
I **Introducción y objetivos**

El objetivo de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) es obtener información relevante para evaluar el impacto de las políticas preventivas llevadas a cabo hasta el momento en España para la prevención de la extensión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida, así como para orientar la planificación de dichas políticas preventivas en los próximos años.

La aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a principios de los 80, y la temprana demostración de que se transmitía por vía sexual, mostró la necesidad de disponer de información sobre las prácticas sexuales de la población que podían ser susceptibles de transmitir dicha infección.

En España la necesidad de este tipo de información no se sintió tan claramente como en otros países europeos cuando apareció esta epidemia, pues mientras en muchos de ellos las relaciones sexuales no protegidas fueron desde el inicio el principal mecanismo de transmisión, en España cerca del 70% de los casos de sida se habían transmitido por inyectarse drogas con jeringuillas usadas antes por otras personas. Con este patrón epidémico, la investigación se centró más en estudios en grupos poblacionales con una mayor prevalencia de infección: personas que se inyectaban drogas y hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres.

Las encuestas sobre conductas sexuales en la población general en Europa y en España durante los años ochenta y noventa

A finales de los ochenta y durante la primera mitad de los noventa bastantes países europeos llevaron a cabo encuestas en la población general sobre prácticas sexuales con riesgo. En el marco de una acción concertada europea sobre conductas sexuales y riesgo de transmisión del VIH se realizó un estudio comparativo de la metodología y principales resultados de dieciséis

encuestas poblacionales realizadas entre 1989 y 1993 en once países europeos¹. Entre este grupo de encuestas sobresalían por la amplitud de sus muestras las realizadas casi en los mismos años en Francia (1991-92)²⁻¹⁰ y Reino Unido (1990-91)¹¹⁻¹⁴. Una encuesta española realizada en 1990 fue incluida parcialmente en dicho análisis comparativo¹.

El principal objetivo del análisis europeo era obtener una comparación sistemática de las conductas sexuales, de la adopción de medidas preventivas para la transmisión del VIH, del nivel de conocimiento y de las actitudes relacionadas con el VIH. La complejidad de este proyecto era describir el panorama europeo teniendo en cuenta la diversidad en la orientación, el diseño o la metodología de las encuestas realizadas. Esta experiencia dio lugar a una segunda acción concertada, el Proyecto NEM (new encounter module), a la que se incorporó un mayor número de países y cuya finalidad era unificar el cuestionario y la metodología de las futuras encuestas sobre conductas sexuales que se pusieran en marcha.

A finales de los noventa o en los primeros años de este siglo, algunos países realizaron una segunda encuesta para comprobar la evolución de la situación mientras otros las llevaban a cabo por primera vez. Aunque se tuvo en cuenta el cuestionario y las orientaciones del proyecto concertado, la mayoría de las encuestas realizadas mantuvieron características propias, entre otras razones para garantizar la comparabilidad con las realizadas anteriormente. La encuesta más potente fue la del Reino Unido, cuyos resultados han sido ampliamente analizados y difundidos en las revistas científicas del campo de salud por varias razones: utilizar un cuestionario amplio, tomar una muestra de orina para detectar clamidia, disponer de un tamaño muestral importante (11.161 personas) y poder realizar análisis comparativos para describir el cambio en la situación producido durante los años transcurridos desde la anterior encuesta¹⁵⁻²⁷.

Nota: los superíndices a lo largo de la publicación indican referencias bibliográficas incluidas en el capítulo IV.

En España, desde el año 1996, y mientras se va configurando lentamente el proyecto de una encuesta nacional sobre las prácticas sexuales de riesgo, se introducen preguntas sobre conductas de riesgo y uso del preservativo en las grandes encuestas de población general ya existentes. La Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas que lleva a cabo cada dos años la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas incluyó tres preguntas sobre comportamientos sexuales de riesgo que contestaron 6.310 personas de 18-39 años^{28;29}. En 1999, el Instituto de la Juventud de España (INJUVE), en la encuesta que realizó a 6.492 jóvenes entre 15-29 años para el *Informe Juventud en España*³⁰, incluyó preguntas administradas por entrevistador sobre actitudes, conocimientos e indicadores de prácticas de riesgo con atención especial a la primera relación sexual y en los últimos 12 meses.

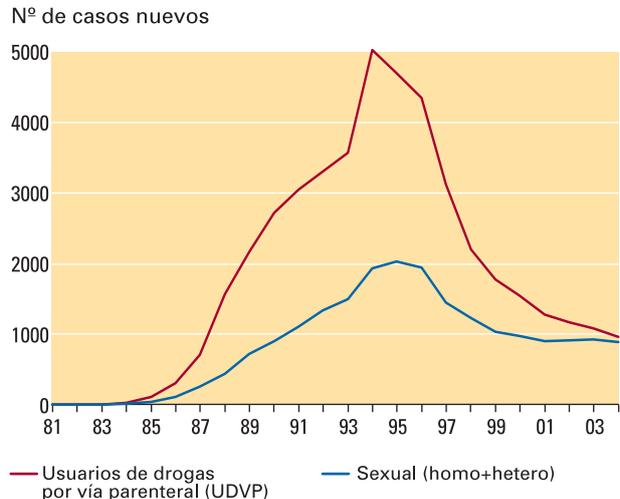
Por otra parte, son numerosas las comunidades autónomas que llevan a cabo desde hace años estudios sobre actitudes y conductas relacionadas con la infección por VIH en adolescentes y en población general de su territorio, y también se realizaron estudios importantes de ámbito supraautonómico³¹⁻³⁴.

Los cambios en la situación epidemiológica: la sexualización de la epidemia de VIH/sida en España y la disponibilidad de tratamientos eficaces

Durante la década de los noventa la situación epidemiológica de la infección por VIH fue cambiando progresivamente en España. Se podría decir que la epidemia se fue *sexualizando* poco a poco, adoptando paulatinamente un patrón más similar al de los países del norte de Europa. Esta transición fue debida fundamentalmente a una disminución radical del número de infecciones atribuibles a compartir material de inyección, mientras que no variaron sustancialmente las relacionadas con la transmisión sexual. Como consecuencia, el porcentaje de personas con diagnósti-

co de sida que había adquirido la infección por compartir material de inyección para el consumo de drogas fue disminuyendo progresivamente, tanto en números absolutos como en proporción, pasando del 70% en 1990 al 46% en 2004. Por el contrario, la proporción de casos de sida en hombres que han tenido relaciones con otros hombres ha descendido del 20% en los primeros años de la epidemia, al 11% en 1977, pero en los últimos años ha vuelto a aumentar. El porcentaje de casos de sida atribuidos a la categoría de transmisión heterosexual ha ido aumentando, pasando del 8% en 1990 al 29% en 2004. De esta forma, en el año 2004, el número de nuevos casos de sida atribuibles a transmisión sexual (homo u heterosexual) es ya casi similar al relacionado con compartir material de inyección (figura I.1).

Figura I.1 Casos nuevos de sida anuales por categoría de transmisión

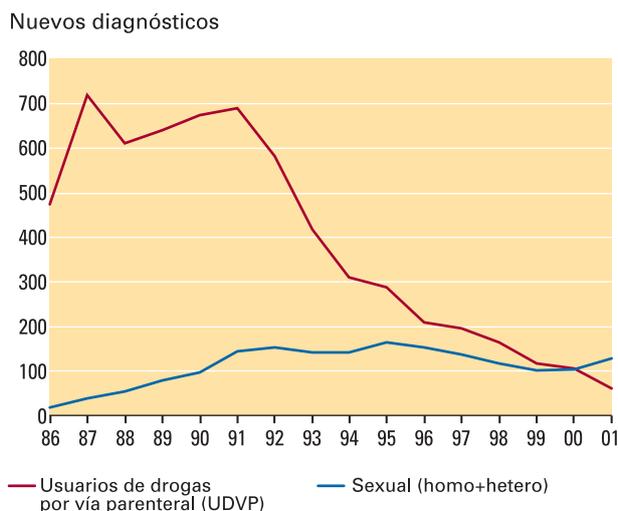


Datos actualizados a 30 de junio de 2005 corregidos por retraso en la notificación

Esta transición epidemiológica es mucho más patente si se analizan los datos sobre los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Cuando en el año 2001 se planteó el proyecto de la ESHS no se disponía de datos del conjunto de España, pero los datos provenientes de tres comunidades que sí tenían información indicaban que, a finales de la década pasada, el número de nue-

vos diagnósticos de infección atribuibles a transmisión sexual había superado a los diagnosticados en inyectores de drogas³⁵ (figura I.2).

Figura I.2 Nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión



Fuente: SINIVIH. Datos de tres comunidades autónomas

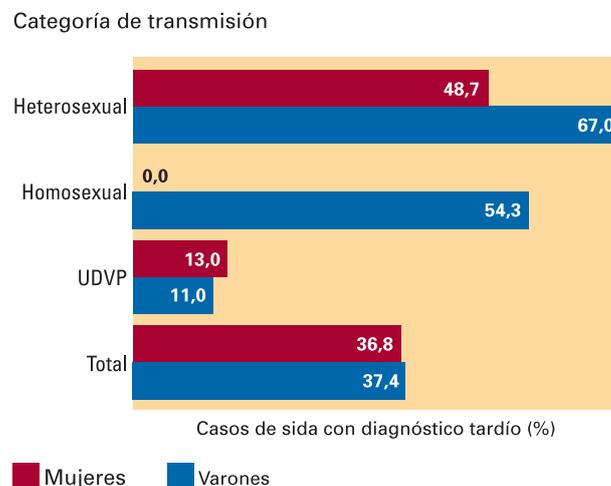
También los datos provenientes de un estudio llevado a cabo en el año 2001 en los hospitales de la corona metropolitana sur de Madrid mostraban una situación muy similar, pues la transmisión por relaciones sexuales no protegidas ascendía ya al 69% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH, de los que el 45% se debieron a transmisión heterosexual y el 24% a relaciones homosexuales entre varones³⁶. Mientras se llevaba a cabo el proyecto de la ESHS, se ha publicado información más actualizada que confirma el incremento en la preponderancia de las relaciones sexuales como mecanismo de transmisión del VIH en España^{37,38}. Así, los datos provenientes de las comunidades de Navarra, Rioja, País Vasco y Canarias indican que las infecciones diagnosticadas que se debían a relaciones sexuales no protegidas pasaron del 69% en 2001 al 71% en el año 2003.

El número de nuevas infecciones por el VIH ha descendido marcadamente en los últimos años y la introducción a partir de 1996

de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia ha prolongado la supervivencia de los afectados. Como consecuencia, el número de personas infectadas con mejor calidad de vida y sexualmente activas y, por tanto, posiblemente transmisoras, ha seguido aumentando³⁹. Se calcula que el número de personas infectadas que viven en España es superior a 125.000, lo que supone una de las tasas más altas de la UE. Por lo tanto, la probabilidad de infectarse en una práctica de riesgo concreta es más alta que en otros países y para conseguir tasas incidencia similares a las de otros países la población debe tener menor frecuencia de comportamientos de riesgo.

Asimismo, conviene señalar que entre las personas diagnosticadas de sida en el año 2004, la mayoría de las que habían adquirido la infección por relaciones sexuales no protegidas (57,7%) no supieron que estaban infectadas hasta que fueron diagnosticadas de sida por haber desarrollado ya una enfermedad definitoria del síndrome (figura I.3). En los inyectores de drogas, esta circunstancia se dio sólo en una de cada 9 personas³⁷. Las personas con infección por VIH no diagnosticada además de no poder

Figura I.3 Porcentaje de casos de sida diagnosticados en 2004 con diagnóstico tardío de la infección por VIH según categoría de transmisión y sexo



Datos actualizados a 30 de junio de 2005

beneficiarse de los tratamientos pueden mostrar menor adherencia a las medidas de prevención de la transmisión del VIH a sus parejas sexuales.

La disponibilidad de tratamientos eficaces podría estar llevando a que disminuya la percepción de riesgo de infección en la población y, como consecuencia, a un descenso de la conciencia de que es necesario adoptar medidas de prevención de la transmisión sexual. Este fenómeno se ha descrito en algunos países en la población con prácticas homosexuales⁴⁰⁻⁴⁶ y podría estar produciéndose también entre las personas infectadas que están recibiendo tratamiento.

La decisión de realizar una encuesta sobre comportamientos sexuales de la población española. Algunas características fundamentales de la misma

En este contexto epidemiológico, la información que podía proporcionar una encuesta sobre comportamientos sexuales de riesgo, conocimientos, actitudes y opiniones sobre diferentes aspectos relacionados con la infección por VIH, así como otras infecciones de transmisión sexual era inaplazable para poder diseñar y evaluar una política preventiva efectiva. Se hizo necesario describir las características sociodemográficas de las subpoblaciones dentro de la población general con distintos estilos de vida y relaciones sexuales, y saber lo que es aceptable para la población en términos de prácticas sexuales seguras para que las intervenciones educativas tengan mayor probabilidad de éxito. Sabiendo que los factores que determinan la adopción de medidas preventivas en las relaciones sexuales señalan que disponer de una buena información acerca del VIH y sus mecanismos de transmisión y prevención es necesario, pero no suficiente, era indispensable conocer cuáles habían sido las fuentes de información fundamentales hasta el momento sobre estos temas, e identificar las principales lagunas de conocimiento existentes, así como las opiniones o preferencias so-

bre las mismas. Además, convenía identificar determinantes tan decisivos como son la percepción de riesgo, lo que opina y hace la pareja, la habilidad para una efectiva comunicación sexual, las habilidades para pedir a la pareja el uso de preservativo, la opinión de los amigos o la percepción de lo que hacen los demás. Había que conocer cómo estos determinantes variaban en función de la edad, del sexo, del nivel educativo y de otras variables sociales y de estilos de vida, como el consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas o de los hábitos de uso de tiempo libre o de diversión.

Teniendo en cuenta estas necesidades, conociendo las posibilidades y limitaciones de los diferentes tipos de encuestas, la experiencia acumulada en las encuestas llevadas a cabo en otros países, y las posibilidades técnicas y económicas que podían definir un proyecto factible en este momento en nuestro país, los técnicos del Plan Nacional sobre el Sida definieron una serie de objetivos, premisas y características fundamentales que debía cumplir el proyecto que se llevara a cabo:

- El estudio de la sexualidad o de las relaciones sexuales es un campo muy amplio que permite abordajes múltiples, ricos y complementarios. El objetivo del proyecto debía reducir sustancialmente los mismos y tratar de recoger únicamente la información epidemiológica que se considera más relevante para el propósito planteado. Por lo tanto, no podía ser una encuesta sobre la sexualidad de los españoles, sino una encuesta sobre las prácticas sexuales que suponen riesgo de adquirir la infección por VIH, así como la variación de dichas prácticas según determinadas características sociodemográficas y de estilos de vida. Incluiría, además, algunas preguntas sobre conocimientos y actitudes hacia las medidas de prevención más utilizadas, con especial atención al uso del preservativo.
- Debía basarse en una muestra probabilística de la población general obtenida por métodos que permitieran calcular la precisión de las estimaciones a través del cálculo de los errores de muestreo, así como la tasa de respuesta en función de diferentes variables sociodemográficas. Desde el

Objetivo general

Recoger información periódica sobre los comportamientos sexuales relevantes para la transmisión de la infección por VIH y otras ITS en la población entre 18 y 49 años residente en España con el fin de orientar el diseño y contribuir a la evaluación de las estrategias preventivas mediante el análisis de las características sociodemográficas y otros factores relacionados con dichas conductas.

Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia de conductas sexuales con riesgo de infección por VIH.
2. Conocer las medidas de prevención de la infección por VIH adoptadas por la población ante una nueva relación sexual.
3. Conocer las opiniones, conocimientos y actitudes de la población ante la infección por VIH, sus mecanismos de transmisión, los medios para prevenirla y con respecto a las personas afectadas.
4. Estimar la proporción de la población que se ha hecho la prueba de detección de la infección por VIH y su percepción del riesgo.
5. Evaluar el impacto de las estrategias de prevención que se vayan desarrollando y determinar las más adecuadas para prevenir la transmisión sexual del VIH.

diseño preliminar se descartó la realización del muestreo mediante el método de rutas aleatorias con cuotas según diferentes variables, al ser un método no probabilístico. Hasta ese momento el muestreo por rutas aleatorias había sido el único utilizado en nuestro país en los estudios sobre conductas sexuales de la población general, tanto de ámbito autonómico como estatal, al igual que en aquellas encuestas que habían incluido alguna pregunta sobre prácticas sexuales de riesgo (INJUVE, EDCD) como, en general, en las encuestas nacionales de salud o en los estudios sociológicos de opinión y mercado. Esta decisión suponía de facto que, independientemente de quién fuera la organización que llevara a cabo trabajo de campo, la muestra debía ser realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

• El carácter delicado e íntimo de la información sobre las costumbres y las prácticas sexuales hacía que fuera necesario que entrevistadores y entrevistados estuvieran verdaderamente convencidos de la utilidad de la encuesta para comprometerse a participar en ella. Además se exigía una téc-

nica de entrevista que preservara al máximo la privacidad de las respuestas. Por ello, se debía elegir un modo de entrevista especial que combinara, por una parte, la presencia de un entrevistador, que pudiera explicar al entrevistado los motivos e interés de la encuesta, transmitirle la necesidad de la misma y proporcionarle la confianza necesaria acerca de las garantías de confidencialidad de la información, y por otra la posibilidad de que algunos apartados fueran autocontestados por el entrevistado, con lo que se facilitaba la intimidad y confidencialidad, pues ni siquiera el entrevistador podría conocer las respuestas.

• La autoadministración de cuestionarios en papel es un procedimiento no exento de problemas derivados de las grandes dificultades que tienen las personas para cumplimentarlos de forma correcta y eficiente, respetando los filtros, saltos e indicaciones que se incluyen en los mismos. La gran mayoría de estos problemas pueden evitarse o minimizarse utilizando cuestionarios autoadministrados con ordenador (CASI en sus siglas en inglés). Hasta el momento no

existían muchos precedentes de este tipo de estudios en España, por lo que tampoco se podían encontrar muchas empresas con redes de campo y experiencia para llevarlos a cabo. Sin embargo, los argumentos a favor de este modo de administración eran lo suficientemente sólidos como para considerarlo el método de elección, utilizándolo ya desde esta primera encuesta nacional de conductas sexuales relacionadas con el riesgo de infección por VIH, teniendo en cuenta además que sin duda será el método de aplicación de encuestas en un futuro casi inmediato.

- Aunque la población objetivo en principio debería ser toda la población española, especialmente en una primera encuesta nacional, el rango de edad de la población que finalmente fue entrevistada es el de las personas comprendidas entre 18 y 49 años. No es que los comportamientos sexuales de las personas fuera de esa franja de edad no tuvieran interés, sino que, al igual que en todos los países, diferentes razones obligaban a restringir el intervalo de edad de la población objeto de estudio con el fin de utilizar de forma más eficiente y racional los fondos disponibles. Entre esas razones se podían mencionar que:

- Entrevistar a las personas menores de 18 años exigiría permiso paterno, podría herir su sensibilidad y posiblemente complicaría la obtención de respuestas veraces de los jóvenes.

- Cabía prever mayores dificultades para cumplimentar un cuestionario parcialmente autoadministrado, especialmente si se usaba ordenador, entre los grupos de mayor edad.

- El análisis epidemiológico de los casos de sida producidos hasta el momento indicaba que las infecciones producidas fuera de este rango de edad eran un porcentaje relativamente reducido.

- El escaso número de casos de sida producidos fuera del rango de edad seleccionado lleva a pensar que las prácticas de riesgo son también muy poco prevalentes fuera de dicho rango de edad. Por consiguiente, para poder analizar en profundidad las características diferenciales de las mis-

mas con las de otros grupos de edad habría que aumentar muchísimo el tamaño muestral de las personas de más de 49 años y consiguientemente reducir el número de entrevistas en los otros grupos de edad, que es donde tenía mayor interés su estudio.

- El proyecto debía concebirse no como una encuesta aislada, sino como una serie de encuestas, cuya periodicidad podía definirse con posterioridad en función de los primeros resultados, de las necesidades de información o de la disponibilidad presupuestaria. Actualmente se propone realizarla cada 10 años.

- En esta encuesta se entiende por «relaciones sexuales» aquéllas con penetración. Esto es un concepto muy limitado, puesto que la sexualidad es algo mucho más amplio, pero el objetivo fundamental de esta investigación es epidemiológico más que sociológico o psicológico. En este sentido, esta Encuesta estudia únicamente las prácticas sexuales que suponen un riesgo apreciable de infección por el VIH, por lo que no se han incluido las relaciones sexuales entre mujeres, excepto para conocer su frecuencia, ya que la transmisión del VIH de mujer a mujer parece ser un hecho verdaderamente raro, aunque hay algún caso descrito. Existe riesgo teórico de transmisión del VIH por relaciones sexuales orales, pero la probabilidad de que esto ocurra es muy baja. Aunque el riesgo de transmisión del VIH en una felación es mucho menor que en el sexo anal o vaginal, parece haberse dado un número importante de casos. En cambio, tanto en el cunnilingus como en el anilingus el riesgo es ínfimo. En cuanto a la penetración anal en las relaciones heterosexuales, aunque es una práctica cuya frecuencia es de interés para la transmisión del VIH, se descartó la inclusión de una pregunta específica por el posible rechazo que hubiera podido generar y su efecto sobre la tasa de no respuesta.

- Las comunidades autónomas fueron informadas desde el comienzo de la preparación de la encuesta. Varias participaron en la elaboración del cuestionario (País Vasco, Comunidad de Madrid y Cataluña). Para cada comunidad autónoma se ha diseñado una

muestra independiente que la representa, por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación. No obstante, son muchas las variables de baja prevalencia que no permiten un análisis completo a este nivel.

- En la medida de lo posible, la encuesta debía recoger información que pudiera compararse con la obtenida en las encuestas llevadas a cabo en otros países de nuestro entorno.

Inicialmente la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo fue la entidad promotora del proyecto, que se pretendía llevar a cabo con un centro de investigación, universidad o instituto de salud, pero siempre contando con el diseño muestral realizado por el INE. Finalmente el INE asumió el proyecto como suyo en su totalidad, financiando y ejecutando todas las actividades: diseño de la muestra, finalización del cuestionario, pilotaje, trabajo de campo, procesamiento de los datos y análisis de los mismos, contando con la asesoría de la SPNS. Con esta finalidad se firmó un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INE y se creó un grupo de trabajo interdisciplinario formado por técnicos de ambas partes en el que ocasionalmente participaron otros expertos.

Este grupo ha sido el encargado de definir el contenido y el formato del cuestionario, la redacción y la secuencia de las preguntas, el lenguaje a emplear, así como el contenido y los materiales necesarios para la formación de los entrevistadores del estudio piloto y del estudio definitivo. También fue el encargado de definir el plan de análisis y de elaborar los diferentes productos en los que se han difundido los resultados, incluido el presente informe.

Este informe recoge los principales resultados de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, realizada en 2003 por el INE con la colaboración de la SPNS del Ministerio de Sanidad y Consumo. Además de este primer capítulo introductorio, consta de un capítulo de metodología (capítulo II) y de uno de resultados (capítulo III) que se divide en nueve apartados que describen la distribu-

ción de las principales prácticas de riesgo y conductas preventivas según la edad, el sexo, el nivel de estudios, el tamaño de la población en la que reside y, en ocasiones, la comunidad autónoma. Finalmente, consta de 4 anexos que contienen: los componentes del grupo de trabajo de la ESHS (anexo1), la transcripción del cuestionario (anexo2), el listado de tablas (anexo 3) y el de gráficos (anexo 4).

El apartado 1 de resultados describe la población residente en España de 18 a 49 años que ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, homosexuales y heterosexuales, y su distribución según las principales variables sociodemográficas. El apartado 2 caracteriza la primera relación sexual, y en el apartado 3 se describe el número y tipo de personas con las que se han mantenido relaciones sexuales, entendiendo por tipo según la pareja fuera estable u ocasional, y analizando sobre todo las nuevas parejas, de acuerdo con el Proyecto NEM europeo. Se ha dedicado el apartado 4 a las relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución, a las que tradicionalmente se les ha atribuido un papel importante en la transmisión de la infección por VIH. El apartado 5, quizá el más relevante, trata del uso del preservativo en distintas situaciones, su distribución según la edad, el sexo, nivel de estudios y estilos de vida, y las razones para no usarlo. La presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) está asociada con una mayor susceptibilidad al VIH, por lo que en el apartado 6 se estudian las ITS autonotificadas. El apartado 7 está dedicado a la prueba del VIH, tanto las efectuadas en el contexto de un programa de cribado como puede ser en la donación de sangre, como las realizadas intencionadamente para conocer el estado serológico de una persona, particularmente en el embarazo, siempre de manera voluntaria. El apartado 8 describe el grado de satisfacción con las principales fuentes de información sobre sexo e identifica algunas deficiencias en las mismas. Finalmente el apartado 9, referido a toda la población encuestada y no sólo a aquéllos que han tenido relaciones sexuales, describe el nivel de conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del VIH y sobre las medidas de pre-

vención según sexo, edad y nivel de estudios. Además se estima la frecuencia de actitudes discriminatorias, la percepción del riesgo y las opiniones sobre el preservativo.

Cada apartado de resultados contiene una serie de elementos comunes: contenido, definiciones, formulación de las preguntas, tablas, gráficos y resultados más destacables. No pretende realizar un análisis exhaustivo de la información recogida por la ESHS, sino ofrecer las tablas descriptivas básicas, en ocasiones completadas por un gráfico, y siempre acompañadas de unos breves comentarios con objeto de facilitar su interpretación o una lectura menos especializada. Asimismo, en algunas ocasiones estos comentarios contienen comparaciones y orientaciones para la acción.