que no se distancia aún más. Así en el estudio de Teva *et al.* (2009) el porcentaje para los que no consumieron drogas fue del 82,65% respecto a los que sí, que fueron el 29,35% (en este caso se preguntaba específicamente sobre el consumo de drogas en la última relación sexual), en el de Varela *et al.* (2011) la diferencia es aún más marcada con un 99,6% de los que no utilizaron drogas en su última relación sexual respecto a los que sí (0,4%). Para Folch *et al.* (2015) los que no utilizaron drogas representaban un 78,7% frente a los que sí con un 21,3%. En un análisis por sexo, encontramos el estudio de Ward *et al.* (2016), en el que el 54,67% de las mujeres habían consumido drogas tipo Cannabis, Meta/Anfetaminas o Éxtasis, frente a un 79,54 % de los hombres.

Respecto a la frecuencia de consumo, en la mayor parte de las historias se recoge un consumo esporádico.

Entrando en la adicción a drogas por vía parenteral, el porcentaje de casos es muy bajo, ligeramente superior al 1%. Estos resultados son muy parecidos al de otros estudios como el de Ward *et al.* (2016) con una media del 94,85% para los que no eran adictos a drogas por vía parenteral o el de Folch *et al.* (2015) donde prácticamente la totalidad de la muestra no utilizaban drogas inyectadas (99,1%). En el estudio prospectivo del grupo EPI-VIH (2016), los UDI o ex UDI que acudieron al centro en primera visita supusieron sólo un 2% de la muestra.

A pesar de que nos encontramos con poblaciones que no tienen un consumo excesivo de drogas, es importante el control de las mismas, sobre todo de las recreativas porque producen una distorsión en la percepción del riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Respecto al consumo de drogas por vía parenteral, una posible consecuencia entre los usuarios de estas drogas es que acaben desarrollando SIDA o incluso morir

prematuramente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). No obstante, los datos en España muestran que, en el año 2015, del total de nuevos diagnósticos del VIH, sólo 2,8% pertenecían a personas que se inyectaban drogas (PID), siendo la tendencia descendente para este grupo en el periodo 2009-2015. Respecto al registro de casos de SIDA para el mismo año, del total de los casos notificados, el 13,7% pertenecían a PID (Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, 2016). Si comparamos estos datos con los del año 2014, podemos comprobar la citada tendencia a la baja para las PID, en el año 2014 el porcentaje de nuevos diagnósticos por VIH fue del 3,4% y el de casos de SIDA fue del 20,5% (Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, 2015).

ITS anteriores

Para esta variable, un porcentaje de la muestra cercana al 80%, no tenía un diagnóstico previo de ITS antes de esa primera consulta. Estos resultados son parecidos a los informados por otros trabajos consultados, si bien las cifras oscilan entre porcentajes muy bajos y otros próximos al 25%. El trabajo de Teva *et al.* (2009) declara un 94,7% que no tenían ITS previas; el de Folch *et al.* (2015) informa de un 2,55% de la muestra con diagnóstico previo de alguna ITS. Según datos del INE (2004), el 5,4% de la población que habían mantenido relaciones sexuales, afirmaron haberles sido diagnosticada alguna ITS a lo largo de su vida. Así mismo, en el estudio de Gúemes *et al.* (2011) sobre motivos por los cuales se realizó a la muestra la prueba del VIH, tan sólo el 0,4% había padecido una ITS anteriormente. Ward *et al.* (2016) refieren un porcentaje algo mayor, en torno al 25% de diagnósticos positivos previos, cifras similares a las declaradas por el SVEA (2010), que sitúan en un 25,2% de sujetos que refirieron haber tenido previamente una ITS. En el estudio de Morgan *et al.* (2012), el 15% de las personas sexualmente activas habían tenido una historia de ITS.

Es muy importante tener en cuenta que las ITS aumentan la susceptibilidad al VIH y la capacidad de transmisión de las personas infectadas por el virus (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a; OMS, 2016 y Serván *et al.*, 2013). Este efecto cofactor de otras ITS en la transmisión del VIH parece ser mayor en las úlceras genitales o el Herpes genital en particular. Así, en un estudio en África-Subsahariana se estimó que las úlceras genitales aumentaban considerablemente el riesgo de infección

del VIH en cada relación sexual sin protección (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Hábitos sexuales

Los resultados son muy heterogéneos en función de las prácticas sexuales consultadas, observándose tasas de respuesta muy bajas en determinadas prácticas, lo que nuevamente hace pensar en el estigma que acompaña a todo lo relacionado con las ITS. Los mayores porcentajes se sitúan en el hábito sexual vaginal, que es el que mayor frecuencia tiene. Esto coincide con cifras como la aportada en el estudio de Ward *et al.* (2016), que sitúa en un 80,64% los que habían tenido relaciones sexuales vaginales, aunque también incluye prácticas anales, que en nuestro caso tienen menos frecuencia. En la ENSS (2009) una media del 63,45% afirmó practicar sexo vaginal.

También es relativamente frecuente la práctica de hábitos sexuales orales y en menor medida anales. Respecto al sexo oral en general, la ENSS (2009), notifica para los hombres una media porcentual de 37,3% (para los que lo realizaron y a los que se lo realizaron) y en las mujeres una media de un 27,95 % (para las que lo realizaron y a las que se lo realizaron). En referencia al hábito sexual anal, esta misma encuesta muestra cómo un 9,4% de los hombres realizaron sexo anal o se lo realizaron en un 3,4% de los casos, frente un 1,2% de mujeres que lo realizaron y un 5,8% de las mujeres a las que se lo realizaron.

Uso del preservativo en relación a hábitos sexuales

Tanto en el sexo vaginal como en el sexo anal, un alto porcentaje de la muestra lo utiliza. En cambio, su uso es muy poco frecuente en prácticas sexuales orales. Al comparar con la literatura científica, algunos estudios muestran que la mayor parte de la población hace uso del mismo y así citaremos a Teva *et al.* (2009), en el que en la primera relación sexual la media porcentual del uso del preservativo para los dos sexos fue del 99%, siendo este porcentaje en la última relación sexual, de media, del 95% para ambos sexos. En el trabajo de Folch *et al.* (2015) la media porcentual del uso del preservativo para los dos sexos en la primera relación sexual fue del 85,65% y para la última relación sexual del 67%.

En la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales del INE (2004) el porcentaje de población que utilizó preservativo en su primera relación sexual fue de un 79,6% entre

los menores de 18 a 29 años, y del 55,1% entre los de 30 a 39 años. Respecto a las relaciones sexuales con parejas ocasionales sólo el 59% utilizó siempre el preservativo frente a un 41% que no lo hizo y que por lo tanto tuvo un contacto de riesgo. En el estudio de Morgan *et al.* (2012), sólo el 6% de las personas con parejas múltiples no usaron el preservativo. En la Encuesta Hospitalaria sobre personas con VIH (PVIH) atendidos en hospitales públicos en el año 2015 (PNS y Centro Nacional de Epidemiología, 2016), el 25,8% no usó preservativo durante las relaciones sexuales en el último año. Para finalizar, la ENSS (2009), recogió una media porcentual para ambos sexos del uso del preservativo en la última relación sexual con pareja esporádica de un 70,75%.

En contraposición, otros estudios han mostrado un resultado favorable al no uso del preservativo, y así en el estudio de Varela *et al.* (2011) un 74,4% de la muestra analizada no usó preservativo en la última relación sexual. En esta misma línea, el estudio de Ward *et al.* (2011) muestra una media porcentual para ambos sexos del 51,74%, porcentaje que coincide también con el de Güemes *et al.* (2011) en el que el 55,4% tuvo relaciones sexuales sin preservativo. Por otro lado, los resultados de la Encuesta del INE (2004) sobre Salud y Hábitos Sexuales informa de que el porcentaje de personas que utilizaron el preservativo en su primera relación sexual sólo fue del 31,5% para la población de 40 a 49 años, a diferencia de los otros dos intervalos etarios analizados, lo que parecería sugerir una progresiva aceptación del preservativo entre los jóvenes, que ya lo usan en su mayoría desde la primera vez.

IV.5. Del diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual

De aquellos que recibieron un diagnóstico positivo o negativo de ITS, para casi dos tercios de la muestra, el diagnóstico fue positivo y para algo más de un tercio fue negativo. Estos datos coinciden con el estudio sobre Infecciones de Transmisión sexual en Andalucía en el periodo 2004-2009 (SVEA, 2010) en el que el 42,06% de las personas atendidas en el Centro de ITS de Sevilla tuvieron un diagnóstico negativo para ITS frente a un 57% con diagnóstico positivo, a una (36,10%), dos (16,30%), tres (3,6%), cuatro (0,9%) o cinco ITS (0,1%).

Respecto al tipo de ITS diagnosticada, en nuestro estudio destacó el diagnóstico del VPH sobre el resto, seguido por Candidiasis y Molluscum contagiosum. Nuestro

resultado respecto al VPH coincide con el estudio anteriormente mencionado (SVEA, 2010), siendo el VPH la patología diagnosticada más frecuente, con una incidencia en la consulta del 29,75% sobre el total de las personas atendidas.

Actualmente, aunque con diferencias según la vigilancia epidemiológica, la ITS notificada con mayor frecuencia en Europa es *Chlamydia trachomatis* (ECDC, 2013b), lo que coincidiría con algunos estudios como el de prevalencia y factores de riesgo sociodemográficos de *Chlamydias*, *Gonorrea* y *Sífilis* (Corsenac *et al.*, 2015), donde *Chlamydia Trachomatis* fue la infección de transmisión sexual más frecuente con una prevalencia del 9%, seguida de *Neisseria Gonorrhoeae* con un 3,5% y *Sífilis* latente con un 3%.

En esta misma línea, el estudio sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Andalucía en el periodo 2004-2009 (SVEA, 2010) mostró que el diagnóstico de ITS más prevalente después del VPH fue para *Chlamydia Trachomatis* seguido por *Gonococia*, *Sífilis* y *Herpes genital*.

IV.6. De la atención clínica vs Características Sociodemográficas

Motivo de Consulta

Los resultados encontrados muestran que el sexo se asocia con el motivo de consulta, de modo que las mujeres acuden a la consulta por sospecha de VIH más que los hombres, mientras que éstos lo hacen más por síntomas.

También se encontró asociación con la nacionalidad, de modo que los inmigrantes consultan un 18,5% más por sospecha de VIH que los españoles, que lo hacen en el mismo porcentaje más por los síntomas. Esto iría en consonancia con lo que los estudios muestran, y es que entre los nuevos diagnósticos de infección por VIH, destaca un incremento en la proporción de inmigrantes (Hernando *et al.*, 2014). Su presencia es consecuencia de las corrientes de inmigración que se han producido en la última década, pero no ha estado en el origen de la epidemia ni es la causa de su mantenimiento (PNS, 2009).

En España, la crisis económica iniciada en el año 2008 produjo una importante reducción en el gasto público en salud, introduciendo cambios legislativos que limitaban el acceso al sistema sanitario público a los inmigrantes especialmente en situación irregular (BOE, 2012; Vázquez, Vargas y Aller, 2014). Este acceso limitado,

unido a la precariedad laboral y a una menor red social y de apoyo familiar contribuiría a más vulnerabilidad frente al VIH (Del Amo, Hamers, Infuso, Bröring, Fenton, 2003; Del Amo, Bröring, Hamers, Infuso y Fenton, 2004; PNS, 2009). A ello hay que unir otras situaciones como las condiciones del viaje, el desarraigo, la estigmatización y las dificultades lingüísticas (Caro-Murillo, Castilla y Del Amo, 2010; Hamer y Downs, 2004).

Con los datos disponibles, aunque no se haya podido verificar la significación estadística, sí que es interesante comentar cómo se observa que en el grupo de profesionales/ex profesionales del sexo, el principal motivo de consulta es por el VIH (90,6%) frente a los otros dos grupos (otras profesiones/profesiones no remuneradas y estudiantes) en los que si bien también consultan mayoritariamente por VIH, la proporción es menor que entre los profesionales/ex profesionales del sexo. En este sentido en el estudio sobre prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS, 2000-2013 (Grupo EPI-VIH, 2016), el segundo mayor porcentaje de solicitudes de la prueba de VIH en revisiones se produjo en el grupo de mujeres que ejercían la prostitución.

Respecto al estado civil, tampoco se puede confirmar la asociación encontrada con el motivo de consulta. En todas las categorías se confirma lo ya descrito para la población en su conjunto y es que el orden de motivos de consulta es por VIH, después por síntomas, control y seguimiento de contactos. Conviene destacar que el mayor porcentaje de consultas por VIH la tienen los solteros, los casados o con pareja de hecho consultan más por sintomatología, control y por seguimiento de contactos que el resto de grupos. El hecho de que los solteros consulten más por VIH en comparación con otros grupos, podría deberse a que los solteros inicialmente tendrían una media de edad más joven que el resto de los grupos, situando a estos en su mayoría en el grupo de jóvenes y adolescentes y por tanto con una probabilidad mayor de tener una baja percepción del riesgo, un mayor número de parejas sexuales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a), un inicio cada vez más temprano y no planificado de estas relaciones sexuales y una mayor dificultad de acceso a los servicios de salud (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno y Van Look, 2006, cf.: Teva *et al.*, 2009) lo que conllevaría a una mayor vulnerabilidad frente a la infección por VIH.

Consulta Previa

La población inmigrante respecto a la española presentó significativamente menos consultas previas, aunque en ambos casos hay más proporción de muestra que no consulta previamente frente a los que sí lo hacen. Esto último podría achacarse a una baja percepción del riesgo en la mayor parte de la población que ha acudido al centro de ITS.

Respecto a que la población inmigrante consulte previamente menos que la española, coincidiría con dos hechos fundamentales. Por un lado la dificultad de acceso a los servicios sanitarios de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, incluyendo aquí a las inmigrantes irregulares (Urbanos y Puig, 2014), habiendo evidencia ya de que estos grupos sociales vulnerables han reducido entre otras las consultas a los médicos especialistas de los servicios públicos (Cortés y González, 2014). Por otro lado y según las conclusiones recogidas en el informe “Inmigración y Estado de Bienestar” (Moreno y Bruquetas, 2011), la tendencia observada es que los extranjeros consultan un 7% menos en Atención Primaria, un 16,5% menos en Especializada y algo más en los servicios de urgencias, respecto a la población autóctona.

Aunque en los tres grupos profesionales es porcentualmente más frecuente no hacer consulta previa, destacan el grupo de profesionales / ex profesionales del sexo en comparación con el resto. Este resultado estaría en consonancia con el hecho de que la “vulnerabilidad de este colectivo podría verse agravada por la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, sociales o de asesoramiento legal, y por el desconocimiento de estas enfermedades y de sus medidas preventivas” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a, p.102).

El estado civil fue otra de las variables que influyeron significativamente en la realización de consultas previas. Así, los solteros en proporción, consultan previamente casi un 20% menos que el resto de los grupos, y de todos, sólo los que están casados o tienen pareja de hecho tienen un mayor porcentaje de consultas previas que de no consultas.

El hecho de que los solteros sean los que menos consultas previas tengan podría explicarse por el hecho de que la mayoría de estos son población joven, en concreto

para nuestra muestra, la edad media de los solteros fue de 26 años frente al resto de los grupos que se situaron en una media de 39 años¹. Esto sitúa a los solteros como población joven y por tanto con una menor percepción del riesgo de contraer una ITS con las relaciones sexuales esporádicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Número de Consultas posteriores

A más edad en la muestra, se observa una ligera tendencia a un mayor número de consultas posteriores relacionadas con el primer motivo de consulta, esto podría explicarse en base a que la población de más edad tendría inicialmente una mayor percepción de las conductas de riesgo, lo que supondría tener de entrada un mayor número de consultas iniciales respecto a la población más joven y por tanto una mayor fidelidad al seguimiento y control del proceso con posterioridad.

La profesión fue otra de las variables que se asoció significativamente con el número de consultas posteriores. La tendencia observada es que los estudiantes son el grupo que de media menos consultas posteriores tienen respecto a las otras profesiones y a los profesionales o ex profesionales del sexo. En estos últimos, la media de consultas posteriores en relación con la primera es mayor que en el resto de profesionales.

En referencia a los estudiantes, teniendo en cuenta que la mayoría pertenecen al grupo de adolescentes y/o jóvenes, existiría en ellos por tanto una menor percepción del riesgo de adquisición de alguna ITS y por lo tanto eso justificaría un menor número de consultas previas e iniciales, lo que supondría también de entrada un menor número de consultas posteriores asociadas a la inicial y una menor fidelidad respecto a un control posterior de los motivos iniciales de consulta.

Respecto a un mayor número de consultas posteriores en los profesionales del sexo, este resultado iría en consonancia con el estudio del Grupo EPI-VIH (2016) en el que las mujeres que ejercían la prostitución fueron el segundo grupo más numeroso de los que acudieron a las revisiones.

¹ Análisis a posteriori que muestra que para el grupo de solteros la edad media fue de 26,67 años (D.t. = 6,60, Mín = 16, Máx = 74) y para el resto de grupos fue de 39,59 años (D.t.= 10,47, Mín. = 18, Máx. = 70).

Por último, la situación laboral también influyó en esta variable, de modo que la muestra que está en activo y los parados tuvieron de media un mayor número de consultas posteriores en relación con la primera, que el resto de los grupos. En el caso de los estudiantes, como hemos referido ya con anterioridad, su media de edad menor supondría una menor percepción del riesgo que explicaría en parte esa menor asistencia a las consultas posteriores². No obstante, puede que haya otros factores no contemplados en esta investigación que maticen las conclusiones a las que se ha llegado.

Número de nuevos episodios posteriores

Al igual que en el caso anterior, se observa que a más edad, menor número de nuevos episodios, lo que vendría a reiterar lo ya mencionado. En población joven la percepción de riesgo es menor, mientras que cuando la población es más mayor, esta percepción del riesgo aumenta y, por tanto, también disminuyen las conductas de riesgo.

También se ha observado que los profesionales del sexo de media presentan un mayor número de episodios posteriores respecto al resto, situación que podría explicarse por el hecho de que la prostitución se considera un grupo vulnerable, expuestas continuamente a prácticas de riesgo lo que podría justificar por tanto una mayor cantidad tanto de consultas posteriores relacionadas con la consulta inicial como de nuevos episodios.

IV.7. De los Indicadores de Riesgo vs Características Sociodemográficas

Días de Último contacto sin preservativo

Se encontró asociación entre la profesión y esta variable. En los profesionales del sexo, de media pasó menos tiempo desde su último contacto sin preservativo respecto al resto de la población. Esto podría justificarse por un lado porque el número de parejas sexuales debido a su trabajo es mucho más alto en esta profesión, y por otro lado, por la situación de vulnerabilidad a la que está expuesta este colectivo (marginalidad, violencia, agresiones sexuales, indefensión, precariedad socioeconómica, estigmatización y exclusión social), que además podría verse agravada por el desconocimiento de las ITS y de sus medidas preventivas (Ministerio de Sanidad,

² Análisis a posteriori: Activo: $\bar{X} = 31,75$ años, D.t. = 8,68, Mín. = 17, Máx. = 67; Parado: $\bar{X} = 31,877$, D.t. = 9,1874, Mín. = 18, Máx. = 70; Jubilado: $\bar{X} = 56,23$, D.t. = 14,19, Mín. = 32, Máx. = 74; Estudiante: $\bar{X} = 23,26$, D.t. = 3,32, Mín. = 16, Máx. = 40.

Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). A lo anterior habría que añadir que en nuestro estudio la mayoría de los profesionales del sexo eran inmigrantes y además mujeres, en concreto 142 mujeres frente a 7 hombres (análisis a posteriori), lo que podría llevar aparejado “algunos comportamientos de riesgo, como la aceptación de relaciones sexuales no protegidas, especialmente dentro de algunos grupos más desfavorecidos, por motivos socioeconómicos y/o culturales” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a, p.100).

En esta misma línea, destaca el estudio de Folch (2013; cf.: Folch *et al.*, 2014) hace referencia a cómo esta vulnerabilidad podría verse incrementada como consecuencia de la crisis económica y cómo en su análisis de tendencias de las conductas sexuales de riesgo entre 2005 y 2011 entre las trabajadoras sexuales en Cataluña, muestra un descenso significativo en el uso constante del preservativo, tanto con las parejas estables como con los clientes. Esto podría explicarse por una probable relajación en las conductas preventivas de este colectivo, que podría relacionarse con el incremento del número de mujeres que ejercen la prostitución y conllevaría una competencia de precios que derivaría en una mayor probabilidad de realizar prácticas de riesgo.

Parejas en el último mes

El sexo actuó como factor asociado significativamente, de modo que las mujeres presentaban un mayor número de parejas sexuales en el último mes que los hombres, lo que podría explicarse porque como la mayoría de los profesionales del sexo eran mujeres, esto podría haber aumentado el número de parejas sexuales en el último mes para el grupo de las mujeres. A diferencia de nuestro estudio, el trabajo de Varela *et al.*, (2011) arrojó unos resultados a favor de los hombres respecto a tres o más parejas sexuales en el último mes. En nuestro caso se consideró interesante no segmentar la muestra e incorporar todos los perfiles que acudieron al centro de estudio, pero es evidente que la presencia de profesionales del sexo, aunque en porcentaje no representaban un número excesivo, sí pueden condicionar algunos de los resultados obtenidos.

La nacionalidad fue otro de los factores influyentes. Así, la población inmigrante tuvo de media un mayor número de parejas en el último mes que los españoles, lo que

podría a su vez coincidir como en el caso anterior, con el hecho de que la mayoría de los profesionales del sexo además de mujeres fueran inmigrantes. Coincidiendo con nuestro estudio, en el estudio de Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal, (2010) sobre conducta sexual en adolescentes autóctonos e inmigrantes en España, la población inmigrante presentó un mayor número de parejas sexuales, tanto en los últimos 6 meses como en su vida sexual. Esta mayor exposición al riesgo en este colectivo podría achacarse a cuestiones culturales (Levy *et al.*, 2005, cf.: Bermúdez *et al.*, 2010).

También se observó asociación entre las parejas en el último mes y la profesión, donde nuevamente destaca que los profesionales del sexo de media tuvieron mayor número de parejas que el resto de las profesiones y los estudiantes, lo que iría en consonancia con la circunstancia obvia de que un mayor número de parejas sexuales fueron inherentes a su vida laboral.

Por último, conviene señalar que la población que estaba en activo tuvo de media mayor número de parejas sexuales en el último mes, lo que podría explicarse en base a que la población activa laboralmente tendría inicialmente más status económico que la población desempleada y/o los estudiantes, lo que podría implicar una mayor vida social y por tanto una mayor probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales. En cuanto al nivel de estudios, se observa que a mayor nivel de formación, el número de parejas sexuales disminuye, lo que podría explicarse en parte por el hecho de que la percepción del riesgo aumenta con el nivel formativo. Hallazgos similares muestra el estudio de Varela *et al* (2011), que constata que a mayor número de parejas sexuales en el último mes menor era el nivel de estudios de la población.

Parejas en el último año

Entrando a interpretar el comportamiento de esta variable en función del perfil sociodemográfico de la muestra, se halló asociación con la nacionalidad, profesión, situación laboral, nivel de instrucción y estado civil.

La población inmigrante y los profesionales del sexo suponen un perfil de sujeto con una media mayor en el número de parejas en el último año, lo que va en consonancia con lo ya explicado en la interpretación del número de parejas en el último mes. La misma tendencia se observa también para la situación laboral y la formación, de

modo que estar en activo predispone a tener más parejas y, por otro lado, un menor nivel de instrucción también se asocia con mayor número de parejas.

En este caso, llama la atención que no se observaran diferencias entre hombres y mujeres, aspecto que comentaremos más adelante. En cambio, sí aparece asociación con el estado civil, aspecto no hallado en relación al número de parejas en el último mes. En este sentido, se evidencia que los solteros tuvieron de media un mayor número de parejas en el último año, seguidos por los separados/divorciados, viudos y por último los casados/pareja de hecho, lo que se explicaría por el hecho de que inicialmente los solteros juntos con los separados y los viudos sean los que más actividad sexual tengan, precisamente por su condición en relación al estado civil. A pesar de que en nuestro caso no se han observado diferencias en el estado civil en relación al número de parejas en el último mes, este hecho sí es avalado por el estudio de Varela *et al.*, (2011), que constata que tanto los solteros como los separados son los que tuvieron un mayor número de parejas sexuales en los últimos 30 días.

Vida sexual

Para cerrar el análisis sobre la actividad sexual en cuanto al número de parejas sexuales, comentamos a continuación lo más destacado para la variable vida sexual, que determina el número de parejas sexuales que se han tenido a lo largo de la vida. En este caso, vuelve a aparecer asociación con el sexo, pero en sentido contrario al observado al analizar el número de parejas en el último mes, de modo que los hombres tuvieron de media mayor número de parejas a lo largo de la vida que las mujeres. Si hacemos una interpretación de la evolución del número de parejas en los tres tiempos analizados (mes, año y toda la vida), se deduce que el efecto que tiene la presencia de profesionales del sexo, mujeres mayoritariamente, es más evidente en el primer mes que en los tiempos posteriores, donde la tendencia se invierte. Es decir, que en ventanas de tiempo más amplias, se constata que los hombres tienden a tener más parejas sexuales que las mujeres.

Coincidiendo con nuestros resultados, en el estudio sobre Salud y Hábitos Sexuales (INE, 2004), los hombres refirieron haber tenido diez o más parejas sexuales durante su vida en un 18% más que las mujeres. En el trabajo de Folch *et al.* (2015) respecto al número de parejas sexuales en la vida, los hombres tuvieron para más de 5

parejas un porcentaje ligeramente superior que las mujeres; resultado similar también arroja el estudio de Teva *et al.* (2009), en el que los varones tuvieron una media superior a las mujeres para el número total de parejas sexuales. En el Informe FIPSE (Belza, Koerting y Suárez, 2006), uno de cada diez jóvenes de edades entre 18 y 29 años, mantuvo relaciones sexuales con 10 o más personas en su vida sexual y esta conducta fue cinco veces superior en hombres que en mujeres, incrementándose en ambos sexos a medida que aumentaba la edad, porque probablemente a medida que aumenta la edad también lo hace la probabilidad de mantener relaciones sexuales con más de una persona.

Respecto a la relación *Parejas en el último año y Sexo*, varios estudios demuestran un mayor porcentaje de parejas en el último año para los hombres que para las mujeres, y así en la Encuesta sobre Salud y Hábitos sexuales (INE, 2004), de la proporción de personas que manifestaron haber tenido más de una pareja sexual en el último año, casi el 30% fueron hombres respecto a un 15% de mujeres. Para Morgan *et al.* (2012), el 41% de los hombres tuvieron dos o más parejas en el último año frente a un 8,5% de mujeres. En el estudio de Ward *et al.* (2016), casi el doble de hombres que de mujeres tuvieron 3 o más parejas sexuales en los últimos doce meses. Por último en la ENSS (2009), respecto al número de personas con las que se mantuvieron relaciones sexuales en el último año, la media fue ligeramente superior para los hombres que para las mujeres.

Respecto al resto de variables de contraste, se observa una tendencia similar a la ya descrita en relación a la nacionalidad, la situación laboral y la profesión.

Edad de la primera relación sexual

A la luz de los resultados expuestos y aunque existe una correlación débil, se observó que los sujetos más jóvenes tuvieron la primera relación sexual a más temprana edad. Esto coincidiría con el hecho demostrado de que en Europa se ha observado en los últimos años un descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales (Encuesta de salud y Hábitos Sexuales, 2004; Berza *et al.*, 2006). En el estudio de Folch *et al.*, (2015) aproximadamente una cuarta parte de los jóvenes de entre 16 y 24 años iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 16 años. Para Teva *et al.*, (2009) los adolescentes de entre 17-18 años fueron los que tuvieron un inicio más tardío de las relaciones sexuales

con penetración, al igual que Bachanas *et al.*, (2002, cf.: Teva *et al.*, 2009) quienes concluyeron que los adolescentes mayores comenzaron las relaciones sexuales coitales a una edad mayor que los adolescentes más jóvenes. En la ENSS (2009), tanto en hombres como en mujeres, se observó que a medida que aumentaba la edad para ambos sexos, aumentaba la media de edad para la primera relación sexual. Así mismo, en la Encuesta de salud y Hábitos Sexuales (INE, 2004), para ambos sexos a medida que se aumentaba en el grupo de edad, menor era el porcentaje de personas que tenían su primera relación sexual antes de los 16 años. En el Informe FIPSE (Belza, *et al.*, 2006), a medida que aumentaba la edad por grupo de años, también lo hacía la edad de inicio de la primera relación sexual para ambos sexos.

La profesión fue otro de los factores que se asoció significativamente a la edad de la primera relación sexual. Así, los profesionales del sexo tenían de media una edad menor para la primera relación sexual, seguidos por los estudiantes, lo que podría explicarse por el hecho de que en ambos casos fueran gente joven mayoritariamente, lo que corrobora las tendencias ya descritas.

Por último, otra de las variables influyentes fue el nivel de estudios, observándose la tendencia de que a mayor nivel de estudios, más edad se tenía en la primera relación sexual, lo que podría justificarse por la mayor percepción del riesgo asociada a un mayor nivel académico, hecho también constado en otras asociaciones antes descritas. Este hallazgo coincidiría con el Informe FIPSE (Belza *et al.*, 2006) en el que en ambos sexos y en todos los grupos de edad, el inicio de las relaciones sexuales se retrasa al aumentar el nivel de estudios. Esta diferencia es más importante en las personas con 20 años o más y, en concreto, el efecto del nivel de estudios en la edad de la primera relación sexual es más acusado en las mujeres que en los hombres.

Conducta sexual

En nuestro estudio pudimos observar una mayor proporción de hombres homosexuales y bisexuales que mujeres. En esta misma línea nos encontramos con el estudio de Ward *et al.*, (2016), en el que hubo un mayor porcentaje de homosexuales/bisexuales entre los hombres que entre las mujeres o el estudio de Folch *et al.*, (2015) donde la proporción de homosexuales fue mayor para los hombres que para las mujeres, aunque la orientación bisexual fue mayor para las mujeres respecto a

los hombres. En la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales (INE, 2004), la proporción de población que manifestó haber mantenido relaciones homosexuales en algún momento de su vida, fue mayor para los hombres que para las mujeres; hallazgo también corroborado en el Informe FIPSE (Belza *et al.*, 2006).

La diferencia en proporción de homosexuales y bisexuales entre hombres y mujeres podría explicar también la asociación significativa encontrada entre la conducta sexual y la profesión. El hecho de que la homosexualidad y la bisexualidad fuera menos prevalente entre los profesionales del sexo respecto al resto, responde a que este grupo casi en su totalidad lo componen mujeres.

Tiene pareja habitual

Entre las asociaciones significativas encontradas en esta variable, destaca la que se estableció con la profesión, tal que los profesionales del sexo tuvieron proporcionalmente menos parejas estables que el resto, seguidos por los estudiantes y el resto de las profesiones, lo que podría deberse al estigma social que acompaña a la prostitución. Los resultados de otros estudios en los que también se analiza el perfil sociodemográfico y las conductas de riesgo en profesionales del sexo, avalan esta hipótesis, si bien los datos son muy variables. El estudio de Folch *et al.*, (2009) informa de que un 47,25% de las profesionales del sexo tenían pareja estable; el mismo autor en un estudio posterior (Folch *et al.*, 2014) sitúa en un 21,2 % el porcentaje de profesionales del sexo que estaban casadas. En el estudio de Belza *et al.* (2004), sólo el 13,3% de las profesionales del sexo convivían en pareja. Por último, la tendencia cambia en los resultados del trabajo de García de la Hera, Fernández, Hernández y Vioque (2001), en el que más de la mitad de las mujeres profesionales del sexo refirieron tener pareja habitual.

Contacto con profesional del sexo

Cabe destacar que la tendencia observada fue que a mayor edad de la muestra existía un mayor contacto con profesionales del sexo, lo que podría asociarse a una mayor estabilidad laboral y económica que permitiría una mayor status económico para pagar por servicios sexuales. También es evidente la asociación con el sexo, donde claramente la probabilidad en hombres es mucho mayor que en mujeres, como así

también se confirma en la ENSS (2009), en la que el 4,6% de los hombres pagó por mantener relaciones sexuales en los últimos 12 meses frente a un 0,1% de las mujeres.

La profesión también se asoció significativamente con el tener contacto con profesionales del sexo. En este caso, se compararon el grupo de estudiantes con el grupo de otras profesiones, observando mayor probabilidad en estos últimos. Se podría aplicar también para esta relación la estabilidad laboral y económica del segundo grupo como explicación a este hallazgo.

Respecto al estado civil, también llama la atención que es el grupo de casados o con pareja de hecho los que proporcionalmente más contacto tienen con profesionales del sexo.

Tiene síntomas su pareja habitual

El seguimiento de contactos es una de las medidas de control que ha crecido exponencialmente en los últimos años. Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que la probabilidad de que la pareja del hombre tuviese síntomas ha sido 1,8 veces mayor que en la mujer. Dado que el mayor porcentaje de la población es heterosexual, esta diferencia puede estar asociada al hecho de que las mujeres (parejas de hombres en su mayoría) presenten mayor vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS por situaciones como la aceptación de relaciones sexuales no protegidas por motivos socioeconómicos y/o culturales, además de ser víctimas con más frecuencia de situaciones de violencia de género, incluyendo las agresiones sexuales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Por otro lado, también es conocido que los hombres con una ITS advierten cuatro veces menos que las mujeres a su pareja habitual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) y además “los hombres continúan manteniendo relaciones sexuales, a pesar de la infección, al contrario de lo que hacen las mujeres” (Ministerio de la Salud y los Deportes, Francia 2010, cf.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

También se constató una mayor probabilidad en población española que en inmigrantes de que sus parejas tuvieran síntomas habituales. Al igual que en la profesión, en la que proporcionalmente se observó que los profesionales del sexo tuvieron parejas con menos síntomas que el resto de grupos. El estudio de Folch *et al.*, (2009) confirmó que la mayoría de las trabajadoras del sexo declaró haber usado

siempre el preservativo en las relaciones sexuales, lo que haría pensar en menos posibilidades de contagio a su pareja. No obstante, este hallazgo no se reproduce como tal en nuestro estudio, donde incluso, en base a la información antes presentada sobre los días de último contacto sin preservativo, parece que los profesionales del sexo presentan un uso menos consistente del preservativo. Probablemente la diferencia en los tiempos de realización del estudio de Folch respecto al nuestro, justifique un posible cambio de tendencia en las medidas preventivas adoptadas por este colectivo profesional.

Utilización de Drogas

En nuestra investigación, la media de edad de los sujetos que utilizaron drogas fue significativamente menor que los que no las utilizaron, lo que podría justificarse por la menor percepción del riesgo entre los más jóvenes y de ciertas conductas como consumo de alcohol y otras drogas. Aunque en nuestro caso no se pudo confirmar si el consumo de drogas se hacía en el momento de mantener relaciones sexuales, cabe suponer que los sujetos más jóvenes sí consumirían también en esas circunstancias. Los estudios consultados van en esta línea, de modo que el trabajo de Varela *et al.*, (2011) confirma que el consumo de drogas y alcohol en la última relación sexual fue proporcionalmente mayor en el grupo de menor edad (18-24 años) (aunque curiosamente el consumo de drogas en la última relación sexual no solo registró el máximo porcentaje en el grupo más joven sino también en el de mayor edad). En el informe FIPSE (Belza *et al.*, 2006) una de las razones para el no uso del preservativo en la primera relación sexual con la última nueva pareja en el último año, fue haber tomado demasiado alcohol u otras drogas, y el mayor porcentaje de los que sí las consumieron se dio en el grupo de menor edad (18-19 años). También en la encuesta Shering (2002) sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española la exposición a una situación de riesgo provocada por la euforia del alcohol u otras drogas, afectó en mayor proporción a los más jóvenes (15 - 19 años). En la ENSS (2009), respecto al consumo de medicamentos, alcohol u otro tipo de sustancias para estimularse sexualmente, el mayor porcentaje de los que casi siempre lo hacían se dio en el grupo más joven (16-17 años) en las mujeres y en el segundo grupo más joven en los hombres (18-24 años). Por último y al contrario que los anteriores estudios mencionados, en el estudio de Teva *et*

al. (2009) el mayor porcentaje de consumo de drogas se dio en el grupo de mayor edad (17-18 años).

Respecto a la nacionalidad, también se ha comportado como un factor significativo en relación al consumo de drogas, de modo que los españoles proporcionalmente consumen más drogas que la población inmigrante. Esto queda reflejado en concreto en los profesionales del sexo, en su mayoría mujeres e inmigrantes, donde el consumo de drogas sobre todo por vía parenteral es menor que en las españolas, como así confirman otros estudios (Folch *et al.*, 2009; Folch *et al.*, 2014).

ITS anteriores

Respecto a la presencia de ITS anteriores, únicamente se encontró asociación significativa con la edad, de modo que la media era mayor en sujetos con ITS previas, lo que podría justificarse por el hecho de que el aumento de edad va acompañado de un mayor número de parejas sexuales ocasionales y por tanto este sería un factor de riesgo para la adquisición de VIH u otras ITS (Kelley, Borawski, Flocke y Keen, 2003). Este resultado coincide con el de la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales (INE, 2004), en la que el porcentaje de personas de ambos sexos a los que se les había diagnosticado alguna vez una infección de transmisión sexual era mayor en el grupo de más edad (40-49 años). También es cierto que se contradice relativamente con otras asociaciones encontradas, como por ejemplo el hecho de que a mayor edad, la conciencia de riesgo se intensifica. Probablemente, al igual que en otras asociaciones ya descritas, un análisis ajustado por diferentes variables podría determinar con más claridad la influencia de variables sociodemográficas sobre los indicadores de riesgo de ITS, aunque inicialmente no era ese el objetivo de este estudio.

IV.8 De los factores asociados a la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo 2000-2014.

IV.8.1. Factores sociodemográficos

Edad

La edad media de los sujetos que presentan ITS es menor que los que no la presentan, habiendo una diferencia de 3 años aproximadamente. En esta misma línea, coincidiendo con este hallazgo, se encuentra el estudio de ITS en Andalucía en el periodo 2004-2009 (SVEA, 2010), que constata que de los nuevos casos diagnosticados de VIH en el año

2009, la mitad eran menores de 30 años; en el estudio del Grupo EPI-VIH (2016), donde del total de personas diagnosticadas de VIH en el periodo de tiempo 2000-2013, el grupo de edad de 25 a 29 años tuvo el mayor porcentaje de diagnóstico con un 23,5%, seguido del de 30 a 34 años con un 22,4%. En el caso del estudio de ITS diagnosticadas en la Unidad de ITS de Barcelona en el periodo 2001-2002 (Vall, Sanz, Loureiro y Armengol, 2004), el diagnóstico se distribuyó a partes iguales entre los dos grupos de edad (49% en menores de 30 años y 51% en mayores de 30 años). Estos resultados irían en consonancia con el hecho de que ser población más joven es un factor de riesgo para la adquisición de ITS como consecuencia de una baja percepción del mismo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a), a lo que se une la posibilidad de tener un mayor número de parejas sexuales y dentro de estas, múltiples parejas sexuales ocasionales.

Sexo

Se observa cómo en nuestro estudio el porcentaje de mujeres diagnosticadas de alguna ITS fue casi un 20% mayor que en los hombres, a diferencia de otros estudios como el del Grupo EPI-VIH (2016) en el que del total de pacientes diagnosticados por VIH en el periodo 2000-2013, el 82,1% eran hombres frente a un 15,3% de mujeres, o el informe de Sistema de información sobre nuevos Diagnósticos de VIH y Registro nacional de Casos de SIDA (Área de Vigilancia y Comportamientos de Riesgo, 2016), en el que en el año 2015 de los nuevos diagnósticos de VIH notificados, el 85,9% fueron hombres. Así mismo, Larrañaga, Martín y Bacigalupe (2014) al analizar la situación de la salud sexual en España y más concretamente la incidencia de ITS y VIH, nuevamente hacen referencia a una menor frecuencia de VIH en las mujeres que en los hombres. Conviene tener en cuenta que los estudios citados se centran mayoritariamente en VIH, si bien en nuestro trabajo se hace un análisis global de ITS. Por tanto, puede que haya diferencias de sexo que haya que explicarlas en función de la ITS.

Entrando en los resultados de nuestra investigación, la mayor proporción de ITS en mujeres frente a hombres puede asociarse a varias hipótesis. La primera es que según la literatura científica los hombres jóvenes (perfil de nuestra investigación) reportan un mayor número de parejas sexuales ocasionales (Teva *et al.*, 2009; Folch *et al.*, 2015; INE, 2004) por lo que podríamos suponer que tienden a protegerse más para evitar el contagio. En el caso de la mujeres, suelen tener relaciones sexuales en el marco de una

relación estable (Folch *et al.*, 2015) y probablemente se protejan menos con estas parejas (Teva *et al.*, 2009; Folch *et al.*, 2015), por la gran importancia que conceden al vínculo afectivo, buscando profundizar la relación de pareja, con una percepción del riesgo de infección por VIH/ITS disminuida (Puente *et al.*, 2011; Teva *et al.*, 2009).

Por otro lado, que la mayor parte de los profesionales del sexo sean mujeres justifica que a la vulnerabilidad de la profesión se una la vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS por ser mujer, debido a algunos comportamientos de riesgo ya comentados como la aceptación de relaciones sexuales no protegidas especialmente por motivos socioeconómicos y/o culturales o que entre las mujeres sea más frecuente la violencia de género incluyendo las agresiones sexuales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). También está el hecho de que el género representaría una de las cuestiones más significativas en el uso del preservativo en las relaciones sexuales (Gúemes *et al.*, 2011), ya que es un medio anticonceptivo socialmente diseñado para ser usado por el hombre (Fosados, Caballero-Hoyos, Torres-López, Valente, 2006, cf.: Serván *et al.*, 2013) y las mujeres frecuentemente no asuman la iniciativa en asegurarse de que el preservativo esté disponible (INE, 2004) lo que podría llevar a tener más encuentros sexuales desprotegidos.

Profesión

Los profesionales del sexo son el grupo profesional que más ITS presentaron, un 20% más que el resto de profesiones y que los estudiantes, lo cual, a priori, podría ser un resultado justificado por la vulnerabilidad de este colectivo. En cambio, hay diferencias con otros estudios como el de Vall *et al.* (2004) donde el 86% de las ITS se diagnosticaron en personas que no ejercían la prostitución frente al 14% restante en personas que sí lo hacían (sólo la vaginosis bacteriana se diagnosticó con más frecuencia en este grupo profesional) o el de Grupo EPI-VIH (2016) donde del total de las personas diagnosticadas por VIH entre los años 2000-2013, sólo el 9,7% correspondían a personas que ejercían la prostitución (4,1% para mujeres profesionales del sexo y 5,6% para HSH profesionales del sexo). Actualmente hay una amplia evidencia de que en España la prevalencia de la infección por el VIH en este grupo es reducida y su papel en la transmisión del VIH limitado (Folch *et al.*, 2008; Caro-Murillo, Catalán y Valero, 2010; Tornero, Mafe, Castejón y Alonso, 2009). Quizás un análisis diferenciado por tipo de infección nos permitiría precisar las diferencias

encontradas con los trabajos centrados en VIH. Respecto a Vall *et al.* (2004), habría que tener en cuenta la diferencia temporal, que es un factor que puede haber condicionado en los últimos tiempos la vulnerabilidad de los profesionales del sexo respecto a otras ITS distintas al VIH. Según informes recientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) el uso de drogas y las situaciones vulnerables de las mujeres inmigrantes, muchas de ellas profesionales del sexo, agravaría el riesgo de contagio por VIH y otras ITS.

Estado Civil

Los separados/divorciados y los solteros son los estados civiles que más ITS presentaban frente a los que estaban casados o con pareja de hecho, siendo el porcentaje de ITS para los que estaban separados o divorciados aún mayor que para los solteros. Este resultado sería compatible con la circunstancia de que en ambos grupos se podría pensar inicialmente en un mayor número de parejas sexuales, coincidiendo así con los resultados de Varela *et al.* (2011) y por tanto un mayor riesgo para la adquisición de ITS.

Este resultado coincidiría con varios estudios como el de Valdespino *et al.* (2007) en el que los principales factores vinculados con la infección por VIH fueron las edades más jóvenes, sexo masculino, vivir en la ciudad, nivel académico de licenciatura o postgrado, ser soltero, divorciado o separado, económicamente activo y referir consumo de heroína. También destaca el trabajo de Corsenac *et al.* (2015) donde ser soltero se asoció con una mayor prevalencia para Gonorrea, Chlamydia y Sífilis. En el estudio de Morgan *et al.* (2012), estar casado fue asociado con menores probabilidades de comportamiento sexual de alto riesgo.

IV.8.2. Atención clínica

Número de Consultas Posteriores y Número de Nuevos episodios posteriores

Los usuarios a los que se le diagnosticó alguna ITS, tuvieron de media mayor número de consultas posteriores en relación con el motivo inicial de la consulta, lo que podría deberse por un lado a una mayor concienciación del problema y del riesgo potencial de transmisión, y por otro lado a la necesidad de un seguimiento clínico a causa del diagnóstico positivo para ITS.

Esta tendencia también se observa con el número de nuevos episodios posteriores, lo que podría tener su explicación por una mayor percepción del riesgo a raíz del diagnóstico positivo de ITS o incluso en algunos casos a padecer cipridofobia (miedo excesivo e irracional a contraer una enfermedad venérea).

IV.8.3. Indicadores de Riesgo

Días de último contacto sin preservativo

La media de días de último contacto sin preservativo fue menor para los que tuvieron un diagnóstico de ITS positivo frente a aquellos cuyo diagnóstico fue negativo, lo que se traduce en un uso inconsistente de este medio de protección y consecuentemente en más posibilidades de diagnóstico de alguna ITS.

Parejas en el último mes y en el último año

Los sujetos que tuvieron un diagnóstico positivo de ITS presentaron un mayor número de parejas tanto en el último mes como en el último año. Evidentemente, a mayor número de parejas sexuales ocasionales más se incrementa el riesgo de contagio y/o de transmisión de alguna ITS, como así se pone de manifiesto en otros trabajos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a; Kelley *et al.*, 2003)

Edad de la primera relación sexual

La media de edad de la primera relación sexual era menor en aquellos a los que se les diagnosticó alguna ITS. Esto iría en consonancia con que entre los factores que predisponen a un mayor riesgo para la infección por el VIH y las ITS se encuentre entre otros, una edad de inicio temprana de las relaciones sexuales coitales lo que se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales (O'Donnell *et al.*, 2001; Pettifor *et al.*, 2004).

Conducta sexual

A pesar de no haber hallado una asociación estadísticamente significativa entre la conducta sexual y el diagnóstico de ITS, sí que es relevante el hecho de que entre los homosexuales el porcentaje de ITS fue mayor que en el resto de los comportamientos sexuales, lo que tendría sentido si partimos del hecho del riesgo de las prácticas sexuales anales de los HSH y que lo han convertido en un colectivo enormemente vulnerable al VIH (Área de Vigilancia de VIH y conductas de riesgo, 2011). Según los

datos del Área de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España en el año 2012 (Área de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, 2013), la transmisión del VIH en HSH fue la más frecuente, alcanzando un porcentaje del 51%, tendencia que continuó en la misma línea para los años 2013 (51,2%), 2014 (53,9%) y 2015 (53,6%) (Área de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, 2014, 2015, 2016). A la situación descrita previamente, hay que añadir el hecho de que la coinfección VIH/ITS es muy elevada, lo cual favorece la transmisión y adquisición del VIH y otras ITS en este colectivo (Área de Vigilancia de VIH y conductas de riesgo, 2011).

Una de las razones argumentadas para explicar el fracaso en la prevención del VIH entre los HSH se encontrarían por un lado en que el discurso actual sobre el SIDA habría perdido el resultado deseado en la población con campañas de prevención menos impactantes y por otro lado la conciencia de optimismo y banalización de la infección por el avance en su control, manejo y tratamiento (Fernández de Mosteyrin, Del Val, Fernández de Mosteyrin y Fernández, 2014).

El SVEA, en su informe sobre ITS en el periodo 2004-2009 (SVEA, 2010) sobre los usuarios atendidos en el Centro de ITS de Sevilla, mostró cómo casi la mitad de los usuarios (49,10%) pertenecían a colectivos con más riesgo de contraer una ITS, siendo el más numeroso el de los HSH.

Contacto con Profesional del Sexo

Curiosamente, la probabilidad de tener un diagnóstico positivo de ITS fue mayor en aquellos que no tuvieron contacto con profesional del sexo que los que sí lo tuvieron, esto podría ser debido a que al ser los profesionales del sexo un colectivo de riesgo o vulnerable frente al contagio por VIH y otras ITS, la protección sería mayor, tanto de los profesionales del sexo como de los clientes que demandan estas prácticas.

No obstante, hay cierta contradicción en este hallazgo y en el hecho de que, tal y como se ha constatado, los profesionales del sexo son el grupo con más proporción de ITS. Probablemente el agrupar las profesiones en sólo tres categorías se estén ocultando algunos matices de interés para entender parte de los resultados. En cualquier caso, parece más lógico pensar que en esta asociación entre contacto con profesional del sexo e ITS influya que el porcentaje de sujetos que mantienen relaciones con este colectivo

sea mayoritariamente el de casados o con pareja de hecho, lo que en parte se asociaría a mayores medidas de prevención.

Utilización de Drogas

En nuestro estudio, el consumo de drogas aumentó casi el doble la probabilidad de tener un diagnóstico positivo de ITS. Este resultado iría en consonancia con lo escrito al respecto en la literatura científica donde entre los factores que predisponen a un mayor riesgo para la infección por VIH y otras ITS se encuentran entre otros mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas (O' Donnell *et al.*, 2001; Vivanco, Abubakar y Hunter, 2008). Este matiz, en cambio, no lo hemos podido corroborar, aunque cabría suponer que también es trasladable a la población consumidora de nuestra investigación.

A pesar de que el mayor peso en la forma de infectarse lo tendrían los usuarios de drogas inyectadas (Centre for Disease Prevention and Control –CDC- and The European Monitoring Centre for Drugs Addiction –EMCDDA-, 2011) no hay que restarle importancia a otras drogas, fundamentalmente a las conocidas como “recreativas” por la distorsión en la percepción del riesgo que generan y la velocidad con la que aparecen nuevas sustancias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

En la Encuesta Shering (2002) sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española, en la valoración o percepción del riesgo, sobre la razón de la exposición al mismo, el segundo mayor porcentaje para el hombre fue debido a la euforia provocada por el consumo de alcohol y/o drogas. A diferencia de lo anterior, en el Informe FIPSE (Belza *et al.*, 2006), el consumo de alcohol u otras drogas apenas influyó a la hora de tener una primera relación sexual desprotegida con la nueva pareja, aunque un 12,2% de las mujeres de 18-19 años y un 8% de las 25-29 años señalaron esta situación.

IV. 9. De la asociación entre Infecciones de Transmisión Sexual y los periodos de crisis (2008-2014) y no crisis (2000-2007)

Antes de comentar los resultados específicos en relación a las diferencias observadas en el diagnóstico de ITS entre los dos periodos de estudio, se van a discutir el resto de hallazgos incluidos en este bloque de análisis, con objeto de determinar el contexto

sociodemográfico, indicadores de riesgo y atención clínica recibida por la población en ambos periodos.

IV.9.1. Características sociodemográficas

En las muestras de ambos periodos no se obtuvieron diferencias significativas en la edad, situación laboral y estado civil. En cambio sí hubo diferencias en cuanto al sexo, nacionalidad, profesión y nivel de instrucción.

En proporción hubo más hombres que mujeres que acudieron al centro en el periodo crisis que en el periodo no crisis, ya que en el periodo no crisis la proporción de ambos sexos fue prácticamente la misma. Este resultado viene a coincidir con el del estudio del grupo EPI-VIH (2016), sobre prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS en el periodo 2000-2013 y en el que el porcentaje de hombres que acudió al centro en el periodo pre crisis (2000-2007) fue de media un 52,83% frente a un 59,6% en el periodo crisis (2008-2013).

En ambos periodos, acudieron más españoles al centro que inmigrantes, aunque en el periodo de crisis el porcentaje de inmigrantes fue menor, lo que pudiera tener su explicación en el hecho de que a raíz de la crisis económica muchos de los inmigrantes residentes en España comenzaron a regresar a sus países de origen ante el empeoramiento de las condiciones laborales y económicas. Este resultado volvería a coincidir como en el caso anterior con los resultados del grupo EPI-VIH (2016) donde los inmigrantes atendidos en el centro pasaron de una media del 36% en el periodo pre crisis al 31,65% en el periodo crisis.

En la línea de lo anterior, también se observó que en el periodo de crisis disminuyó el porcentaje de profesionales del sexo que acudieron al centro. Esta situación podría deberse a que teniendo en cuenta que la mayoría de estos profesionales en nuestro estudio eran mujeres e inmigrantes y por tanto probablemente muchas de ellas se encontraban en situación administrativa irregular, esto pudo propiciar, a raíz de las medidas restrictivas en el acceso a la sanidad pública que se promulgaron con el Real Decreto Ley 16/2012, un agravamiento de una situación de por sí ya complicada para el acceso a los servicios sanitarios y/o sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a, Urbanos y Puig, 2014). También se constata este descenso en el estudio del Grupo EPI-VIH (2016), donde el porcentaje de profesionales del sexo

descendió en torno a 10 puntos, pasando de un 19,83% antes de 2008 a valores del 9,6% durante la crisis, habiendo por tanto una diferencia del 10% entre ambos periodos. Concretamente este estudio marca como año de inflexión el año 2010, lo cual es coherente si tenemos en cuenta que “los efectos más graves de la crisis y de las políticas de austeridad se produjeron desde el año 2010” (La Parra y Álvarez-Dardet, 2014, p. 93) y se acentuaron a partir del año 2012, que es cuando entró en vigor el citado Real Decreto Ley 16/2012.

En cuanto al nivel de instrucción, la tendencia observada fue que en el periodo de crisis aumentó la proporción de sujetos con mayor nivel académico. Si tenemos en cuenta este hallazgo, unido a la disminución de la proporción de profesionales del sexo, se intuye que las diferencias en la prevalencia de ITS entre ambos periodos no se corresponden con la tendencia global observada en la muestra, en la que los profesionales de sexo aparecen como el colectivo con mayor porcentajes de ITS y coincide además que las personas con más nivel de instrucción presentaban menos conductas de riesgo.

IV.9.2. Atención clínica

De media hubo un mayor número de consultas posteriores en el periodo crisis respecto al periodo no crisis, lo que iría en consonancia con el hecho de que la proporción de diagnósticos positivos para ITS fue casi 20 puntos mayor en el periodo crisis que en el periodo no crisis, y por tanto justificaría que hubiese un seguimiento más intenso de las mismas. Este resultado vuelve a coincidir con el estudio del Grupo EPI-VIH (2016), donde se observa un aumento de 613 personas atendidas en revisiones en el periodo crisis (2008-2013).

En el periodo de crisis la proporción de consultas previas respecto al periodo no crisis fue menor, lo que va en la línea de las dificultades de acceso al sistema sanitario que acontece en periodo de crisis, afectando de manera más desproporcionada a las personas de clases sociales desfavorecidas y a las minorías étnicas (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza y Borrell, 2014), que son colectivos representados en nuestra investigación.

Respecto al motivo de consulta, la tendencia observada es un aumento de la proporción de consultas en relación con el VIH en el periodo crisis de casi 10 puntos

respecto al periodo no crisis. Si bien el VIH no es de las infecciones que más se incrementa en el periodo de crisis, sí que este incremento en el motivo de consulta induce a pensar en más conductas de riesgo en un periodo frente a otro.

IV.9.3. Indicadores de riesgo

De media pasó menos tiempo desde el último contacto sin preservativo en el periodo crisis que en el periodo no crisis. En este sentido, algunos estudios indican que la reducción reciente de su uso, sobre todo en HSH se ha continuado de un aumento de las infecciones por el VIH y de otras ITS (Folch, Casabona y Muñoz, 2010; Teva *et al.*, 2009). Este aumento de la incidencia de VIH en los HSH, se ha asociado en especial a los subgrupos con más prácticas de riesgo, como los que consumen nitritos y anfetaminas durante las relaciones sexuales (Folch *et al.*, 2010). También entre los HSH existen tasas más altas de Sífilis, Gonorrea e infecciones por Chlamydias (Godoy, 2011).

En general desde el año 2007, para Larrañaga *et al.* (2014) las fuentes revisadas mostraron un descenso en el uso de anticonceptivos, así como la ausencia de medidas de protección frente a las ITS en una quinta parte de las relaciones ocasionales o esporádicas (Larrañaga *et al.*, 2014). Para algunos autores, estas dificultades de acceso a la anticoncepción estarían relacionados con problemas económicos para costearla (Mcbride, Morgan y McGee, 2012, cf.: Larrañaga *et al.*, 2014) de ahí que durante el periodo crisis las dificultades económicas generadas por el alto desempleo y la precariedad laboral podrían justificar un menor empleo del uso del preservativo (Vallejo, 2013) y por tanto un menor tiempo desde el último contacto sin el mismo, aumentando consecuentemente el riesgo de contagio de enfermedades venéreas.

En cuanto a la edad de la primera relación sexual, se observan diferencias significativas entre ambos periodos, de modo que la tendencia observada fue que la edad fue más temprana en el periodo crisis respecto al no crisis. No obstante, en ambos casos se sitúa aproximadamente en 18 años, por lo que conceptualmente no se considera una variable discriminante entre ambos periodos de estudio.

Respecto a la conducta sexual, en el periodo de crisis en proporción acudió más población homosexual y menos población heterosexual al centro que en el periodo no crisis. Este hallazgo también es constatado con los resultados del grupo EPI-VIH (2016)

en el que la proporción de población homosexual atendida en el periodo crisis también fue mayor. Teniendo en cuenta que la población homosexual está mayoritariamente compuesta por hombres y que dentro de estas prácticas homosexuales estarían los HSH, al analizar las tasas de nuevos diagnósticos de VIH por lugar de origen y modo de transmisión, se aprecia que tanto en españoles como en inmigrantes las tasas son más altas en HSH durante todo el período 2009-2015 y se mantienen estables (Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, 2016) con lo que esto podría trasladarse también a lo observado en nuestra investigación.

Por último, a la luz de los resultados expuestos, se observa que en el periodo de crisis disminuyó la proporción de sujetos que tuvieron contacto con profesionales del sexo, lo que podría justificarse por el empeoramiento generalizado de la situación económica, lo que pudo propiciar una menor demanda de este tipo de servicios sexuales. Este resultado iría en consonancia con el hecho de que en nuestro estudio los sujetos que mantuvieron relaciones con profesionales del sexo tuvieron menos probabilidad de contagio de ITS, de modo que al frecuentar en menor proporción a profesionales del sexo durante el periodo crisis, pudo dar lugar a otro tipo de prácticas sexuales más desprotegidas.

Por lo demás, no se observaron diferencias entre ambos periodos en el resto de indicadores de riesgo incluidos en el estudio: parejas en último mes, parejas en el último año, vida sexual, tener pareja habitual, consumo de drogas y presencia de ITS anteriores.

IV.9.4. Diagnóstico de ITS vs Crisis

La proporción de diagnósticos positivos para ITS fue casi 20 puntos mayor en el periodo crisis respecto al periodo no crisis, esto vendría a confirmar el hecho de que para algunos autores como Larrañaga *et al* (2014), pocas dudas ofrece el efecto de la crisis financiera en las ITS, que particularmente estos autores focalizan en la infección por el VIH (ECDC, 2013c), hallazgo que literalmente no se concreta en los datos observados en nuestra investigación.

Concretamente la ITS más prevalente en nuestro estudio fue el VPH, cuyo número de casos diagnosticados se duplicó durante el periodo crisis, seguido por Molluscum contagiosum, Gonococia, Sífilis, virus del Herpes simple (VHS) y VIH. El

hecho de que el VPH haya sido la ITS más diagnosticada en nuestro estudio coincide con el estudio sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Andalucía en el periodo 2004-2009 (SVEA, 2010) en el que la infección por el VPH fue la patología más frecuente con 1037 casos nuevos en 2009, seguida por *Chlamydia trachomatis*, *Gonococia*, Sífilis, Herpes genital y VIH.

Respecto al VPH, se conocen unos 100 tipos, de los que 40 son capaces de afectar la región genital y según el riesgo oncogénico se clasifica en VPH de alto riesgo para el cáncer de cérvix, ano, pene, vulva, vagina y orofaringe y VPH de bajo riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Se sabe que prácticamente todos los casos de cáncer cervical están ligados a la infección por VPH, concretamente el 70% lo producen los subtipos 16 ó 18 y que los de bajo riesgo oncogénico como el 6 y el 11, son responsables de un elevado porcentaje de displasias cervicales leves y de más del 90% de las verrugas genitales o condilomas acuminados (Godoy, 2011; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). La recomendación de introducir la vacunación sistemática frente al VPH en niñas entre 11-14 años fue aprobada por el Consejo Interterritorial en 2007, actualmente este Consejo establece la vacunación frente a VPH para niñas a la edad de 14 años (BOE, 2013). La reciente indicación de esta vacuna para los hombres, sobre todo frente a los subtipos oncogénicos, y los condilomas acuminados en HSH, no ha estado exenta de polémica (Giuliano *et al.*, 2011; Kim, 2011, cf.: Godoy, 2011). Por tanto, el incremento observado entre ambos periodos hay que interpretarlo en un contexto en el que se intensifican las medidas preventivas para el VPH, que tuvieron como medida nuclear los programas de screening llevados a cabo desde el sistema sanitario. Esto puede hacernos pensar en un infra diagnóstico de esta infección en el periodo de no crisis.

En referencia al resto de las ITS diagnosticadas, a pesar de que la ITS más notificada en Europa (aunque con diferencias dependiendo del país) es la infección por *Chlamydia trachomatis* (ECDC, 2013b; Díez y Díaz, 2011) y en el estudio sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Andalucía en el periodo 2004-2009 (SVEA, 2010), ésta ocupó el segundo lugar, en nuestro estudio el *Molluscum contagiosum* fue la segunda ITS más diagnosticada, siendo el diagnóstico de *Chlamydia*s prácticamente inexistente. Con respecto al *Molluscum*, se piensa que su crecimiento asociado a las relaciones sexuales (Villa *et al.*, 2010) se asocia a la mejora de las condiciones sociales

y económicas, lo que ha provocado que las personas adultas sexualmente activas carezcan de inmunidad frente al mismo, junto con el aumento del sexo oral y la mejoría en el diagnóstico (Vázquez, 2011).

La Gonorrea y la Sífilis ocuparon el tercer y cuarto lugar respectivamente. Si analizamos los datos de ambas en el periodo 1995-2013 (Área de Vigilancia de VIH y Conductas de riesgo, 2015) se observa un marcado descenso para ambas hasta el año 2001 seguido de un incremento continuado en la incidencia a partir de esa fecha, superando las tasas de Sífilis desde el año 2004 a las de infección gonocócica. En el año 2013 se notificó una tasa de Sífilis de 8 por cada 100.000 habitantes, siendo 7,12 para la Gonococia. En el periodo 2005-2010, el 72,5% de los casos de Sífilis y el 55% de los de Gonococia se produjeron en HSH; este aumento en general de la incidencia de Sífilis y Gonorrea sugiere un aumento de las conductas de riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Respecto al virus del Herpes simple no tipificado, se duplicó el número de casos diagnosticados en el periodo crisis. Según los datos del Sistema de Información Microbiológica (2016), se notificaron un total de 803 infecciones de transmisión sexual por Herpes simple en 2015 y si analizamos el periodo 2000-2015, a partir del año 2012 se observa un aumento en el número de infecciones declaradas.

En referencia al VIH, entre ambos periodos se observa un ligero aumento en el periodo crisis frente al no crisis. En España, respecto a los nuevos diagnósticos de VIH durante el año 2015 (Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, 2016) se estima que la tasa corregida fue de 9,44 por 100.000 habitantes. El 85,9% eran hombres y la media de edad fue de 36 años. La transmisión en HSH fue la más frecuente con un 53,6%, seguida de la heterosexual, 25,4% y la que se produjo en PID, del 2,8%. El 30,3% de los nuevos diagnósticos fue en personas de otros países y un 46,5% de los nuevos diagnósticos fueron tardíos.

La tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2009-2015, respecto al sexo muestra un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, siendo las tasas en hombres muy superiores durante todo el periodo, y mientras que en las mujeres la tendencia es claramente descendente, en los hombres no hay cambios significativos. En referencia al modo de transmisión, el porcentaje de nuevos

diagnósticos en HSH ascendió durante 2009-2015, mientras que en heterosexuales y en PID disminuyó para ambos sexos. En función de la nacionalidad, el porcentaje de personas extranjeras diagnosticadas desciende durante dicho periodo, aunque esta tendencia sólo fue significativa para África subsahariana y Latinoamérica.

Conviene destacar dos cuestiones, por un lado que el porcentaje de nuevos diagnósticos en personas de 50 años o mayores, sigue aumentando, llegando a alcanzar un 12,3% en el año 2012 y por otro, que a pesar de que hasta la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR), la transmisión materno-filial fue muy frecuente en España, en la actualidad este tipo de transmisión es residual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

En referencia a la prevalencia de VIH en España en el periodo 2000-2013 (Grupo EPI-VIH, 2016), en primera visita se situó entre el 2,4-3,4% y en las revisiones entre 1,2%-2,6%, incrementándose a partir del año 2006. Las mayores prevalencias se registraron entre UDI, aunque en estos a partir del año 2010-2011 se observó una tendencia descendente. También destacó la elevada prevalencia en los HSH y en los trabajadores sexuales HSH, observándose en estos una tendencia ascendente en primera visita a partir del 2007 y en revisiones entre 2000-2013. Los inmigrantes de África Subsahariana y de Latinoamérica presentaron prevalencias mayores que los españoles en primeras visitas, pero en las revisiones las prevalencias fueron significativamente más elevadas para los españoles respecto a latinoamericanos, europeos del Este y africanos subsaharianos.

La prevalencia de coinfección de VIH con Sífilis o Gonococia es elevada; en el periodo 2005-2010, la coinfección VIH/Sífilis fue del 22,2% y la de VIH/Gonococia del 10,5% (Grupo de trabajo sobre ITS, 2012) siendo más elevada para HSH, seguida de hombres heterosexuales y mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Al margen del análisis desagregado por ITS que se ha expuesto anteriormente, un hallazgo relevante en esta investigación es la asociación entre el periodo de crisis y el incremento de ITS. Esta asociación no sólo ha sido verificada a través del análisis bivalente, sino que en el ajuste realizado con otras variables que también influyeron en el diagnóstico de ITS, se mantiene. Evidentemente hay que ser cautelosos con esta

hipótesis, especialmente porque hay matices que ya se han comentado y que deben ser tenidos en cuenta para hacer una lectura correcta de esta asociación. A pesar de ello, es un resultado que confirma un repunte total de casos diagnosticados, lo que vendría a confirmar la opinión de los expertos de que la crisis económica está teniendo y tendrá un impacto sobre la salud de la población (Pérez *et al.*, 2014), existiendo evidencia ya sobre los efectos en la salud, en concreto un deterioro de la salud mental, incremento del consumo de alcohol y drogas y aumento de la infección por el VIH, como es el caso de Grecia (ECDC, 2013c; Kondilis *et al.*, 2013, cf.: Pérez *et al.*, 2014) donde los ajustes presupuestarios junto a la supresión de un tercio de todos los programas comunitarios de prevención entre 2009-2010, se han relacionado no solo con este aumento de VIH y de otras ITS, sino también del consumo de heroína y del número de suicidios entre otros (Kentikelenis *et al.*, 2011); en concreto, este aumento de VIH tuvo una gran afectación entre los adictos a drogas por vía parenteral (Kentikelenis *et al.*, 2011; McKee *et al.*, 2012), ya que los recortes en los programas sociales supuso que un 75% de personas drogadictas no participasen en ningún programa de rehabilitación, incrementándose también la prostitución y la práctica de sexo no seguro asociado (C.S.,2012).

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES

Este apartado recoge las principales conclusiones de esta tesis doctoral. Por un lado, se presentan las conclusiones que se derivan del marco teórico y a continuación las que dan respuesta a los objetivos. El capítulo se completa con las limitaciones del estudio, contribuciones a la práctica y líneas de investigación futura.

V.1. Conclusiones del marco teórico

Nos proponemos en este apartado resumir las ideas principales ya mostradas en el marco teórico, como una forma de sintetizar la propuesta teórica que posteriormente se aplicó en parte a los resultados obtenidos en la fase empírica.

Desde que la actual crisis económica irrumpiese con fuerza en nuestra sociedad en el año 2007, el papel activo del Estado ha experimentado un retroceso, siendo las consecuencias de esta ideología económica sobre los servicios públicos y en especial sobre la sanidad, devastadoras: recortes en el gasto así como privatización de los servicios (Barona, 2000).

La gravedad de la situación económica que atravesamos radica no sólo en la magnitud de los niveles actuales de desempleo sino en el carácter global de esta crisis y de las políticas adoptadas en el ámbito de la Unión Europea (Jiménez, 2012a).

El gasto de un Estado en materia de desarrollo social se convierte en una de las herramientas claves en gestión de la crisis, no sólo como parte de una ideología, sino como forma de relación entre Estado y sociedad (Jiménez, 2012b). Las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida tendrán un efecto positivo en la salud y en la equidad de la misma (SESPAS, 2011). En los últimos años, los países europeos con mayor gasto per cápita en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en la mortalidad por suicidio durante las crisis económicas (SESPAS, 2011).

En respuesta a aquellos que argumentan que el gasto público en salud no es productivo, aclarar que está encarecidamente demostrado cómo la población activa sana mejora la productividad laboral, ya que disminuyen las incapacidades y mejoran los diagnósticos y medidas de prevención (Hernández, 2004; Ortún, 1998); la existencia de un Estado de Bienestar fuerte conlleva una buena productividad, además de un mejor desarrollo humano y cohesión social (Barona, 2000). Por tanto, los efectos de la crisis económica sobre la salud van a depender en gran medida de las políticas de protección social, en concreto de la extensión de estas políticas a los grupos de población más vulnerables, ya que se asocia a una mejor salud global (AEN Y FADSP, 2011).

La crisis afecta a la salud al incidir negativamente en los llamados DSS y en los recursos asignados al sistema sanitario (Ferrer, 2012).

De forma global, la pobreza se asocia con importantes dificultades de acceso a los servicios de promoción y/o prevención de la salud, además de a las instalaciones asistenciales propiamente dichas (Barona, 2000). Y así, los grupos poblacionales afectados por la misma presentan unas elevadas tasas de enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos psíquicos y violencia urbana (Castellanos, 1998, cf.: Barona, 2000).

Centrándonos en los efectos negativos que la crisis económica está teniendo sobre la salud de la población, habría que destacar cómo estas crisis se han asociado a un aumento de la mayoría de las enfermedades, sobre todo de las mentales, así como a un incremento de la mortalidad por suicidio (AEN Y FADSP, 2011; Dávila y González, 2009; Goldman *et al.*, 2010; Wang *et al.*, 2010). Además, la reducción de poder adquisitivo va a dar lugar a problemas en el acceso a los alimentos o a su consumo insuficiente o inadecuado, lo que va a derivar en situaciones de desnutrición u obesidad (AEN Y FADSP, 2011). Los grupos vulnerables, mujeres, niños y adultos mayores son los más afectados, tanto en alimentación como en cuidados generales y servicios de salud (Chan 2009a). Destacar cómo la salud sexual y reproductiva también se va a ver afectada con una desprotección mayor y por tanto un aumento del riesgo de contagio de enfermedades venéreas como el VIH, del que se sospecha podría haber un repunte (Vallejo, 2013).

La situación que vive España a raíz de la crisis económica ha ocasionado un marcado deterioro de los “determinantes de la salud” (Borrell *et al.*, 2014) con un aumento de la tasa bruta de mortalidad, un aumento de los suicidios y un estancamiento de la esperanza de vida (INE, 2012). Paralelamente se ha producido el empeoramiento de la salud mental de la población en relación con el desempleo de larga duración y el aumento de las enfermedades mentales atendidas en Atención Primaria (Urbanos y López, 2015, cf.: Borrell *et al.*, 2014, Gili *et al.*, 2013), así como un aumento del consumo de fármacos antidepresivos, ya que el desempleo y los factores asociados están relacionados de forma general con una mayor prevalencia de trastornos mentales y particularmente de depresión (Gili *et al.*, 2014).

Partiendo del reconocimiento del papel fundamental que el contexto socioeconómico juega en la salud de la población como factor protector de la misma, se hace necesario fortalecer esos factores protectores del impacto de la crisis, sobre todo de los grupos más vulnerables o con especial riesgo como los niños, jóvenes, ancianos, desempleados o en riesgo de exclusión social, porque en suma “los efectos de la crisis dependen en gran medida de las políticas de protección social, de la red de seguridad, del Estado del Bienestar y de la redes sociales y familiares” (Dávila y González, 2009).

En referencia a las desigualdades en salud en la infancia, en España desde que se inició la crisis económica en 2008 la tasa de riesgo de pobreza ha aumentado entre la población infantil (Flores *et al.*, 2014), convirtiéndose España en el país de Europa donde más han aumentado las desigualdades sociales desde el inicio de la crisis (Rajmil, 2013; SESPAS, 2015) y el de mayor índice de pobreza infantil sólo superado por Rumanía (Ayllon, 2015; Martínez, 2010; Ramírez, 2014). Además, este riesgo es aún más intenso entre los menores que pertenecen a familias de origen no comunitario (Ayala *et al.*, 2007) y hogares monoparentales (Ayllón, 2015; Carmona *et al.*, 2015).

Por otro lado, el riesgo de pobreza y/o exclusión social entre la población infantil tiende a ser más duradero en este grupo poblacional frente a otros grupos etarios, provocando adicionalmente que las futuras generaciones se vean amenazadas por una mala situación de salud, económica y laboral (Flores *et al.*, 2014; SESPAS, 2015; UNICEF, 2014b), que difícilmente podrá ser compensada con intervenciones en edades adultas (Flores *et al.*, 2014). Cuanto más precoz sea la exposición a situaciones de marginalidad y pobreza más irreversibles y definitivos serán los efectos negativos (Flores *et al.*, 2014; Rajmil, 2013).

Entre los riesgos identificados más preocupantes, conviene destacar el retraso en el crecimiento, la mayor incidencia de problemas respiratorios y gastrointestinales debido a una mayor exposición a agentes infecciosos, además de trastornos emocionales (Flores *et al.*, 2014). Todo ello conlleva peores resultados educativos (Case *et al.*, 2005) que a su vez incrementan el riesgo de pobreza y de presencia de trastornos en la adolescencia y la época adulta.

Para contrarrestar esta situación, está demostrada la efectividad de las intervenciones y políticas sociales dirigidas a los infantes y sus familias en situación de pobreza, actuando como factores protectores (Dávila y González, 2014; Flores *et al.*,

2014). En este sentido, el acceso a servicios de calidad, educación, salud, vivienda y protección social van a ser determinantes para el bienestar de la población infantil y consecuentemente para el desarrollo de la sociedad del futuro (Hernán y Molina, 2014), a pesar de que España sea uno de los países con menor cobertura social para la población infantil y sus familias, en comparación con otros países europeos (Ayllón, 2015).

Por último y en referencia a la población inmigrante, la Reforma Sanitaria puesta en marcha con la aplicación del Real Decreto – Ley 12/2012 de 20 de abril (2012), podría tener consecuencias nefastas en los inmigrantes no autorizados ni registrados como residentes en España, aumentando entre otras la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, los gastos y las desigualdades en salud, incumpliendo así las normas y derechos internacionales al respecto y vulnerando los principios básicos de la Salud Pública.

V.2. Conclusiones por objetivos

Objetivo específico 1. Describir el perfil sociodemográfico y los comportamientos en relación a prácticas de riesgo de usuarios de un centro específico de atención a las Infecciones de Transmisión Sexual.

1. El perfil de la población expuesta a Infecciones de Transmisión Sexual que acudieron al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual de la provincia de Granada durante el periodo 2000-2014, fue el de una persona mayoritariamente joven, hombre o mujer, soltera, de nacionalidad española, estudiante o trabajador en activo y con formación académica superior.
2. En cuanto a la atención clínica recibida, se constató que al menos la mitad de los usuarios realizaron una visita posterior al centro en relación con la primera visita, siendo el principal motivo de consulta la sospecha por contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Aproximadamente un tercio de los usuarios habían asistido previamente a otros servicio de salud, siendo en la mitad de los casos Atención Primaria. La mayoría de los sujetos atendidos no tenían tratamiento previo por Infecciones de Transmisión Sexual.
3. En relación a los indicadores de riesgo, el comportamiento sexual mayoritario fue el heterosexual, seguido del homosexual y en muy bajo porcentaje el

bisexual. Los usuarios tenían mayoritariamente pareja habitual, que no presentaba síntomas en el momento de acudir a consulta.

4. En cuanto al número de parejas sexuales, el mayor porcentaje de los usuarios refirió haber tenido como máximo una sola pareja en el último mes, siendo más de la mitad de la muestra la que tuvo como máximo dos parejas en el último año. El número de parejas sexuales a lo largo de la vida se situó mayoritariamente en torno a diez o más. La edad media de inicio de la primera relación sexual fue en torno a los 17-18 años.
5. Casi dos tercios de los sujetos que acudieron al centro no utilizaron el preservativo entre el mes y los seis meses anteriores a efectuar la consulta, lo que se traduce en un uso inconsistente del mismo. El uso del preservativo es habitual cuando se practica sexo vaginal y anal, pero muy poco frecuente en sexo oral.
6. El consumo de drogas fue minoritario en la población de estudio y entre los consumidores la mayoría lo hacía esporádicamente. Respecto a la adicción parenteral, casi la totalidad de la muestra no utilizaba drogas inyectadas.
7. El mayor porcentaje de la población atendida no tuvo contacto con profesional del sexo, de manera que la mayoría de los contactos sospechosos se dieron con la pareja habitual o con contactos esporádicos fuera de la pareja habitual.

Objetivo específico 2. Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en el periodo 2000 – 2014 y compararla con factores sociodemográficos, indicadores de riesgo y otros relacionados con las características de la atención sanitaria recibida.

8. En casi la mitad de los sujetos atendidos se determinó un resultado clínico final, que en dos tercios correspondió a un diagnóstico positivo de Infección de Transmisión Sexual. Las infecciones más prevalentes, con una frecuencia superior a 10 fueron en este orden: Virus del Papiloma Humano, Cándida, Molluscum contagiosum, Gonococia, Sífilis, Virus del Herpes Simple, Virus Inmunodeficiencia Humana.
9. El perfil de usuarios con mayor riesgo de contagio de Infección de Transmisión sexual fue el de personas con edades jóvenes, mujeres y profesionales del sexo.

Se caracterizan por ser sujetos que hacen un uso inconsistente del preservativo y que tienen un número mayor de parejas sexuales, concretamente en el último mes y en el último año. Iniciar relaciones sexuales a edades tempranas es un factor de riesgo añadido junto con el consumo de drogas, si bien no se ha podido determinar si este consumo es más influyente en el momento de mantener relaciones sexuales.

10. Los usuarios con diagnóstico positivo de Infección de Transmisión Sexual suelen acudir más veces al centro tanto por el motivo inicial de consulta como por nuevos episodios diferentes al primer motivo de consulta.

Objetivo específico 3. Evaluar si hubo diferencias en la prevalencia de ITS entre los periodos 2000-2007 y 2008-2014, considerados periodos sociales diferenciados por la irrupción de la crisis económica a partir del año 2008.

11. En igualdad de condiciones para la edad, sexo, días de último contacto sin preservativo y parejas en el último año, la probabilidad de aparición de un diagnóstico positivo de Infección de Transmisión Sexual en el periodo 2008-2014 fue de 2,21 veces mayor que en el periodo 2000-2007.
12. Además de la asociación anterior, el modelo de regresión logística confirma que ser mujer y tener más parejas sexuales en el último año, son factores que condicionan significativamente el riesgo de aparición de estas infecciones.

V.3. Limitaciones del estudio

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, conviene señalar el alto porcentaje de valores perdidos que aparecen en algunas variables, lo cual es inherente al tipo de estudio, debido a la no cumplimentación completa de las historias clínicas. A pesar de ello, las ausencias en muchos casos han sido interpretadas a la luz de las connotaciones sociales que acompañan a las ITS.

Por otro lado, no se pueden generalizar los resultados, ya que corresponde a sujetos que acudieron al centro de ETS, suponiendo que se le atribuye una conducta o hábito de riesgo por el mero hecho de acudir. Son necesarios más estudios de esta índole, con diseños prospectivos, que incluyan también a poblaciones vulnerables que por diversas razones no acuden a este tipo de centros (bien porque reciben controles de este tipo en otros servicios o incluso en los propios lugares de trabajo).

Otra limitación tiene que ver con el diseño empleado. A pesar de haber analizado una serie temporal amplia y haber conseguido un número de casos alto, conviene recordar que al tratarse de un diseño transversal, las asociaciones halladas deben considerarse como hipótesis causales que deberían ser verificadas con diseños más complejos, al hilo de lo ya planteado.

También conviene señalar que en algunos casos, con objeto de facilitar el análisis, se han agrupado los datos en menos categorías de las inicialmente registradas en la historia clínica, lo cual ha podido enmascarar algunas asociaciones relevantes que no han salido a la luz en nuestra investigación. En la misma línea, pero en el caso contrario, en otras variables se ha respetado la categorización inicial de las historias y eso ha impedido verificar determinadas asociaciones que sí apuntaban significación, pero que no pudieron ser asumidas por los problemas de ajuste con los test estadísticos empleados. Por último, comentar que en el análisis multivariante se han seleccionado aquellas variables de ajuste que o bien conceptualmente o bien estadísticamente, eran relevantes en relación a la variable de resultado empleada, pero que probablemente no recoja todos los posibles factores de confusión, lo cual abre una línea de análisis más detallado para futuras investigaciones.

V.4. Contribuciones a la práctica y líneas de investigación futura

Tras el análisis de los hallazgos principales generados en nuestra tesis, de forma general nuestra investigación ha aportado información actualizada sobre las características epidemiológicas de la población atendida en el Centro de Diagnóstico de ITS y Orientación sexual de la provincia de Granada, concretamente conocimientos sobre grupos vulnerables, conductas de riesgo, así como sobre las características de la atención sanitaria recibida. Todo ello resulta fundamental tanto para el control y tratamiento de los casos ya existentes, así como para la prevención de la aparición de nuevos casos.

Si tenemos en cuenta que algunas de las intervenciones que podrían disminuir la duración del contagio son la búsqueda activa de casos y un diagnóstico y tratamiento efectivos de estas patologías infecciosas (Vall y GECITS, 2005), inicialmente serían dos las cuestiones a mencionar: por un lado que se convierte en imprescindible potenciar y desarrollar esa búsqueda activa de casos entre los contactos del paciente con una ITS, para interrumpir la cadena de transmisión y prevenir la reinfección (Ministerio de

Sanidad, Sevcios Sociales e Igualdad, 2015a), y dado que sólo algunos países europeos tienen guías al respecto que incluyen en programas de Salud Pública, y sólo en dos (Noruega y Suecia) es obligatorio la investigación de contactos (Grupo de trabajo sobre ITS, 2011) sería necesario introducir mejoras en dicha cadena, mediante lo que para algunos expertos en el tema sería la incorporación de profesionales sanitarios dedicados a esta misión, la modernización de la tecnología informática, la formación continua de los profesionales sanitarios implicados y una colaboración asistencial entre el nivel primario y el especializado, entre otras (Vall y GECITS, 2005).

Por otro lado, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento efectivos, se convierte en prioritario la lucha contra el diagnóstico tardío de estas ITS, sobre todo del VIH, porque es precisamente la detección y el tratamiento precoz de las mismas una de las intervenciones más costo-efectivas en la reducción de la incidencia de VIH y otras ITS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Para ello, habría que aumentar la cobertura de las pruebas diagnósticas de la infección, realizar protocolos adecuados de derivación a unidades asistenciales de tratamiento, formar a los profesionales de ambos niveles asistenciales para prescribir las pruebas de forma precoz, así como incrementar y mejorar el acceso a las pruebas y a su realización, sobre todo en población vulnerable o de mayor riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Como tercera cuestión, mencionar el hecho de que más estudios como el nuestro a nivel nacional, ayudarían a visibilizar y normalizar las ITS, lo que favorecería una disminución de la discriminación y estigmatización asociadas a las mismas, que es una de las principales barreras de acceso a los centros de atención y orientación sexual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a; OMS, 2016) y una forma de combatir el llamado “fracaso social del éxito sanitario” (European Aids Treatment Group –EATG-, 2014).

En cuarto lugar, en línea con la OMS (2016), este estudio contribuye a mostrar un perfil de población más vulnerable o con mayor riesgo de adquirir una ITS según el contexto epidemiológico y social, lo que permitiría poner en práctica actividades preventivas más efectivas y con un menor coste asociado.

Partiendo del hecho de que la investigación clínica-epidemiológica de las ITS/VIH es fundamental en la lucha contra las mismas, y teniendo en cuenta que esta

información epidemiológica sobre las ITS en España, a excepción del VIH, es muy limitada, no solo por la infradeclaración de estas patologías sino por la escasez de recursos destinados a las mismas (Vall y GECITS, 2005), se convierte en una tarea imprescindible destinar más recursos humanos y económicos a los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual (CITS), ya que las características de los mismos los convierten en un lugar estratégico en la prevención y control de estas infecciones, además de ser los lugares idóneos para mejorar la epidemiología de estas infecciones y monitorizar precozmente posibles cambios en los patrones de transmisión, sobre todo en los grupos de población con mayor riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a; Vall y GECITS, 2005), desempeñando una labor como puntos de alerta temprana (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Por todo lo anterior, y dado que los CITS de nuestro país han tenido que afrontar en los últimos años el resurgimiento de algunas ITS y el aumento considerable de visitas (Vall y GECIT, 2005), deberían invertirse los mencionados recursos necesarios para adaptarse a esta nueva situación y modernizarse, al igual que ya lo han hecho otros países a través de su sistema nacional de salud, como es el caso inglés (Vall y GECIT, 2005). Además de este incremento del presupuesto destinado a los distintos centros de ITS nacionales y dado que “con carácter general se puede afirmar que la reducción económica por parte del gobierno central a políticas de Salud Pública en VIH/SIDA ha sido cercana al 90%” (EATG, 2014, p.2), de forma global habría que invertir en el presupuesto destinado al Plan Nacional de SIDA, ya que si bien dese el año 2014 se está produciendo cierto incremento en el presupuesto para prevención del VIH, éste es mínimo en comparación con la fuerte reducción que sufrió en el año 2012 (Alianza por la solidaridad y colaboradores, 2016), coincidiendo con uno de los años más duros de la crisis económica en España.

Para finalizar, mencionar el enriquecimiento que para el mejor conocimiento de estas ITS tendría el hecho de realizar investigaciones futuras centradas en un conocimiento más orientado hacia el plano social y menos en la enfermedad física. Se sugiere la realización de estudios cualitativos que permitieran comprender el padecimiento de las personas y así obtener, con abordaje fenomenológico, el punto de vista de los actores implicados. Así mismo, sería muy interesante llevar a cabo estudios evaluativos mediante técnicas de consenso en profesionales de diferentes ámbitos del entorno sociosanitario que trabajasen directamente en el control, seguimiento,

tratamiento y cuidados de personas con ITS, para que desde su experiencia pudiesen aportar un conocimiento efectivo para el abordaje de estas infecciones y de las consecuencias sociales que les acompañan.

CAPÍTULO VI.

BIBLIOGRAFÍA

- Abril, F. (1991). *Informe y recomendaciones de la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Congreso de los Diputados*. Recuperado de http://www.congreso.es/public_oficiales/LA/CONG/DS/CO/CO_306.PDF
- Acemoglu, D. (1996). A Microfoundation for Social Increasing Returns in Human Capital Accumulation. *Q.J.Econ.*, 111(3), pp. 779-804. doi: 10.2307/2946672
- Alianza por la Solidaridad, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCIB), Creación Positiva, Federación de Planificación Familiar Estatal, Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (FELGTB), ... Women's Link Worldwide. (2016). *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*. Recuperado de <http://www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informe-salud-sexual-y-reproductiva.pdf>
- Alvarado, B.E., Zunzunegui, M.V., Béland, F., Sicotte, M., y Tellechea, L. (2007). Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of latin america and the Caribbean. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(4), pp. S226-236. doi: 10.1093/geronb/62.4.S226
- Alvarado, B.E., Guerra, R.O., y Zunzunegui, M.V. (2007). Gender differences in lower extremity function in Latin American elders: seeking explanations from alive-course perspective. *J Aging Health*, 19(6), pp. 1004-1024. doi: 10.1177/0898264307308618
- Alvarado, B.E., Zunzunegui M., Béland, F., y Bamvita, J.M. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(12), pp. 1399-1406. doi: 10.1093/gerona/63.12.1399
- Amable, M. (2006). *La precariedad laboral y su impacto en la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. (Tesis Doctoral). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Antentas, J.M., Vivas, E. (2014). Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28 (51), pp. 58-61. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.04.006
- Apers, L., Crucitti, T., Verbrugge, R., y Vandenbruaene, M. (2012). Sexually transmitted infections: what's new? *Acta Clin Belg*, 67(3), pp.154-159. doi: 10.2143/ACB.67.3.2062649
- Área de vigilancia de VIH y Conductas de riesgo. (2011). *Situación epidemiológica de la infección por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/SituacionEpidemiologicaVIHSH.pdf>

- Área de vigilancia de VIH y Comportamientos de riesgo. (2013). *Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. Recuperado de:https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf
- Área de vigilancia de VIH y Comportamientos de riesgo. (2014). *Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. Recuperado de:https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf
- Área de vigilancia de VIH y Comportamientos de riesgo (2015). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA*. Plan Nacional sobre el SIDA - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf
- Área de vigilancia de VIH y Comportamientos de riesgo (2016). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA*. Plan Nacional sobre el SIDA - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., y Cortés, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*, 94 (1), pp. 82-88. doi: 10.2105/AJPH.94.1.82
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (2011). Crisis económica y repercusión sobre la salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), pp. 207-210.
- Asociación Madrileña de Salud Pública. (AMASAP). (2012). *El Real Decreto-Ley 16/2012 y el derecho a la asistencia sanitaria para los extranjeros en el Servicio Nacional de Salud*. Recuperado de <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/comunicado-rdl-16-2012-respecto>
- Ayala, L., Martínez, R., y Sastre, M. (2007). Familia, Infancia y Privación Social. Estudio de las situaciones de pobreza en la infancia. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, pp. 223-226.

- Ayllón, S. (2015). *Infancia, pobreza y crisis económica*. Obra Social La Caixa, Colección Estudios Sociales, nº 40. Barcelona. Recuperado de: https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/240906/vol40_es.pdf/4f478141-4f40-4927-a78a-7542fd63b189
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., Petticrew, y M. (2010). Tackling the Wider Social Determinants of Health and Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews. *J Epidemiol Community Health*, 64 (4), pp. 284-291. doi:10.1136/jech.2008.08
- Banco Mundial (BM). (1993). *Informe sobre el desarrollo económico mundial. Invertir en salud*, Washington, Oxford University Press.
- Barona, J.L. (2000). Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del estado de bienestar. *Política y Sociedad*, 35, pp. 31-44.
- Bartoll, X., Palencia, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., y Borrell, C. (2013). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health*, 24(3), pp. 415-418. doi: 10.1093/eurpub/ckt208
- Bayo, C.E. (2013). La recesión hace mucho daño pero la política de austeridad mata. *Público.es*, 22 de Junio. Recuperado de <http://www.publico.es/actualidad/recesion-mucho-dano-politica-austeridad.html>
- Beiras, H. (2015). Nosotros: ciudadanos y profesionales. En Beiras Cal, H., Sánchez Bayle, M. (Ed). *La sanidad no se vende. Manual para la defensa de la Sanidad Pública (185-195)*. Madrid, España: Akal.
- Belza, M. J., Clavo, P., Ballesteros, J., Méndez, B., Castilla, J, Sanz, S., ... Del Romero, J. (2004). Condiciones socio laborales, conductas de riesgo y prevalencias de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit*, 18(3), pp.177-183.
- Belza, M.J., Koerting, A., y Suárez, M. (2006). *Informe FIPSE: Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de salud y hábitos sexuales*. Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España. Madrid. Recuperado de https://fipse.es/sites/default/files/documentos/publicacion/2015/07/20/manual_jovenes.pdf
- Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*, 11 (6), pp. 255-258. doi: 10.1016/S0213-9111(97)71304-9
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J., y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *IJCHP*, 10(1), pp. 89-10.
- Bilukha, O., Hahn, R.A., Crosby, A., Fullilove, M.T., Liberman, A., Moscicki, E ... Task Force on Community Preventive Services. (2005). The Effectiveness of

Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence: A Systematic Review. *AJPM*, 28 (2; Supl. 1), pp. 11-39. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.004

Boletín Oficial del Estado (BOE). (2006). *Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. BOE núm.222 de 16/09/2006. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado (BOE). (2010). *Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo de salud sexual y reproductiva y de la IVE*. BOE núm.55 de 04/03/2010. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado (BOE). (2012). *Real Decreto Ley16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*. BOE núm. 98 de 24/04/2012. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

Boletín Oficial del Estado (BOE). (2013). *Resolución de 24 de Julio de 2013, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud sobre el calendario común de vacunación infantil*. BOE núm.187 de 6 /08/2013. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2013/08/06/pdfs/BOE-A-2013-8700.pdf>

Borrell, C., Arias, A. (1995). Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. *J Epidemiol Community Health*, 49 (5), pp. 460-465.

Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Bartoll, X.; Malmusi, D., y Novoa, A.M. (2014). El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud Colec*, 10 (1), pp. 95-98. doi: 10.1590/S1851-82652014000100008

Busto, M.J. (2013). *Actitudes, experiencias y prácticas en Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana* (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid.

Cáritas. (2013). *Empobrecimiento y desigualdad social. El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece*. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social. Equipo de Estudios Cáritas Española. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/publicacion_VIII%20Informe%20ORS%20C3%A1ritas%20-%20Octubre%202013%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/publicacion_VIII%20Informe%20ORS%20C3%A1ritas%20-%20Octubre%202013%20(4).pdf)

Carmona, G., López, L.A., Mendoza, O.J., y Oleaga de Usategui, I. (2015). *Impacto de la crisis económica en la salud y en el sistema sanitario en España*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/EASP_Serie_Doc_Trabajo_Impacto%20Crisis_22-06-2015%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/EASP_Serie_Doc_Trabajo_Impacto%20Crisis_22-06-2015%20(7).pdf)

- Caro-Murillo, A.M., Gutiérrez, F., Ramos, J.M., Sobrino, P., Miró, J.M., López-Cortés, L.F.,... Del Amo, J. (2009). Infección por virus de la inmunodeficiencia humana en inmigrantes en España: características epidemiológicas y presentación clínica en la cohorte CoRIS, 2004–2006. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 27(7), pp. 380-388. doi: 10.1016/j.eimc.2008.10.007
- Caro-Murillo, A.M., Castilla, J., y Del Amo, J. (2010). Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gac Sanit*, 24(1), pp. 81-88.
- Case, A., y Paxon, C.(2002). Economic status and health in childhood: the origin of the gradient. *Am Econ Rev*, 92(5), pp. 1308-1334.
- Case, A., Fertig, A., Paxon, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ*, 24(2), pp. 365-389. doi: 10.1016/j.jhealeco.2004.09.008
- Castilla, J., Sobrino, P., Lorenzo, J.M., Moreno, C., Izquierdo, A., Lezaun, M.E., ... Zulaica D. (2006). Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. *An Sist Sanit Navar*. 29(1):13-25.
- Catalozzi, M., Bell, D.L., Short, M.B., Marcell, A.V., Ebel, S.C., y Rosenthal, S.L. (2013). Does perception of relationship type impact sexual health risk? *Sex Transm Dis*, 40(6), pp. 473-475. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318287bf44.
- Centre for Disease Prevention and Control (CDC) and The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011). *Joint ECDC and EMCDDA rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*. Recuperado de http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120112_TER_Joint-EMCDDA-and-ECDC-rapid-risk-assessment-HIV-IDU.pdf
- Chan, M. (2008). *El impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud*. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s12/es/>
- Chan, M. (2009a). *La crisis financiera y la salud mundial*. OMS. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2009/financiar_crisis_20090119/es/
- Chan, M. (2009b). *El efecto de las crisis mundiales en la salud: dinero, clima y microbios*. OMS. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2009/financiar_crisis_20090318/es/
- Chang, S., Gunnell, D., Sterne, J., Lu TH., y Cheng, AT. (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicides rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore, and Thailand. *Soc Sci Med*, 68(7), pp. 1322-1331. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.010
- Charlton, J., Kelly, S., y Dunnell, K. (1992). Trends in suicide death and England and Wales. *Popul Trends*, 69, pp. 10-16. doi: 10.1192/bjp.176.6.595

- Cohen, M.S., Chen Y.Q., McCauley M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., Kumarasamy, N, ... Fleming, T.R. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 365, pp. 493-505. doi: 10.1056/NEJMoa1105243
- Colombo, F., Llana, A., Mercier, J., y Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. París, Francia: OECD Publishing.
- Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*, 26(2), pp. 182-189. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.024
- Conde, F., Santoro, P., Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de SEISIDA. (2012). Typology, values and preferences of people with HIV and imaginaries of infection: a qualitative research: Spain, 2010. *Rev Esp Salud Publica*, 86(2), pp. 139-152. doi: 10.1590/S1135-57272012000200003
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2013). *IV Plan Andaluz de Salud*. Recuperado de http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2014). *La salud mental y la crisis económica en España*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Evidencias en gestión clínicas y gestión de servicios de salud. Recuperado de <http://www.evidenciasaludandalucia.es/revisiones/la-salud-mental-y-la-crisis-economica-en-espana>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2010a). *Contrato programa de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud (2010-2013)*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_6_p_7_contrato_programama/Contrato_Programa_CS_SAS_2010_2013.pdf
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2010b). *Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS 2010-2015*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_sida_.pdf
- Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). (2017). *Prevención, Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles (PREVICET)*. Recuperado de <http://www.ciberesp.es/programas-de-investigacion/p2-prevencion-vigilancia-y-control-de-enfermedades-transmisibles>
- Corsenac, P., Noël, M., Rouchon, B., Hoy, D., y Roth, A. (2015). Prevalence and sociodemographic risk factors of chlamydia, gonorrhoea and syphilis: a national multicentre STI survey in New Caledonia. *BMJ Open*, 5 (9), pp. e007691. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007691
- Cortes Generales. (2000). *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. BOE de 12 de

- enero de 2000. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>
- Cortés, I., y González, B. (2014). Informe SESPAS. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. *Gac Sanit*, 28 (S1), pp. 1–6. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011
- Crego, A. (2013). *El impacto de la crisis económica en la salud mental*. PSY'N'THESIS. Recuperado <https://psynthesis.wordpress.com/2013/01/07/el-impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-mental/>
- C.S. (2012). La crisis económica aumenta la incidencia de las enfermedades infecciosas y problemas mentales. *Ideal*, 20 de septiembre.
- Cué, C.E. (2012). El gobierno ataca a los sindicatos pero ofrece retoques a la reforma. *El País*. 18 febrero. Recuperado de https://politica.elpais.com/politica/2012/02/17/actualidad/1329509248_443456.html
- Cutler, D.M., Lleras Muney, A., y Vogl, T. (2008). *Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms*. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. Recuperado de http://www.vwl.tuwien.ac.at/hanappi/AgeSo/rp/Cutler_2008.pdf.
- Darmon, N., y Drewnowski, A. (2008). Does Social Class Predict Diet Quality? *Am. J. of Clin. Nutr.*, 87(5), pp. 1107-1117.
- Dávila, C.D., y González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gac Sanit*, 23(4), pp. 261-265.
- Dávila, C.D., y González, B.G. (2014). Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Rev Esp Salud Pública*, 88(2), pp. 187-190. doi: 10.4321/S1135-57272014000200002
- De la Fuente, M.F., y Fernández, R.M. (2012). ¿Es posible salir de la crisis manteniendo el Estado de Bienestar? La experiencia de Finlandia en los años 90. *Internalización en tiempos de crisis*. Ponencia presentada en el encuentro XIV Reunión Economía Mundial, Jaén, España.
- Del Amo, J., Hamers, F., Infuso, A., Bröring, G., y Fenton, K. (2003). HIV/AIDS in Migrants and Ethnic minorities in Europe. En: J. Erwin , B., Peters , D., Smith, H., Myers (Ed). *Ethnicity and HIV: prevention and care in Europe and the USA* (pp. 46-60). London, England: International Medical Press Ltd.
- Del Amo, J., Bröring, G., Hamers, F., Infuso, A., y Fenton, K. (2004). Monitoring HIV/AIDS immigrants communities in Europe. *AIDS*, 18(14), pp. 1867–73.
- Díaz, A., Noguer, I., y Cano, R. (2004). Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003). *Boletín epidemiológico*, 12(20), pp.221-232.

- Díez, M., y Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit*, 13 (2), pp. 58-66.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2016). *Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/SIDA. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000-2015*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2015.pdf>
- Dougan S., Evans B.G., y Elford, J. (2007). Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV-positive men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2007, 34(10), pp.783–790. doi: 10.1097/01.olq.0000260919.34598.5b
- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K.H., Hawkins, J, ... Wechsler, J. (2012). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *Surveill Summ*, 61(4), pp.1-162.
- El País. (2014). Spain is different: 11 marcas España. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2014/05/30/actualidad/1401459441_718823.html
- El País. (2015). Por qué hombres 'hetero' tienen sexo con otros hombres. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2015/08/24/buenavida/1440425476_656178.html
- Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS). (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf
- Equipo Daphne y Fundación Schering España. (2002). *I Encuesta Schering Sexualidad y Anticoncepción en la juventud española 2002*. Recuperado de <http://documentslide.com/documents/1-ia-encuesta-schering-sexualidad-y-anticoncepcion-en-la-juventud-espanola-2002.html>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (EASP). (2014). *Crisis y salud. Impacto en salud, políticas sociales y sistemas sanitarios*. Recuperado de <http://www.easp.es/crisis-salud/impacto-en/salud-y-bienestar>
- Espino, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34 (122), p.385-404. doi: 10.4321/S0211-57352014000200010
- Europa Press. (2013). *Mato se compromete a elaborar un nuevo Plan Estratégico sobre SIDA contando con las Plataformas de Respuesta al VIH*. Recuperado de <http://www.europapress.es/salud/asistencia/noticia-mato-compromete-elaborar-nuevo-plan-estrategico-sida-contando-plataformas-respuesta-vih-20130509142216.html>
- European Aids Treatment Group (EATG). (2014). *Documento de Trabajo sobre el impacto de las políticas de austeridad en la respuesta al VIH/SIDA en el Estado Español*. Recuperado de

<http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2014/04/documento-trabajo-impacto-recortes-vih-espana-final.pdf>

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013a). *Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report*. Stockholm: ECDC. Recuperado de <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-migrants-september-2013.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013b). *A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA*. Stockholm: ECDC. Recuperado de <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013c). *Joint technical mission: HIV in Greece. 28-29 May 2012*. Stockholm: ECDC. Recuperado de <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/hiv-joint-technical%20mission-HIV-in-Greece.pdf>
- Eurostat. (2013). *Gini coefficient of equivalised disposable income - EU-SILC survey*. Recuperado de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tes si190>
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., Mccrone, P., Thornicroft, G., y Mojtabai, R. (2013). The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. *PLoS ONE*, 8(7), pp.e69792. doi: 10.1371/journal.pone.0069792
- Facchini, L.A., y Bruno, N. (2014). Las complejas relaciones entre crisis económica y salud: la mortalidad general disminuye pero el problema no está resuelto. *Salud Colec*, 10(1), pp. 98-101.
- Falagas, M.E., Vouloumanou, E.K., Mauros, M.N., y Karageorgopoulos, D.E. (2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract*, 63(8), pp. 1128-1135. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02124.x.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (2012). *Los efectos del desempleo sobre la salud*. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/III1C_OrtizAraceliyOtros-EFECTOS%20DEL%20DESEMPLEO%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/III1C_OrtizAraceliyOtros-EFECTOS%20DEL%20DESEMPLEO%20(3).pdf)
- Fenton, K.A., y Lowndes, C.M. (2004). Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect*, 80(4), pp. 255-263. doi: 10.1136/sti.2004.009415

- Fenton, K.A., e Imrie, J. (2005). Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: Why? *Infect Dis Clin N Am*, 19(2), pp.311–31. doi: 10.1016/j.idc.2005.04.004
- Fenton, K.A., Breban, R., Vardavas, R., Okano, J.T., Martin, T., Aral, S., y Blower, S. (2008). Infectious Syphilis in high-income settings the 21st century. *Lancet Infect Dis*, 8(4), pp. 244-253. doi: 10.1016/S1473-3099(08)70065-3
- Fernández de Mosteyrin, S., Del Val, M., Fernández de Mosteyrin, T., y Fernández, M.L. (2014). Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 32(4), pp. 219–224. doi: 10.1016/j.eimc.2013.04.017
- Fernández-Cuenca, R. (1998). Análisis de los servicios sanitarios. En F.J. Catalá y E. M. Keenoy. (Ed.), *Informe SESPAS 1998: la salud y el futuro del Estado de Bienestar* (pp. 251-298).Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.sespas.es/informe1998/capitulo8.pdf>
- Ferrer, E. (2012). *Crisis Económica, Salud y Sistema Sanitario*. Economistas frente a la crisis. Recuperado de <https://economistasfrentealacrisis.wordpress.com/2012/08/29/crisis-economica-salud-y-sistema-sanitario/>
- Flores, M., García-Gómez, P., y Zunzunegui, M.V. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28 (S1), pp. 132-136. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.021
- Flores R., Gómez, M., y Renes, V. (2016). *La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas*. Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española. Recuperado de <https://www.caritasmadrid.org/sites/default/files/transmisi%C3%B3n%20intergeneracional%20pobreza-web.pdf>
- Folch, C., Esteve, A., Sanclemente, C., Martró, E., Lugo, R., Molinos, S., ...Casabona, J. (2008). Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis*, 35(2), pp.178–183. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815a848d
- Folch, C., Sanclemente, C., Esteve, A., Martró, E., Molinos, S., y Casabona, J. (2009). Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña. *Med Clin Barc*, 132(10), pp. 385–388. doi: 10.1016/j.medcli.2008.05.019
- Folch, C., Casabona, J., Muñoz, R., González, V., y Zaragoza, K. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que

- tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Gac Sanit.*, 24(1), pp. 40–46. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.06.010
- Folch, C., Casabona J., Sanclemente, C., Esteve, A., González, V., y Grupo HIVITS-TS. (2014). Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gac Sanit.*, 28(3), pp. 196–202. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.11.004
- Folch, C., Álvarez, J.L., Casabona, J., Brotons, M., Castellsagué, X., y Grupo Jóvenes e Internet. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*, 89(5), pp. 471-485. doi: 10.4321/1.1135.57272015000500005
- Fonseca, E., y Mazaira, M. (2007). El resurgimiento de la sífilis: un problema de salud pública actual en España. *Piel*, 22 (8), pp. 370-373. doi: 10.1016/S0213-9251(07)73098-8
- Fontana, J. (2012). *Más allá de la crisis*. Recuperado de: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/mas-alla-de-la-crisis%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/mas-alla-de-la-crisis%20(3).pdf)
- Fountoulakis, K.N., Grammatikopoulos, I.A., Koupidis, S.A., Siamouli, M., Theodorakis, P.N.(2012). Health and the financial crisis in Greece. *Lancet*, 379 (9820), pp. 1001-1002. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60422-X.
- García de La Hera, M., Fernández, E., Hernández-Aguado, I., y Vioque, J. (2001). Cambios en el uso del preservativo en una cohorte de prostitutas. *Gac Sanit*, 15 (3), pp. 209-216. doi: 10.1016/S0213-9111(01)71549-X
- García, B., Luque, R., Mcdouall, J., y Moreno, L.A. (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte. 2000-2005*. Bogotá, Colombia: Bogotá, D.C
- García, R. (2016). *UNICEF alerta de que se está poniendo en peligro el futuro de los niños españoles*. Gatoflauta: Análisis de la realidad social y política a través de cifras y números objetivos. Recuperado de <http://www.gatoflauta.com/2016/04/18/desigualdad-pobreza-infantil-espana/>
- Gerdtham, U.G., y Ruhm, C.J. (2006). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*, 4(3), pp. 298-316. doi: 10.1016/j.ehb.2006.04.001
- Gili, M. (2013). Impacto de la crisis económica en la salud mental en España. Desigualdades y evidencias desde la Atención Primaria. Ponencia llevada a cabo en las XIII Jornadas Desigualdades Sociales y Salud, Cádiz, España. Recuperado de http://fadsp.org/documents/2013/Ponencia_MargalidaGiliPlanas_XIIIDSS.pdf
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres 2006 and 2010. *Eur J Public Health*, 23(1), pp. 103-108. doi: 10.1093/eurpub/cks035

- Gili, M., García J., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28 (Supl 1), pp. 104-108. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- Godoy, P. (2011). La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit*, 25(4), pp. 263-266.
- Goldman, S.J., Saxton, K.B., y Catalano, R.C. (2010). Economic contraction and Mental Health. A Review of Evidence, 1990-2009. *I J Ment Health*, 39 (2), pp. 6-31.
- Gomes, J.P., Nunes, A., Florindo, C., Ferreira, M.A., Santo, I., Azevedo, J., y Borrego, M.J. (2009). Lymphogranuloma venereum in Portugal: unusual events and new variants during 2007. *Sex Transm Dis*, 36 (2), pp. 88-91. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31818b1e27
- González, M.C., y Sosa, G. (2010). Aspectos epistemológicos de la Salud Pública. Aproximaciones para el debate. *Salus online*, 14 (1), pp. 76-89.
- González, G., Bello, A., y Arias, M. (2012). *La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños*. Madrid: Unicef Comité Español con la Colaboración de la Obra Social La Caixa. Recuperado de <http://www.cje.org/descargas/cje3142.pdf>
- Groosman, M., y Kaestner, R. (1997). Effects of education on health. En J.R., Behrman, J.R., N., Stacey.(Ed) *The Social Benefits of Education* (pp.69-123).Ann Arbor, EEUU: University of Michigan Press.
- Groot, W., y Maessen Van Den Brink, H. (2007). The health effects of education. *Econ Educ Rev*, 23 (4), pp. 261-265. doi: 10.1016/j.econedurev.2005.09.002
- Grupo de Estudio EPI-VIH. (2002). Seroprevalencia de VIH y características de las personas que acuden a consultas de ETS y/o VIH. *Pub of Seisida*, 13, pp. 115-119.
- Grupo de Trabajo Sobre ITS. (2011). *Infecciones de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Madrid. Recuperado de <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DoctITS2011.pdf>
- Grupo de Trabajo Sobre ITS. (2012). *Diagnósticos de Sífilis y Gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2010*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2012. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI ITS_2005_2010.pdf
- Grupo EPI-VIH. (2012). *Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS, 2000-2010*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Recuperado de

https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI_VIH2000_2010.pdf

- Grupo EPI-VIH. (2016). *Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS, 2000-2013*. Plan Nacional sobre el SIDA - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2013.pdf
- Güemes, D., Mondragón, A., Madrigal De León, H.G., Ponce, E.R., González, C., y Jiménez, I. (2011). Perfil sociodemográfico de pacientes que solicitan la prueba de VIH en un Centro de Salud de la Ciudad de México. *Aten Fam*, 18(1), pp.15-19.
- Gugatschka, M., Hammer, G.P., Koele, W., Reicher, H.,Friedrich, G., y Lang-Loidolt, D. (2012). Syphilis is back: presentation of three cases at the ENT department. *B-ENT*, 8(1), pp. 65-68.
- Hadad, J. L., y Valdés, E. (2010). La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. *Rev Cubana Salud Pública*, 36(6), pp. 235-248.
- Hamer, F.F., y Downs, A.M. (2004). The changing face of the VIH epidemic in western Europe: what are the implications for public Health policies? *Lancet*, 364 (9428), pp. 83-94. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16594-X
- Hernán, M. (2012). Crisis, austeridad y políticas de infancia. *El País*, 7 de mayo. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2012/05/07/actualidad/1336392333_090577.html
- Hernán, M., y Molina, A. (2014). ¿Qué hacemos con la pobreza infantil? *El País*, 28 de marzo. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/28/actualidad/1396039963_146176.html
- Hernández, O.G.(2004).*Crisis económica y salud. Efecto de las políticas públicas en la salud*. Recuperado de <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/83/Archivos/Crisis%20economica%20y%20salud.pdf>
- Hernández-Rosete, D., Sánchez, G., Pelcastre, B., y Juárez, C. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Rev Salud Mental*, 28 (5), pp. 20-26.
- Hernando, C., Ortiz-Barreda, G., Galán, J.C., Sabidó, M., y Casabona, J. (2014). Infección VIH / SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España. Revisión Bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública*, 88(6), pp. 763-781. doi: 10.4321/S1135-57272014000600009

- Innamorati, M., Tamburello, A., Lester, D., Amore, M., Girardi, P., Tatarelli, R., y Pompili, M. (2010). Inequalities in suicide rates in the European Union's Elderly: trends and impact of macroeconomic factors between 1980 and 2006. *Can J Psychiatry*, 55(4), pp. 229-238. doi: 10.1177/070674371005500406
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2004). *Encuesta Nacional de salud y hábitos sexuales*. Recuperado de <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/encuestaHabitosSexuales.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014). *Encuesta de Población Activa*. Recuperado de <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0413.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Estadística del Padrón Continuo. 1 de Enero de 2016*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np966.pdf>
- Jefatura Del Estado. (2012). *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Jiménez, F. (2012a). Antropología de las decisiones empresariales: el caso de España. *Dimens. empres*, 10 (1), pp. 16-21.
- Jiménez, F. (2012b). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *RCS*, 58(19), pp.13-52.
- Jiménez, F., Arzate, J. y Castillo, D. (2014). *Crisis capitalista, pauperización social y sistemas de bienestar en España y México*, México, México: Editorial Porrúa.
- Johnston, L.G., Alami, K., El Rhilani, M.H., Karkouri, M., Mellouk, O., Abadie, A., ... Boutaine, E.O. (2013). HIV, syphilis and sexual risk behaviours among men who have sex with men in Agadir and Marrakesh, Morocco. *Sex Transm Infect*, 89 (Supl 3), pp. 45–48. doi: 10.1136/sextrans-2012-050918
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Makenbach, J.P., y Mckee, M. (2013). Financial crisis austerity and health in Europe. *Lancet*, 381(9874), pp. 1323-1331. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6
- Kelley, S.S., Borawski, E.A., Flocke, S.A., Keen, K.J. (2003). The role of sequential and concurrent sexual relationships in the risk of sexually transmitted diseases among adolescents. *J Adolesc Health*, 32, pp. 296-305. doi:10.1016/S1054-139X(02)00710-3

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., Mckee, M., y Stuckler, D. (2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy. *Lancet*, 378 (9801), pp.1457-1458. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61556-0
- Kristjansson, E.A., Robinson, V., Petticrew, M., MacDonald, B., Krasevec, J., Janzen, L., ... Tugwell, P. (2008). *Provisión escolar de comidas para mejorar la salud física y psicosocial de niños de escuelas primarias en estado de pobreza*. Biblioteca Cochrane Plus. Recuperado de <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD004676>
- Kwon, J.W., Chun, H., y Cho, S.I. (2009). A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986-2005. *BMC Public Health*, 9, pp. 72. doi: 10.1186/1471-2458-9-72
- La Gaceta. (2014). España la tasa de paro más alta de la Unión Europea. *La Gaceta*. Recuperado de <http://www.gaceta.es/noticias/espana-tasa-paro-alta-ue-03062014-1228>
- La Parra, D., y Álvarez-Dardet, C. (2014). Relación entre crisis económica y salud: ¿lo relevante son las políticas de austeridad? *Salud Colectiva*, 10(1), pp. 92-94. doi: 10.1590/S1851-82652014000100007
- Laeven, L., y Valencia, C.F. (2008). *Systemic banking Crises: A New Database*. IMF Working Paper. Washington. Recuperado de <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08224.pdf>
- Lahelma, E.; Kivelä, K., Roos, E., Tuominen, T., Dahl, E., Diderichsen, F., ... Ynqwe, M.A. (2002). Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social science & Medicine*, 55(4), pp. 609-625.
- Larrañaga, I., Martín, U., y Bacigalupe, A. (2014). Salud sexual y reproductiva y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.*, 28(S1), pp. 109-115. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.007
- Legido-Quigley, H., Urdaneta, E., Gonzalez, A., La Parra, D., Muntaner, C., Álvarez-Dardet, C., ... McKee, M. (2013a). Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*, 382 (9909), pp. 1977. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62649-5
- Legido-Quigley, H., Otero, L., Parra, D.I., Álvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J.M., y Mckee, M. (2013b). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*, 346(F 2363), pp. 1-5. doi: 10.1136/bmj.f2363
- Llácer, A., Fernández, R., y Martínez, F. (2014). Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28(S1), pp.97-103. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.015
- López De Murain, J., Ezpeleta, G., Imaz, M., Del Mar Camara, M., Esteban, V., Santamaría, J.M., ... Ramón, M.D. (2008). Two Lymphogranuloma venereum

- causes in a heterosexual Couple in Bilbao (Spain). *Sex Transm Dis*, 35 (11), pp. 918-919. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31817e9228
- López, Z., Ochoa, S.C., Alcaraz, G., Leyva, R., y Ruíz, M. (2010) Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. *Invest. edu. Enferm*, 28 (1), pp. 11-22
- López, C.A., y Martínez, J.I. (2012). Recortes y datos del sistema sanitario. *El País*, 17 Abril. Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/04/17/andalucia/1334674234_508628.html
- Lucio, C.G. (2012). No hay que recortar el sistema de salud, sino protegerlo. *El Mundo*, 19 Diciembre. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/12/18/noticias/1355858124.html>
- Lundberg, O., Åberg, M., Kölegård, M, Ivar, J., Ferrarini, T., ... Fritzell, J. (2008). The Rol of Welfare State Principles and Generosity in Social Policy Programmes for Public Health: And International Comparative Study. *Lancet*, 372 (9650); pp. 1633-1640. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61686-4
- Marcus, V., Bremer, V., Hamouda, O., Kramer, M.H., Freiwald, M., Jensen, H., ... Zimmer, I. (2006). Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted infections in men having sex with men: Changes in risk behaviour from risk avoidance to risk reduction. *Sex Transm Dis*, 33 (1), pp. 11-17.
- Marín, A., Domínguez, L., Román, V., y Farella, L. (2013). Efectos de la crisis económica sobre la salud mental en la población española. *ReiDocrea*, 2, pp. 71-78.
- Mark, H., Jordan, E.T., Cruz, J., y Warren, N. (2012). What's new in sexually transmitted infection management: changes in the 2010 guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. *J Midwifery Womens Health*, 57(3), pp.276-84. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00179.x
- Marset, P., Sáez, J.M., y Sánchez, A. (1998). Análisis comparado de sistemas sanitarios. En *Salud Pública* (pp. 819-846). Madrid, España: Editorial Mc Graw-Hill.
- Martín R., Sánchez, M., Gancedo, C., Teruel de Francisco, M.C., y Coullaut, A. (2015). Las familias de la crisis en las consultas pediátricas de Atención Primaria: estudio descriptivo observacional. *An Pediatr (Barc)*, 84 (4), pp. 189-194. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.06.005
- Martínez, C. (2010). La mirada social del pediatra. *An Pediatr (Barc)*, 73 (5), pp. 229-232. doi: 10.1016/j.anpedi.2010.05.022
- Mckee, M., y Stuckler, D. (2011). The Assault on Universalism: How to destroy the welfare State. *Brit Med J*, 343 (d 7973), pp. 1-6. doi: 10.1136/bmj.d7973

- Mckee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., y Stuckler, D. (2012). Austerity: A Failed Experiment on the People of Europe. *Clinical Medicine* (London, England), 12 (4), pp. 346-350
- Médicos del Mundo. (2012). *La Reforma Sanitaria y las personas inmigrantes*. Recuperado de http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Argumentario_MdM_Reforma_sanitaria_e_inmigrantes_4aea15e6%232E%23pdf
- Menéndez, B., Ballesteros, J., Clavo, P., y Romero, J. (2005). Aumento de la Sífilis y de la infección gonocócica en varones homosexuales o bisexuales en Madrid. *Med Clin (Barc)*, 125(19), pp. 756. doi: 10.1016/S0025-7753(05)72177-1
- Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. (2014). *Últimos datos de consumo alimentario*. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/http---www.mapama.gob.es-es-alimentacion-temas-consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria-panel-de-consumo-alimentario-ultimos-datos-%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/http---www.mapama.gob.es-es-alimentacion-temas-consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria-panel-de-consumo-alimentario-ultimos-datos-%20(1).pdf)
- Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010*. Informes, estudios e investigación Recuperado de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2010/Comparativo2002_2006_2010.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario*. Recuperado de https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/hts_policy_spain.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015a). *Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. (2015b). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

- Montaner, J.S.G. (2011). Treatment as prevention-a double hat-trick. *Lancet*, 378(9787), pp. 208-209. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60821-0
- Monteserin, S.A., Fernández A., Martínez, U. (2013). *Crisis económica y nuevo panorama migratorio en España*. Fundación 1º de Mayo. Colección Estudios (65). Recuperado de <http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Estudio65.pdf>
- Moreno F.J., y Bruquetas, M. (2011). *Inmigración y Estado de Bienestar en España*. Obra Social “La Caixa”. Colección Estudios Sociales Num 31. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/28-22-44-25.admin.Inmigracion_y_Estado_de_Bienestar_en_Espa_Atilde_plusmna%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/28-22-44-25.admin.Inmigracion_y_Estado_de_Bienestar_en_Espa_Atilde_plusmna%20(2).pdf)
- Morgan, N.D., Ferguson, T.S., Younger, N.O.M., Tulloch-Reid, M.K., Francis, D.K., Mcfarlane, S.R., ... Wilk, R.J. (2012). Prevalence of High-risk Sexual Behaviour in Jamaican Adults and Its Relationship to Sociodemographic and Religious Factors: Findings from the Jamaica Health and Lifestyle Survey 2007–2008. *West Indian Med J*, 61 (9), pp. 873. doi: 10.7727/wimj.2012.026
- Moser, C. (1998). Reassessing urban poverty reduction strategies: The asset vulnerability framework. *World Development*, 26 (1), pp. 1-19. 10.1016/S0305-750X(97)10015-8
- Navarro, V. (2012a). El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit*, 26(2), pp.174-175. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.12.004
- Navarro, V. (2012b). El impacto de la crisis en las familias e infantes. *Público*, 22 de noviembre. Recuperado de <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2012/11/el-impacto-de-la-crisis-en-las-familias-e-infantes1.pdf>
- Nelson, H.D., y Helfand. M. (2001). Screening for chlamydia infection. *Am J Prev Med*, 20 (3 Supl1), pp. 95-107.
- Nguyen, C.T., Couture, M.C., Alvarado, B.E., y Zunzunegui, M.V. (2008). Life course socioeconomic disadvantage and cognitive function among the elderly population of seven in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health*, 20(3), pp. 347-62. doi: 10.1177/0898264308315430
- Novoa, A.M., Bosch, J., Díaz, F., Malmusi, D., Darnell, M. y Trilla, C. (2014). El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28 (S1), pp.44-50. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.018
- O'Donnell, L., O'Donnell, C.R., y Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risk among urban minority youth: The reach for health study. *Fam Plan Perspect*, 33(6), pp. 268-275.
- Oliva, J. y Pérez, G. (2009). Inmigración y salud. *Gac Sanit*, 23(Supl 1), pp. 1-3. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.10.002

- ONUSIDA/OMS. (1999). *Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub04/una97-6_es.pdf
- Organista, K.C., Worby, P.A., Quesada, J., Arreola, S.G., Kral, A.H., y Khoury, S. (2013). Sexual health of Latino migrant day labourers under conditions of structural vulnerability. *Cult Health Sex*, 15(1), pp. 58-72. doi: 10.1080/13691058.2012.740075
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2008). *La crisis económica impactará sobre la lucha contra el VIH/SIDA, dice la OIT de cara a la Conferencia Internacional sobre SIDA y ETS en África*. Recuperado de http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_100891/lang--es/index.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones De Transmisión Sexual 2006-2015*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008a). *Diez datos sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/index8.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008b). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Infecciones de transmisión sexual*. Centro de prensa. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS 2016-2021. Hacia el fin de las ITS*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2013a). Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty: News Results from the OECD Income Distribution Database. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2013-Inequality-and-Poverty-8p.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2013b). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.

- Ortún, V. (1998). Sistema Sanitario y Estado de Bienestar: problemas a la vista. En *La Salud Pública y el futuro del Estado de Bienestar. Informe SESPAS 1998* (pp. 40-54). Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ostamo, A. y Lonngvist, J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki; 1989-1997. *Soc Psych Epid*, 36(7), pp. 354-360.
- Otero L., y Muntaner, C. (2014). El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. *Gac Sanit*, 28 (1), pp. 90. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.06.003
- Panel de Expertos del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) Y del Plan Nacional Sobre El Sida (PNS). (2011a). AIDS Study Group/Spanish AIDS Consensus Plan Document on sexually transmitted infections in HIV-infected patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29(4), pp. 286. e1-19. doi: 10.1016/j.eimc.2010.10.002
- Panel de Expertos del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) Y del Plan Nacional sobre el SIDA (PNS). (2011b). National consensus document by GESIDA/National Aids Plan on antiretroviral treatment in adults infected by the human immunodeficiency virus. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29(3), pp.209.e1 doi: 10.1016/j.eimc.2010.12.004
- Panel de Expertos del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) Y del Plan Nacional sobre el SIDA (PNS). (2017). *Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2017)*. Recuperado de: https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/TARGesidaPNS2017_Borrador.pdf
- Park, Y., Kim, M., Kwon, S., y Shin, Y. (2009). The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Public Health*, 42(2), pp. 123-129. doi: 10.3961/jpmph.2009.42.2.123
- Pérez-Molina, J.A., y Pulido, F. (2012). Grupo para el estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 30(8), pp. 472-478. doi: 10.1016/j.eimc.2012.07.004
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., y Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28(S1), pp.124–131. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.009
- Pérez-Morente, M.A., Cano-Romero, E., Sánchez-Ocón, M.T., Castro-López, E., Jiménez-Bautista, F., y Hueso-Montoro, C. (2017). Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. *Rev Esp Salud Pública*, 91, pp. e1- e7.

- Pettifor, A.E., Van Der Straten, A., Dunbar, M.S., Shiboski, S.C., y Padian, N.S. (2004). Early age of first sex: A risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18(10), pp. 1435-1442.
- Plan Nacional sobre el Sida (PNS). (2009). *Situación epidemiológica del VIH/SIDA de las personas inmigradas en España (datos 2007)*. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/inmigrantes.pdf>
- Plan Nacional sobre el Sida y Centro Nacional de Epidemiología. (2016). *Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/SIDA resultados 2015. Análisis de la evolución (2000-2015)*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2015.pdf>
- Platt, S., y Kreitman, N. (1990). Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87. *Soc Psych Epid*, 25(1), pp. 56-61.
- Platt, L., Grenfell, P., Fletcher, A., Sorhaindo, A., Jolley, E., Rhodes, T., y Bonell, C. (2013). Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect*, 89 (4), pp. 311-319. doi: 10.1136/sextrans-2012-050491
- Postigo C. (2007). Enfermedades de Transmisión Sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr*, 98(8), pp. 513-517.
- Proyecto EPI-VIH. (2012). *Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS, 2000-2010*. Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe-EPI-VIH-2000-2010.pdf>
- Puente, D., Zabaleta, E., Rodríguez-Blanco, T., Cabanas, M., Monteagudo, M., Pueyo, M.J., ... Bonaventura, B. (2011). Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gac Sanit*, 25(1), pp.13-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.07.012
- Rajmil, L. (2013). La crisis económica afecta la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? *An Pediatr*, 79 (4), pp. 205-207. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.05.028
- Ramírez, E. (2014). España es el segundo país con más pobreza infantil en Europa. *El País*, 27 de marzo. Recuperado https://elpais.com/sociedad/2014/03/27/actualidad/1395934855_517389.html
- Ramos, J.M., Masía, M., Rodríguez, J.C., Padilla, I., Soler, M.J., y Gutiérrez, F. (2004). Tuberculosis in immigrants: clinical and epidemiological differences as compared to the native population (1999-2002). *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 22(6), pp. 315-318. doi: 10.1157/13063041

- Ramos, J.M., Gutiérrez, F., Padilla, S., Masía, M., y Escolano, C. (2005). Clinical and epidemiological characteristics of human immunodeficiency virus infection in foreigners residing in Elche, Spain (1998-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 23(8), pp. 469-473. doi: 10.1157/13078824
- Ramos, J.M., Masía, M., Padilla, S., Escolano, C., Bernal, E., y Gutiérrez, F. (2011). Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29 (3), pp.185-192. doi: 10.1016/j.eimc.2010.11.011
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., y Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, 115 (1), pp. 1-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.11.008
- Repullo, J.R. (2012). El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible. *AMF*, 8 (7), pp. 362-363.
- Rieg, G., Lewis, R.J., Miller, L.G., Witt, M.D., Guerrero, M., y Daar, E.S. (2008) Asymptomatic sexually transmitted infections in HIV-infected men who have sex with men: prevalence, incidence, predictors and screening strategies. *Aids Patient Care St*. 22 (12), pp.947–954. doi: 10.1089/apc.2007.0240
- Roca, C., y de Balanzó, X. (2006). Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *Anales Sis San Navarra*, 29 (Sup1), pp. 139-44.
- Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J. y García-Toro, M. (2013). Economic crisis and mental health in Spain. *Lancet*, 382 (9909), pp. 1977-1978.
- Rodríguez, G. (2013). Crisis estructural y Tercer Sector de Acción Social. *Revista española del tercer sector*, (23), pp. 17-40.
- Romera, R. y Grané, A. (2013). *La situación de las personas mayores atendidas por Cruz Roja. Madrid: Cruz Roja Española*. Recuperado de http://prensacruzroja.es/wp-content/uploads/boletin_8_final.pdf
- Roseboom, T.J., Painter, R.C., Van Abeelen, A.F., Veenendaal, M.V., De Rooij, S.R. (2011). Hungry in the womb: what are the consequences? Lessons from the Dutch famine. *Maturitas*, 70(2), pp. 141-145. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.06.017
- Ruhm, C.J. (2007). A healthy economy can break your Heart. *Demography*, 44(4), pp. 829-848.
- Ruiz-Ramos, M., Sánchez, J., Garrucho, G., y Viciano, F. (2004). Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Ga. Sanit.*, 18 (1), pp. 16-23.
- Saura, S., Fernández de Sanmamed, M.J., Vicens, L., Puigvert, N., Mascort, C., y García, J. (2010). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de

- transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria*, 42(3), pp.143–148. doi: 10.1016/j.aprim.2009.06.014
- Savage, E.J., Van de Laar, M.J., Galloway, A., Van der Sand, M., Hamouda, O., Sasse, A., ... Ison, C. (2009). Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. *Euro Surveill*, 14 (48), pp. 19428.
- Segura, J. (2012). *Crisis económicas y salud: cómo minimizar el daño*. Recuperado de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/26/133124
- Senn, T.E., y Carey, M.P. (2011). Age of partner at first adolescent intercourse and adult sexual risk behavior among women. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(1), pp. 61-66. doi: 10.1089/jwh.2010.2089
- Serván, E., Leyva, R., Heredia, I, y García, R. (2013). Infecciones de transmisión sexual. Perfil de atención en zonas fronterizas de Centroamérica (2007-2010). *Salud Públ Méx*, 55 (S1), pp. 47-56.
- Simó, J. (2012). Utilización de medicamentos en España y en Europa. *Aten Prim*, 44(6), pp. 335-347. doi: 10.1016/j.aprim.2011.06.009
- Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda. (GESTHA). (2014). *La economía sumergida pasa factura. El avance el fraude en España durante la crisis*. Recuperado de http://www.gestha.es/archivos/actualidad/2014/2014-01-29_INFORME_LaEconomiaSumergidaPasaFactura.pdf
- Singh, A., Ferrie, J.E., Chandola, T., y Marmot, M.G. (2004). Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *Int J Epidemiol*, 33 (5), pp. 1072-1079. doi: 10.1093/ije/dyh224
- Sistema de Información Microbiológica (SIM). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. (2016). *Informe anual del Sistema de Información Microbiológica 2015*. Madrid. Recuperado de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/pdf_2016/SIM_2015.pdf
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). (2010). Infecciones de Transmisión Sexual en Andalucía en el periodo 2004-2009. Monografía Vol. 15, Nº 2.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). (2011). *El impacto de la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla*. Recuperado de http://www.grupoeje.org/images/stories/crisis_economica_y_salud_sespas.pdf
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). (2015). *Posicionamiento de SESPAS sobre pobreza infantil y salud*. Recuperado de

<http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/Posicionamiento.SESPAS.Pobreza.Infantil.y.Salud.pdf>

- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., y Mckee, M. (2009a). The health implications of financial crisis. A review of the evidence. *UMJ*, 78(3), pp.142-145.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., y Mckee, M. (2009b). The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374 (9686), pp. 315-323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Stuckler, D., King, L., Mckee, M. (2009c). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet*, 373 (9661), pp. 399-407. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60005-2
- Stuckler, D., Basu, S., y Mckee, M. (2010a). Budget crisis, health and social welfare programmes. *BMJ*, 340, pp. c3311. doi: 10.1136/bmj.c3311
- Stuckler, D., Basu, S. y Mckee, M. (2010b). How government spending cuts put lives at risk. *Nature*, 465(7296), pp. 289. doi: 10.1038/465289a
- Stuckler, D.; Basu, S. (2013). *Porque la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid, España: Taurus Pensamiento.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J.E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., ... Semenza, J.C. (2011). The Impact of Economic Crisis on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *Plos One*, 6 (6), pp. e 20724. doi: 10.1371/journal.pone.0020724
- Suhrcke, M., y Stuckler, D. (2012). Will the recession be bad for our Health? It depends. *Soc Sci Med*, 74(5), pp. 647-653. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.011
- Tapia, J.A. (2005a). Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. *Int J Epidemiol*, 34(6), pp. 1194-1202. doi: 10.1093/ije/dyi141
- Tapia, J.A. (2005b). Recessions and Mortality in Spain, 1980–1997. *Eur J Popul*, 21(4), pp. 393-422. doi:10.1007/s10680-005-4767-9
- Tapia J.A., e Ionides, E.L. (2008). The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries. *J Health Econ*, 62(5), pp. 387-390. doi: 10.1016/j.jhealeco.2007.09.006
- Tapia, J.A. (2011). La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, (113), pp. 121-137.
- Tapia, J.A. (2014). La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colec*, 10(1), pp. 81-91. doi: 10.1590/S1851-82652014000100006

- Teva, I., Bermúdez, M.P., y Buela-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), pp. 309-320.
- The EPI-VIH Study Group. (2002). HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Transm Infect*, 78, pp. 250-254.
- Tornero, C., Mafe, C., Castejón, P., y Alonso, C. (2009). Estrategias de intervención para detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 27(10), pp. 605-609. doi: 10.1016/j.eimc.2008.12.010
- United Nations (UN). (1996). *Human Development Report*. New York ,EEUU: Oxford University Press.
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2014a). *Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries*. Innocenti Report Card 12. Florence: UNICEF Office of Research. Recuperado de <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc12-eng-web.pdf>
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2014b). *Políticas públicas para reducir la pobreza infantil en España: Análisis de impacto*. Comité Español. Recuperado de http://solidaria.unicef.es/pdf/UCE_politicas_para_reducir_pobr_infantil_espana_14.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2016). *Equidad para los niños. El caso de España*. Comité Español. Recuperado de <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4914&tipo=documento>
- Urbanos, R.M., y Puig, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe Sespas 2014. *Gac Sanit.*, 28 (S1), pp.81-88. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.013
- Uutela, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatr*, 23(2), pp. 127-130. doi: 10.1097/YCO.0b013e328336657d
- Valdespino, J.L., García, M.L., Conde, C.J., Olaiz, G., Palma, O., y Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud Públ Mex*, 49(Supl 3), pp. S386-S394.
- Vall, M., y Grupo de Estudio de las ITS en Atención Primaria (GITSAP). (2002). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 20(4), pp. 154-156. doi: 10.1016/S0213-005X(02)72777-8

- Vall, M., Pareja, C., y Loureiro, E. (2002). *Estudi sobre les persones que exerceixen la prostitució ateses a la Unitat d'infeccions de Transmissió Sexual. Barcelona, 2000-01*. Barcelona: UITS.
- Vall, M., Sanz, B., Loureiro, E. y Armengol, P. (2004). Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. *Med Clin (Barc)*, 122(1), pp. 18-20.
- Vall, M. (2004). La reemergencia de las infecciones de transmisión sexual. *Enf Emerg*, 6 (2), pp. 65-67.
- Vall, M. y Grupo de Estudio de los Centros de infecciones de Transmisión Sexual (GECITS). (2005). Nuevos retos de las infecciones sexualmente transmisibles: papel de los centros de infecciones de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)*, 125 (2), pp. 61-64.
- Vall, M. (2005). Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. *Piel*, 20 (5), pp. 205-207.
- Vall, M., Casals, M., Vives, A., Loureiro, E., Armengol, P., y Sanz, B. (2006). Reemergencia de la Sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. *Med Clin (Barc)*, 126(3), pp. 94-96. doi: 10.1157/13083877
- Vall, M., Caballero, E., García de Olalla, P., Armengol, P., Codina, M.G., Barbera, M.J., ... Caylá, J.A.(2008). Outbreak of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Barcelona 2007/08-and opportunity to debate sexual health at the Euro-Games 2008. *Euro Surveill*.13(25), pp. 18908.
- Vallejo, S. (2013). El virus de la crisis hace estragos en la salud. *Granada Hoy*, 12 febrero. Recuperado de <http://www.granadahoy.com/article/granada/1268438/sos/virus/la/crisis/hace/estragos/la/salud.html>
- Vallés, X., Carnicer-Pont, D., y Casabona, J. (2011). Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada? *Gac Sanit*, 25(3), pp. 224-232. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.12.003
- Van de Laar, M., y Spiteri, G. (2012). Increasing trends of gonorrhoea and syphilis and the threat of drug-resistant gonorrhoea in Europe. *Euro Surveill*, 17(29), pp. 20225.
- Van der Heyden, J.H., Catchpole, M.A., Paget, W.J., y Stroobant, A. (2000). Trends in gonorrhoeae in nine western European countries, 1991-6. European Study Group. *Sex Transm Infect*, 76, pp. 110-116. doi: 10.1136/sti.76.2.110
- Varela, M.T., Correa, D., Arrivillaga, M., Zapata, H. De J., Hoyos, P.A., Tovar L.M. (2011). Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Rev cub salud pública*, 37(4), pp. 472-481.

- Vázquez, F. (2011). El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo XXI: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29 (2), pp. 77-78. doi: 10.1016/j.eimc.2010.11.001
- Vázquez, M.L., Vargas, I., y Aller, M.B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28(S1), pp. 142-146. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.012
- Vecina, C., Ballester, L.L., Barnés, A., Cortada, I., García, A., Gelabert, M., ... Ramos, T. (2013). Crisis económica y crisis social. Debate en torno a la situación de necesidad de las familias y la infancia. *RES*, 16, pp.1-20.
- Vila, L.E. (2003). Los beneficios no monetarios de la educación. *Revista de educación* (331), pp 309-324
- Villa, L., Varela, J.A., Otero, L., Sánchez, C., Junquera, M.L., Río, J.S., y Vázquez, F. (2010). Molluscum contagiosum: A 20-year study in a sexually transmitted infections unit. *Sex Transm Dis*, 37(7), pp. 423-424. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181cfca1c
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gaviria, A.M., Soto, A.M., Gil Llarío, M.D., y Ballester, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos. *Ter Psicol*, 25(1), pp. 39-50. doi: 10.4067/S0718-48082007000100003
- Vivancos, R., Abubakar, I., y Hunter, P.R. (2008). Sex, drugs and sexually transmitted infections in British university students. *Int J STD AIDS*, 19(6), pp. 370-377. doi: 10.1258/ijsa.2007.007176
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G.H, Schmitz, N., y Patten, S.B. (2010). The Prevalence of Mental Disorders in the Working Population over the period of Global Economic Crisis. *Can J Psychiat*, 55 (9), pp. 598-605. doi:10.1177/070674371005500908
- Ward, J., Wand, H., Bryant, J., Delaney-Thiele, D., Worth, H., Pitts, M., ... Kaldor, J.M. (2016). Prevalence and Correlates of a Diagnosis of Sexually Transmitted Infection Among Young Aboriginal and Torres Strait Islander People: A National Survey. *Sex Trans Dis*, 43(3), pp. 177-184. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000417
- World Health Organization (WHO). (2001). *Global prevalence and incidents of selected curable sexually transmitted infections. Overview and estimates*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66818/1/WHO_HIV_AIDS_2001.02.pdf

ANEXOS

ANEXO I.

PUBLICACIONES Y CONTRIBUCIONES A CONGRESOS

ORIGINAL BREVE

Recibido: 18 de agosto de 2016
 Aceptado: 27 de diciembre de 2016
 Publicado: 25 de enero de 2017

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

María Ángeles Pérez-Morente (1), Esperanza Cano-Romero (2), María Teresa Sánchez-Ocón (1), Esperanza Castro-López (3), Francisco Jiménez-Bautista (4) y César Hueso-Montoro (5).

- (1) Complejo Hospitalario de Granada, Servicio Andaluz de Salud. Granada. España.
 (2) Royal Albert Edward Infirmary Hospital. Wigan. Reino Unido.
 (3) Centro de ETS y Orientación Sexual, Servicio Andaluz de Salud. Granada. España.
 (4) Departamento de Antropología Social y Cultural, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Granada. Granada. España.
 (5) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. España. Granada. España.

RESUMEN

Fundamento: Conocer los factores determinantes en Infecciones de Transmisión sexual (ITS) es necesario para evaluar y diseñar medidas efectivas para su prevención y tratamiento. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de sujetos atendidos en un centro de control de Infecciones de Transmisión Sexual y analizar si hubo diferencias en función del sexo.

Método: Estudio transversal utilizando como fuente de información 496 historias clínicas correspondientes al periodo 2010-2014, de sujetos que acudieron al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual de la provincia de Granada por sospecha de ITS. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con pautas sexuales. Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariable mediante comparación de proporciones con test de la chi-cuadrado.

Resultado: El 56% de los sujetos eran hombres y el 44% mujeres. La edad media fue de 29,01 años (DT=9,07). El 85,9% estaban solteros. El 54,2% presentaba un nivel de estudios superior. Las infecciones más prevalentes fueron el virus del papiloma humano (18,8%), *Molluscum contagiosum* (5,6%) y candidiasis (3,8%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo con la variable conducta sexual, hallando 89 hombres homosexuales y 4 mujeres, así como 22 hombres bisexuales frente a 7 mujeres (p<0,001). También se hallaron diferencias entre sexo y vida sexual, encontrando mayor prevalencia de hombres con entre 10-20 parejas (n=23) y más de 20 parejas (n=20) que mujeres (n=10, n= 4, respectivamente) (p<0,001).

Conclusiones: El perfil es el de una persona joven, soltera, con estudios superiores. La infección más prevalente es el virus del papiloma humano. Los hombres siguen constituyendo la población más vulnerable para contraer infecciones de transmisión sexual debido a sus prácticas sexuales.

Palabras clave: Conducta Sexual, Factores de riesgo, Enfermedades de Transmisión Sexual, Género y Salud, Epidemiología de los Servicios de Salud.

Correspondencia:
 César Hueso Montoro,
 Departamento de Enfermería,
 Facultad de Ciencias de la Salud,
 Universidad de Granada
 Avenida de la Ilustración, 60
 18016, Granada
 cesarhueso@ugr.es

ABSTRACT

Sexuality Risk Factors among People with Suspect of Sexually Transmitted Disease

Background: Describing determinants factors in Sexually Transmitted Diseases is necessary to evaluate and design effective measures for prevention and treatment. The aim of this research was to determine the sexual risk factors of people who are treated at Sexually Transmitted Diseases Centre and to analyze differences based on gender.

Method: Cross-sectional study on 496 clinical reports, period of time 2010 to 2014, of people who come to the Sexually Transmitted Diseases and Sexual Orientation Centre of Granada, for suspected of Sexually Transmitted Diseases. Sociodemographic, clinical and sexual patterns data were collected. Calculation of descriptive statistics and Chi-square test to compare proportions were performed.

Results: 56% men and 44% women. The mean age was 29,01 years (SD=9,07). Most of the sample were single (85,9%). 54,2% had a higher education level. The most prevalent infections were the Human Papillomavirus (18,8%), followed *Molluscum contagiosum* (5,6%) and Candidiasis (3,8%). Significant differences were found by sex with sexual behavior, there are more gay men (n=89) and bisexual (n=22) than women (n=4, n=7, respectively) (p<0,001); differences between sex and sexual life were also found, finding higher prevalence of men with 10-20 couples (n=23) and more than 20 couples (n=20) than women (n=10, n=4, respectively) (p<0,001).

Conclusions: The user profile is a young, single, with higher education. The most prevalent infection is the Human Papillomavirus. Men are a vulnerable population for contracting sexually transmitted diseases because of their sexual practices.

Keywords: Sexual Behavior, Risk Factors, Sexually Transmitted Diseases, Gender and Health, Health Services Epidemiology.

Cita sugerida: Pérez-Morente MA, Cano-Romero E, Sánchez-Ocón MT, Castro-López E, Jiménez-Bautista F, Hueso-Montoro C. Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:25 de enero 201701012.

Factores condicionantes e impacto de la crisis económica

SOBRE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

MARÍA ANGELES PÉREZ MORENTE: Diplomada universitaria en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster en Antropología Física y Forense. Doctoranda del Programa Ciencias Sociales. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Clínico Universitario San Cecilio (Granada).

CÉSAR HUESO MONTORO: Diplomado universitario en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor ayudante doctor Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

FRANCISCO JIMÉNEZ-BAUTISTA: Diplomado en Profesorado de Educación General Básica. Licenciado en Filosofía y Letras. Doctor en Humanidades. Profesor titular de Universidad en el Departamento de Antropología Social de la Universidad de Filosofía y Letras de Granada.

MARÍA TERESA SÁNCHEZ OCÓN: Diplomada universitaria en Ciencias de la Educación. Diplomada universitaria en Enfermería. Grupo de Investigación CTS 367 Grupo PAL. Servicio de Quirófanos. Hospital Clínico Universitario San Cecilio (Granada).

Correo e.: angelespmorente@hotmail.com

Resumen

OBJETIVO. Analizar la influencia que la crisis económica está teniendo en los indicadores de salud en España y las consecuencias concretas que se presentan en la salud mental de la población, basándonos en la mejor evidencia científica disponible.

METODOLOGÍA. Búsqueda bibliográfica en PubMed, ENFISPO, LILACS, Scielo y Google Scholar, seleccionando artículos de crisis económica y salud mental en la población española.

RESULTADOS. Los periodos de recesión económica modifican aspectos como el nivel de bienestar, la calidad de vida y la salud, y afectan de forma negativa a la salud física y mental de los ciudadanos y de sus familias. España ha sido uno de los países europeos con peores consecuencias debido a la crisis económica que comenzó en 2007, por la elevada tasa de paro, el deterioro importante de las finanzas públicas y el aumento de la deuda privada. Estas consecuencias negativas se han asociado con un mayor estrés psicológico y uso de los servicios de salud mental, y se ha constatado un aumento de los niveles de ansiedad/depresión y una disminución de la autoestima, lo que se asociaría a su vez con un aumento de los intentos y muertes por suicidio, así como con un aumento del consumo de alcohol y una mayor prescripción de fármacos psicotrópicos y antidepresivos, ya que el desempleo y los factores asociados están relacionados de forma general con una mayor prevalencia de trastornos mentales y particularmente de depresión.

CONCLUSIÓN. Los efectos de la crisis van a depender sobremanera del contexto institucional y de la vertebración de la sociedad civil con sus mecanismos de protección social, para, por un lado, mantener la salud de la población y, por otro, ayudar a la recuperación económica mediante un gasto social eficiente.

PALABRAS CLAVE: RECESIÓN ECONÓMICA, SALUD MENTAL, DESEMPLEO, SUICIDIO, ESPAÑA.

DETERMINANTS AND IMPACT OF ECONOMIC CRISIS ON THE MENTAL HEALTH OF POPULATION OF SPAIN

Summary

OBJECTIVE. To analyze the influence of the economic crisis on health indicators in Spain and the specific consequences in mental health of population, based on the best scientific evidence available.

METHODOLOGY. Literature search in PubMed, ENFISPO, LILACS, Scielo and Google Scholar, selecting articles about economic crisis and mental health in Spanish population.

RESULTS. Periods of economic recession change aspects such as the level of welfare, quality of life and health, and make a negative impact on the physical and mental health of citizens and their families. Spain has been one of the European countries with the worst consequences due to different factors such as the economic crisis that began back in 2007, the high unemployment rate, the significant decline in public finances and the increase in private debt. These negative consequences are associated with increasing psychological stress and use of mental health services, confirming an increase in levels of anxiety /depression and a decrease in self-esteem, which in turn would be related to an increase in suicide attempts and deaths, as well as an increase in alcohol consumption and the prescription of psychotropic and antidepressant drugs, since unemployment and associated factors are generally related to a higher prevalence of mental disorders, particularly depression.

CONCLUSION. The effects of the crisis will heavily depend on the institutional context and the structuring of civil society with social protection mechanisms, in order to, on the one hand, maintain the health of population, and on the other hand, pave the way to economic recovery by efficient social spending.

KEYWORDS: ECONOMIC RECESSION, MENTAL HEALTH, UNEMPLOYMENT, SUICIDE, SPAIN.

Fuden

Fundación para el desarrollo
de la Enfermería



D/D^a M ANGELES PÉREZ MORENTE

con Documento de Identidad: _____

**PARTICIPANTE AL 8º CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA “CIUDAD DE GRANADA”**

“Camino hacia la Seguridad del Paciente siglo XXI- Nueva Frontera”

Con la COMUNICACIÓN en modalidad Poster constando como Autor Principal con el título
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE RIESGO EN USUARIOS DE
UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Celebración prevista a través de Internet del día 23 al 30 de Junio de 2017, con número de expediente X17008700. **Solicitada la acreditación** a la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación, realizándose la valoración por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en la forma prevista por los criterios generales y mínimos establecidos por la Comisión Nacional de Formación Continuada de las Profesiones.

Reconocimiento de Interés Científico: Declarado de Interés Científico Sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

La actividad está reconocida con **1 crédito ECTS** para el alumnado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

Celebración Virtual, del 23 al 30 de junio de 2017

Víctor Aznar Marcen
Presidente
Comité Organizador

Francisco Muñoz Guillán
Vicepresidente
Comité Organizador

La validez de este certificado puede comprobarse usando el siguiente código de verificación en
<http://www.congresoenfermeria.com/2017/verificar-participacion> : 42aaFwnicvu4g/30973



CERTIFICADO

A favor de:

MARIA ANGELES PEREZ MORENTE; M. ANGELES ESTRADA VILCHEZ; INMACULADA PÉREZ JIMÉNEZ

Por su contribución en la modalidad de PÓSTER en el "III CONGRESO INTERNACIONAL EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD", con el título:

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Además, dicha aportación está PUBLICADA en el libro de Actas del III Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen I. Con ISBN: 978-84-617-8944-3 y Depósito Legal: AL 267-2017.

Dicho congreso se ha celebrado durante los días 8, 9 y 10 de marzo de 2017 en Murcia (presencial y online), con una duración de 30 horas, organizado por el Grupo de Investigación SEJ-581 de la Universidad de Almería, Asociación Universitaria de Educación y Psicología, y Association University of Scientific Formation Psychology and Education Research (CINFOPER). Dicha actividad cuenta con la Resolución Favorable de Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario concedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Referencia: 2016/RIS/BG-mja) y por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia (Referencia: j43/2016). Del mismo modo, el Congreso ha sido acreditado con 0,3 Créditos por parte del Sistema de Acreditación de la Comisión Nacional de Formación (CFC - Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad).

Murcia, a 10 de marzo de 2017
Presidenta del Congreso



Fdo.: D^a. M^a del Carmen Pérez Fuentes



Fuden

Fundación para el desarrollo
de la Enfermería



D/D^a MARÍA ANGELES PÉREZ MORENTE

con Documento de Identidad: 44265230m

**PARTICIPANTE AL VII CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA "CIUDAD DE GRANADA"**
"Calidad y Prácticas Seguras en la Promoción y Prestación de Cuidados"

Con la COMUNICACIÓN en modalidad Poster constando como Autor Principal con el título,

CRISIS ECONÓMICA, SALUD E INFANCIA EN ESPAÑA



Actividad Acreditada por la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía con **1 crédito**.

Celebración Virtual, del 3 al 10 de junio de 2016

Víctor Aznar Marcen
Presidente
Comité Organizador

Francisco Muñoz Guillán
Vicepresidente
Comité Organizador

La validez de este certificado puede comprobarse usando el siguiente código de verificación en
<http://www.congresoenfermeria.com/2016/verificar-participacion> : 422ATgxBDV3oc/5439

II FORO I+E-2015



II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería

El impacto social del Conocimiento

Fundación Index-Red Internacional de Centros Colaboradores
Granada, España, 12-13 noviembre 2015

CERTIFICADO

Ha presentado una COMUNICACIÓN

Esperanza Cano-Romero, María Ángeles Pérez-Morente, María Teresa Sánchez-Ocón, Esperanza Castro-López, Francisco Jiménez-Bautista, César Hueso-Montoro

“Factores de riesgo en Infecciones de Transmisión Sexual en usuarios de un centro de atención especializado”

Manuel Amezcua
Presidente del Comité Organizador
Granada, España, 13 de noviembre de 2015





D./D^a. M^a ANGELES PÉREZ MORENTE como Autor Principal
Documento de Identidad:

D./D^a. M^a TERESA SANCHEZ OCON como Primer Coautor
Documento de Identidad:

**PARTICIPANTE AL VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA "CIUDAD DE GRANADA"**

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

Con la COMUNICACIÓN al Congreso (Modalidad de Comunicación escrita) con el título de:
IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD DE LA
POBLACIÓN



Actividad Acreditada por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de Andalucía con **1 crédito**.

Celebración virtual del 15 al 28 de mayo de 2015

Víctor Aznar Marcen
Presidente
Comité Organizador

Francisco Muñoz Guillán
Vicepresidente
Comité Organizador

El listado de participantes al VI Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia se puede consultar en la página:

http://www.congresoenfermeria.com/participantes_6congreso.jsp

Número Registro: 260



EBE - 2013

I Congreso Virtual - IX Reunión Internacional Enfermería Basada en la Evidencia Cuidados y tecnología: una relación necesaria

Fundación Index-Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia
Granada, España, 21-22 noviembre 2013

CERTIFICADO

Ha presentado la siguiente COMUNICACIÓN

Influencia del contexto social en el periodo 2000-2012 sobre el desarrollo, propagación y gestión en salud de las Enfermedades de Transmisión Sexual
M^ª Angeles Pérez Morente, Cesar Hueso Montoro, M^ª Teresa Sánchez Ocón, Esperanza Castro López, M^ª Visitación Mingorance Ruiz, Víctor Uroz Alonso



Actividad acreditada por la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación, con una duración de 12 horas y 2.05 créditos.



Actividad declarada de Interés Científico Sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Código de verificación del certificado: NTJkZjhNWJmMzQwNDkuMzgyODA3NTY

Para verificar la integridad de una copia de este documento utilice la dirección <http://www.index-f.com/new/certificacion/validador.php>

Este documento así como las herramientas utilizadas para generarlo y verificarlo cumplen la Directiva 1999/93/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 1999 recogida en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica

FIRMADO POR	Manuel Amezcua Martínez (Presidente Fundación Index)	
ID. FIRMA	NTJkZjhNWJmMzQwNDkuMzgyODA3NTY	
FECHA	22/01/2014	
REGISTRO	EBE2013/3730	



D./D^a. M^aANGELES PÉREZ MORENTE como Autor Principal
Documento de Identidad:
D./D^a. M^a TERESA SÁNCHEZ OCÓN como Primer Coautor
Documento de Identidad:

**PARTICIPANTE AL IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA "CIUDAD DE GRANADA"**
"La atención especializada en la Seguridad del Paciente"

Con la COMUNICACIÓN al Congreso (Modalidad de Póster) con el título de:
**REEMERGENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: UNA NUEVA EPIEMIA
DE SALUD**



Actividad Acreditada por la Dirección General de Calidad,
Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería
de Salud de Andalucía con **2,57 créditos**.

Celebración virtual del 17 al 28 de mayo de 2013

Víctor Aznar Marcen
Presidente
Comité Organizador

Francisco Muñoz Guillán
Vicepresidente
Comité Organizador

El listado de participantes al IV Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia se puede consultar en la página:
http://www.congresoenfermeria.com/participantes_4congreso.jsp

Número Registro: 166

ANEXO II.
CONSDIERACIONES ÉTICAS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DON FRANCISCO JAVIER SALMERÓN ESCOBAR, EN CALIDAD DE PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE LA PROVINCIA DE GRANADA,

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado favorablemente, en su reunión celebrada el día 25 de febrero de 2013, el proyecto de investigación titulado: ***Influencia del contexto social en el período 2000-2012 sobre el desarrollo, propagación y gestión en salud de las enfermedades de transmisión sexual***, siendo la investigadora principal doña M^a Ángeles Pérez Morente, y considera que,

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del proyecto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el proyecto.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Y que este Comité acepta que dicho proyecto sea realizado en este Centro.

Se recomienda crear un fichero y solicitar a la Gerencia del Centro la declaración del fichero de investigación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos, que hace referencia sólo a los datos personales.

Lo que firmo en Granada, a siete de marzo de dos mil trece.



HOSPITAL UNIVERSITARIO "San Cecilio"
Avda. Dr. Oltriu, 16. 18012 - GRANADA
Tfno.: 958 02 30 00



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES



Geación	ANALUCIA
Ambiental	IGUALDAD, SALUD Y
GA-2001/0039	Políticas Sociales
201303600006264	12/11/2013

Fecha: miércoles, 27 de noviembre de 2013
Su referencia: 2013303600005640 (21/11/13)
Nuestra Referencia: ABR/BGP/mcmm
Asunto: Autorización Proyecto de Investigación

SRA. M ^a Ángel Pérez Morante	HORA
D/S Granada	11:02:40
C/ Mirador de la Ermita, 18 Granada	
18230 Atarfe (Granada)	

En relación con su solicitud le comunico que esta Dirección Gerencia, autoriza la realización del proyecto de investigación titulado "Influencia del contexto social en el periodo 2000-2012 sobre el desarrollo, propagación y gestión en salud de las Enfermedades de Transmisión Sexual", en los términos incluidos en el documento de referencia.

La persona/s responsable/s de la recogida y custodia de datos de carácter personal deberá firmar el documento de confidencialidad adjunto. Éste documento deberá obrar en poder de la Dirección Gerencia del Distrito Granada-Metropolitano con antelación al comienzo del estudio."

Atentamente,

LA DIRECTORA GERENTE DEL DISTRITO
SANITARIO GRANADA-METROPOLITANO



Fdo.: Áurea Bordóns Ruiz

Distrito Granada-Metropolitano
C/ Gustavo Doré, 3 - Bajos
15015 - Granada



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**D. JUAN MORALES ARCAS, RESPONSABLE DE LA SECRETARÍA TÉCNICA DEL
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA DE LA PROVINCIA
DE GRANADA,**

CERTIFICA:

Que en el Pleno del Comité celebrado el pasado día 30 de marzo ha sido aprobada la enmienda para ampliar los años de recogida de datos con el periodo 2013-2014, al proyecto de investigación titulado: *Influencia del Contexto Social en el periodo 2000-2012 sobre el desarrollo, propagación y gestión en salud de las Enfermedades de Transmisión Sexual* cuya Investigadora Principal es D^a. M^a Ángeles Pérez Morente.

Lo que manifiesto a petición de la interesada para que surta efectos donde proceda.

Granada, 1 de abril de 2015.



**PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO
EN CIENCIAS SOCIALES**