

Desigualdad de género en la detección precoz de VIH/ITS en Canarias: Sesgos en colectivos vulnerables¹

Ana Goretty Padrón-Armas¹, Josué Gutiérrez-Barroso² y Esther Torrado-Martín-Palomino³

(1) Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), Córdoba. Universidad de La Laguna, Escuela de doctorado.

(2) Universidad de La Laguna, Departamento de Sociología y Antropología

(3) Universidad de La Laguna, Departamento de Sociología y Antropología.

Email de correspondencia: anapadronarmas@gmail.com

RESUMEN

Introducción

La detección precoz del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye una estrategia clave de salud pública, aunque su acceso y cobertura no son homogéneos entre colectivos vulnerables. Desde una perspectiva de género, resulta necesario analizar cómo los sesgos institucionales, el estigma y otros determinantes sociales condicionan la implicación diferencial en estos programas.

Métodos

Estudio con diseño mixto. El componente cuantitativo se basó en el análisis de 7.338 registros correspondientes a 2019, 2021 y 2022, procedentes del Programa de detección precoz de VIH/ITS del Servicio Canario de la Salud. El componente cualitativo incluyó entrevistas semiestructuradas, conversaciones técnicas con personal responsable del Programa y la información procedente de un grupo de trabajo sobre determinantes sociales de la salud en pacientes con VIH. Se aplicaron análisis descriptivos, pruebas de asociación y triangulación interpretativa.

Resultados

La prueba del VIH fue la más realizada, seguida de la sífilis y la hepatitis C. Los hombres concentraron el mayor uso del Programa, mientras que las mujeres trans presentaron el mayor porcentaje de positivos en VIH y, junto con los hombres, en sífilis. Se observaron diferencias por sexo/género en edad, nacionalidad, orientación sexual, antecedentes de ITS, uso del preservativo, consumo de drogas en contextos sexuales y vinculación con el sistema prostitucional. El análisis cualitativo identificó barreras de acceso, sesgos de género y limitaciones operativas del Programa.

Conclusiones

Los resultados evidencian desigualdades de género en el acceso y alcance del Programa de detección precoz de VIH/ITS en Canarias. Se refuerza la necesidad de incorporar una perspectiva de género e interseccional en las políticas de detección, así como de adaptar los dispositivos comunitarios a las necesidades específicas de los colectivos más expuestos a vulnerabilidad social, estigma y exclusión.

Palabras clave: salud pública, VIH, género, desigualdad social, estigma.

1 This paper was elaborated in the context of the INCASI2 project that has received funding from the European Union's Horizon Europe research and innovation programme under the Marie Skłodowska-Curie grant agreement No 101130456 (<https://incasi.uab.es>). Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Research Executive Agency. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

Gender inequality in early HIV/STI detection in the Canary Islands: Biases in vulnerable groups

ABSTRACT

Introduction

Early detection of HIV and other sexually transmitted infections (STIs) is a key public health strategy, but access is not equally distributed across vulnerable groups. From a gender perspective, it is necessary to examine how stigma, institutional bias and other social determinants shape participation in screening program.

Methods

A mixed-methods study was conducted. The quantitative component analysed 7,338 records from 2019, 2021 and 2022 from the Canary Islands Health Service program. The qualitative component included semi-structured interviews, technical conversations with programme staff, and information from a working group on social determinants of health in people with HIV. Descriptive analyses, association tests and interpretive triangulation were applied.

Results

HIV testing was the most frequently performed test, followed by syphilis and hepatitis C testing. Men used the programme most, whereas trans women showed the highest proportion of positive HIV results. Differences by sex/gender were found in age, nationality, sexual orientation, history of STIs, condom use, drug use in sexual contexts and links to prostitution. Qualitative findings identified barriers to access, gender bias and operational limitations.

Conclusions

The findings reveal gender inequalities in the access to and reach of the programme and support incorporating a gender and intersectional perspective into community-based HIV/STI screening policies.

Keywords: *public health, HIV, gender, social inequality, stigma.*

INTRODUCCIÓN

Tanto el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como otras infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen representando un desafío para la salud pública, con especial impacto en poblaciones vulnerables. Según el Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2022 (1), el 48,6% de los nuevos diagnósticos presentaron un diagnóstico tardío (DT) y el 27,6% enfermedad avanzada (EA)², lo que indica que un número considerable de personas desconoce su estado serológico. De hecho, se estima que entre el 25 y el 30% de las personas con VIH en España desconocen su infección, y más del 50% de las nuevas transmisiones provienen de este grupo (2). En Canarias, donde el 53,6% presenta DT y el 30,9% EA (3), el contexto resulta particularmente relevante debido a su alta movilidad poblacional y atractivo turístico, factores que facilitan la propagación de infecciones. Sin embargo, estos indicadores agregados no permiten identificar de forma suficiente cómo el diagnóstico tardío y las barreras de acceso se distribuyen diferencialmente según sexo/género y otras posiciones de vulnerabilidad social.

El diagnóstico precoz del VIH es esencial tanto para frenar su transmisión como para mejorar la calidad de vida mediante el acceso a tratamientos antirretrovirales. En este sentido, el Programa de Diagnóstico Precoz mediante pruebas rápidas en entornos comunitarios (4), impulsado por la Dirección General de Salud Pública, constituye una estrategia clave en Canarias. El Programa, en colaboración con entidades colaboradoras y recursos comunitarios, está dirigido a colectivos especialmente vulnerables como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trans en situación de prostitución,

personas en extrema pobreza y personas con dificultades de acceso ordinario al sistema sanitario.

Garantizar que todas las personas conozcan su estado serológico es fundamental para la salud pública. El Plan Estratégico (2) subraya la importancia del diagnóstico precoz como herramienta clave para reducir las desigualdades en salud. No obstante, una aproximación exclusivamente epidemiológica resulta insuficiente si no incorpora los determinantes sociales y estructurales que condicionan el acceso real a estos recursos. El género, el estigma asociado al VIH y a otras ITS, la orientación sexual, la nacionalidad, la pobreza o la vinculación con el sistema prostitucional pueden configurar barreras diferenciales de acceso, cobertura y continuidad asistencial. Desde esta perspectiva, analizar el Programa desde un enfoque de género e interseccional resulta necesario para identificar posibles sesgos institucionales y desigualdades en su alcance efectivo entre distintos colectivos vulnerables.

Esta lectura conecta con trabajos de salud pública con enfoque de género y con aportaciones feministas aplicadas que han mostrado cómo el estigma, la desigual distribución de recursos y las desigualdades estructurales condicionan de forma diferencial el acceso al diagnóstico y a la atención en VIH/ITS (5, 6).

OBJETIVO E HIPÓTESIS

El objetivo general de este estudio es analizar, desde una perspectiva de género, las desigualdades en el acceso y alcance del Programa de detección precoz de VIH/ITS en Canarias, así como explorar la relación entre distintas variables sociodemográficas y de vulnerabilidad social y los perfiles de utilización y riesgo observados.

Se plantea la hipótesis de que el acceso y el alcance del Programa están condicionados por el sexo/género y por otros determinantes sociales, lo que genera patrones diferenciados de utilización, diagnóstico y vulnerabilidad entre los colectivos atendidos.

2 Se ha definido "diagnóstico tardío" (DT) como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH y 'enfermedad avanzada' (EA) como la presencia de una cifra inferior a 200 células/ μ l (Ministerio de Sanidad, 2023).

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con diseño mixto para analizar la implementación del Programa de detección precoz de VIH/ITS mediante test rápido en entornos comunitarios de la Comunidad Autónoma de Canarias. El estudio combinó un componente cuantitativo, basado en el análisis de los registros generados por el Programa, y un componente cualitativo, orientado a contextualizar e interpretar los resultados desde la experiencia profesional de las personas implicadas en su desarrollo.

El componente cuantitativo se basó en la explotación de la totalidad de los registros disponibles correspondientes a los años 2019, 2021 y 2022 (N = 7.338), facilitados por el Servicio de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Estos registros proceden de encuestas realizadas de forma presencial por el personal de las entidades colaboradoras del Programa a las personas usuarias que acudían a dichos recursos para la realización de pruebas rápidas. Por tanto, no se trata de una muestra probabilística de la población general, sino del conjunto de registros generados en el marco del Programa durante los años analizados.

La información cuantitativa procedía de un cuestionario institucional utilizado por el Servicio de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública. El instrumento recogía variables socio-demográficas y de vulnerabilidad social, entre ellas sexo/género, edad, nacionalidad, orientación sexual, utilización reiterada del Programa, antecedentes de ITS, prácticas sexuales, uso de preservativo, consumo de drogas en contextos sexuales y variables vinculadas al sistema prostitucional, además del tipo de prueba realizada y su resultado.

En relación con la variable sexo/género, el registro incluía las categorías hombre, hombre trans, mujer y mujer trans. La categoría hombre trans no se analizó

de forma específica debido a su muy baja frecuencia en la base de datos (0,3%), por lo que fue tratada como dato perdido a efectos analíticos. En el caso de las variables relacionadas con prostitución, se analizaron las categorías registradas en el cuestionario, si bien en este trabajo se presentan específicamente los resultados relativos a personas que ejercen la prostitución y personas usuarias de prostitución.

El análisis cuantitativo se realizó con IBM SPSS Statistics, versión 27. Se emplearon estadísticos descriptivos y pruebas de asociación bivariada, principalmente chi-cuadrado de Pearson y coeficiente de contingencia para estimar la intensidad de las asociaciones. Asimismo, se utilizaron pruebas t de Student, ANOVA y análisis de correspondencias múltiples para explorar patrones de relación entre categorías. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

El componente cualitativo incluyó dos entrevistas semiestructuradas a personal sociosanitario de dos entidades colaboradoras diferentes del Programa, así como conversaciones de carácter técnico con personal responsable del Programa en el Servicio Canario de la Salud. Asimismo, se incorporó la información procedente de un grupo de trabajo sobre determinantes sociales de la salud en pacientes con VIH, en el que participó una de las autoras del estudio. Este material cualitativo se orientó a identificar barreras de acceso al diagnóstico precoz, sesgos de género, perfiles de vulnerabilidad, limitaciones operativas y necesidades de mejora detectadas en la práctica profesional.

La información cualitativa fue examinada mediante análisis temático de contenido, a partir de la lectura reiterada del material y la identificación de ejes de significado relacionados con acceso, estigma, género, vulnerabilidad social y respuesta institucional. La integración de ambos componentes se realizó mediante triangulación interpretativa, contrastando los patrones identificados en la base cuantitativa con las

aportaciones del personal implicado en la implementación del Programa.

En el periodo analizado, desarrollaban su actividad en distintas islas del archipiélago canario las entidades colaboradoras: Médicos del Mundo; Diversas; Cruz Roja; Infosex-Adeje; Amigos Contra el Sida; Gamá; Colectivo Altihay; y Unidad de Atención a la Drogodependencia de La Palma (UAD La Palma). Las encuestas fueron realizadas de forma presencial, previa obtención del consentimiento informado de las personas participantes. El estudio respetó la confidencialidad de la información y los principios éticos aplicables a la investigación con personas.

RESULTADOS

En términos de cobertura, la prueba del VIH fue la más realizada (96,8% del total de registros), seguida de la sífilis (66,0%) y la hepatitis C (63,1%) (Tabla 1). En cuanto a los resultados dentro de cada prueba, la mayor proporción de positivos se observó en sífilis (7,7%), seguida del VIH (3,3%) y, a gran distancia, la hepatitis C (0,3%). Por sexo/género, la mayor proporción de resultados positivos en la prueba del VIH correspondió a

las mujeres trans (6,5%), por encima de los hombres (3,3%) y de las mujeres (0,8%), con una asociación estadísticamente significativa, aunque de intensidad débil ($\chi^2(2, N = 3145) = 12,242$; $p = 0,002$; $cc = 0,062$). En la prueba de sífilis, los mayores porcentajes de positivos se registraron en los hombres (7,7%) y en las mujeres trans (6,9%), frente a las mujeres (1,7%), también con una asociación significativa y de intensidad débil ($\chi^2(2, N = 2144) = 11,596$; $p = 0,003$; $cc = 0,073$).

La utilización del Programa según sexo/género mantiene un patrón relativamente estable en los tres años analizados (Tabla 2). En conjunto, los hombres concentraron la mayor proporción de uso del Programa en 2019, 2021 y 2022, seguidos de las mujeres y, en menor medida, de las mujeres trans. No obstante, estas últimas mostraron una presencia sostenida en todos los años considerados. La asociación entre año y sexo/género fue estadísticamente significativa, aunque de intensidad débil ($\chi^2(4, N = 3212) = 13,774$; $p = 0,008$; $cc = 0,065$).

La Tabla 3 presenta la distribución de distintas variables sociodemográficas según sexo/género. La mayor parte de las personas usuarias se situó en el

TABLA 1. COBERTURA DE PRUEBAS Y RESULTADO SEGÚN SEXO/GÉNERO. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE VIH/ITS, CANARIAS, 2019, 2021 Y 2022 (%).

ITS	Cobertura sobre el total de registros (%)	Resultado de la prueba	Total, dentro de cada prueba (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	Mujer trans (%)
VIH	96,8	Negativo	96,7	96,7	99,2	93,5
VIH	96,8	Positivo	3,3	3,3	0,8	6,5
Sífilis	66,0	Negativo	92,3	92,3	98,3	93,1
Sífilis	66,0	Positivo	7,7	7,7	1,7	6,9
Hepatitis C	63,1	Negativo	99,7	99,7	99,5	100
Hepatitis C	63,1	Positivo	0,3	0,3	0,5	—

Nota: La columna “Cobertura sobre el total de registros (%)” indica el porcentaje de personas usuarias a quienes se realizó cada prueba sobre el total de registros analizados. La columna “Total dentro de cada prueba (%)” expresa la distribución global de resultados positivos y negativos para cada ITS. Los porcentajes por sexo/género se calculan dentro de cada tipo de prueba. El símbolo “—” indica ausencia de casos registrados. **Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

TABLA 2. UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA POR SEXO/GÉNERO Y AÑO (%).

Año	Sexo / Género		
	Hombre	Mujer	Mujer trans
2019	81,3	15,6	3,1
2021	84,8	10,6	4,5
2022	83,2	12,9	3,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

grupo de edad adulta, mientras que entre las mujeres trans predominó la población joven, con una asociación estadísticamente significativa, aunque de intensidad débil ($\chi^2(4, N = 3206) = 17,903$; $p = 0,001$; $cc = 0,075$). También se observó una asociación significativa entre sexo/género y nacionalidad, de intensidad moderada, con mayor concentración de hombres entre las personas de nacionalidad española y de muje-

res entre las no españolas ($\chi^2(2, N = 3218) = 217,844$; $p < 0,001$; $cc = 0,252$). Entre las personas con nacionalidad no española, predominó el origen americano, especialmente entre las mujeres y las mujeres trans, mientras que entre los hombres tuvo mayor peso relativo el origen europeo ($\chi^2(8, N = 1122) = 74,279$; $p < 0,001$; $cc = 0,249$). Por último, la orientación sexual mostró una asociación estadísticamente significativa

TABLA 3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, POR SEXO/GÉNERO (%).

Edad por intervalos / categoría	Hombre	Mujer	Mujer trans
Jóvenes / hasta 29 años	44	43,6	60
Adultos / de 30 a 64 años	55,1	56,4	38,4
Mayores / 65 y más años	0,9	--	1,6
Nacionalidad	Hombre	Mujer	Mujer trans
Española	69,5	32,4	57,6
No española	30,5	67,6	42,4
Continente nacionalidades no españolas	Hombre	Mujer	Mujer trans
Europa	39,5	14,5	8
América	55,9	79,4	92
África	3,2	5	--
Asia	0,9	1,1	--
Oceanía	0,5	--	--
Orientación sexual	Hombre	Mujer	Mujer trans
Heterosexual	5,3	77,5	66,1
Homosexual	75,8	2,7	3,2
Bisexual	18,8	19,9	30,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

y de elevada intensidad con el sexo/género: la homosexualidad predominó entre los hombres, mientras que la heterosexualidad fue más frecuente entre las mujeres y las mujeres trans ($\chi^2(4, N = 3196) = 1659,235$; $p < 0,001$; $cc = 0,585$).

La Tabla 4 presenta la distribución de distintas variables asociadas a factores de riesgo según sexo/género. La mayor parte de las personas usuarias no te-

nían una relación de pareja estable, especialmente las mujeres trans, con una asociación estadísticamente significativa, aunque de intensidad débil ($\chi^2(2, N = 3170) = 21,437$; $p < 0,001$; $cc = 0,082$). Entre quienes sí mantenían una relación estable, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de relación en función de la exclusividad o la serología ($\chi^2(6, N = 1079) = 10,261$; $p = 0,114$; $cc = 0,097$).

TABLA 4. (I) VARIABLES ASOCIADAS A FACTORES DE RIESGO POR SEXO/GÉNERO (%).

Pareja estable	Hombre	Mujer	Mujer trans
No	67,2	56,1	72,1
Sí	32,8	43,9	27,9
Tipo de pareja estable	Hombre	Mujer	Mujer trans
Exclusiva	44,1	39,7	41,2
Exclusiva (VIH)	6,4	3,4	2,9
No exclusiva	44,6	54,2	55,9
No exclusiva (VIH)	5	2,8	--
ITS previas	Hombre	Mujer	Mujer trans
No	40,6	31	39,2
Sí	59,4	69	60,8
ITS previas más frecuentes	Hombre	Mujer	Mujer trans
Gonorrea	32	11,6	41,7
Sífilis*	19,2	16,3	--
Chlamydias	14,3	16,3	41,7
Condilomas/HPV	9,4	7	--
Pediculosis pubis ladillas	11,1	4,7	--
Otras	3	4,7	--
Herpes genital	2,7	7	8,3
Hongos	2,5	20,9	8,3
Hepatitis B	2,5	4,7	--
VIH*	2,2	7	--
Hepatitis C*	1,2	--	--
Uso habitual del preservativo	Hombre	Mujer	Mujer trans
No	38,2	18,2	44,1
Sí	61,8	81,8	55,9

* ITS diagnosticables incluidas en el Programa. ** Sistema prostitucional: persona que ejerce la prostitución (PEP) y persona usuaria de prostitución (PUP). **Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

TABLA 4. (I) VARIABLES ASOCIADAS A FACTORES DE RIESGO POR SEXO/GÉNERO (%) (CONTINUACIÓN).

Prácticas sexuales más frecuentes	Hombre	Mujer	Mujer trans
Felación activa	18	19,1	17,3
Felación pasiva	18,8	8,1	16,8
Penetración anal receptiva	15,7	12,8	19,2
Penetración anal insertiva	17,1	1,6	16,8
Anilingus activo	12,6	4,9	9,7
Anilingus pasivo	11,7	6,5	9,8
Penetración vaginal	3,2	25,8	5
Cunilingus activo	2,2	9,5	3,8
Cunilingus pasivo	0,8	11,7	1,7
Consumo de drogas en relaciones sexuales	Hombre	Mujer	Mujer trans
No	29,5	27,5	50,4
Sí	70,5	72,5	49,6
Drogas más frecuentes en relaciones sexuales	Hombre	Mujer	Mujer trans
Poppers	26,1	4,2	25
Cocaína	13,2	37,9	27,6
Cannabis	19,9	27,9	19
Viagra	9,5	0,5	10,3
Mefedrona	5,6	0,5	3,4
Metanfetamina	4,1	2,1	1,7
Éxtasis/MDMA	7,5	6,8	5,2
Ketamina	3,1	3,7	0,9
GHB/GBL	5,1	--	2,6
Anfetamina	3,2	3,7	1,7
Otras	2,1	11,1	1,7
Heroína	0,6	1,6	0,9
Sistema prostitucional**	Hombre	Mujer	Mujer trans
PEP	5,9	64,4	53,6
PUP	8,8	2,5	2,5

* ITS diagnosticables incluidas en el Programa. ** Sistema prostitucional: persona que ejerce la prostitución (PEP) y persona usuaria de prostitución (PUP). **Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

Asimismo, se observó una asociación significativa entre sexo/género y antecedentes de ITS, aunque de intensidad débil, con mayor frecuencia entre las mujeres ($\chi^2(2, N = 3118) = 12,989; p = 0,002; cc = 0,064$). También se identificaron diferencias significativas en el uso habitual del preservativo, de intensidad moderada, sien-

do más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y las mujeres trans ($\chi^2(2, N = 2191) = 50,656$; $p < 0,001$; $cc = 0,150$). El consumo de drogas en el contexto de las relaciones sexuales mostró igualmente diferencias significativas según sexo/género, con mayor frecuencia entre hombres y mujeres que entre mujeres trans ($\chi^2(2, N = 3125) = 50,656$; $p < 0,001$; $cc = 0,150$).

En cuanto al sistema prostitucional, las personas que ejercían la prostitución correspondieron mayoritariamente a mujeres y mujeres trans, con una asociación estadísticamente significativa y de elevada intensidad ($\chi^2(2, N = 3161) = 1073,304$; $p < 0,001$; $cc = 0,503$). Por el contrario, entre las personas usuarias de prostitución predominaron los hombres, aunque la

intensidad de la asociación fue débil ($\chi^2(2, N = 3149) = 24,004$; $p < 0,001$; $cc = 0,087$).

Un análisis diferenciado del sistema prostitucional (Tabla 5) muestra patrones distintos entre las personas que ejercen la prostitución (PEP) y las personas usuarias de prostitución (PUP). Haber tenido alguna ITS previa no mostró asociación estadísticamente significativa ni en PEP ($\chi^2(1, N = 3112) = 0,269$; $p = 0,604$; $cc = 0,009$) ni en PUP ($\chi^2(1, N = 3101) = 1,766$; $p = 0,184$; $cc = 0,024$). En cambio, el no uso habitual del preservativo sí fue significativo en PEP, aunque con intensidad débil ($\chi^2(2, N = 2181) = 23,214$; $p < 0,001$; $cc = 0,103$), mientras que no lo fue en PUP ($\chi^2(1, N = 2164) = 0,269$; $p = 0,604$; $cc = 0,011$).

TABLA 5. SISTEMA PROSTITUCIONAL POR PUP Y PEP (%).

Prácticas de riesgo	PUP	PEP
ITS previas Sí	43,5	38,3
Uso habitual del preservativo NO	35,6	24,1
Uso del preservativo en el trabajo	PUP	PEP
Nunca	10,7	1,5
< 50%	10,7	9,1
> 50%	19,8	17
100% salvo sexo oral	41,1	49,7
100% incluso sexo oral	17,7	22,7
Uso del preservativo con la pareja	PUP	PEP
Nunca	73,3	76
< 50%	18	16
> 50%	8,7	8
100% salvo sexo oral	--	--
100% incluso sexo oral	--	--
Uso del preservativo en relaciones esporádicas	PUP	PEP
Nunca	11,8	16
< 50%	39,2	30,8
> 50%	43,8	36,8
100% salvo sexo oral	--	--
100% incluso sexo oral	5,2	16,4

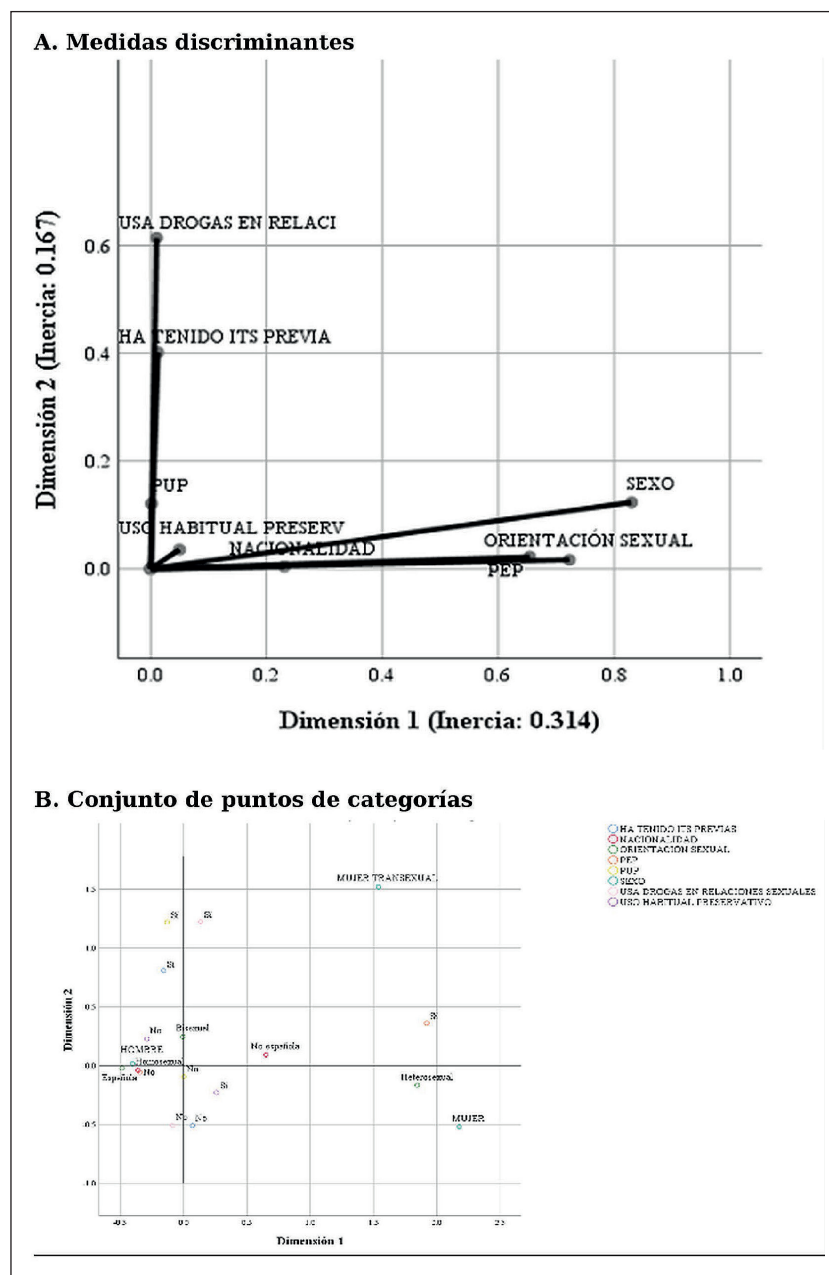
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

La frecuencia de uso del preservativo también varió según el tipo de relación sexual y la posición en el sistema prostitucional. En las PEP, se observaron diferencias significativas en el uso del preservativo en el trabajo, con una asociación de intensidad elevada ($\chi^2(4, N = 458) = 127,826$; $p < 0,001$; $cc = 0,467$), así como con la pareja, aunque de intensidad débil ($\chi^2(2, N = 1958) = 13,402$; $p = 0,001$; $cc = 0,082$), y en las relaciones esporádicas, con intensidad moderada

($\chi^2(3, N = 1804) = 109,561$; $p < 0,001$; $cc = 0,239$). En cambio, entre las PUP no se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en el uso del preservativo en el trabajo ($\chi^2(4, N = 448) = 4,368$; $p = 0,359$; $cc = 0,098$), ni con la pareja ($\chi^2(2, N = 1941) = 3,098$; $p = 0,212$; $cc = 0,040$), ni en las relaciones esporádicas ($\chi^2(3, N = 1791) = 4,802$; $p = 0,187$; $cc = 0,052$).

En el análisis de correspondencia múltiple se identificaron dos dimensiones principales (Figura 1). La

FIGURA 1. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES. A) MEDIDAS DISCRIMINANTES. B) CONJUNTO DE PUNTOS DE CATEGORÍAS.



Normalización de variable principal.

primera muestra un Alfa de Cronbach de 0,688 que explica el 31,4% de la varianza total con un autovalor de 2,511. La segunda dimensión, con un Alfa de Cronbach de 0,289, explica el 16,7% de la varianza y tiene un autovalor de 1,338. En conjunto, estas dos dimensiones contabilizan el 48,1% de la variabilidad en el modelo, lo que sugiere una representación adecuada de los datos en las categorías analizadas.

Respecto a las medidas discriminantes (A), la Dimensión 1, con una inercia de 0,314, está explicada por el sexo/género, además de la orientación sexual y el ejercicio de la prostitución, mientras que la Dimensión 2, cuya inercia es 0,167, está explicada fundamentalmente por el uso de drogas en contextos sexuales, seguido de prevalencia de ITS.

En cuanto a la dispersión de puntos por las principales categorías analizadas (B), se aprecia un primer grupo principal donde predominan personas usuarias de drogas en relaciones sexuales, PUP, con ITS previas, homosexuales, sin uso habitual del preservativo y hombres. Por otro lado, destaca la dispersión de un segundo grupo caracterizado por mujeres, heterosexuales, PEP, mujeres trans, y no nacionales.

Aportaciones cualitativas para la interpretación de los resultados

Las aportaciones cualitativas permitieron contextualizar varios de los patrones observados en el análisis cuantitativo. En primer lugar, personal sociosanitario de las entidades colaboradoras señaló la necesidad de ampliar el catálogo de infecciones diagnosticables en el Programa, incorporando ITS de mayor prevalencia o impacto en mujeres, como el virus del papiloma humano (VPH), Chlamydia trachomatis, herpes genital o gonorrea, actualmente fuera de su alcance.

En segundo lugar, durante la sesión de trabajo sobre determinantes sociales de la salud en pacientes con VIH se destacó el crecimiento del Chemsex en HSH, asociado al uso de sustancias como metanfetamina cristalizada, GHB, GBL y mefedrona, además

de cocaína, ketamina, speed, éxtasis o MDMA. En este marco, se señaló que los poppers constituyen la sustancia de mayor consumo en Canarias dentro de estos contextos.

Por último, las entidades que trabajan con personas que ejercen la prostitución subrayaron la necesidad de reforzar los recursos preventivos y asistenciales, especialmente en relación con la profilaxis preexposición (PrEP) y con el acceso posterior al tratamiento antirretroviral (TAR).

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Este estudio muestra que el acceso y el alcance del Programa de detección precoz de VIH/ITS en Canarias no son homogéneos, sino que presentan diferencias relevantes según sexo/género y otros determinantes sociales. Los hombres concentraron la mayor utilización del Programa, mientras que las mujeres trans registraron la mayor proporción de resultados positivos en VIH y, junto con los hombres, porcentajes elevados en sífilis. Además, se observaron diferencias según sexo/género en edad, nacionalidad, orientación sexual, antecedentes de ITS, uso del preservativo, consumo de drogas en contextos sexuales y vinculación con el sistema prostitucional. En conjunto, estos resultados respaldan la hipótesis de que el acceso al diagnóstico precoz y los perfiles de vulnerabilidad atendidos por el Programa están condicionados por desigualdades sociales y de género, en línea con trabajos que han subrayado la importancia de incorporar los determinantes estructurales al análisis del VIH y otras ITS (7, 8).

Los hallazgos sugieren que una aproximación exclusivamente epidemiológica resulta insuficiente para comprender las desigualdades observadas. El peso de variables como la nacionalidad, la orientación sexual, el consumo de drogas en contextos sexuales o la posición dentro del sistema prostitucional apunta a la necesidad de interpretar el acceso al Programa desde una perspectiva interseccional. Esta lectura es

coherente con la literatura que ha mostrado cómo el estigma, la discriminación de género y la desigual distribución de recursos influyen en la relación de distintos colectivos con los dispositivos sanitarios y preventivos (5, 6, 9). En el mismo sentido, el material cualitativo de este estudio permitió identificar barreras de acceso, sesgos de género y limitaciones operativas que pueden afectar de forma diferencial a mujeres, mujeres trans y personas en situación de prostitución, reforzando la necesidad de analizar estas trayectorias más allá de las prácticas individuales de riesgo (10, 11, 12, 13).

En cuanto a las implicaciones prácticas, los resultados indican la conveniencia de reforzar el Programa en varios planos. En primer lugar, resulta necesario mejorar su capacidad de respuesta frente a perfiles menos visibilizados, especialmente mujeres y mujeres trans, mediante estrategias de captación, información y derivación más adaptadas a sus contextos de vida. En segundo lugar, conviene revisar determinados contenidos preventivos y diagnósticos, de acuerdo con las necesidades señaladas por el personal sociosanitario, incluyendo una mayor atención a ITS que afectan de manera relevante a mujeres y a contextos específicos como el Chemsex. La literatura previa ya ha advertido del impacto de estas prácticas sobre la transmisión del VIH y otras ITS, así como de la necesidad de respuestas preventivas específicas (14, 15, 16). En tercer lugar, sería pertinente incorporar indicadores que permitan detectar posibles sesgos de acceso y reforzar la formación del personal en perspectiva de género, estigma y vulnerabilidad social, tal como se viene planteando en la respuesta social y sanitaria frente al VIH (6, 8).

En términos de transferencia, este trabajo aporta evidencia empírica sobre cómo un programa público de detección precoz puede reproducir desigualdades de acceso y cobertura si no incorpora de forma explícita una perspectiva de género e interseccionalidad. Su principal contribución radica en combinar registros

del Programa con información cualitativa procedente de profesionales implicados en su implementación, lo que permite no solo describir diferencias entre colectivos, sino también identificar ámbitos concretos de mejora para la práctica sanitaria y para el diseño de políticas públicas de prevención y diagnóstico precoz del VIH/ITS en contextos comunitarios (1, 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2022. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro nacional de casos de SIDA. Dirección General de Salud Pública. Sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica; 2023.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
3. Servicio Canario de Salud. Boletín Epidemiológico VIH 2022. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología y Prevención. N.º 12, 11/2022.
4. Servicio Canario de Salud. Programa de detección precoz de VIH/ITS mediante test rápido dirigido a población vulnerable en entornos comunitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias. Servicio de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública. 2018.
5. García I. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit. 2004;18(Supl. 2):47-54.
6. Fuster M, De Benito E, Poveda A, Rohlfis I, Sampedro E. Dimensión social del VIH y respuesta estatal. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2018;36:10-4.
7. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research. AIDS. 2000;14(Supl. 1): S22-S32.
8. Del Llano Señaris J, Nuño Solinis R, Koerting de Castro A, Ruiz de Apodaca MJ, Lazarus J, Hernandez Fernandez J, et al. Hoja de ruta hacia la Equidad en VIH: Por una salud no determinada para las personas con VIH/sida. MSD, Inventing for Life; 2022. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/ca/registro/ff8080819b-97f9b4019cdebe0fe4053a> (consulta febrero 2025)
9. Logie C, James L, Tharao W, Loutfy M. Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive

- African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care STDS*. 2013 Feb;27(2):114-22.
10. Torrado E, Padrón A. El impacto de la prostitución en la salud de las mujeres. Dificultades para su identificación social. En: *La Salud y las mujeres*. Madrid: Ed. Catarata; 2024. p. 197-206.
 11. Núñez L. Políticas sanitarias con relación al VIH/SIDA y activismos feministas en torno a la prostitución. El trabajo sexual en Buenos Aires durante la década del 90. *Tiempo de Gestión*. 2021;29(II):127-45.
 12. Veiga E, Dujo V. Repercusiones psicopatológicas en las mujeres adultas que ejercen la prostitución: una revisión sistémica. *Psicopatol Clín Legal Forense*. 2022; 22:63-90.
 13. Zimmerman C, Hossain M, Watts C. Human trafficking and health: a conceptual model to inform policy, intervention and research. *Soc Sci Med*. 2011 ;73(2):327-35.
 14. Coll J, Fumaz C. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: Chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*. 2016;15(2):77-84.
 15. Bourne A, Ong J, Pakianathan M. Chemsex: Drug use in sexual settings among gay and bisexual men. *Int J Drug Policy*. 2018;55:207-16.
 16. Romanelli F, Smith K, Thornton A, Pomeroy C. Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse. *Pharmacotherapy*. 2004;24(1):69-78.