

Abril de 2024

Informe del estudio: “Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España”

Estudio realizado en el marco del Convenio entre la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, la Coordinadora Estatal de VIH y Sida y la Universidad de Alcalá, para el desarrollo de acciones en el marco del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH. Investigadora principal: María José Fuster Ruiz de Apodaca.



Cita sugerida:

Fuster-Ruiz de Apodaca MJ., Prats-Silvestre, C., Iniesta, C., Koerting, A., Velayos, R., Del Amo, J. Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España. Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá. Madrid 2024.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de Tablas y Figuras	4
Contexto de la Investigación	6
Objetivo de la Investigación	8
Método	9
- Diseño	9
- Procedimiento	9
- Variables e Instrumentos	10
- Análisis de Datos	12
Resultados	12
- Características de los/as participantes	12
- Prevalencia de las experiencias de estigma y discriminación	16
o Experiencia de estigma general	16
o Experiencia de estigma en el ámbito sanitario	17
o Experiencia de estigma institucional	20
- Prevalencia de las manifestaciones de autoestigma	22
o Estigma internalizado	22
o Estigma anticipado	23
o Autoexclusión	23
- Prevalencia del estigma por asociación	25
- Conocimiento de leyes de protección y acciones tras las experiencias de estigma y discriminación	26
- Variables relacionadas con la experiencia de tener el VIH	29
o Visibilizar la condición serológica	29
o Hacerse la prueba del VIH	33
o Tratamiento para el VIH	35
- Calidad de vida relacionada con la salud y otras variables de salud psicológica	38
o Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	38

○ Salud psicológica	40
Resumen de Resultados y Conclusiones	43
- Resumen de Resultados	43
- Conclusiones	45
- Limitaciones	47
Agradecimientos	48
Referencias	49
Anexo: Tablas	55

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio ($n = 500$)	13
Tabla 2. Comité asesor del estudio	55
Tabla 3. Distribución de participantes y entidades y hospitales colaboradores por CCAA.....	55
Figura 1. Experiencia de estigma de las PVIH en España (en %).....	17
Figura 2. Experiencia de estigma en servicios sanitarios específicos y no específicos para el VIH en las PVIH en España en el último año (en %).....	19
Figura 3. Experiencia de estigma relacionada con la salud sexual y reproductiva en las PVIH en el último año (en %).....	20
Figura 4. Experiencia de estigma relacionada con la salud sexual y reproductiva en las mujeres con el VIH en el último año (en %, $n = 120$).....	21
Figura 5. Experiencias de discriminación institucional en las PVIH en España (en %).....	22
Figura 6. Creencias que reflejan la internalización del estigma en las PVIH en España (en %)	23
Figura 7. Estigma anticipado en las PVIH en España (en %)	24
Figura 8. Autoexclusión en el último año por tener el VIH (en %).....	25
Figura 9. Estigma por asociación en las PVIH en España (en %)	26
Figura 10. Conocimiento de la existencia de leyes en España para la protección de las PVIH frente a la discriminación (en %)	26
Figura 11. Porcentaje de PVIH que intentó hacer algo tras vivir una situación de abuso a sus derechos en el último año ($n = 119$)	27
Figura 12. Resultado al realizar una acción ante un abuso a sus derechos en el último año (en %, $n = 15$)	27
Figura 13. Motivos por los que las PVIH no intentaron hacer algo tras una situación de abuso a sus derechos en el último año (en %, $n = 104$)	28
Figura 14. Acciones realizadas por las PVIH en España tras vivencias afectadas por el estigma asociado al VIH (en %).....	29
Figura 15. Personas que saben que tienes el VIH, con o sin tu consentimiento (en %)	30

Figura 16. Grado de acuerdo de las PVIH con diferentes experiencias al contar que tienen VIH (en %)	31
Figura 17. PVIH en España que cuentan que tienen el VIH cuando van a un centro sanitario no específico para el VIH (en %)	32
Figura 18. Confidencialidad percibida del diagnóstico de VIH en los registros clínicos (en %)	32
Figura 19. Voluntariedad de hacerse la prueba del VIH en PVIH en España (en %)	33
Figura 20. Motivo para hacerse la prueba del VIH (en %, $n = 394$).....	34
Figura 21. Tiempo transcurrido hasta hacerse la prueba del VIH (en %, $n = 394$).....	34
Figura 22. Duda sobre hacerse la prueba del VIH por miedo a la reacción del entorno (en %, $n = 394$)	35
Figura 23. Aspectos que hicieron dudar, retrasar o evitar la atención del VIH (en %, $n = 491$)	35
Figura 24. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del VIH y el inicio del tratamiento (en %, $n = 491$).....	36
Figura 25. Decisión de iniciar el tratamiento para el VIH (en %, $n = 491$).....	36
Figura 26. Actualmente tomando el tratamiento para el VIH (en %)	37
Figura 27. Motivos para no estar tomando el tratamiento para el VIH actualmente (en %, $n = 8$)	37
Figura 28. Dejar de tomar alguna dosis de tratamiento en el último año por miedo a que alguien se entere de que tienes el VIH (en %)	38
Figura 29. Carga viral indetectable en el último año (en %)	38
Figura 30. Puntuaciones en las dimensiones de calidad de vida medidas por el WHOQOL-HIV-BREF (en $M \pm DT$).....	39
Figura 31. Respuestas a los cinco ítems de calidad de vida del EQ-5D-5L (en %).....	40
Figura 32. Percepción del propio estado de salud ($M \pm DT$)	40
Figura 33. Impacto de tener VIH en áreas relevantes de la persona en el último año (en %).....	41
Figura 34. Ansiedad o depresión con significación clínica en las PVIH en las últimas dos semanas según puntos de corte del PHQ-4 (en %).....	42
Figura 35. Resiliencia en las PVIH en España ($M \pm DT$)	42

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un asunto prioritario en la Salud Pública de España. Se calcula que hay entre 130.000 y 170.000 personas con el VIH (PVIH) en nuestro país (1). En 2022, se notificaron 2.956 nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales más de la mitad fueron hombres que tienen sexo con hombres, grupo para el que la tasa de nuevos diagnósticos mostró una tendencia descendente entre 2018 y 2022 (2). De forma general, se observó una tendencia descendente en las tasas totales y por sexo a partir de 2017.

La respuesta al VIH ha sido considerada un éxito en términos biomédicos y no desde el punto de vista social. El éxito biomédico se refiere a la aparición de tratamientos antirretrovirales que han permitido el control de la infección, haciendo que el VIH pase de ser una infección letal a una crónica. A nivel social, en cambio, los estudios realizados en la última década en España evidencian que la discriminación hacia las PVIH sigue existiendo y generando impacto en sus vidas. En 2012, el informe del Observatorio de Derechos Humanos de RedVIH constataba que los derechos básicos de muchas PVIH se ven vulnerados en aspectos como el trabajo, la sanidad, la administración, los seguros, y también en las relaciones personales y comunitarias (3). Asimismo, el estudio sobre los perfiles de la discriminación en España del CIS de la población general hacia las PVIH mostró que, en 2014, al 4,3 % de la población le incomodaba tener como vecinos a PVIH, y el 11,3% desaprobaba que una PVIH trabajase en una oficina donde hubiera más personas trabajando (4). En la misma línea, en 2008, 2012 y 2021, se realizaron tres encuestas similares para medir las creencias y las actitudes de la población española hacia las PVIH (5–7). Los resultados de la encuesta más reciente mostraron descensos tanto en las creencias incorrectas sobre las vías de transmisión del VIH como en la percepción de gravedad de la infección y en los prejuicios hacia las PVIH. No obstante, el grado de contacto que la población española afirmó tener con PVIH se mantuvo en niveles bajos, sin alteración entre las sucesivas aplicaciones de la encuesta. Por otro lado, el deseo de segregación de las PVIH empezó en un 20% en 2008, pasó a aproximadamente un 13% en 2012 y bajó hasta el 8% en 2021. Este indicador, junto con el 10% de personas que afirmaron

que no tendrían ninguna relación con PVIH, situó la fracción más intolerante de la población española frente a las PVIH en 4.700.000 personas (7).

El estigma asociado al VIH es un elemento determinante en la calidad de vida de las PVIH (8,9), y atenderlo es una prioridad global (10). Los estudios señalan que el estigma es una importante barrera para las estrategias de control de la infección (11), y contribuye al estrés psicosocial, a la coerción y a la violencia, a la pérdida de trabajo y a la exclusión social (9). Por ello, en el marco de los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA para el control de la epidemia en 2020, actualizados a 95-95-95 en 2030, es decir, 95% de la población diagnosticada, de la cual un 95% en tratamiento antirretroviral y, de ésta, un 95% con carga viral indetectable (12), investigadores y actores comunitarios propusieron un cuarto ítem para considerar la calidad de vida de las PVIH, recogiendo de este modo el espíritu de ONUSIDA al proponer, entre otros objetivos relacionados, el caminar hacia el “cero estigma” (13). En España, a fin de atender la demanda social que exigía un posicionamiento unánime frente a la discriminación de las PVIH, el Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Consumo presentó, en 2018, el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH (14). El documento del Pacto Social, suscrito por los principales actores del VIH de nuestro país, sirve como base para generar conocimiento que oriente las políticas y acciones frente a la discriminación, a fin de favorecer la igualdad de trato y de oportunidades de las PVIH, de trabajar en favor de la aceptación social y de reducir el impacto del estigma en las PVIH.

Una de las líneas estratégicas de dicho Pacto es generar conocimiento que sirva para orientar y diseñar intervenciones que den una respuesta al problema. Así, además de obtener los datos de estigma público anteriormente expuestos, es imprescindible conocer la experiencia de estigma de las propias PVIH. Existen diversas investigaciones, aunque ya no recientes, que han ido mostrando datos de la experiencia de estigma de las personas con VIH en sus diferentes dimensiones es una realidad (15–18). Sin embargo, se carece de datos actuales y que sean comparables con los existentes en otros países para así facilitar la respuesta de los organismos internacionales al problema. Un instrumento idóneo para este objetivo es el Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH (en adelante “Índice de Estigma”) (19,20). Desde su primera publicación en 2008, el Índice de Estigma se ha traducido a más de 50 idiomas y lo han

completado más de 100.000 PVIH en más de 100 países. El Índice de Estigma ha sido esencial para las políticas en materia de VIH, los esfuerzos de defensa de los derechos de las PVIH y las intervenciones de reducción de estigma. El instrumento ha sido administrado en más de 100 países en el mundo y se ha traducido a más de 50 lenguas. Por tanto, aplicar este Índice se considera de utilidad, no solo para conocer los tipos y fuentes de estigma que sufren las personas con VIH en España, sino para poder comparar los resultados con los obtenidos en otros países.

Un principio clave del Índice de Estigma es que tanto su planteamiento como su implementación sean asumidos por personas locales con VIH. Dado el espíritu de necesaria participación comunitaria que se desprende del Índice y dada la necesidad de obtener datos de personas con VIH de toda la geografía española, es la Coordinadora Estatal de VIH-Sida la entidad idónea para la ejecución del proyecto.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo del estudio fue describir la experiencia de estigma asociada a tener el VIH en España, estudiando sus diferentes manifestaciones. Además, se analizó también la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la salud psicológica de las PVIH en España.

Los objetivos específicos fueron:

- Describir la prevalencia de las manifestaciones de estigma asociadas al VIH en las PVIH, incluyendo la experiencia de estigma y discriminación en diferentes ámbitos (general, sanitario e institucional), el autoestigma (estigma internalizado, estigma anticipado y autoexclusión) y el estigma por asociación.
- Describir las acciones realizadas por las PVIH tras las experiencias de discriminación y su nivel de conocimiento de las leyes de protección frente a la discriminación.
- Describir variables relacionadas con la experiencia de tener el VIH, incluyendo las experiencias al visibilizar la condición serológica, al hacerse la prueba del VIH y al usar el tratamiento para el VIH.
- Describir la CVRS y la salud psicológica de las PVIH.

MÉTODO

Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional con metodología de encuesta transversal ex post facto en el que participaron 500 PVIH de diversas partes de la geografía española. Este tamaño muestral, en caso de ser probabilístico, garantizaría una representatividad con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de aproximadamente el 4%. El muestreo no fue probabilístico, aunque se establecieron métodos de reclutamiento con los centros participantes para reducir el sesgo de selección. Se realizó un muestreo combinado intencional con poblaciones definidas, con el fin de garantizar la inclusión de diversos perfiles de personas con VIH. Para el muestreo, se tuvieron en cuenta las sugerencias de la Guía de Uso del Índice de Estigma (20). Los participantes eran mayores de edad y tenían diagnóstico positivo de VIH desde hacía al menos un año.

Procedimiento

Fase I. Validación y adaptación cultural del instrumento principal del estudio, el Índice de Estigma para personas que Viven con el VIH 2.0. Se constituyó un grupo asesor, compuesto por 14 miembros seleccionados por la Coordinadora Estatal del VIH y Sida (CESIDA) y la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) por su nivel de experiencia y conocimiento en el estigma asociado al VIH (listado completo en la Tabla 2 del Anexo). Este grupo revisó el Índice de Estigma para garantizar su adaptación transcultural y su validez de contenido en España.

Fase II. Selección de centros y entrenamiento de las personas que recogieron los datos. CESIDA y SEISIDA seleccionaron las 12 ONG y los 18 hospitales que participaron en la recogida de datos (listado completo en la Tabla 3 del Anexo). La selección se realizó con criterios de distribución geográfica, incluyendo a ocho CCAA, y de acceso a diferentes poblaciones de PVIH. En el caso de los hospitales, se priorizaron aquellos donde existían pares trabajando en el soporte a PVIH. En aquellos hospitales donde no existía servicio de pares, se tuvo en cuenta la trayectoria profesional del personal responsable de la recogida de datos en el apoyo a los problemas sociales derivados de la infección por el VIH. Se entrenó a todas las personas que

colaboraron en la recogida de datos mediante teleconferencia y se proporcionó material escrito.

Fase III. Estudio observacional con metodología de encuesta transversal ex post facto. El reclutamiento de los 500 participantes se distribuyó entre las ONG y los hospitales seleccionados. Estas personas contestaron a la encuesta entre marzo y septiembre de 2023. Los instrumentos del estudio se programaron en el programa de encuestas en línea Qualtrics. Las personas colaboradoras en la recogida de datos explicaron los objetivos de la investigación y recogieron el consentimiento informado de los participantes. Los participantes completaron el cuestionario de forma autónoma, utilizando un soporte de tablets con conexión a Internet. En casos puntuales, las personas colaboradoras en la recogida de datos pudieron resolver alguna duda puntual de los participantes o asistirlos si no tenían capacidad de completar el cuestionario de forma autónoma (p. ej., persona con problemas de visión).

Variables e Instrumentos

El cuestionario en línea incluyó las siguientes cuatro variables generales y los siguientes cinco instrumentos.

Manifestaciones del estigma asociadas al VIH y otras experiencias relacionadas con tener el VIH. Se usó una versión en castellano, traducida y adaptada según las indicaciones psicométricas de creación y adaptación de los tests, del Índice de Estigma para Personas que Viven con el VIH Versión 2.0 (*The People Living with HIV Stigma Index 2.0* [PLHIV Stigma Index 2.0]), que mide diferentes manifestaciones de estigma y otros aspectos relacionados con tener el VIH. El instrumento original fue desarrollado por la Red Global de Personas que Viven con el VIH (*Global Network of PLIVH* [GNP+]), la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH (*International Community of Women Living with HIV* [ICW]) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] (UNAIDS en inglés) (19,21,22). El Índice de Estigma contiene ocho secciones: (i) sobre ti (datos sociodemográficos de la persona entrevistada); (ii) contar que tienes el VIH (incluye preguntas relacionadas con la experiencia de contar que se tiene el VIH); (iii) tu experiencia con el estigma y la discriminación (incluye preguntas sobre las experiencias de estigma declarado o externo y discriminación por razón de la condición serológica); (iv) estigma internalizado y resiliencia (incluye preguntas sobre

como se siente la persona entrevistada consigo misma y con su condición serológica); (v) interacciones con los servicios de salud (incluye preguntas sobre las experiencias de las personas entrevistadas en servicios de atención médica y sobre aspectos relacionados con hacerse la prueba del VIH y con tomar el tratamiento); (vi) derechos humanos y efectuar cambios (incluye preguntas sobre las experiencias relacionadas con violación de los derechos humanos relacionadas con la condición serológica); (vii) estigma y discriminación por motivos diferentes de la condición serológica (incluye preguntas sobre experiencias de estigma y discriminación relacionadas con la identidad de género, la orientación sexual, el ejercicio de trabajo sexual y el uso de sustancias); (viii) experiencia personal de estigma y discriminación (pregunta adicional para que la persona pueda compartir más información sobre sus experiencias relacionadas con el estigma y la discriminación).

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se usó la versión validada al castellano del cuestionario específico de CVRS de la Organización Mundial de la Salud para PVIH, el WHOQOL-HIV-BREF (23). El instrumento tiene 31 ítems, agrupados en una primera dimensión de salud general, que evalúa la percepción global de la propia salud y de la CVRS, y en seis dominios de la CVRS: (i) salud física; (ii) salud psicológica; (iii) nivel de independencia; (iv) salud del ambiente; (v) relaciones sociales; y (vi) dominio existencial. Todos los ítems utilizan una escala Likert con cinco puntos y las puntuaciones de los dominios se pueden calcular en una escala de 0 a 20, siendo esta última la mejor puntuación posible. También se usó el EQ-5D-5L (24), un instrumento genérico que mide cinco dimensiones de la CVRS: (i) movilidad; (ii) cuidado personal; (iii) actividades cotidianas; (iv) dolor y malestar; y (v) ansiedad y depresión. Las respuestas se proporcionan en una escala de cinco puntos que va desde “ningún problema” hasta “problemas extremos/incapacitantes”. Además, cuenta con una escala visual que mide la autopercepción del estado de salud, en un rango de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100, el mejor.

Salud psicológica. Se usó el Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) (25), un instrumento compuesto por cuatro ítems: dos miden la presencia de ansiedad en las últimas dos semanas y dos miden la presencia de depresión en el mismo periodo. Las respuestas tienen un rango de 0 a 3 puntos, con una puntuación total de entre 0 y 12 puntos. Además, para la

interpretación de los resultados, el instrumento cuenta con puntos de corte que determinan si la puntuación de la sintomatología en cuestión tiene significación clínica.

Resiliencia. Se usó la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, en su versión reducida y adaptada al castellano (CD-RISC 10) (26). Es un instrumento compuesto por 10 ítems que miden la resiliencia de forma global. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos, donde el 0 es “En absoluto” y el 4, “Casi siempre”. Se interpreta que el sumatorio de los ítems ofrece la medida global de resiliencia, es decir, a mayor puntuación, mayor resiliencia en el individuo.

Análisis de Datos

Los datos cuantitativos se analizaron mediante el programa estadístico para Ciencias Sociales SPSS-PC para Windows. Se realizó un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio, mediante frecuencias de respuesta y medias, bien considerando los ítems individualmente, bien considerándolos en el conjunto de la variable que medían.

RESULTADOS

Características de los/as participantes

Las características de los/as participantes se presentan en la Tabla 1. A modo de resumen, casi un 25,0% de los participantes eran mujeres y un 4,2% eran personas trans. Las personas participantes tenían una media de unos 45 años, siendo el intervalo con mayor número de PVIH el de 30 a 39 años, y la mayoría era de origen español. Sobre el nivel de estudios, los/as participantes tenían, en su mayoría, estudios universitarios o secundarios. Sobre la situación laboral, la categoría más frecuente fue la de tener contrato a jornada completa, seguida de la situación de desempleo. Un 48,4% de los participantes tenía unos ingresos personales iguales o inferiores a 900 euros mensuales, siendo que el 17,2% tenía déficits para cubrir sus necesidades básicas. Sobre su diagnóstico de VIH, los/as participantes llevaban una media de unos 15 años con el diagnóstico de VIH, siendo la década del 2010 al 2019 la que más diagnósticos positivos tuvo entre quienes participaron en el estudio.

Tabla 1.Características sociodemográficas de los participantes en el estudio ($n = 500$)

Id	Variable	Categoría	% (M)	n (DT)
1a	Edad	<i>M\pmDT</i>	45,4	12,3
		Mínimo	18	
		Máximo	75	
1b	Edad por intervalos	18-29	11,6	58
		30-39	25,0	125
		40-49	20,8	104
		50-59	29,2	146
		60-69	12,4	62
		> 70	1,0	5
2a	Tiempo con el VIH	<i>M\pmDT</i>	15,5	11,4
		Mínimo	1	
		Máximo	42	
2b	Año diagnóstico del VIH	1981-1989	9,4	47
		1990-1999	16,8	84
		2000-2009	19,6	98
		2010-2019	42,4	212
		2020-2022	11,8	59
3	Género	Mujer	23,8	119
		Hombre	73,8	369
		Otro	1,4	7
		NS / NC	1,0	5
4	Persona trans	Sí	4,2	21
5	País nacimiento	España	61,8	309
		Otros	38,2	191
		África	1,0	5
		Centroamérica	4,6	23
		Sudamérica	27,8	139
		Asia	0,6	3
		Otros países europeos	2,6	13
		Otros	1,6	8
6	Provincia de residencia	Alicante/Alacant	6,0	30
		Badajoz	0,2	1
		Balears, Illes	5,0	25
		Barcelona	20,6	103
		Bizkaia	5,0	25
		Cáceres	0,2	1
		Cádiz	6,8	34
		Castellón/Castelló	0,4	2
		Cuenca	0,2	1

		Girona	0,8	4
		Madrid	21,0	105
		Málaga	0,2	1
		Pontevedra	7,0	35
		Rioja, La	5,0	25
		Salamanca	0,2	1
		Segovia	0,2	1
		Sevilla	11,2	56
		Tarragona	0,4	2
		Valencia/València	9,6	48
7	Lugar de residencia	Un pueblo o un área rural	19,2	96
		Una ciudad pequeña	19,2	96
		Una ciudad grande	61,6	308
8	Ciudadanía	Ciudadanía española	71,0	355
		Otra ciudadanía europea (de un país en el que NO necesitas permiso de residencia en España)	2,8	14
		Otra ciudadanía (de un país en el que SÍ necesitas permiso de residencia en España)	26,2	131
9	Situación administrativa (n = 131)	Con permiso de residencia permanente	36,6	48
		Con visado de trabajo	2,3	3
		Con visado de estudiante	2,3	3
		Solicitante de asilo / En espera de la resolución de la solicitud de asilo	30,5	40
		Situación administrativa irregular (sin papeles)	13,7	18
		Prefiero no decirlo	4,6	6
		Otros	9,9	13
10	Relación íntima en la actualidad	Sí	57,6	288
11	Pareja con el VIH (n = 288)	Sí, mi(s) pareja(s) también tienen VIH	22,6	65
		No, mi(s) pareja(s) no tienen VIH	60,8	175
		Algunas tienen VIH y otras no	10,8	31
		No sé si mi(s) pareja(s) tiene(n) VIH	5,9	17
12	Niños a tu cargo	<i>M±DT</i>	0,2	0,7
		Mínimo	0	
		Máximo	10	
13	Estudiando en la actualidad	Sí	13,4	67
14	Nivel de estudios	No tengo estudios	2,2	11
		Primarios	18,0	90
		Secundarios / Bachillerato	23,6	118
		Formación Profesional	21,4	107
		Universidad / Educación Superior	33,0	165

		Otros	1,8	9
15	Situación laboral	Tengo contrato a jornada completa	32,6	163
		Tengo contrato a media jornada	6,2	31
		Trabajo a jornada completa, pero no como empleado (autónomo, empresario, etc)	7,6	38
		Tengo trabajo temporal o informal	9,6	48
		Desempleado	22,8	114
		Jubilado	11,8	59
		Con algún tipo de incapacidad laboral	9,4	47
16	Vivienda	En mi propia casa (ya sea comprada, alquilada, etc.)	63,2	316
		En casa de familiares	10,8	54
		En un piso compartido	17,8	89
		En una vivienda prestada (esto es, de otras personas, pero sin pagar alquiler)	2,6	13
		En un piso o casa de acogida de alguna institución o asociación	2,8	14
		En una residencia para personas mayores	0,2	1
		Otros (estoy en prisión, vivo en la calle, albergue, etc.)	2,6	13
17	Ingresos del hogar	No tenemos ingresos de ningún tipo	6,2	31
		Menos o igual de 300 €	2,8	14
		De 301 a 600 €	11,6	58
		De 601 a 900 €	13,6	68
		De 901 a 1.200 €	19,4	97
		De 1.201 a 1.800 €	18,4	92
		De 1.801 a 2.400 €	8,8	44
		De 2.401 a 3.000 €	7,8	39
		De 3.001 a 4.500 €	6,0	30
		De 4.501 a 6.000 €	0,8	4
		Más de 6.000 €	2,6	13
		NC	2,0	10
18	Ingresos personales	No tengo ingresos de ningún tipo	10,2	51
		Menos o igual de 300 €	6,2	31
		De 301 a 600 €	18,8	94
		De 601 a 900 €	13,2	66
		De 901 a 1.200 €	18,8	94
		De 1.201 a 1.800 €	15,2	76
		De 1.801 a 2.400 €	7,2	36
		De 2.401 a 3.000 €	3,8	19
		De 3.001 a 4.500 €	2,2	11
		De 4.501 a 6.000 €	0,2	1
		Más de 6.000 €	1,6	8
		NC	2,6	13
19		Siempre	58,2	291

		Casi siempre	24,6	123
	Necesidades básicas cubiertas	Algunas veces	14,0	70
		Nunca	3,2	16
20	Pertenencia a poblaciones vulnerables (I)	Miembro de una minoría racial, étnica o religiosa	9,8	49
		Miembro de un grupo indígena/aborigen	1,0	5
		Viviendo con una discapacidad de cualquier tipo	22,0	110
		Refugiado o buscando asilo	11,6	58
		Trabajador migrante	18,6	93
		Privado de libertad / En prisión	7,0	35
21	Pertenencia a poblaciones vulnerables (II)	Persona trans	4,2	21
		Hombre que tiene sexo con hombres	3,0	15
		Hombre gay	50,6	253
		Mujer que tiene sexo con mujeres	1,6	8
		Mujer lesbiana	0,8	4
		Persona bisexual	8,4	42
		Persona que ejerce trabajo sexual	5,0	25
22	Miembro de grupo de apoyo para PVIH	Sí	27,6	138

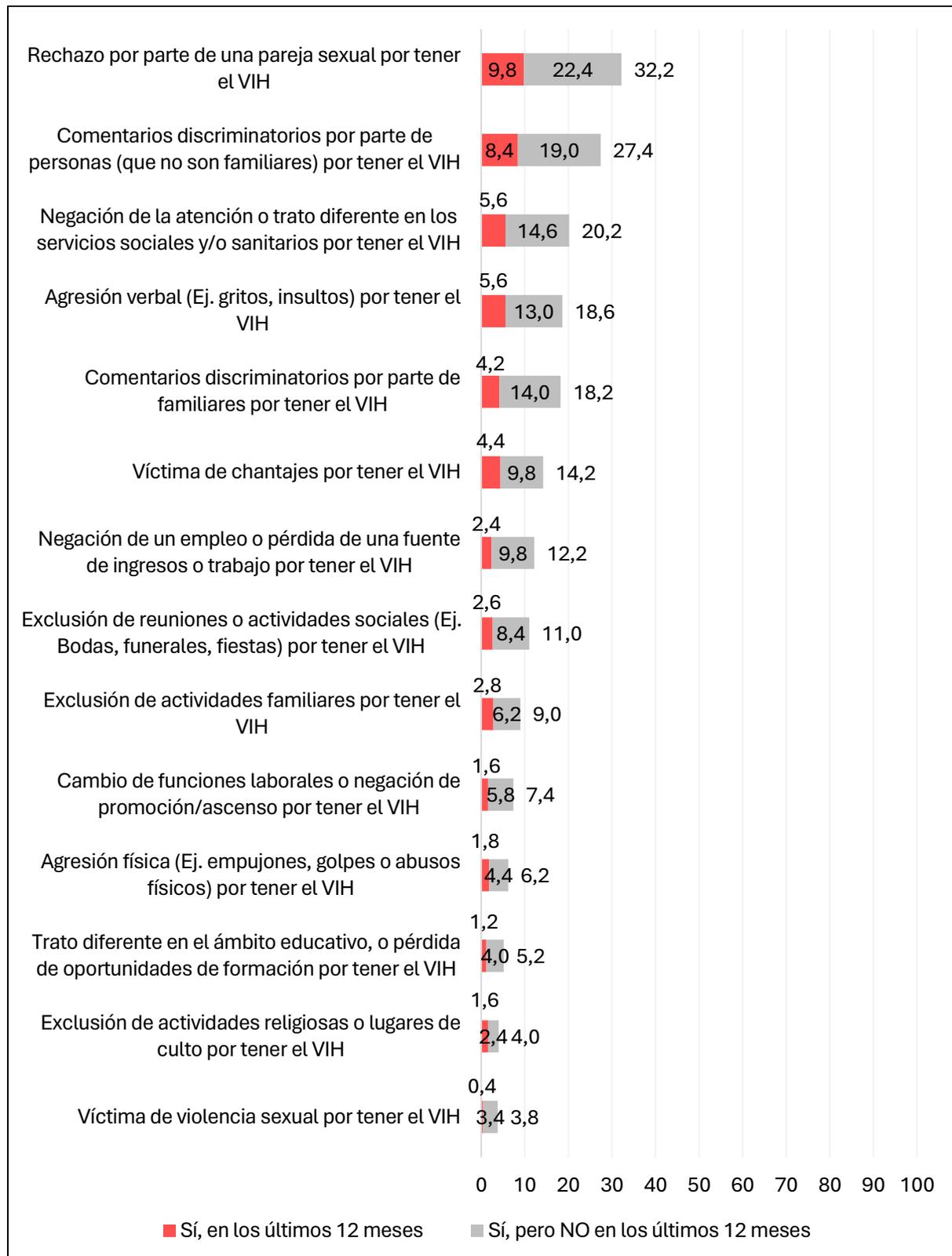
Prevalencia de las experiencias de estigma y discriminación

Experiencia de estigma general

Se preguntó a las PVIH por las experiencias de estigma y discriminación vividas en algún momento de sus vidas y se les pidió que especificaran si dichas experiencias habían tenido lugar en el último año o en otro momento (Figura 1). Las experiencias más frecuentes fueron el rechazo por parte de una pareja sexual debido a su condición serológica (32,2%) y los comentarios discriminatorios por parte de personas que no eran familiares (27,4%); una de cada 10 PVIH indicó haber vivido estas experiencias en el último año. Asimismo, otras experiencias frecuentes fueron la negación de la atención o la percepción de trato diferente en los servicios sociales y/o sanitarios, las agresiones verbales y los comentarios discriminatorios por parte de familiares. Considerando los 14 ítems en conjunto, un 63,2% de las PVIH vivió alguna experiencia de estigma o discriminación en algún momento de sus vidas. Además, un 26,0% vivió alguna de estas situaciones en el último año.

Figura 1.

Experiencia de estigma de las PVIH en España (en %)



Experiencia de estigma en el ámbito sanitario

Se les preguntó a las PVIH por las experiencias de estigma en el último año en contextos sanitarios, tanto especializados como no especializados para el VIH. También se preguntó específicamente por las experiencias relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Experiencia de estigma en el ámbito sanitario en atención especializada y no especializada en el VIH.

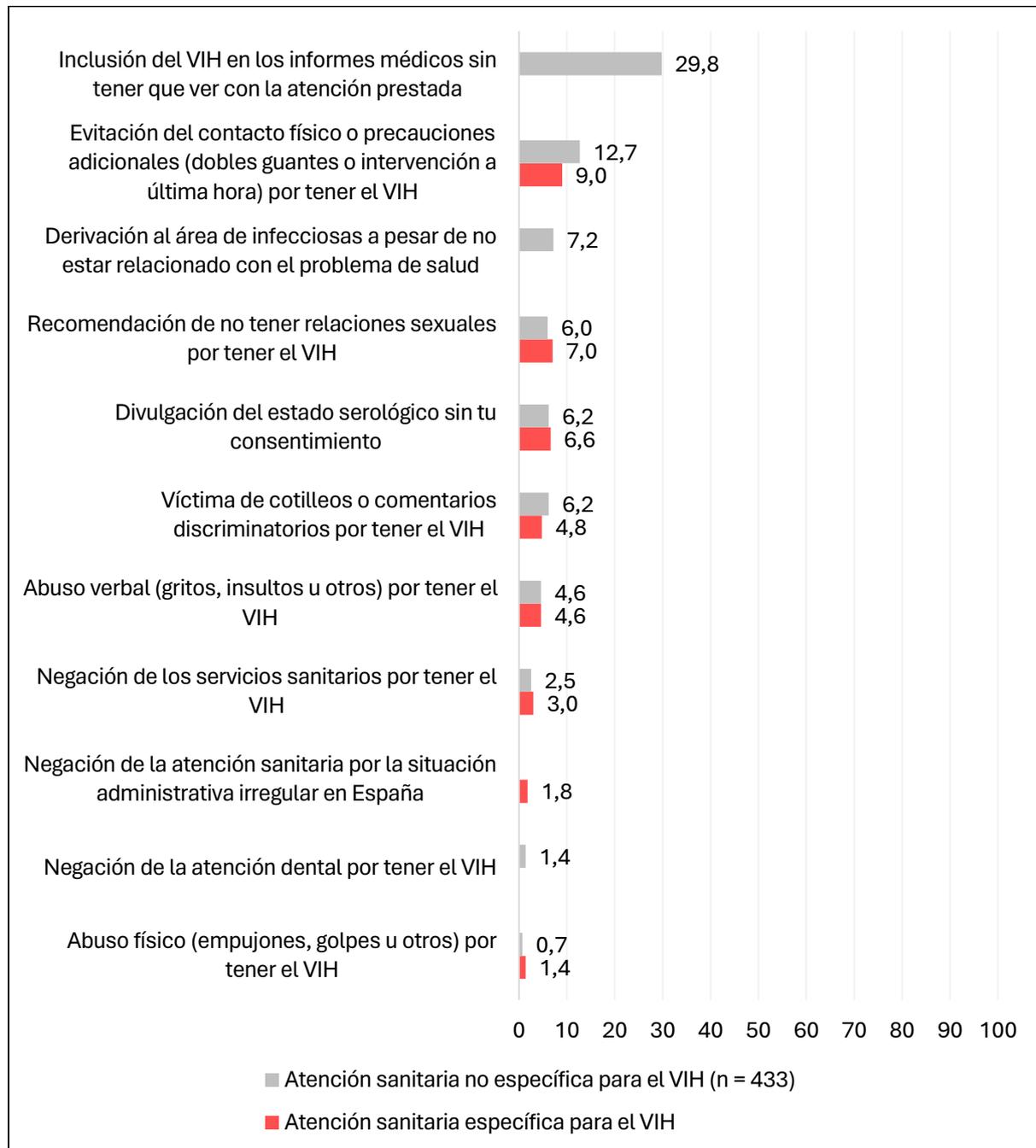
En los servicios sanitarios no específicos para el VIH (Figura 2), la experiencia de estigma más frecuente en las PVIH en España fue que se incluyera su estado serológico en los informes médicos cuando el VIH no tenía relación con la atención prestada; aproximadamente tres de cada 10 PVIH vivieron esta situación en el último año. A esta experiencia de estigma, se sumaron la evitación del contacto físico por parte del personal sanitario o el uso de precauciones adicionales desproporcionadas, como el uso de doble guante o dejar la intervención de la PVIH para la última hora del día (12,7%), la derivación al servicio de infecciosas, a pesar de que el VIH no estuviera relacionado con el problema de salud para el que se buscaba atención (7,2%), y que el personal sanitario divulgara su estado serológico sin consentimiento o que hiciera comentarios discriminatorios por tener el VIH (6,2%).

En los servicios sanitarios específicos para el VIH (Figura 2), las experiencias de estigma más frecuentes en el último año fueron la evitación del contacto físico (9,0%), la recomendación de no tener relaciones sexuales por tener el VIH (7,0%), y la divulgación del estado serológico sin el consentimiento de la persona (6,6%).

Considerando los ítems en conjunto, se observó que el 20,2% de las PVIH tuvo alguna experiencia de estigma en el ámbito sanitario en los servicios específicos para el VIH en el último año, mientras que el 39,2% ($n = 433$) vivió alguna experiencia en los servicios no específicos en este mismo periodo.

Figura 2.

Experiencia de estigma en servicios sanitarios específicos y no específicos para el VIH en las PVIH en España en el último año (en %)



Nota 1: Ítems ordenados de mayor a menor, teniendo en cuenta el valor medio del ítem cuando hubo datos de la situación de discriminación en ambos contextos de atención sanitaria.

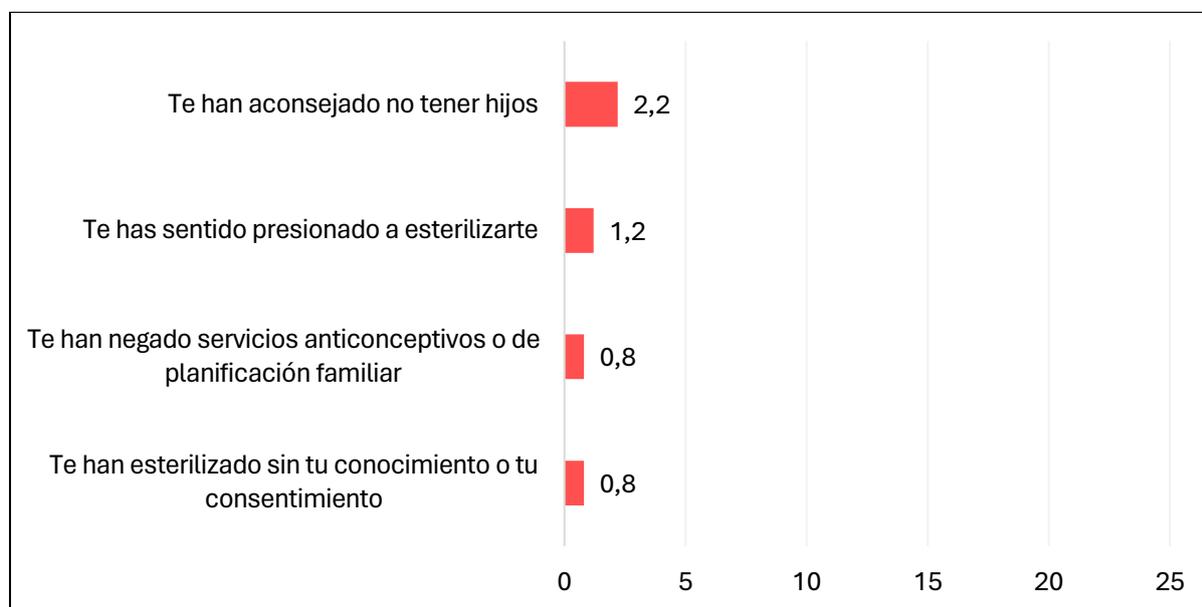
Nota 2: Las preguntas sobre atención sanitaria no específica para el VIH solo se mostraron a aquellas PVIH que dijeron que habían buscado atención médica para otras necesidades de salud no relacionadas con el VIH (p. ej., gripe, servicios dentales, etc.) en el último año, es decir, $n = 433$.

Experiencia de estigma en el ámbito sanitario relacionado con la salud sexual y reproductiva.

Una pequeña fracción de las PVIH en España indicó que, en el último año, se le aconsejó no tener hijos por tener el VIH, se sintió presionada a esterilizarse o se le negaron los servicios anticonceptivos de planificación familiar (Figura 3). Asimismo, alrededor del 4% de las mujeres con el VIH se sintieron presionadas a usar un método anticonceptivo específico en lugar de que se les asesorara sobre una gama de opciones disponibles (Figura 4).

Figura 3.

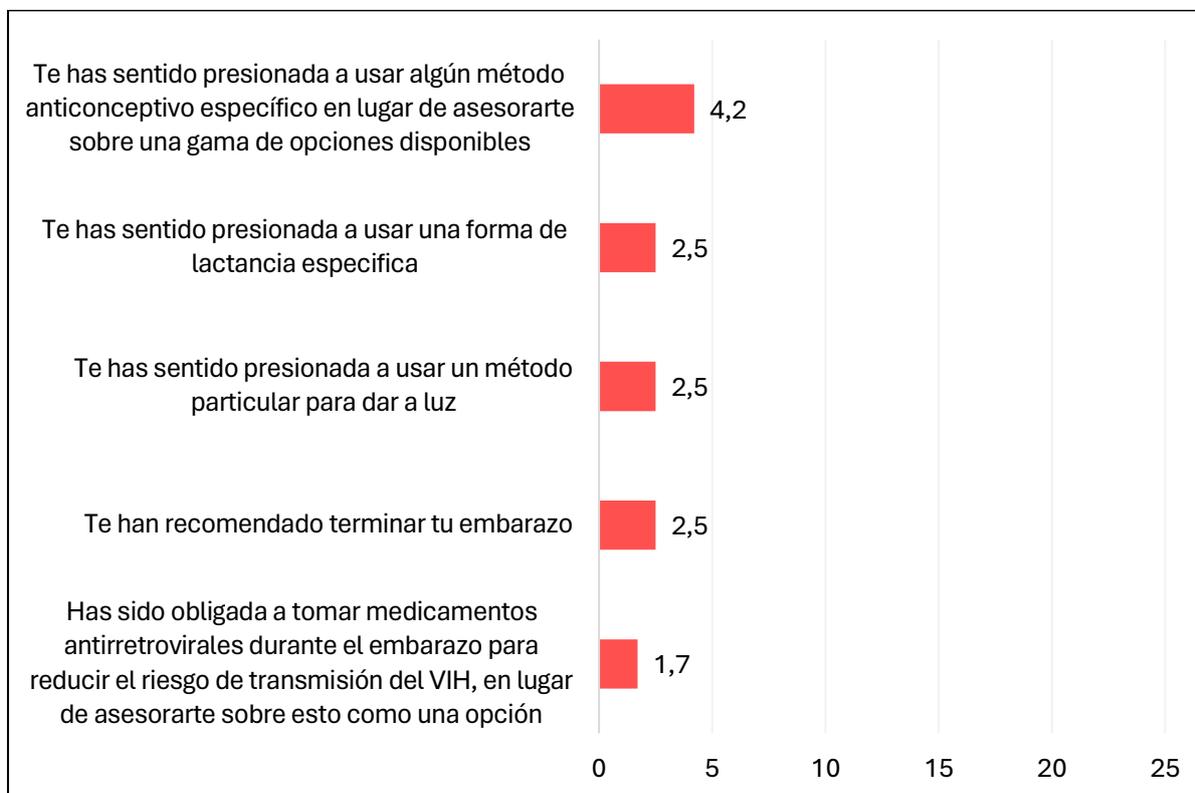
Experiencia de estigma relacionada con la salud sexual y reproductiva en las PVIH en el último año (en %)



Nota: Se presentan los datos con el eje del 0% al 25% para facilitar la interpretación de la figura.

Figura 4.

Experiencia de estigma relacionada con la salud sexual y reproductiva en las mujeres con el VIH en el último año (en %, $n = 120$)



Nota 1: Se incluye en el recuento a una persona no binaria con capacidad de gestar.

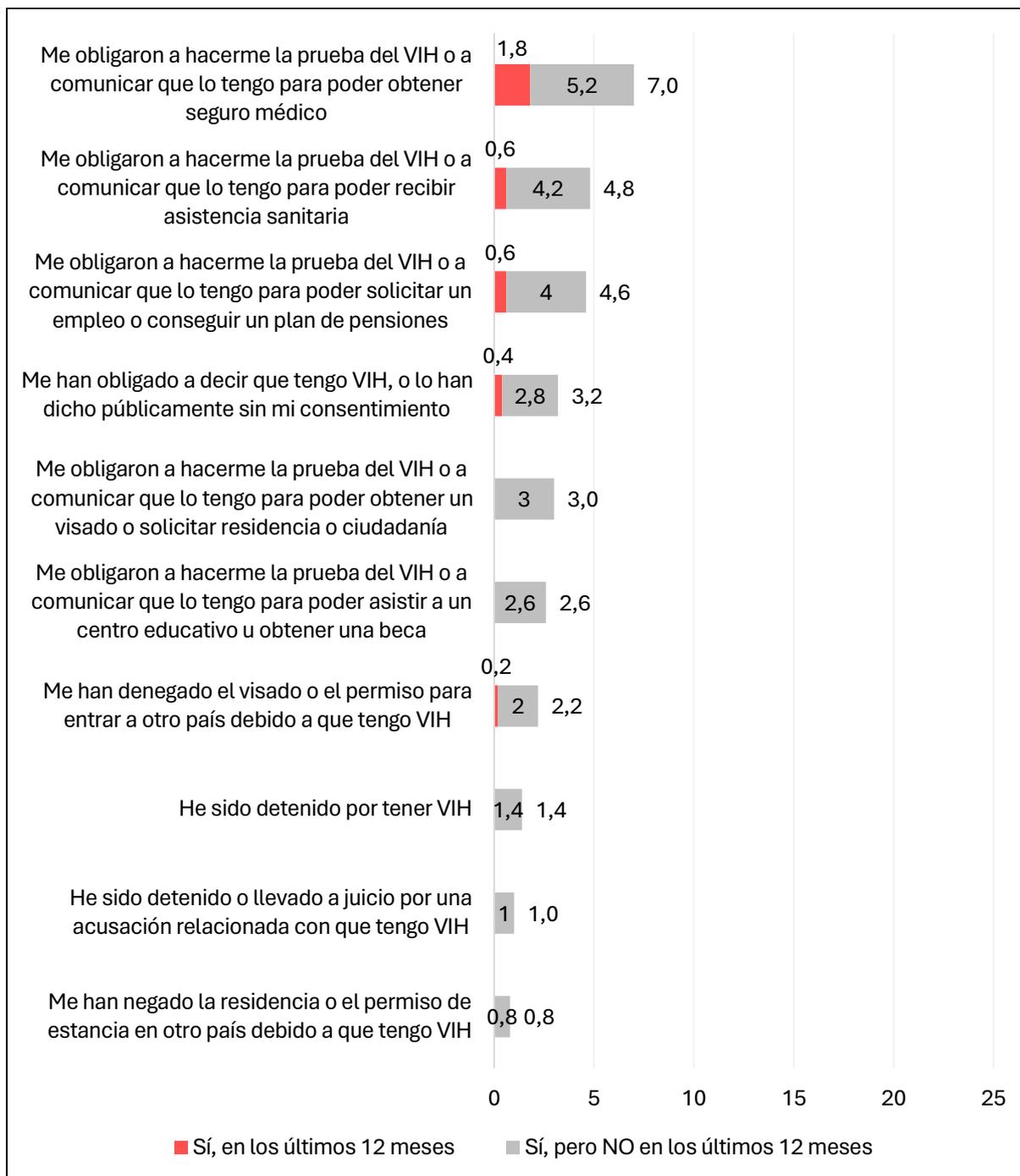
Nota 2: Se presentan los datos con el eje del 0% al 25% para facilitar la interpretación de la figura.

Experiencia de estigma institucional

Para cerrar el apartado de experiencia de discriminación y estigma, a las PVIH se les preguntó por diferentes experiencias de estigma institucional a lo largo de sus vidas. En general, las experiencias de estigma institucional tuvieron baja ocurrencia para las PVIH en España y la mayor parte de ellas sucedieron hace más de un año (Figura 5). Las situaciones más frecuentes fueron las relacionadas con la obligación de hacerse la prueba del VIH o de comunicar que tienen el VIH para poder obtener un seguro médico (7,0%), para poder recibir asistencia sanitaria (4,8%), y para poder solicitar un empleo o conseguir un plan de pensiones (4,6%). Considerando los ítems en conjunto, se observó que el 15,7% de las PVIH vivió al menos una experiencia de estigma institucional en algún momento de sus vidas, siendo que el 3,4% vivió alguna de estas experiencias en el último año.

Figura 5.

Experiencias de discriminación institucional en las PVIH en España (en %)



Nota: Se presentan los datos con el eje del 0% al 25% para facilitar la interpretación de la figura.

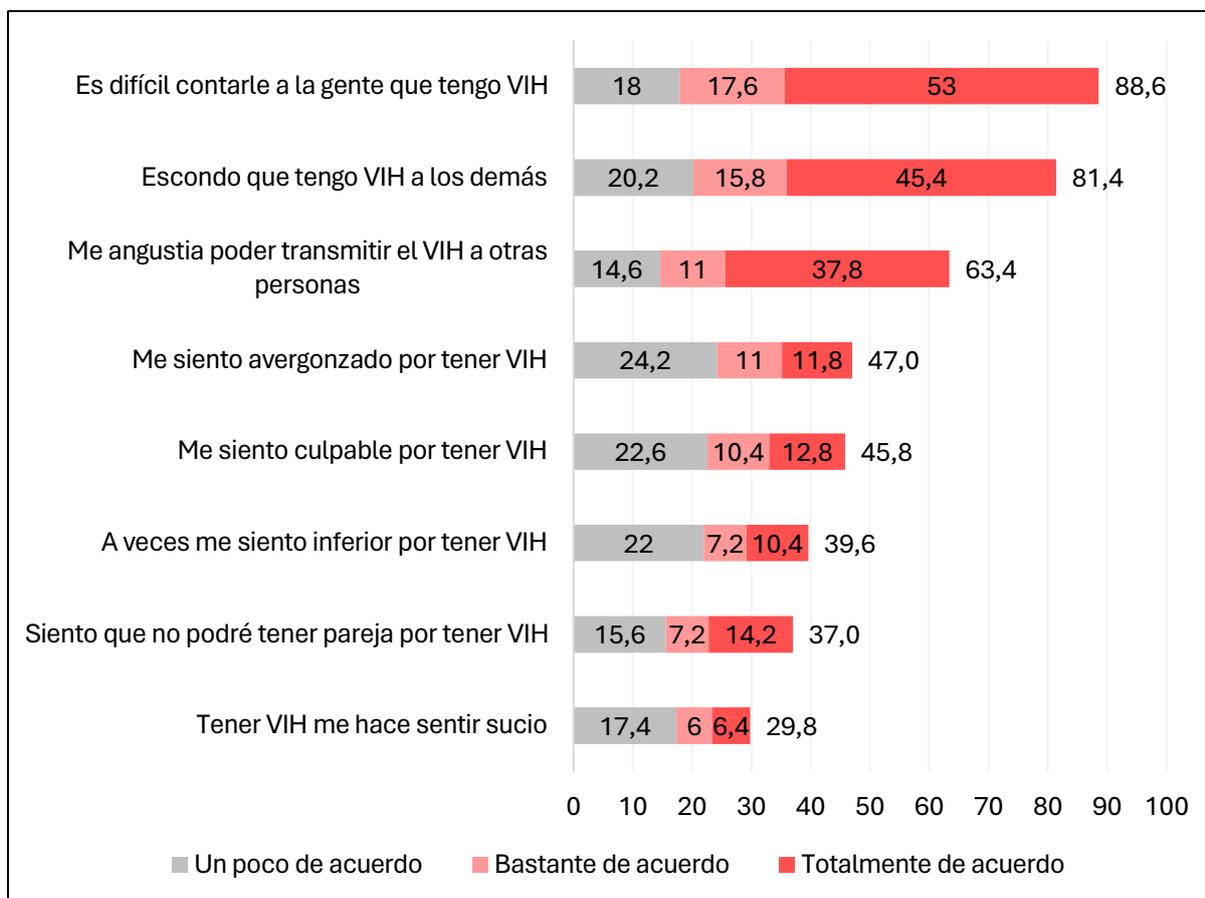
Prevalencia de las manifestaciones de autoestigma

Estigma internalizado

Las PVIH en España reportaron unos altos niveles de internalización del estigma (Figura 6). La mayoría de las PVIH reportó que les resulta difícil contarle a la gente que tienen el VIH y que esconden su condición serológica al resto de personas de alguna forma. Asimismo, casi dos de cada tres PVIH indicaron que les angustia la posibilidad de transmitir el VIH a otras personas, y una fracción importante estuvo un poco, bastante o totalmente de acuerdo con sentirse avergonzada, culpable, inferior o sucia por tener el VIH. Considerando los ítems en conjunto, un 95,0% de las PVIH tuvo, en mayor o menor medida, alguna creencia de estigma internalizado.

Figura 6.

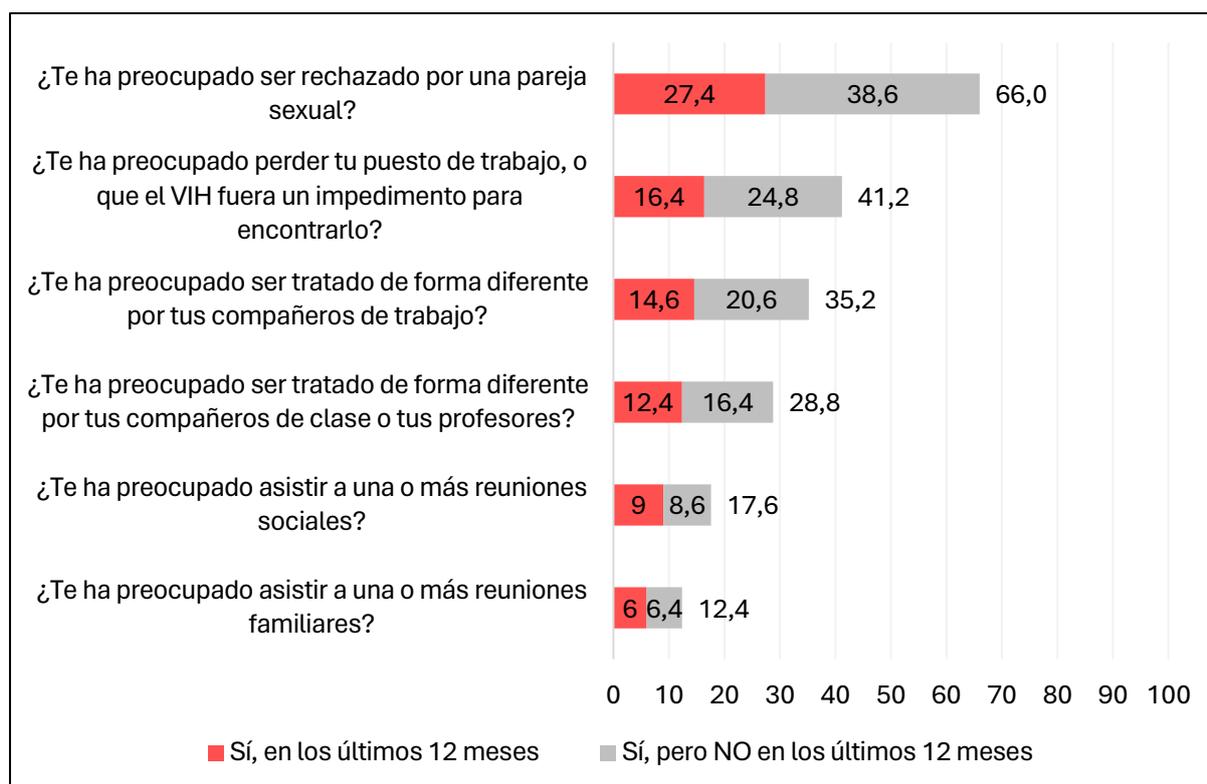
Creencias que reflejan la internalización del estigma en las PVIH en España (en %)



Estigma anticipado

La anticipación de posibles situaciones de discriminación fue elevada entre las PVIH en España (Figura 7). A dos tercios de la muestra les preocupó en algún momento de sus vidas la posibilidad de experimentar rechazo por parte de una pareja sexual a causa de su condición serológica. Otras preocupaciones frecuentes fueron la posibilidad de perder su puesto de trabajo o que el VIH fuera un impedimento para encontrarlo, y la de ser tratadas de forma diferente por parte de sus compañeros de trabajo si supieran que tienen el VIH. Considerando los ítems en conjunto, se observó que el 76,0% de las PVIH se preocupó por la posibilidad de vivir una experiencia de estigma o discriminación en algún momento de sus vidas, siendo que el 38,8% anticipó al menos una de estas situaciones en el último año.

Figura 7.
Estigma anticipado en las PVIH en España (en %)

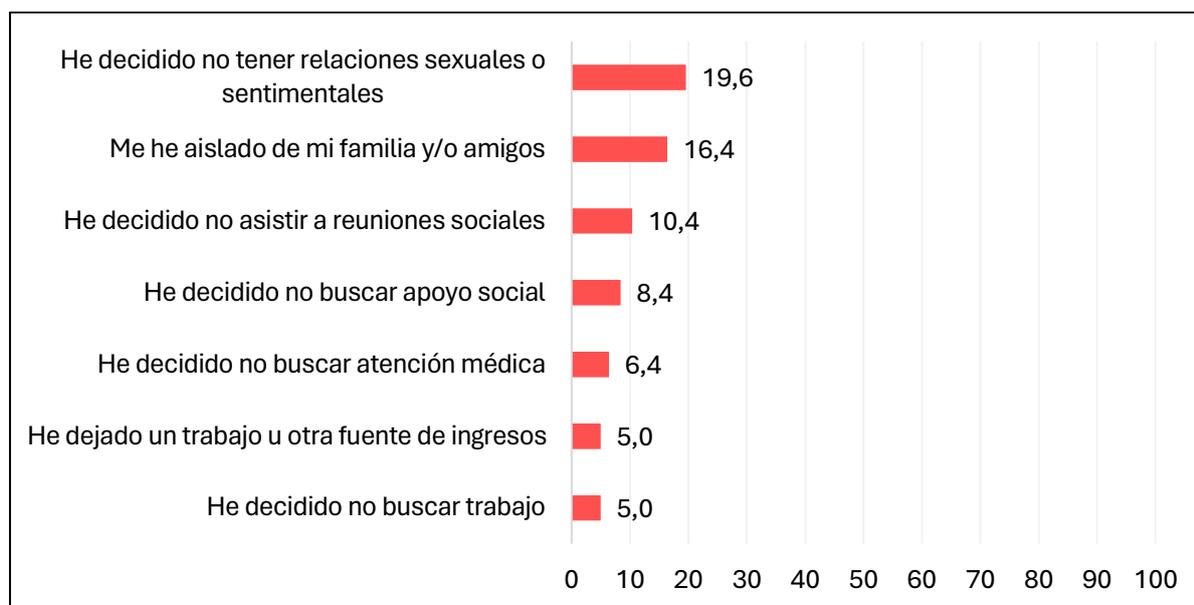


Autoexclusión

En el último año, un porcentaje no despreciable de las PVIH en España dejó de realizar algunas actividades a causa de tener el VIH (Figura 8). Entre una y dos de cada 10 PVIH decidieron no tener relaciones sexuales o sentimentales, se aislaron de familia y/o amigos, y no asistieron a reuniones sociales. Aunque con porcentajes más bajos, también hubo PVIH en España que no buscaron apoyo social, ni atención médica, y que dejaron su trabajo o decidieron no buscarlo. Considerando los ítems en conjunto, un 35,0% de las PVIH dejó de hacer alguna actividad relevante en el último año a causa de su diagnóstico de VIH.

Figura 8.

Autoexclusión en el último año por tener el VIH (en %)

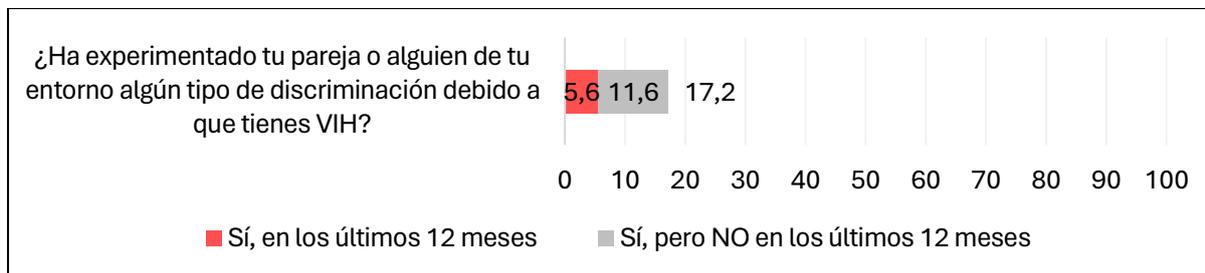


Prevalencia del estigma por asociación

A las PVIH en España se les preguntó si alguien de su entorno (p. ej., pareja, amigos, familia) había vivido algún tipo de discriminación a causa de que ellas tuvieran el VIH. Esta experiencia la vivieron casi dos de cada 10 PVIH en algún momento de sus vidas (Figura 9).

Figura 9.

Estigma por asociación en las PVIH en España (en %)

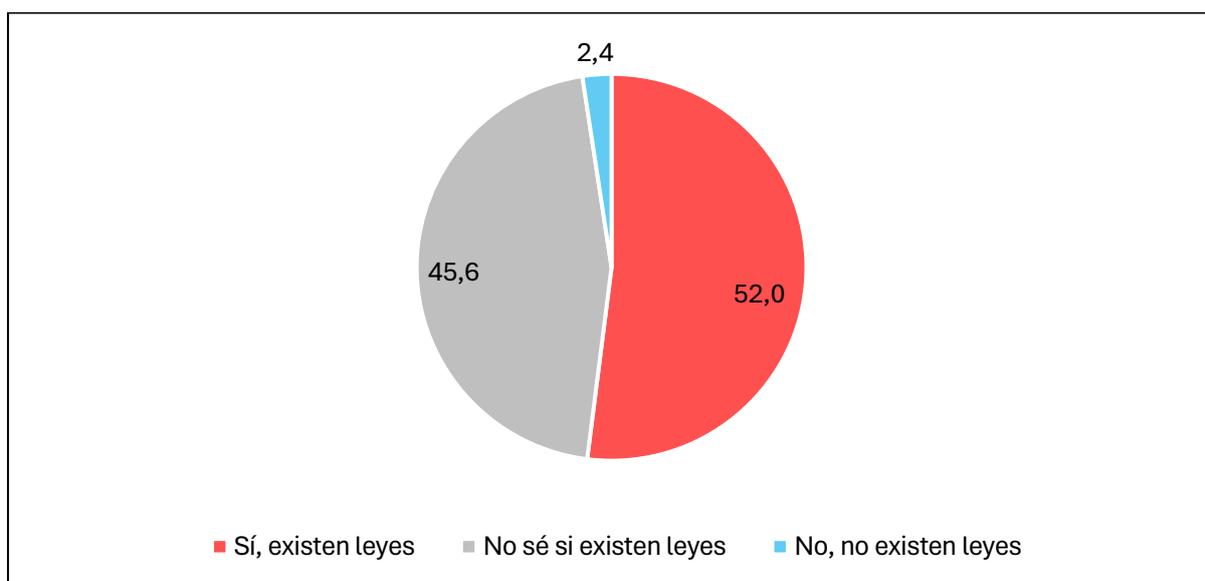


Conocimiento de leyes de protección y acciones tras las experiencias de estigma y discriminación

Se les preguntó a las PVIH en España si conocían la existencia de leyes de protección frente a la discriminación por motivo de VIH. Los resultados fueron dispares: poco más de la mitad dijo que existían leyes, casi la mitad dijo que no sabía si existían, y un porcentaje reducido afirmó que no existían leyes de protección frente a situaciones de discriminación o abuso a sus derechos (Figura 10).

Figura 10.

Conocimiento de la existencia de leyes en España para la protección de las PVIH frente a la discriminación (en %)



Adicionalmente, se le preguntó a las 119 PVIH que habían vivido alguna situación de abuso a sus derechos en el último año si intentaron hacer algo ante dicha situación. Poco más del 10% hizo algo al respecto (Figura 11), con un mayor porcentaje de éxito que de fracaso: el asunto se resolvió favorablemente para un 40%, y no se resolvió para poco más de un 25% (Figura 12). A casi el 90% restante, que indicó que no intentó hacer nada tras una situación de este tipo, se le preguntó por los motivos para su inactividad (Figura 13): el 40% dijo que no había hecho nada porque no sabía dónde ir o cómo actuar ante situaciones de este tipo. Entre otros motivos frecuentes, estas PVIH dijeron que tenían miedo de que alguien se enterara de que tienen el VIH si intentaban hacer algo al respecto, que les faltaban pruebas para denunciar, o que tenían dudas de que el resultado de la acción pudiera ser exitoso.

Figura 11.

Porcentaje de PVIH que intentó hacer algo tras vivir una situación de abuso a sus derechos en el último año ($n = 119$)

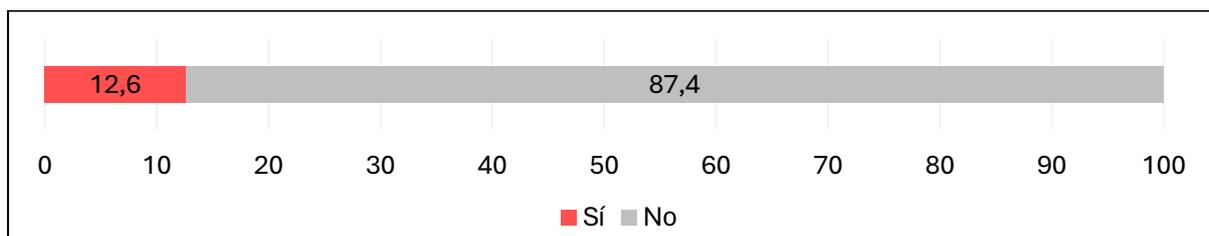


Figura 12.

Resultado al realizar una acción ante un abuso a sus derechos en el último año (en %, $n = 15$)

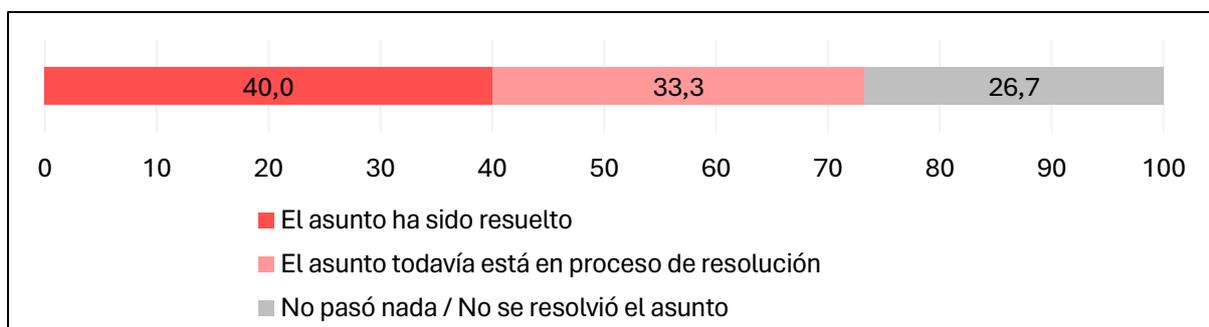
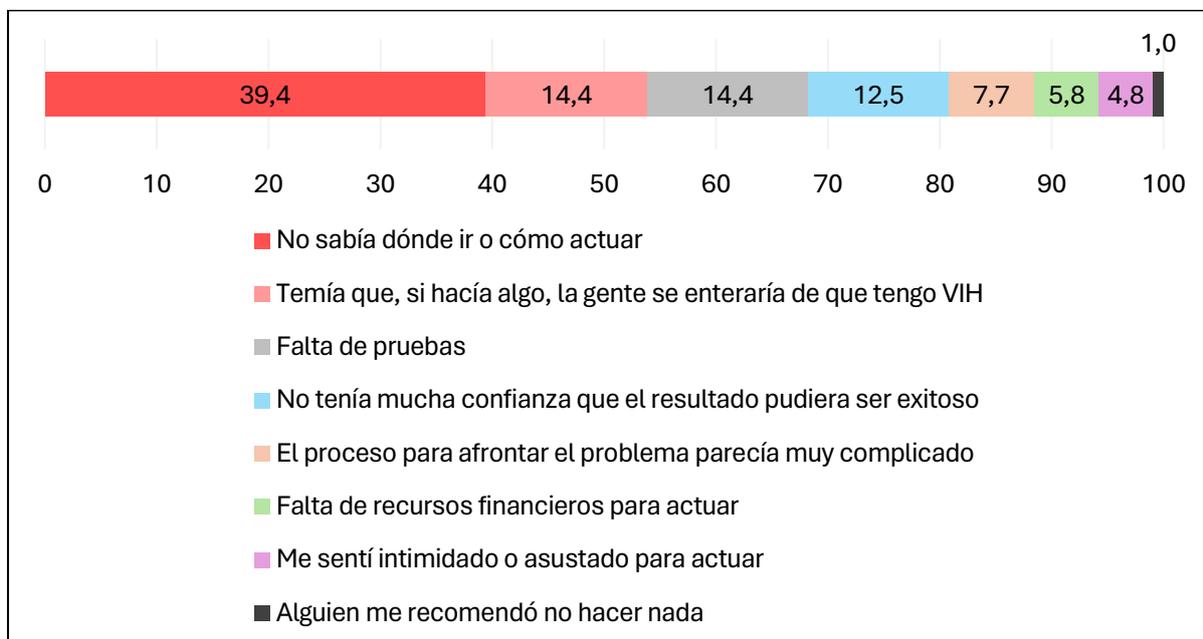


Figura 13.

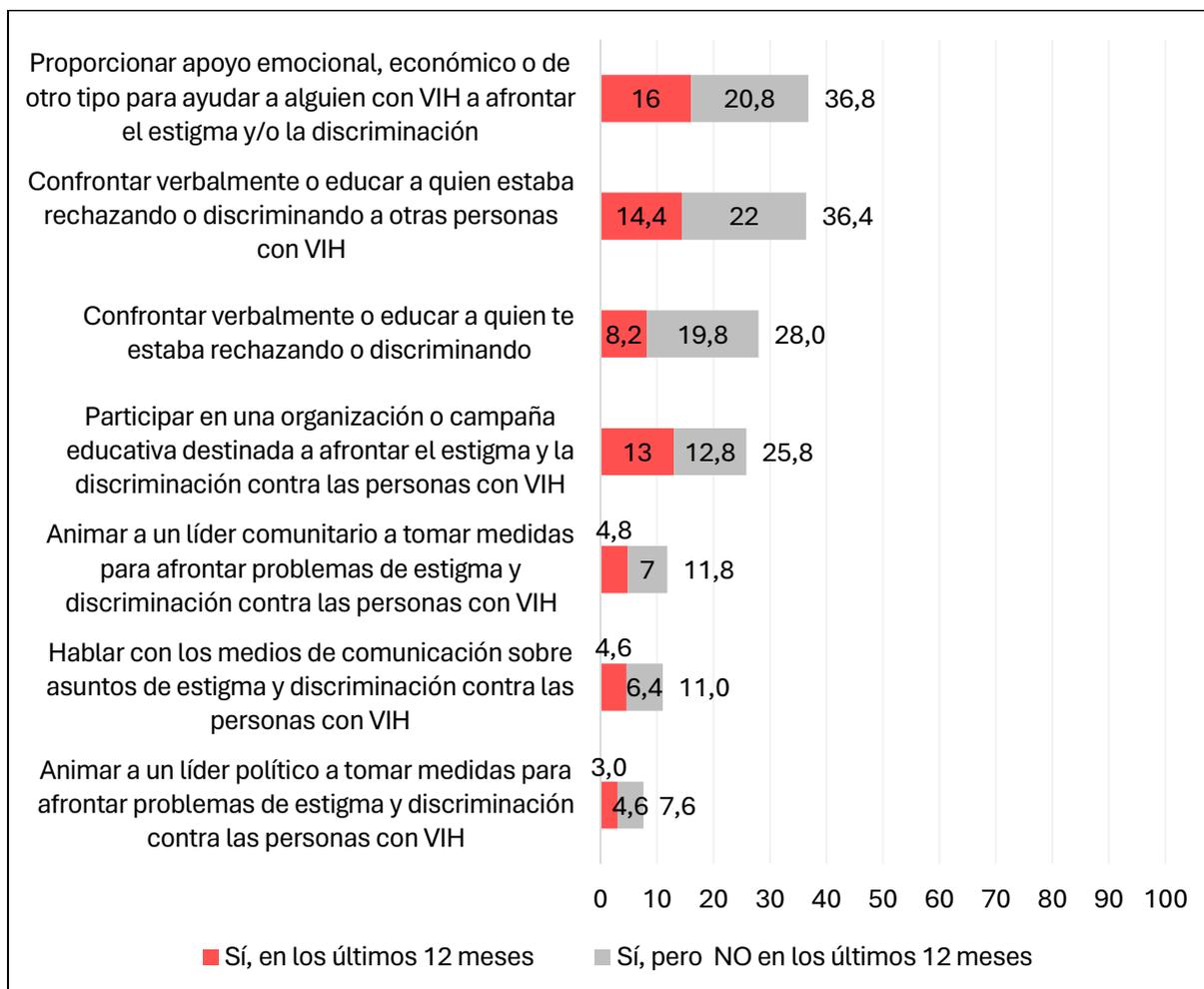
Motivos por los que las PVIH no intentaron hacer algo tras una situación de abuso a sus derechos en el último año (en %, $n = 104$)



De forma general, se le preguntó al conjunto de la muestra por otro tipo de acciones realizadas tras vivir experiencias marcadas por el estigma asociado al VIH (Figura 14). En algún momento de sus vidas, dos tercios de las PVIH en España proporcionaron apoyo de algún tipo (emocional, económico, u otro) para ayudar a alguien con el VIH a afrontar el estigma o la discriminación. Una fracción importante también confrontó verbalmente o educó a quien estaba rechazando o discriminando, bien fuera a otras PVIH o a sí misma. Entre las acciones adicionales, las PVIH en España participaron en campañas educativas o en los medios de comunicación y realizaron acciones de incidencia ante líderes políticos y comunitarios.

Figura 14.

Acciones realizadas por las PVIH en España tras vivencias afectadas por el estigma asociado al VIH (en %)



Variables relacionadas con la experiencia de tener el VIH

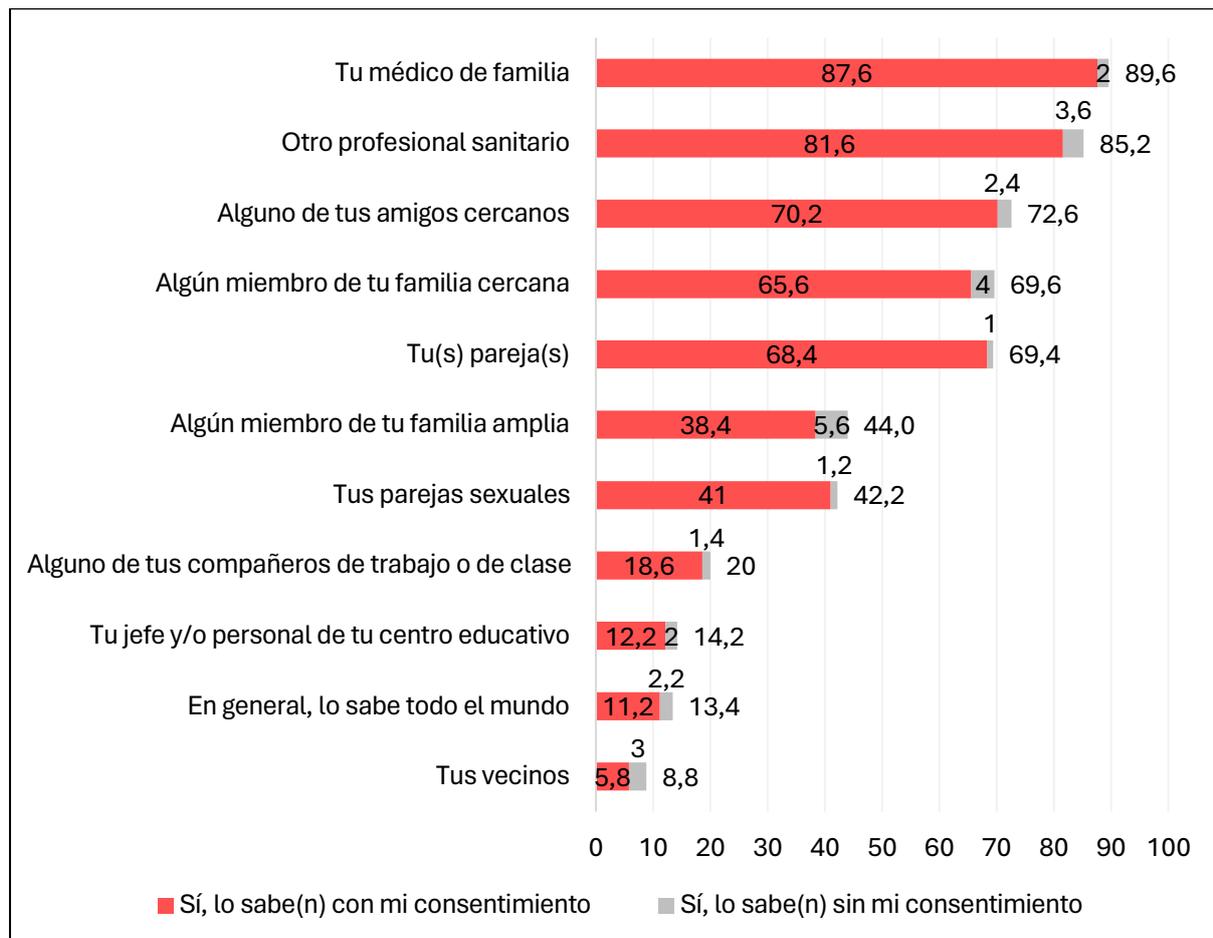
Visibilizar la condición serológica

Personas que conocen la condición serológica de las PVIH. Se preguntó a las PVIH por quiénes saben que tienen el VIH y se les pidió información sobre si lo saben bajo su consentimiento o sin él (Figura 15). Más allá de los profesionales sanitarios, que ocuparon las primeras posiciones, a quienes contaron con mayor frecuencia y de forma voluntaria que tienen el VIH fue a amigos cercanos, a parejas y a algún miembro cercano de la familia. Quienes lo supieron

sin su consentimiento en mayor medida fueron familiares y algún profesional sanitario. Por otro lado, una de cada 10 PVIH en España indicó que cuenta de forma voluntaria y abierta que tiene el VIH. Considerando los ítems en conjunto (y exceptuando a los sanitarios), un 93,4% de las PVIH le contó a alguna persona que lo tiene.

Figura 15.

Personas que saben que tienes el VIH, con o sin tu consentimiento (en %)

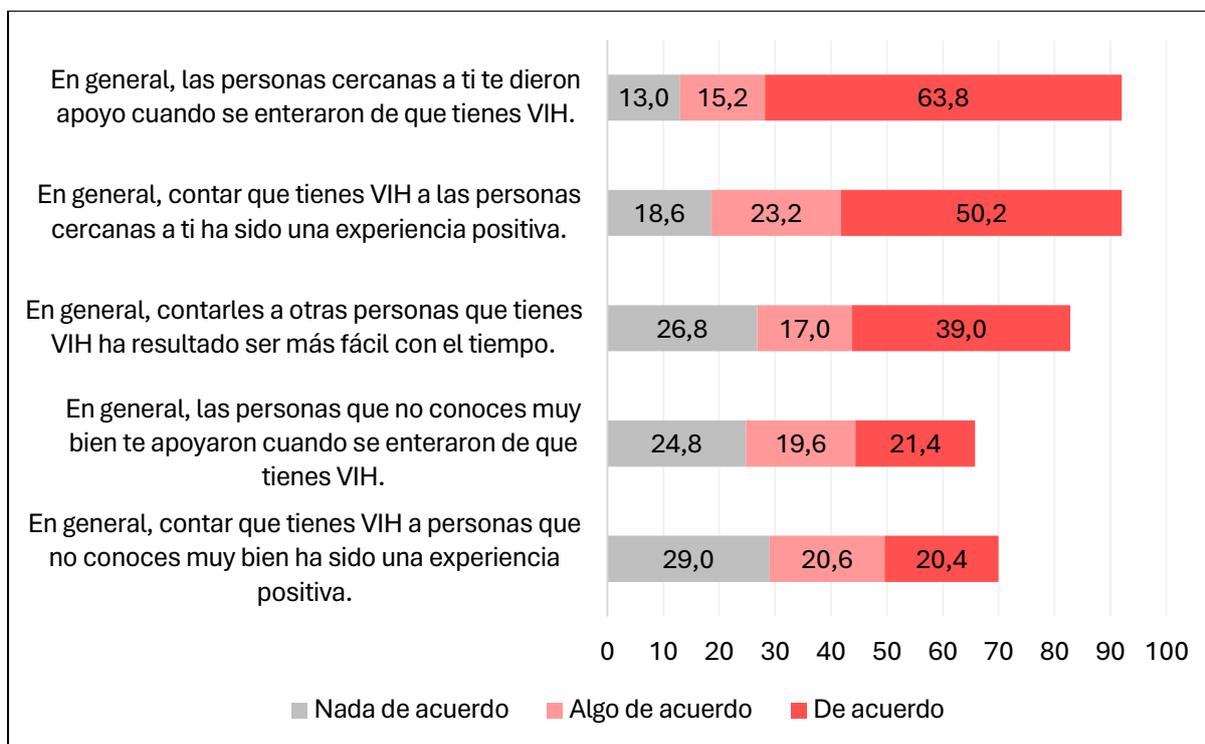


Experiencias al visibilizar la condición serológica. También se les preguntó por las diferentes experiencias al contar que tienen el VIH a personas cercanas y no tan cercanas (Figura 16). La mayoría de las PVIH estuvo algo de acuerdo o de acuerdo con que las personas cercanas les habían apoyado cuando se enteraron de que tienen el VIH y con que esta había sido una experiencia positiva. En el lado opuesto, casi el 30% de las PVIH en España estuvieron en desacuerdo con que contar que tienen el VIH a personas que no conocen muy bien sea una

experiencia positiva, y una de cada cuatro personas indicó que estas personas no les dieron apoyo cuando lo supieron.

Figura 16.

Grado de acuerdo de las PVIH con diferentes experiencias al contar que tienen VIH (en %)



Visibilizar la condición serológica en atención sanitaria no específica y confidencialidad percibida del diagnóstico en los registros clínicos. Se les preguntó a las PVIH si cuentan que tienen el VIH cuando acuden a un centro de atención sanitaria no específica para el VIH. En términos generales, la mitad indicó que sí y la otra mitad se dividió entre quienes lo contaban en algunas ocasiones y quienes decidían no contarlo (Figura 17). También se les preguntó sobre la confidencialidad percibida del diagnóstico de VIH en los registros clínicos: seis de cada 10 PVIH en España indicaron que estaban seguras de que su historial médico es confidencial; tres de cada 10, que no lo sabían seguro; y una de cada 10, que estaba segura de que su historial médico no es confidencial (Figura 18).

Figura 17.

PVIH en España que cuentan que tienen el VIH cuando van a un centro sanitario no específico para el VIH (en %)

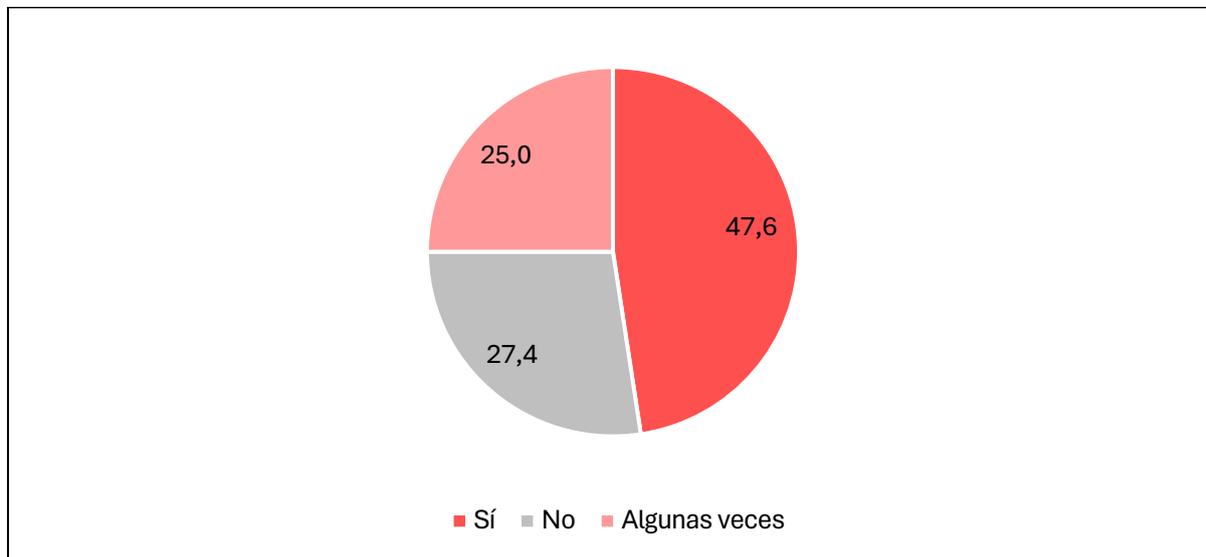
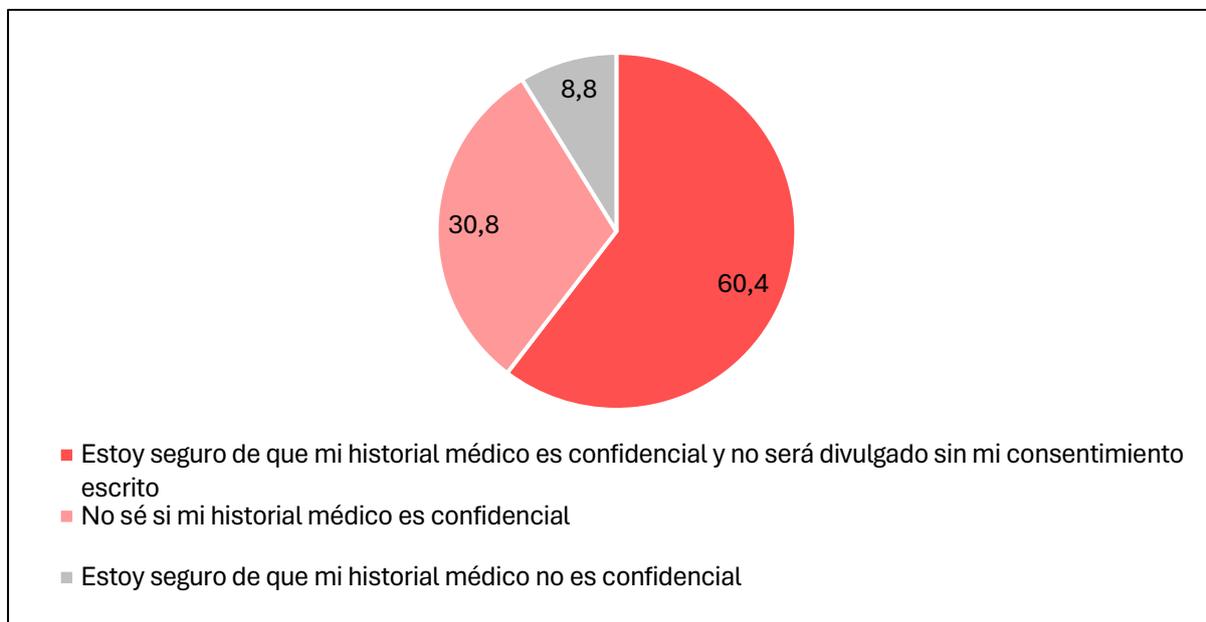


Figura 18.

Confidencialidad percibida del diagnóstico de VIH en los registros clínicos (en %)



Hacerse la prueba del VIH

Voluntariedad de hacerse la prueba del VIH, razón para hacérsela, tiempo hasta hacérsela y miedo a las reacciones del entorno. Se preguntó a las PVIH si fue su decisión hacerse la prueba del VIH. Siete de cada 10 PVIH indicaron que, efectivamente, fue su decisión, mientras que casi dos de cada 10 afirmaron que les hicieron la prueba sin su consentimiento y lo supieron más tarde. Un 6% indicó que lo hizo al sentirse presionado por otras personas (Figura 19). A las PVIH que indicaron que se hicieron la prueba por decisión propia, bien voluntariamente o bajo presión de otros, se les preguntó por el motivo para hacérsela. Más de un 35% indicó que creía haber estado en una situación de riesgo de contraer el VIH, mientras que casi tres de cada 10 se hicieron la prueba del VIH tras la recomendación de un profesional sanitario o comunitario. Otros motivos fueron la voluntad de saber y un mal estado de salud (Figura 20). Asimismo, a estas personas se les preguntó también cuánto tiempo transcurrió desde que pensaron en hacerse la prueba hasta que finalmente lo hicieron y si el miedo a las reacciones del entorno les hizo dudar. La mayoría de las PVIH en España tardó seis meses o menos (Figura 21), y un cuarto de ellas dudaron de si hacérsela por miedo a las reacciones del entorno (Figura 22).

Figura 19.

Voluntariedad de hacerse la prueba del VIH en PVIH en España (en %)

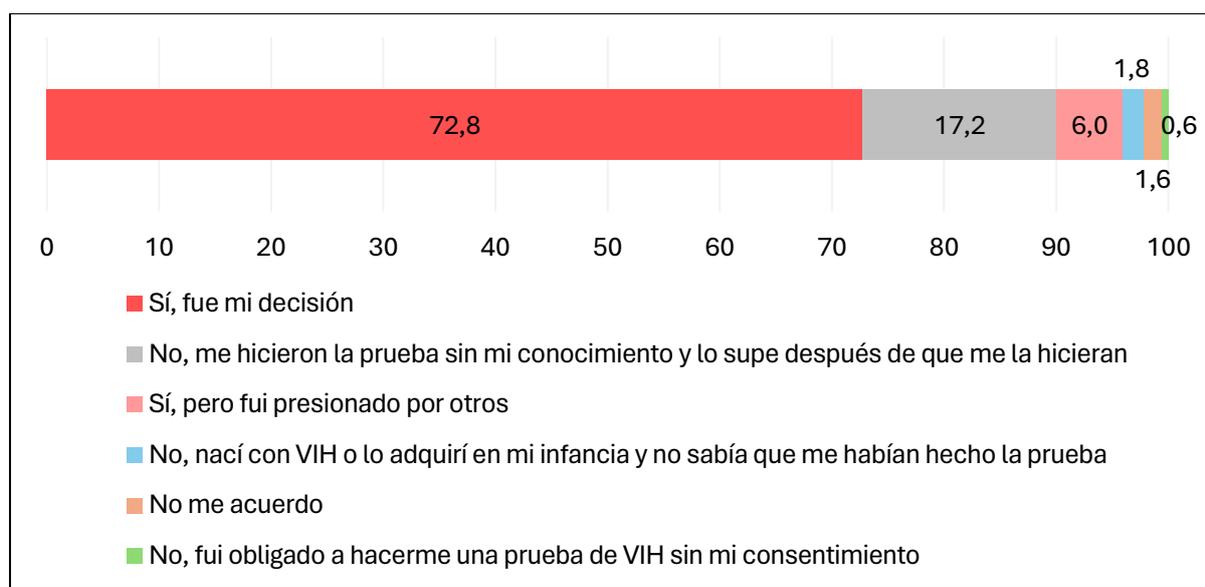
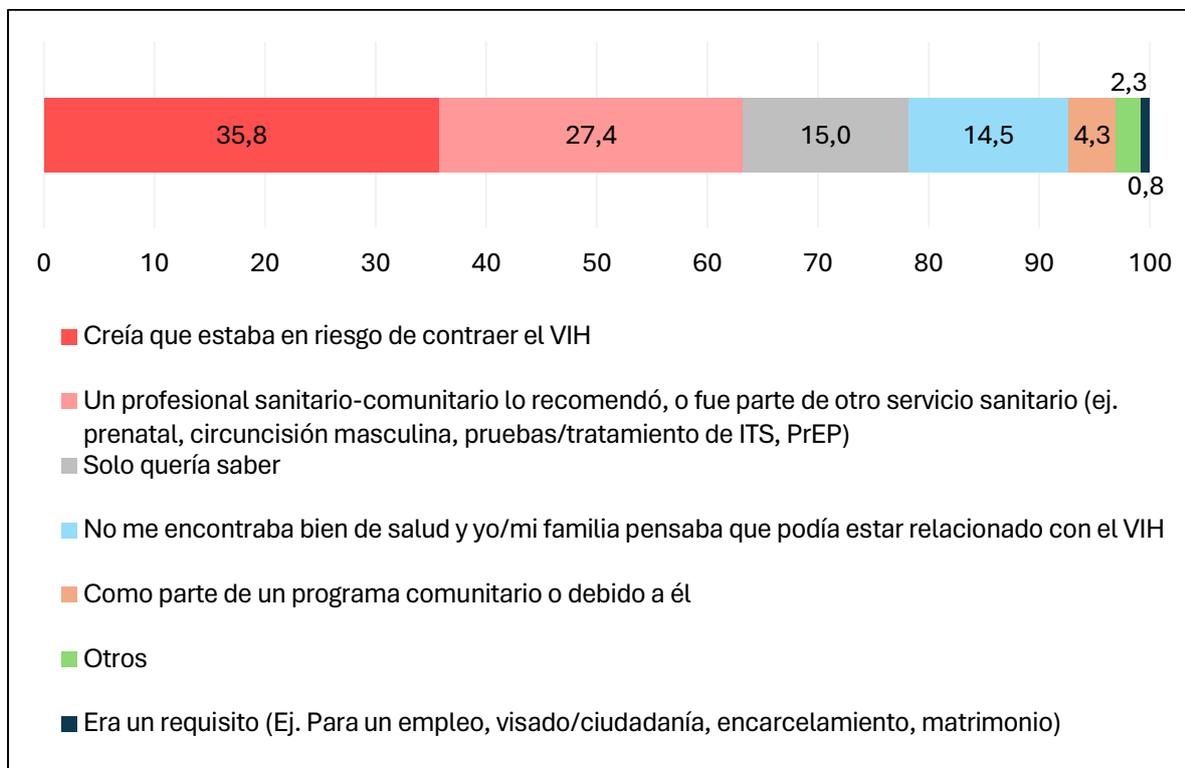


Figura 20.

Motivo para hacerse la prueba del VIH (en %, $n = 394$)



Nota: Esta pregunta y las siguientes (Figuras 21 y 22) se mostraron únicamente a quienes respondieron que se hicieron la prueba del VIH por decisión propia, voluntariamente o bajo presión de otros ($n = 394$).

Figura 21.

Tiempo transcurrido hasta hacerse la prueba del VIH (en %, $n = 394$)

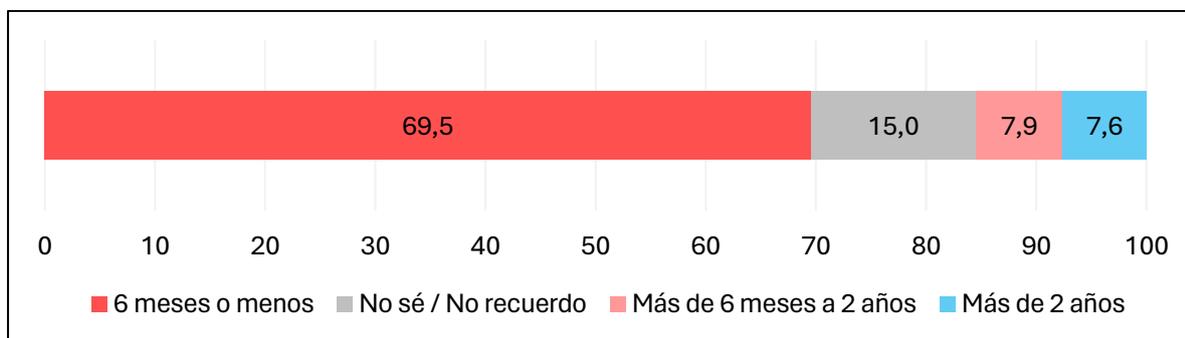
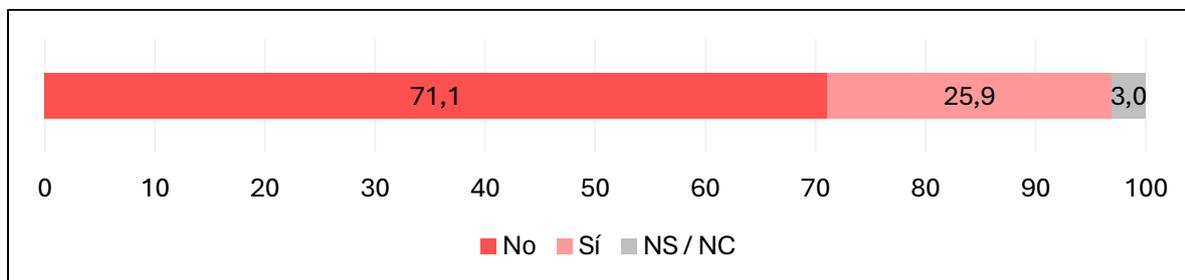


Figura 22.

Duda sobre hacerse la prueba del VIH por miedo a la reacción del entorno (en %, $n = 394$)



Tratamiento para el VIH

Aspectos que hicieron dudar, retrasar o evitar la atención del VIH. A las personas que no nacieron con el VIH, se le preguntó por los aspectos que les interfirieron para atender o tratar el VIH. Casi la mitad indicaron que les preocupaba que personas diferentes de familiares o amigos conocieran su estado serológico y que no estaban preparadas para afrontar que tenía el VIH (Figura 23).

Figura 23.

Aspectos que hicieron dudar, retrasar o evitar la atención del VIH (en %, $n = 491$)



Nota: Esta pregunta y las siguientes (Figura 24 y 25) se mostraron únicamente a quienes no nacieron con el VIH ($n = 491$).

Tiempo hasta iniciar el tratamiento y decisión de iniciarlo. A las personas que no nacieron con el VIH, también se les preguntó por cuánto tardaron en iniciar el tratamiento tras su diagnóstico y si fue su decisión iniciarlo. Más de la mitad de las PVIH en España iniciaron el tratamiento en el primer mes, mientras que dos de cada 10 lo hicieron más de dos años después de ser diagnosticadas (Figura 24). Sobre los motivos para iniciarlo, un 5% se sintió presionado u obligado por el personal sanitario (Figura 25).

Figura 24.

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del VIH y el inicio del tratamiento (en %, $n = 491$)

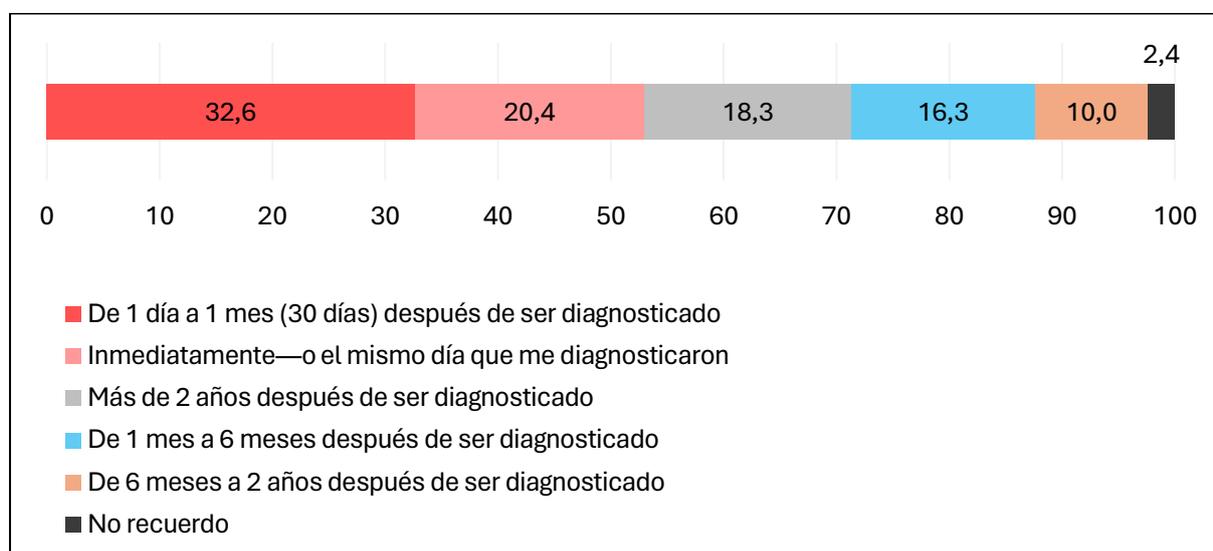
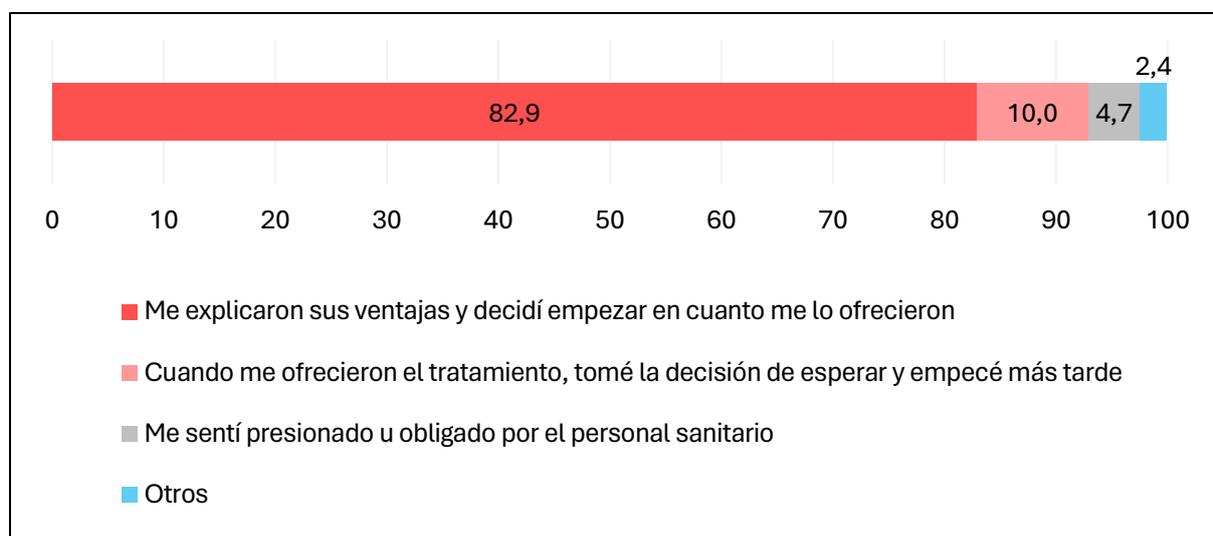


Figura 25.

Decisión de iniciar el tratamiento para el VIH (en %, $n = 491$)



Actualmente en tratamiento, adherencia y estado de la carga viral. Al conjunto de la muestra se le preguntó si actualmente estaba tomando el tratamiento para el VIH. Prácticamente todos los participantes, un 98,4%, indicaron que estaban en tratamiento (Figura 26); las ocho personas que indicaron que no lo estaban tomando lo hicieron por motivos de diversa índole, como no tolerar los efectos secundarios de los medicamentos (Figura 27). También se preguntó a los participantes si el miedo a que alguien se enterara de que tienen el VIH les había hecho dejar de tomar alguna dosis de su tratamiento; casi una de cada 10 PVIH dijo que esta situación les había sucedido en el último año (Figura 28). Por último, sobre el estado de la carga viral de la muestra, casi el 95% tuvo una carga viral indetectable en el último año, mientras que alrededor del 3% indicó que el virus era detectable en sus últimas analíticas (Figura 29).

Figura 26.

Actualmente tomando el tratamiento para el VIH (en %)

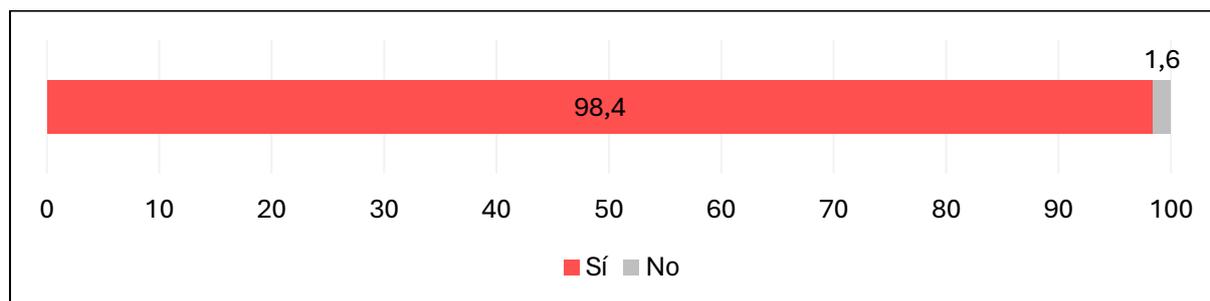
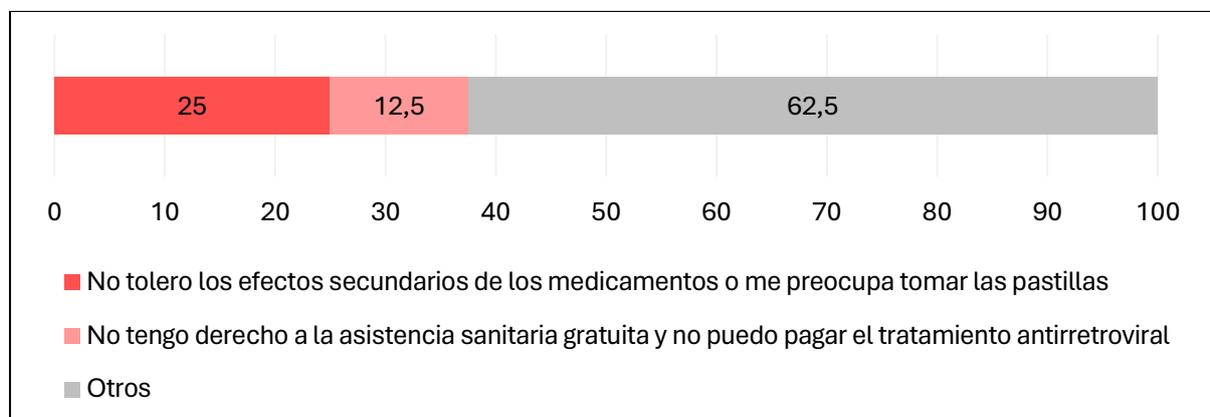


Figura 27.

Motivos para no estar tomando el tratamiento para el VIH actualmente (en %, $n = 8$)



Nota: Esta pregunta se mostró a quienes no están tomando tratamiento para el VIH actualmente ($n = 8$).

Figura 28.

Dejar de tomar alguna dosis de tratamiento en el último año por miedo a que alguien se entere de que tienes el VIH (en %)

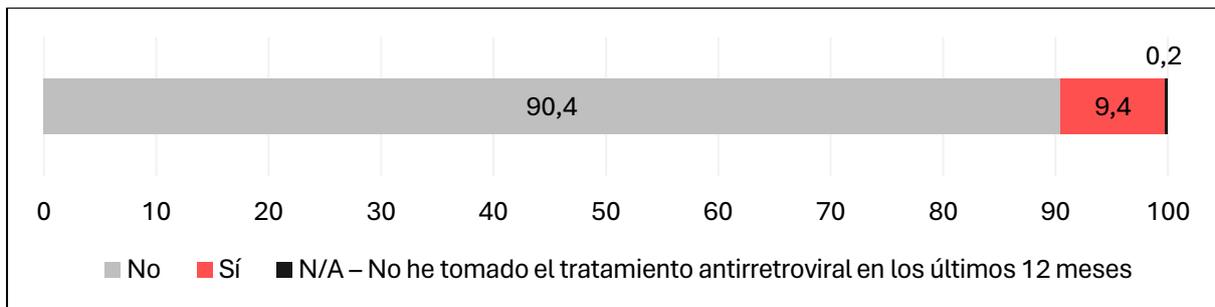
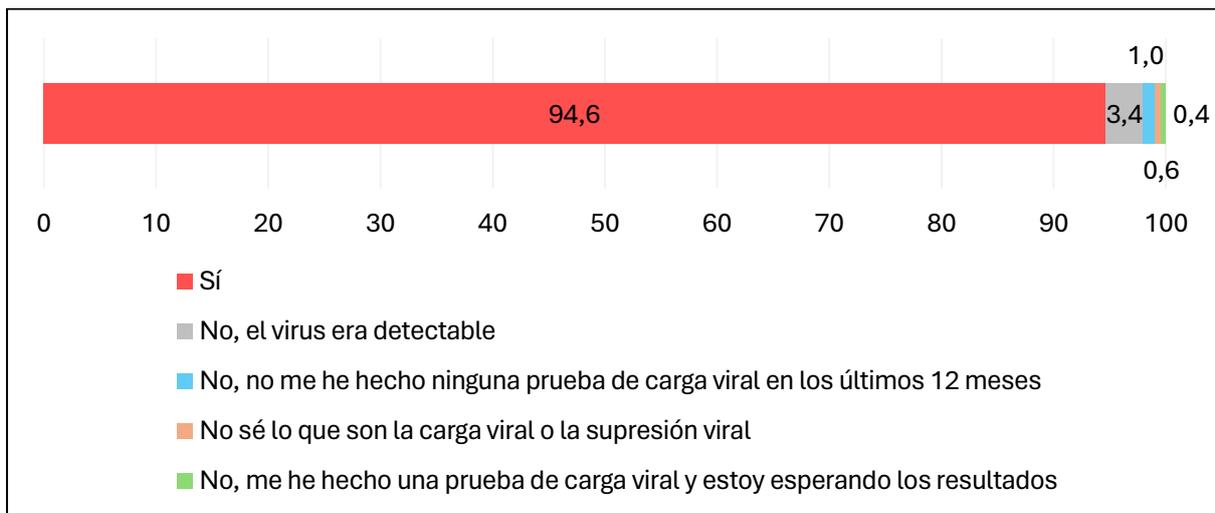


Figura 29.

Carga viral indetectable en el último año (en %)



Calidad de vida relacionada con la salud y otras variables de salud psicológica

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Se calcularon las puntuaciones para las diferentes dimensiones del WHOQOL-HIV-BREF para los participantes en el estudio. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación en cada dimensión podía llegar hasta 20, las puntuaciones medias oscilaron entre los 14,5 y los 15,5 puntos (Figura 30). Las dimensiones con mejores puntuaciones fueron la salud del ambiente

y la física. En el extremo opuesto, se encontraron las dimensiones más afectadas: la salud psicológica y la dimensión de espiritualidad, religión y creencias personales, que recoge las preocupaciones existenciales más directamente relacionadas con el VIH.

Con respecto a los resultados del instrumento genérico de la CVRS, el EQ-5D-5L, se observó que los aspectos en que más problemas tuvieron las PVIH en España fueron la ansiedad y la depresión, siendo que alrededor del 30% tenía problemas moderados, graves o muy graves, y el dolor y el malestar, donde alrededor del 20% tenía problemas de dicha magnitud (Figura 31). El EQ-5D-5L tiene también una escala analógica visual en que se pregunta por la percepción del propio estado de salud. En una escala de 0 a 100, la puntuación media de las PVIH en España fue de $76,0 \pm 18,9$ puntos (Figura 32).

Figura 30.

Puntuaciones en las dimensiones de calidad de vida medidas por el WHOQOL-HIV-BREF (en $M \pm DT$)

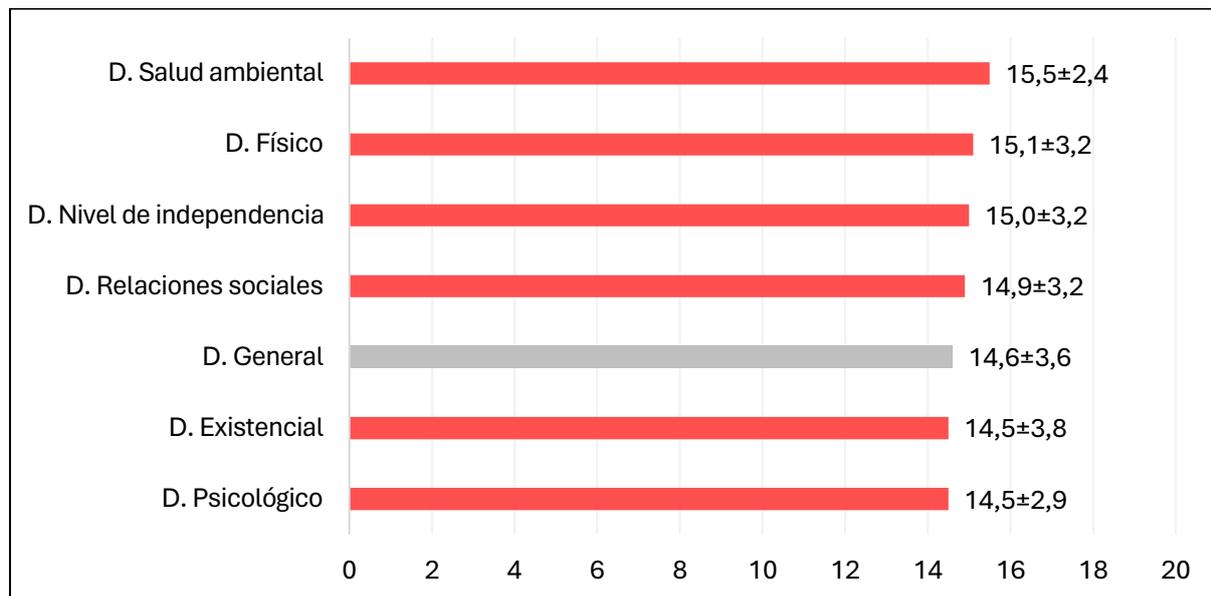


Figura 31.

Respuestas a los cinco ítems de calidad de vida del EQ-5D-5L (en %)

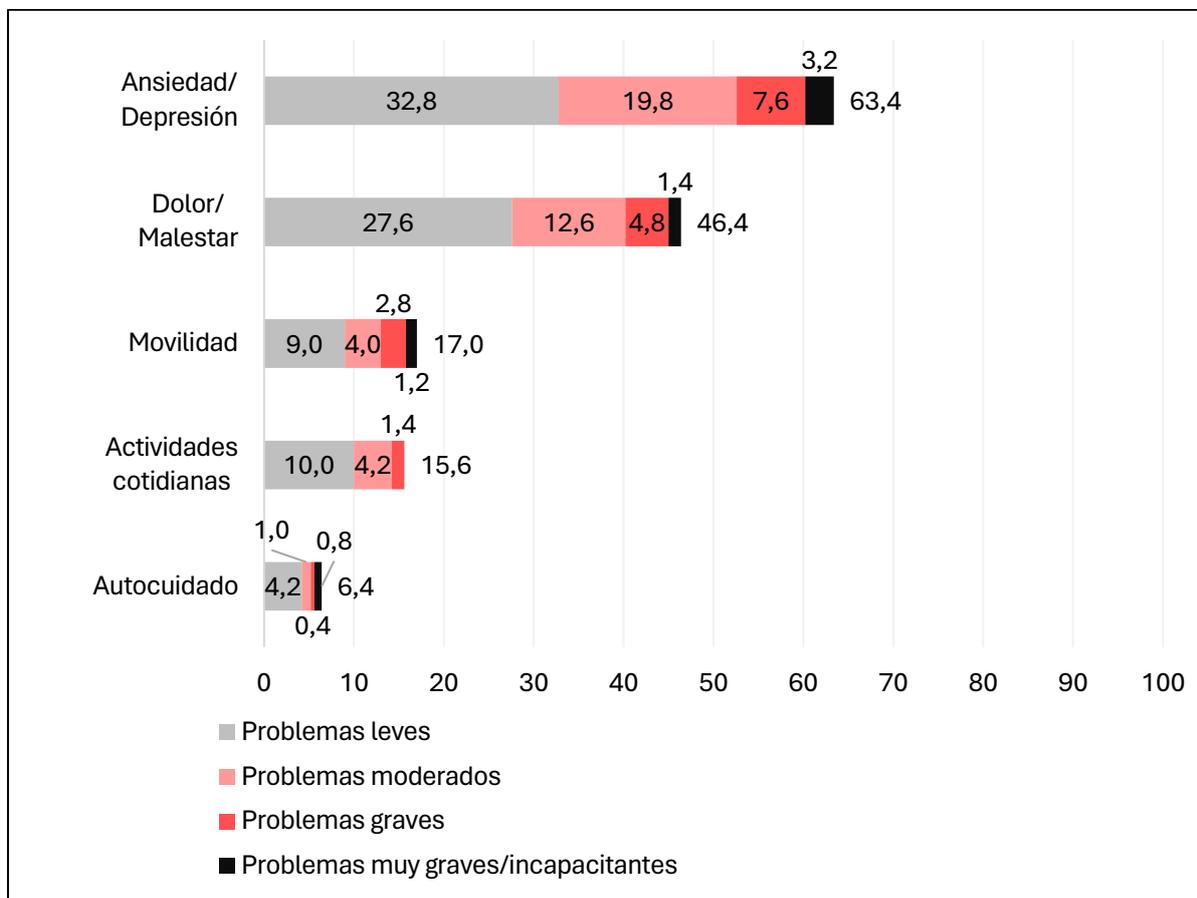
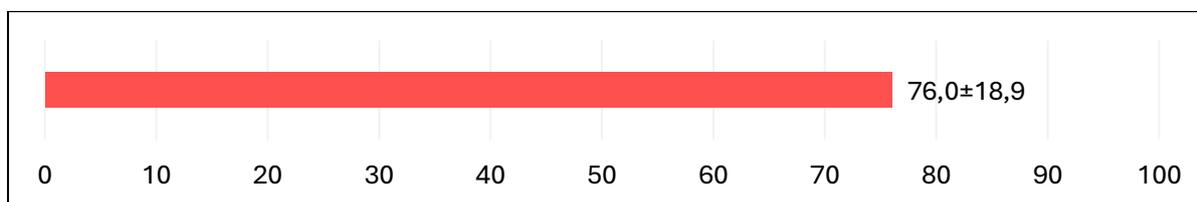


Figura 32.

Percepción del propio estado de salud ($M \pm DT$)



Nota: En una escala de 0 a 100, donde 0 es el peor estado de salud imaginable y 100, el mejor.

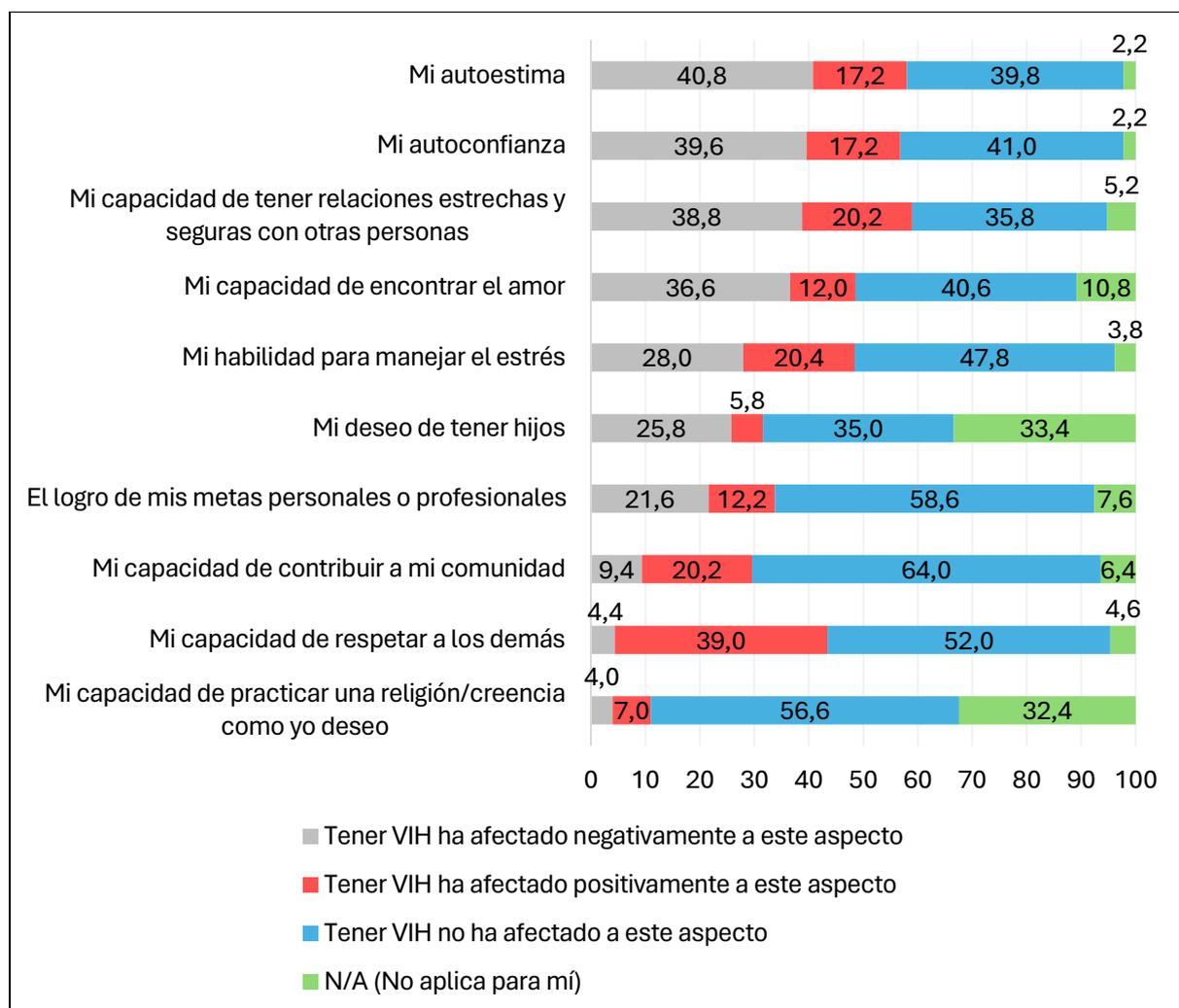
Salud psicológica

Impacto de tener VIH en áreas relevantes de la persona. El Índice de Estigma contiene una sección en que se preguntó a las PVIH por si el VIH había afectado positivamente,

negativamente o no había afectado a diferentes aspectos relevantes de su bienestar psicológico en el último año. Los aspectos más negativamente afectados fueron la autoestima, la autoconfianza, la capacidad de tener relaciones estrechas y seguras con otras personas, y la capacidad de encontrar el amor. En el extremo opuesto, las PVIH indicaron que el VIH afectó positivamente a su capacidad de respetar a los demás y a su habilidad para manejar el estrés. Los aspectos menos afectados por el VIH fueron la capacidad de practicar una religión o creencia y el logro de las metas personales o profesionales (Figura 33).

Figura 33.

Impacto de tener VIH en áreas relevantes de la persona en el último año (en %)

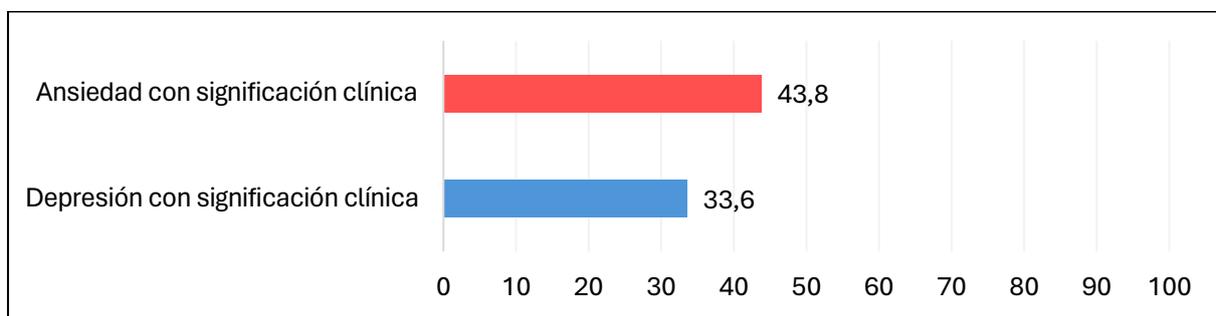


Ansiedad y depresión. Tras calcular las puntuaciones en las dos subescalas del PHQ-4, que miden depresión (PHQ-2) y ansiedad (GAD-2) respectivamente, se halló que el 43,8%

superaba el punto de corte para ansiedad con significación clínica y que el 33,6%, para depresión con significación clínica (Figura 34). Considerando los datos en conjunto, se halló que el 49,8% de las PVIH no alcanzó el punto de corte para ansiedad ni depresión con significación clínica en las últimas dos semanas. Del 50,2% restante, el 27,2% superó el punto de corte en ambos trastornos, el 16,6%, solo en ansiedad y el 6,4%, solo en depresión.

Figura 34.

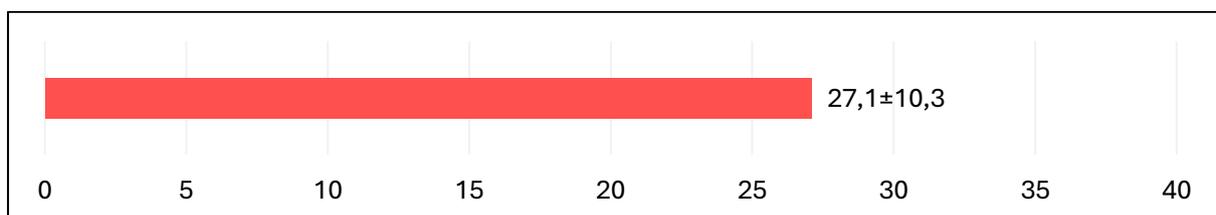
Ansiedad o depresión con significación clínica en las PVIH en las últimas dos semanas según puntos de corte del PHQ-4 (en %)



Resiliencia. Las PVIH mostraron unos elevados niveles de resiliencia. El sumatorio de los ítems de resiliencia dio una puntuación media de $27,1 \pm 10,3$ puntos, en una escala que va de 0 a 40 (Figura 35).

Figura 35.

Resiliencia en las PVIH en España ($M \pm DT$)



Nota: En una escala de 0 a 40.

RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Este informe describe las diversas manifestaciones de estigma que experimentan las PVIH en España. A continuación, se resumen los principales hallazgos del estudio y se comparten algunas propuestas de intervención alineadas con los resultados del estudio y con las líneas de acción de los organismos internacionales.

Resumen de Resultados

Prevalencia de las experiencias de estigma

- *Experiencia de estigma general.* Un 63,2% de las PVIH en España experimentó alguna forma de discriminación a lo largo de su vida con el VIH y un 26,0%, en los últimos 12 meses. Las experiencias más frecuentes fueron el rechazo por parte de una pareja sexual y el hecho de recibir comentarios discriminatorios.
- *Experiencia de estigma en el ámbito sanitario en servicios no específicos para el VIH.* Un 39,3% de las PVIH experimentó alguna situación de estigma o discriminación en los contextos sanitarios no específicos para el VIH en el último año, siendo las experiencias más frecuentes la inclusión del VIH en los informes médicos sin tener que ver con la atención prestada y la evitación del contacto físico.
- *Experiencia de estigma en el ámbito sanitario en servicios específicos para el VIH.* Un 20,2% de las PVIH experimentó alguna situación de estigma o discriminación en los contextos sanitarios específicos de atención al VIH en el último año, siendo las experiencias más frecuentes la evitación del contacto físico o la recomendación de no tener relaciones sexuales.
- *Experiencia de estigma institucional.* Un 15,7% de las PVIH experimentó alguna situación de estigma o discriminación institucional en algún momento de sus vidas, siendo que el 3,4% la vivió en el último año. La experiencia más frecuente fue la obligación de hacerse la prueba del VIH o de comunicar que lo tienen para poder obtener un seguro médico.

Prevalencia de las manifestaciones de autoestigma

- ***Estigma internalizado.*** Un 95,0% de las PVIH tuvo, en mayor o menor medida, alguna creencia de estigma internalizado, resultándoles difícil contar que tienen el VIH, ocultándolo a la gente o angustiándoles la posibilidad de transmitir el VIH.
- ***Estigma anticipado.*** Un 76,0% de las PVIH anticipó posibles experiencias de rechazo o discriminación en sus vidas, siendo que un 38,8% lo hizo en el último año. Las preocupaciones más frecuentes fueron la posibilidad de rechazo por parte de una pareja sexual y la posibilidad de perder su puesto de trabajo o que el VIH fuera un impedimento para encontrarlo.
- ***Autoexclusión.*** Un 35,0% de las PVIH dejó de hacer alguna actividad relevante en el último año a causa de tener el VIH. Las situaciones más evitadas fueron la de tener relaciones sexuales o sentimentales y la de relacionarse con familiares y/o amigos.

Prevalencia del estigma por asociación

- Un 17,2% de las PVIH indicó que alguien de su entorno había sufrido, en algún momento de sus vidas, alguna experiencia de discriminación por ellas tener el VIH, siendo que el 5,6% de su entorno lo había vivido en el último año.

Conocimiento de leyes de protección y acciones frente a la discriminación

- Un 48,0% de las PVIH en España desconocía la existencia de leyes de protección frente a situaciones de discriminación. Un 12,6% de las PVIH hizo algo en el último año tras una experiencia de discriminación. Entre quienes no hicieron nada, el motivo más frecuente fue el desconocimiento de cómo actuar.

Visibilidad del diagnóstico de VIH

- Un 93,4% de las PVIH contó a alguien que tiene el VIH, siendo los amigos cercanos, las parejas y los familiares cercanos a quienes más lo contaron (exceptuando los profesionales sanitarios), y solo el 11,2% lo contaba a todo el mundo.

Tratamiento y carga viral actual

- Un 98,4% de las PVIH indicó estar tomando el tratamiento antirretroviral y al menos un 94,6% tenía una carga viral indetectable en el último año.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y salud psicológica

- Las dimensiones más afectadas de la CVRS fueron la Salud Psicológica y la Espiritualidad, Religión y Creencias Personales (que recoge las preocupaciones existenciales relacionadas con el VIH). Además, mediante un cuestionario de cribado de ansiedad y depresión, validado y con puntos de corte (PHQ-4), se halló que un 50,2% de las PVIH superó el punto de corte para considerar ansiedad y/o depresión clínicas en las últimas dos semanas.

Conclusiones

Los hallazgos de este informe pueden y deben utilizarse para hacer incidencia política y para iniciar o continuar líneas de acción para frenar el impacto del estigma en la calidad de vida de las PVIH en España.

Sobre los datos presentados en este informe, se propone:

- Llevar a cabo intervenciones sobre las manifestaciones de autoestigma en las PVIH. En este sentido, se proponen dos rutas: primero, la reestructuración de creencias para reducir la internalización del estigma, y, segundo, la intervención sobre la elevada anticipación de posibles situaciones de discriminación, con su potencial prevención de la autoexclusión en actividades relevantes para la persona.
- Intervenir sobre el nivel de conocimiento de leyes y recursos de protección frente a situaciones de discriminación, a fin de aumentar la agencia de las PVIH sobre sus vivencias.
- Intervenir sobre la vivencia de la sexualidad de las PVIH en España. Al observar las manifestaciones de estigma en su conjunto, el aspecto más afectado en las PVIH fue la sexualidad (p. ej., en el estigma anticipado, en la autoexclusión, en la experiencia de estigma, etc.).

- Reflexionar e intervenir sobre los obstáculos para la recepción e integración del hito de que indetectable es igual a intransmisible ($I = I$) por parte de las PVIH en España. Pese a que al menos el 94,6% de las PVIH tenía una carga viral indetectable en el último año (lo que significa que no tienen posibilidad de transmitir el VIH a través de relaciones sexuales), a dos tercios de las PVIH participantes en el estudio les preocupaba algo, bastante o mucho la posibilidad de transmitir el VIH. Esto sugiere que el hito $I = I$ no está teniendo el impacto esperado en las PVIH en España.
- Intervenir sobre la calidad de vida y la salud psicológica de las PVIH en España, pues los datos de salud mental son preocupantes.
- Llevar a cabo intervenciones psicoeducativas dirigidas al personal sanitario para reestructurar falsas creencias sobre el VIH y así eliminar actitudes prejuiciosas y comportamientos discriminatorios.

Por otro lado, con respecto a intervenciones a nivel macro, en la reciente declaración política realizada en el marco de la presidencia española de la Unión Europea, se establecieron acciones urgentes para hacer frente al estigma y la discriminación por el VIH. En resumen, se debe trabajar en: el liderazgo político, el seguimiento correcto de los objetivos en materia de VIH, la mejora de la protección jurídica, la garantía de la igualdad de acceso a una atención sanitaria integrada, los modelos de atención sanitaria centrados en las personas, el abordaje del estigma y de la discriminación en los servicios públicos y en la atención sanitaria, el aumento de los servicios dirigidos por la comunidad, y la mejora de la educación sobre el VIH, la sexualidad y el estigma (27). Además, como el estigma y la discriminación operan a todos los niveles, se necesitan intervenciones a todos los niveles: estrategias a nivel interpersonal, como terapia o autoayuda; a nivel interpersonal, como estrategias dirigidas a familias y comunidades; a nivel institucional, como políticas y programas de formación; a nivel comunitario, como promoción de la divulgación, la educación y la defensa; y a nivel estructural, mediante intervenciones jurídicas y políticas con un enfoque basado en los derechos.

Asimismo, aunque la discriminación en el ámbito sanitario no es excesivamente prevalente, la existente hay que eliminarla si se quiere garantizar la salud a largo plazo y alcanzar los objetivos de UNAIDS para 2030. Para hacer frente a la discriminación en los entornos

sanitarios, ONUSIDA propone una serie de intervenciones eficaces a varios niveles (28). Además, existe un consenso internacional sobre la necesidad de disponer de datos anuales sobre la CVRS y el estigma en la asistencia sanitaria. Por otra parte, el consenso subraya la utilidad de las intervenciones entre iguales en el ámbito hospitalario (29). Finalmente, la evidencia existente sobre la reducción del estigma concluye que es esencial aplicar las intervenciones que han demostrado ser eficaces para reducir el estigma y la discriminación a diferentes niveles, incluidos los entornos sanitarios, pero también promover la resiliencia de las PVIH y sus habilidades para hacer frente al estigma relacionado con el VIH (29–33).

Limitaciones

Una de las principales limitaciones del presente informe es la inclusión única de análisis de tipo descriptivo. Es decir, no se incluyen las comparaciones de las variables principales de estigma en función de características sociodemográficas relevantes de las personas. Tampoco se incluyen las relaciones entre las diferentes variables objeto de estudio, lo cual dificulta el establecimiento de una secuencia de acción para las intervenciones en las manifestaciones del estigma, a fin de hacerlas más efectivas en la reducción del impacto negativo sobre la calidad de vida de la salud y sobre la salud psicológica de las PVIH. Tampoco se incluye el estudio de la interseccionalidad de estigmas para comprender las particularidades en la vivencia del VIH cuando existen combinaciones de características diferentes (p. ej., género, identidad de género, orientación sexual, privación material, etc.).

Asimismo, el estudio tiene las limitaciones asociadas a que la recogida de datos se haga de forma transversal, lo cual limita la posibilidad de establecer relaciones de causalidad en futuros análisis.

Otras limitaciones se encuentran en la muestra de estudio. Por un lado, no participaron todas las CCAA del territorio español y, por otro lado, algunos de los perfiles de personas participantes no se ajustaron totalmente a los datos epidemiológicos disponibles (p. ej., el número de mujeres participantes es mayor en el estudio que en los informes epidemiológicos). No obstante, este último aspecto tuvo una finalidad, que fue disponer de datos sobre diferentes perfiles, a fin de poder llevar a cabo análisis en el futuro que permitan conocer las particularidades en la vivencia de tener el VIH en poblaciones específicas.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas con el VIH participantes que nos contaron sus historias. Al Ministerio de Sanidad, por su apoyo. Al personal responsable del *The People Living With HIV Stigma Index*, por cedernos el instrumento principal de este estudio. A todos los profesionales, entidades y hospitales que participaron en el estudio.

ACAVIH	Fundació Lluita	H. Gregorio Marañón
ACCAS	Gais Positius	H. Infanta Leonor
Acción Triángulo	gTt	H. Manacor
Adhara	H. Álvaro Cunqueiro	H. Puerto Real de Cádiz
AGAVIH	H. Basurto	H. Ramón y Cajal
ALAS Baleares	H. Can Misses-Ibiza	H. San Pedro
Apoyo Positivo	H. Clínic de Barcelona	H. Son Espases
Bizkaisida	H. Clínic Universitari de València	H. Son Llàtzer
CALCSICOVA	H. Comarcal de Inca	H. Universitario Virgen del Rocío
Clínica Legal de la Universidad de Alcalá	H. de la Vega Baja	H. Vall d'Hebron
Comisión Antisida de La Rioja	H. Germans Trias i Pujol	SESIDA

REFERENCIAS

1. UNAIDS. UNAIDS Data 2021 [Internet]. 2021 [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf
2. Unidad de vigilancia de VIH ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida [Internet]. Madrid; 2023 nov [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023.pdf
3. Observatorio Derechos Humanos Red VIH. Informe 2012: Asesoría Jurídica en VIH [Internet]. 2012 [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://observatoriorredvih.files.wordpress.com/2013/04/informe2012.pdf>
4. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Los perfiles de la discriminación en España: Análisis de la Encuesta CIS-3.000. Percepción de la discriminación en España [Internet]. 2014 [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadTrato/docs/Publicaciones/Perfiles_discriminacion.pdf
5. Fuster-RuizdeApodaca MJ, Molero F, Gil De Montes L, Agirrezabal A, Toledo J, Jaen A. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 4 de julio de 2014;26(SUPPL. 1):41-5.
6. Fuster MJ, Molero F, De Montes LG, Agirrezabal A, Vitoria A. HIV- and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*. 7 de noviembre de 2013;16.

7. Fuster-RuizdeApodaca MJ, Prats-Silvestre C. Evolución de las creencias y actitudes de la población española hacia las personas con el VIH desde 2008 hasta 2021 [Internet]. Madrid; 2022 [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOS OCIAL/docs/Informe_Creencias_y_Actitudes_2021.pdf
8. Holzemer WL, Human S, Arudo J, Rosa ME, Hamilton MJ, Corless I, et al. Exploring HIV Stigma and Quality of Life for Persons Living With HIV Infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. mayo de 2009;20(3):161-8.
9. Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globerman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open* [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 23 de abril de 2024];6(7):e011453. Disponible en:
<https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e011453>
10. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2020 [citado 23 de abril de 2024]; Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
11. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. agosto de 2008;22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79.
12. Unidad de Vigilancia del VIH ITS y hepatitis B y C. Actualización del continuo de atención del VIH en España, 2021-2022 [Internet]. Madrid; 2023 [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Continuo_atencion_VIH_mayo_2023.pdf
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia de SIDA para 2030. 2015.

14. Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pactosocialvih.es/>
15. Fuster-RuizdeApodaca MJ, Molero F, Holgado FP ablo, Mayordomo S. Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: the role of group identity. *Qual Life Res* [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 23 de abril de 2024];23(7):1967-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24585185/>
16. Molero F, Recio P, García-Ael C, Fuster MJ, Sanjuán P. Measuring Dimensions of Perceived Discrimination in Five Stigmatized Groups. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 23 de abril de 2024];114(3):901-14. Disponible en: <https://ideas.repec.org/a/spr/soinre/v114y2013i3p901-914.html>
17. Fuster-RuizdeApodaca MJ, Molero F, Sansinenea E, Holgado FP, Magallares A, Agirrezabal A. Perceived discrimination, self-exclusion and well-being among people with HIV as a function of lipodystrophy symptoms. *Anales de Psicología* [Internet]. 2018 [citado 23 de abril de 2024];34:7-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.2788519728.ISSNwebedition>
18. Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Fumaz CR, González-García M, Remor E, Fuster MJ. A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS Behav* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 23 de abril de 2024];20(2):281-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26416782/>
19. UNAIDS. About the Stigma Index | People Living with HIV Stigma Index [Internet]. [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/>
20. UNAIDS. The People Living with HIV Stigma Index. An index to measure the stigma and discrimination experienced by people living with HIV. User Guide. [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: www.unaids.org

21. Stackpool-Moore L, Yuvaraj A. Measuring for change: a new research initiative by and for people living with HIV. HIV AIDS Policy Law Rev [Internet]. 2008 [citado 17 de abril de 2024];13(2-3):86-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19297774/>
22. Stahlman S, Hargreaves JR, Sprague L, Stangl AL, Baral SD. Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programs for key populations. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 17 de abril de 2024];3(2). Disponible en: </pmc/articles/PMC5425775/>
23. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Laguía A, Safreed-Harmon K, Lazarus J V., Cenoz S, Del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: Psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 19 de agosto de 2019 [citado 17 de abril de 2024];17(1):1-13. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-019-1208-8>
24. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res [Internet]. diciembre de 2011 [citado 17 de abril de 2024];20(10):1727-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21479777/>
25. Kroenke K, Spitzer RL, Janet BW, Williams DSW, Lö B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. 2009 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <http://psy.psychiatryonline.org>
26. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. J Trauma Stress [Internet]. diciembre de 2007 [citado 17 de abril de 2024];20(6):1019-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157881/>
27. HIV-related stigma and discrimination: the challenge [Internet]. [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/VIHyDerechosHumanos/docs/EU_Presidency_Technical_document_HIV_Stima_Discrimination.pdf

28. UNAIDS. Confronting discrimination. Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond [Internet]. 2017 [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf
29. Lazarus J V., Safreed-Harmon K, Kamarulzaman A, Anderson J, Leite RB, Behrens G, et al. Consensus statement on the role of health systems in advancing the long-term well-being of people living with HIV. *Nat Commun* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 24 de abril de 2024];12(1). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272399/>
30. Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, Svedhem V, Esfahani FM, Deuba K, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. *Lancet HIV* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 24 de abril de 2024];7(2):e129-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31776098/>
31. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2018 [citado 24 de abril de 2024];11:405. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6118284/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31118284/)
32. Pięta M, Rzeszutek M. Posttraumatic growth and well-being among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis in recognition of 40 years of HIV/AIDS. *Quality of Life Research* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 24 de abril de 2024];31(5):1269-88. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-021-02990-3>
33. Fuster-RuizdeApodaca MJ, Molero F, Ubillos S. Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *Anales de Psicología* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 24 de abril de 2024];31(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apa.2014.12.001>

2024];32(1):39-48. Disponible en:

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.1.192121>

ANEXO: TABLAS

Tabla 2.

Comité asesor del estudio

Id	Profesional	Entidad
1	Carlos Gómez	CALCSICOVA
2	Carmen Martín	ACCAS Cantabria
3	Diego García	Adhara Sevilla
4	Gerjo Pérez	Acción Triángulo
5	Joaquim Roqueta	Gais Positius
6	Jordi Puig	Fundació Lluita
7	Jorge Garrido	Apoyo Positivo
8	Juanse Hernández	gTt
9	Miguel A. Ramiro	Clínica Legal de la Universidad de Alcalá
10	Paulina Ramírez	Clínica Legal de la Universidad de Alcalá
11	Paz Alcoverro	ALAS Balears
12	Ramón Espacio	CESIDA
13	Toni Poveda	CESIDA
14	Víctor Baceiredo	Adhara Sevilla

Tabla 3.

Distribución de participantes y entidades y hospitales colaboradores por CCAA

CCAA	Participantes		Entidades y hospitales colaboradores	
	<i>n</i>	%	<i>Entidades</i>	<i>Hospital(es)</i>
Cataluña	110	22,0	Fundació Lluita gTt Gais Positius	H. Germans Trias i Pujol H. Vall d'Hebron H. Clínic
Madrid	106	21,2	Acción Triángulo Apoyo Positivo Apoyo Positivo	H. Ramón y Cajal H. Gregorio Marañón H. Infanta Leonor
Andalucía	94	18,8	Adhara Apoyo Positivo	H. Universitario Virgen del Rocío H. Puerto Real de Cádiz
Comunidad Valenciana	80	16,0	ACAVIH CALCSICOVA	H. de la Vega Baja H. Clínic Universitari
Galicia	35	7,0	AGAVIH	H. Álvaro Cunqueiro
Islas Baleares	25	5,0	ALAS Balears	H. Son Espases H. Son Llätzer H. Manacor

				H. Comarcal de Inca H. Can Misses-Ibiza
La Rioja	25	5,0	Comisión Antisida	H. San Pedro
País Vasco	25	5,0	Bizkaisida	H. Basurto
Total	500	100,0	12 entidades	18 hospitales

Nota: Se ordenan las CCAA de menor a mayor teniendo en cuenta su contribución al total de la muestra de participantes.