



Asociación para la Salud Integral
y Ciudadanía de América Latina y el Caribe

Observatorio al acceso universal

a la prevención, atención y tratamiento del
VIH/sida e ITS para gays, bisexuales, trans y
otros hombres que tienen sexo con hombres
(GBTH) en América Latina y el Caribe Hispano



4° Informe Consolidado
Año 2009

Observatorio al acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH/sida e ITS para gays, bisexuales, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en América Latina y el Caribe Hispano

© 2009 - Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe. Todos los derechos reservados.

Este texto puede ser reproducido total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente. Las opiniones aquí expresadas corresponden al comité editorial y no necesariamente reflejan el punto de vista de HIVOS (Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo)

Reconocimientos:

Comité editorial:

Orlando Montoya, Fundación Ecuatoriana Equidad / ASICAL
Lic. Edgardo Javier Medina Sandoval, Asociación Kukulcán / ASICAL
Dr. Jorge Pacheco Cabrales, Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA / ASICAL
Lic. Pablo David Radusky, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina / ASICAL

Revisores:

Lic. Arturo Díaz Betancourt, Letra S / ASICAL
Prof. Rafael Freda, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina / ASICAL
Dr. Rubén Mayorga Sagastume, ONUSIDA
Jeffrey Stanton MPA, ASICAL

Diseño Gráfico y Edición:

Téc. Pablo D. Britez, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina / ASICAL

Realización:



Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe

Con el auspicio de:



HIVOS (Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo)

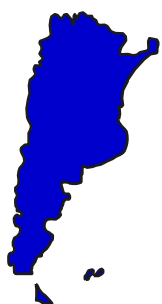
Cuarto Informe Consolidado

Situación de la población GBTH informadas por los países en sus informes para la Sesión Especial de la Asamblea General de las Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS)

Introducción:

La Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe, ASICAL, en el marco del proyecto Veeduría al Acceso Universal de Prevención del VIH/sida e ITS para Gays, Bisexuales, Trans y otros Hombrs que tienen sexo con Hombres (GTBH en América Latina y el Caribe Hispano, pretende: Fortalecer los procesos de incidencia política en espacios locales, nacionales y regionales, a través de la gestión de la información basada en el seguimiento a los indicadores sobre Acceso Universal y la producción de información de análisis sobre la situación del VIH/SIDA en ésta población de la región LAC. Para llegar a ello se requiere evaluar y monitorear los alcances y desarrollos de las propuestas que los Estados miembros hicieron para el cumplimiento de las metas de UNGASS, y generar recomendaciones o análisis desde el enfoque GBTH. En tal sentido ASICAL dispondrá, como producto del proyecto, de un mecanismo de vigilancia o veeduría ciudadana regional para monitorear y evaluar los avances en materia de políticas, programas e inversión y sus indicadores sobre Acceso Universal a la Prevención de los hombres GBTH, así como la producción de documentos de posicionamiento y análisis en dicha materia, llenando así los vacíos existentes en cuanto a información sistemática además de compartir las experiencias de incidencia política en la región, y brindando la oportunidad de utilizar dicha información para el trabajo de incidencia política.

Argentina



El país reconoce tener una epidemia concentrada. Los datos disponibles muestran una prevalencia de 9,8% y una incidencia de 3,9% en HSH, pero estos datos corresponden a la Ciudad de Buenos Aires y no son representativos de todo el país.

Las personas Trans son consideradas en forma separada a los gays y HSH. Un estudio realizado en 2006 en 12 provincias sobre un total de 24 revela que la prevalencia en esta población es del 35% y la incidencia del 11%.

En un estudio realizado en el marco del Proyecto Fondo Mundial, el 90,5% de los VSV consultados declaró haber utilizado preservativo con su último compañero. En resumen, el 21% de la transmisión total corresponde a VSV y los hombres (en general) constituyen el 70,2% de la epidemia.

A pesar de estos datos, se remarca la importancia que ha cobrado la epidemia en al población heterosexual en los últimos años, principalmente en la mujeres. Pero no deja de considerarse que, en HSH, los valores absolutos aún se mantienen estables.

En los últimos dos años, con apoyo del Fondo Mundial, se desarrollaron acciones de prevención en la mayor parte del país y con alta participación de la sociedad civil, focalizadas en poblaciones vulnerables como HSH y trans.

Respecto a esto, la sociedad civil ha favorecido la implementación de acciones trabajando con poblaciones de difícil acceso para las instituciones gubernamentales, como las trans.

La sociedad civil también ha participado en la Planificación Estratégica 2008-2011 y la elaboración del Informe UNGASS. Aunque el 50% de los participantes eran de la Sociedad Civil, no se especifica cuántas organizaciones

de VSV fueron incluidas, ni en qué proporción.

Sin embargo, se presenta como desafío a superar la apertura en los foros de discusión y en los ámbitos de toma de decisiones de una participación de mayores sectores de la sociedad civil. No especifica HSH, pero sí hace referencia explícita a lesbianas y trans cuando se reclama la incorporación de comunidades o grupos identitarios que poseen baja representatividad.

También se destaca la necesidad de implementar estrategias que promuevan el uso consistente de preservativo y que mejoren accesibilidad a programa de prevención para las diferentes poblaciones en situación de vulnerabilidad. En este punto, tampoco se especifica como se incluirá a los HSH en estas estrategias o como serán beneficiados por ellas.

En relación con los VSV, se reclama legislación que los proteja pero no se brinda ningún tipo de especificación al respecto y el reclamo resulta vago y ambiguo. Por otro lado, las trans son consideradas población separada y se explicita legislación específica reclamada para este grupo. Particularmente, se solicita legislación contra la transfobia y se comentan sus efectos sobre la epidemia. Sin embargo, no se hace ningún tipo de referencia a la homofobia y sus consecuencias.

Argentina posee cobertura universal en atención y tratamiento. La inversión total desde el ámbito salud (Programa Nacional, Programas Provinciales, Fondo Mundial) fue de \$ ARS 347.500.000. (Programa Nacional 45%: 76% prevención y 20% atención). Se incrementó el presupuesto en un 130%. Pero no especifica porcentajes destinados a HSH ni como se benefició esta población.

Bolivia



En el caso de Bolivia el país toma doce indicadores los cuales consideran relevantes y los datos no son necesariamente de los años establecidos por lo que tenemos pocos datos en población HSH.

El país informa que el porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados es del 81 %. También afirma que los programas de prevención del VIH llegaron al 2,6% de las poblaciones más expuestas.

Se proveen datos de prevalencia en HSH que equivale al 21,5% (menores de 25: 10.3%; mayores de 25: 25%, n=246). Se estima que los HSH que acceden a CDVIR representan entre el 2 a 5% de la población HSH en Bolivia.

También reportan en el indicador Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina es del 69.3% pero es un dato del año 2005 y no se diligenció para el 2007.

Brasil



El país reconoce poseer una epidemia concentrada con una prevalencia superior al 5% en HSH. El porcentaje de HSH que vive con VIH era, en 2006, de 7.4 en Campinas y en 2002, de 0.56 en Brasil. La tasa de incidencia en HSH es 11 veces mayor que en población general. Sin embargo, se hace alusión a la feminización de la epidemia.

El porcentaje de hombres que reportan haber usado condón la última vez que tuvieron sexo anal con un hombre era, en 2004, del 43%, y alcanzaban al 71% quienes la última vez lo usaron con una pareja ocasional. En la capital del país el 52% afirmaron haber usado condón. El porcentaje de HSH que identifican correctamente las vías de prevención de la transmisión sexual del VIH y rechazan conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH era, en 2004, del 67%. La cobertura de testeo en HSH era de 62% en 2005. No se conoce el porcentaje de HSH alcanzado por acciones de prevención de VIH.

Actualmente se están haciendo estudios para recabar los datos correspondientes a los indicadores antes nombrados. Se espera tener datos actualizados para diciembre de 2008.

Existe participación activa de la Sociedad Civil. Las OSC integran el Consejo Nacional de Salud, que es un organismo de control social del Sistema Nacional de Salud. También componen la Comisión Nacional de ETS y SIDA, que tiene funciones de consulta y asesoramiento para el Programa Nacional.

Asimismo, existe una Comisión Nacional para la Articulación con Movimientos Sociales, que sirve de órgano de consulta para la discusión de cuestiones sobre participación social. Esta Comisión incluye redes GBTH, que son reconocidas por el Programa y el Estado: ABGLT, ABRAGAY, LBL, ABL, ANTRA. También existe un Comité de asesoramiento de salud LGBT del Ministerio de Salud

La estrategia nacional incorpora explícitamente la discriminación sexual como fuente de vulnerabilidad aumentada. Por esto mismo, actualmente se desarrollan dos estrategias. En primer lugar, el Programa Brasil Sin Homofobia, para combatir la homofobia. Se produjo una guía de acciones estratégicas para combatir homofobia, lesbofobia y transfobia con Cooperación Internacional (CICT).

En segundo lugar, el Plan Nacional para combatir la epidemia de SIDA en Hombres Gays, otros HSH y travestis. El objetivo de este plan es contribuir a la mejora de la recepción en los servicios de salud, aumentar la cobertura y la respuesta a la epidemia en estos grupos. Su elaboración contó con la colaboración y las contribuciones del movimiento GBTH y fue discutido durante la Conferencia Nacional de Políticas Públicas y Promoción de la Ciudadanía GLBT realizada en mayo de 2008.

El 2.93% del presupuesto de Salud va al Programa Nacional. El 83% es para tratamiento (de esto, 93% es para drogas ARV) y el 6% es para prevención. La cobertura es casi total (95%) y hay medicación universal para todos los PVVS. También ha habido un aumento de acceso a condones. Sin embargo, no se especifica cuánto de este presupuesto se destina a GBTH, ni qué proporción de esta población se beneficia de estos servicios. Se ha registrado un aumento del acceso a testeo, especialmente en gays (70% en Brasilia).

Chile



El país reconoce que posee una epidemia concentrada, centrada en hombres homobisexuales, mayoritariamente adultos jóvenes. La vía homosexual es la más declarada: un 45%.

El 36,91% de personas de poblaciones más expuestas que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados es HSH (24% 15 a 19, 34% 20 a 24, 51% 25 a 29 años). El porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus sólo se conoce para dos afirmaciones: Usando condón siempre y durante toda la relación sexual (55%) y Compartiendo comida PVVS (100%).

El porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina es del 29%. Este dato fue obtenido por una OSC: MUMS. No se presentan datos de prevalencia en HSH. Durante el año 2008 se llevará a cabo un estudio de prevalencia para obtener esta información.

Hay participación activa de la Sociedad Civil. Esta última implementa mecanismos de control ciudadano que incluyen participación en procesos de licitación y monitoreo a nivel nacional del funcionamiento de cobertura universal y atención clínica de PVVS. También desarrolla estudios en poblaciones vulnerables que permitieron perfeccionar las estrategias de intervención con pertinencia cultural y focalizar recursos en las poblaciones más vulnerables a través de la generación de información fidedigna, actualizada y científica. Como más arriba se especifica, una OSC GBTH ha participado en esta tarea. La participación de la sociedad civil, además, ha permitido llegar a poblaciones más expuestas a las que las redes tienen mayor acceso favoreciendo la llegada de insumos a éstas (reparto de condones, por ejemplo). Sin embargo, no se especifica cómo este último punto ha beneficiado a la población GBTH.

Respecto de esto, se entregaron 22136 preservativos a ONG de poblaciones más expuestas y las iniciativas focalizadas alcanzaron a un total aproximado de 4165 personas pero no especifica que proporción era GBTH ni si esta población accedió a esos servicios.

Existe 100% de cobertura en medicación. El 87% del gasto es nacional (65% público, 21% privado, de éste 1,3 % es de ONG); 68% del gasto es en tratamiento (cobertura de 100%) y 21% gasto en prevención. No se especifica el porcentaje destinado a población GBTH. Si bien el 75% de los proyectos se dirige a poblaciones más vulnerables, se plantea la necesidad de profundizar las estrategias de prevención focalizadas en grupos específicos, especialmente en hombres homobisexuales y HSH.

Colombia



En Colombia la epidemia al igual que en el resto de Latinoamérica sigue siendo concentrada en donde la distribución por mecanismo de transmisión es la siguiente: En el 40.9% del total de casos registrados, no tienen identificado un mecanismo probable de transmisión (40.9%), pero puede asumirse que en su mayoría son hombres que temen revelar su comportamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presentan subsecuentemente al diagnóstico. En los casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 58.1% corresponde al comportamiento heterosexual y el 37.6% homosexual y bisexual.

El país informa que el porcentaje de poblaciones más expuestas, en este caso los HSH, que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. es el siguiente:

Edad	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH
17 a 60 años	61.5%
Menor de 28 años	53.4%
Mayor de 28 años	79%

Por otro lado, se afirma que el porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus es del 76,2% para hombres HSH entre 17-60 años.

Asimismo se informa que el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja es del 80.3%, también para hombres HSH entre 17-60 años.

Otro dato significativo en cuanto al indicador Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina es del 80.3%, lo que nos puede indicar que las respuestas en las encuestas aplicadas no son muy confiables.

También se informa que el porcentaje de HSH infectado por el VIH es del 10.8% (tomando hombres HSH entre 17 y 60 años) y que

Para finales del año 2003 y con base en los reportes de ONUSIDA, la prevalencia general estimada para Colombia era de 0.42%. Sin embargo, varios estudios de seroprevalencia realizados en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) han encontrado tasas de que fluctúan entre el 10 % y el 18% lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en hombres que tienen prácticas homo y bisexuales

El informe enuncia medidas correctoras concretas ideadas para asegurar que se cumplan los objetivos del UN-GASS acordados. Una de ellas afirma que, a través del Plan se pretende superar la brecha de cobertura de servicios preventivos, de atención en salud y comunitarios para siete grupos de población que se han elegido y priorizado precisamente por su alta vulnerabilidad frente al Vih y Sida; éstos son: personas viviendo con el Vih o con Sida (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD) y personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM)

El gasto general en HSH a diciembre de 2007 era: ASC.1.09 Programas para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) \$ 800.000 pesos colombianos lo que equivale a US 294.

Costa Rica



Las autoridades gubernamentales de Costa Rica reconocen que desde el inicio de la epidemia la vía de transmisión del VIH es la sexual con un 84.2% y que se concentra en hombres que tienen sexo con hombres el 44.3% y en bisexuales con el 15.5%

También reconocen que la mayor inversión en materia de prevención en población GBTH es en la compra (importación) y distribución de condones en esta población junto a otras en su condición de vulnerabilidad por VIH. El valor de inversión entre otro sumó la cantidad de ¢14.250.876.280,00 (colones costarricenses); sin embargo indica el informe de país que la prevención necesita ser fortalecida e incrementar su cobertura desde el sector gubernamental, por lo que gran parte de las acciones correspondientes a la prevención son desarrolladas por organizaciones no gubernamentales, incluyendo las GBTH que trabajan en el tema con apoyo financiero de agencias de cooperación internacional, lo que representa un porcentaje de bajos recursos. El informe señala claramente que el 26% de HSH de una muestra de 400 estuvieron expuestos a programas de prevención del VIH en los años 2006 al 2007.

En cuanto a la participación de la sociedad civil en la elaboración de políticas públicas el informe no lo manifiesta específicamente pero se deduce que las poblaciones en situación de vulnerabilidad, incluyendo la de hombres GBTH, participaron, ya que el informe indica que el país tiene políticas o estrategias que fomentan la información, educación, comunicación y otras intervenciones de salud para grupos con tasas de infección por VIH elevadas y en crecimiento (evidenciado en el mismo informe); también dispone este país de marco jurídico que protege de la discriminación a los grupos de personas identificadas como particularmente vulnerables al VIH. Costa Rica cuenta con el Día Nacional contra la Homofobia, muestra evidente de un avance en este tema.

En relación con el acceso, oferta y calidad de servicios de testeo de VIH en población GBTH, el informe no indica ninguna acción hacia la comunidad GBTH, sólo manifiesta que aún no se promociona masivamente la prueba en población masculina, ya que la misma es provista mayoritariamente por los servicios de salud a mujeres embarazadas. También indica que el 13.2% de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados, de una muestra de 800 personas en una encuesta realizada en el área metropolitana. El país no cuenta con encuestas demográficas.

Cuba



El informe de Cuba en síntesis describe los avances y resultados del país a través de indicadores obtenidos de encuestas de comportamiento y en informes de monitoreo y evaluación del programa y se identifican algunas de las lecciones aprendidas en las áreas de prevención, atención, respuesta política, participación de las PVVS en la respuesta, vigilancia y refuerzo de la infraestructura.

La situación en relación con la participación de los sectores poblacionales más afectados por la epidemia en todas las etapas de la respuesta ante el VIH manifiesta el informe que ha sido plena, especificando el actuar de la sociedad civil, los jóvenes, mujeres, las poblaciones más expuestas y las personas con VIH.

Un hallazgo encontrado en el informe es que en materia de respuesta a esta epidemia presenta un elemento de control de la misma bajo la responsabilidad del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH-sida, indicando que ha propiciado una mayor participación de las poblaciones más expuestas a través de la ampliación y descentralización de acciones de promoción, prevención, atención integral, entrega de medicamentos, sensibilización, capacitación, formación de promotores para la educación de pares, producción de materiales educativos, desarrollo de campañas, intervenciones comunitarias en los contextos más vulnerables, ente otras. Ejemplo el desarrollo de la estrategia llamada: Proyecto HSH de Cuba, dirigido y desarrollado por hombres gays. Esta estrategia de prevención de sida en HSH se creó en el año 2000, con la participación activa de los HSH en el diseño, planificación, desarrollo y evaluación y de los diversos sectores sociales con el fin de reducir la vulnerabilidad, el estigma y la discriminación y fomentar una cultura de aceptación hacia la diversidad sexual, realizando labores de capacitación, sensibilización y generando ambientes favorables para la prevención del VIH. El informe señala que este proyecto son agrupaciones informales de la sociedad civil con representación a niveles locales que son electos periódicamente en reuniones nacionales y anuales. También forman parte del Mecanismo de Coordinación de País que dirige el proyecto del Fondo Mundial con Cuba.

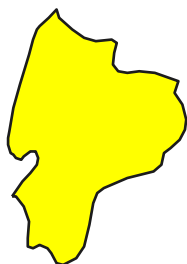
El informe también presenta todo un apartado en el tema de la participación de los grupos vulnerables en la prevención señalando principalmente la promoción y respeto de los Derechos Humanos, considerando a estos grupos, por ejemplo los HSH, como socios claves en el esfuerzo de la prevención, constituyendo su participación un aspecto importante en el desarrollo de la estrategia.

Por otro lado el informe afirma que la epidemia de VIH en Cuba se ha caracterizado como una epidemia de bajo nivel, de crecimiento lento, urbana, que afecta más al sexo masculino, con énfasis en los hombres que tienen sexo con otros hombres. Los hombres que tienen sexo con otros hombres constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad y representan el 86% de los casos masculinos reportados. La forma de infección predominante es la transmisión sexual.

Agrega además que en Cuba se hace prevalecer la máxima de “todos los derechos humanos para todos” y en función de establecer la equidad se han garantizado mediante el Programa Nacional de Prevención del VIH/sida las mismas oportunidades de información, educación, participación y atención a la población general y a los grupos identificados como vulnerables a la epidemia: jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres, personas con el VIH y personas que practican el sexo transaccional, entre otros. Las leyes, reglamentos y otras medidas disponen la garantía de que las personas afectadas por el VIH no reciban ningún tipo de discriminación y puedan disfrutar de los mismos derechos que cualquier otro ciudadano: educación gratuita, seguridad social, trabajo, participación en todas las actividades que sus condiciones físicas e intelectuales le permitan.

EL informe indica que dentro de la estrategia en respuesta a los efectos del VIH promueve el mercadeo de condones en todas las poblaciones. Su adquisición proviene de presupuesto nacional y del Fondo Mundial. El gasto de prevención del gobierno Cubano, suma la cantidad de US \$ 6,384,521 que corresponden al aporte gubernamental de 1,747,007 y Fondo Mundial de 4,637,514.

Ecuador



El hecho de que 19.4% de casos se reporten en HSH ratifica las altas prevalencias encontradas en los estudios (LB-USFQ) y el hecho de que éste sigue siendo el grupo más expuesto.

Cabe destacar que la falta de acceso al tamizaje en población de varones (incluyendo HSH, transgénero, TS, etc.) y el temor al estigma y la discriminación influyen para el subregistro. El PNS está trabajando para desarrollar servicios dirigidos a HSH y a partir del año 2008, incrementará el tamizaje a personas de ambos sexos que consultan por ITS.

El país refiere datos para 5 indicadores de UNGASS respecto de la población HSH. En primer lugar, en el informe se afirma que el porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados es del 49.9% (N= 1450).

Por otro lado, el porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH también fue del 49.9% (N = 1450).

También se proveen datos acerca del porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, el cual asciende al 49.9% (N= 1450).

Asimismo, se informa que el porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH(HSH) es del 19.2 % (N=1131).

Por último se informa que el porcentaje de poblaciones más expuestas, en este caso HSH, al que llegaron los programas de prevención del VIH es del 48.7 % (N= 1450).

Respecto de la participación de la Sociedad Civil, el informe afirma que existe un limitado acceso de las poblaciones más expuestas, particularmente HSH a servicios de prevención, tratamiento, acción y apoyo, ya que éstos en su mayoría son atendidos por ONG´s que los han definido como grupos meta y son abordados dentro de un mismo enfoque

Para la elaboración de normas para HSH, TS y PVVS, Vigilancia epidemiológica, la sociedad civil participó activamente en la elaboración del Plan Estratégico Nacional 2007.

En el marco del Proyecto del Fondo Global se han implementado actividades en HSH, Trabajadoras Sexuales, Personas Privadas de la Libertad, Jóvenes no escolarizados, PVVS. Sin embargo sus coberturas son bajas, por lo que se proyecta incrementarlas para los próximos años e incluirlas dentro de una política nacional para darles sostenibilidad.

En HSH no existen servicios específicos estatales para oferta de prueba voluntaria.

El acceso a consejería, pruebas, condones y lubricantes en HSH no llega al 50%.

En relación con la atención a HSH, se informa que se ha establecido un convenio con la Fundación Ecuatoriana Equidad para investigación e implementación del modelo de atención en HSH.

En cuanto a los problemas que se han podido detectar, en relación con población HSH, se informan dificultades respecto de la prevención. En relación con esto último se afirma que la información sobre el número de HSH que existen en el país continúa siendo un problema en el Ecuador. La cobertura de los establecimientos de salud hacia la población HSH es baja y se reduce a la actividad de ONGs.

Respecto del conocimiento y comportamiento se hacen observaciones acerca del grado de conocimiento y su aplicación en el comportamiento de prevención de las ITS y VIH por parte de los HSH; los valores son preocupantes y explica el porqué de la tipificación de la epidemia como concentrada.

El Salvador



El informe de El Salvador manifiesta que es producto de una amplia consulta con los diferentes sectores y actores involucrados en la respuesta nacional ante el impacto del VIH, especificando la participación de representantes de Instituciones de Gobierno, Sociedad Civil y Agencias de Cooperación Internacional

El Salvador cuenta aproximadamente con 7.104.999 habitantes de los cuales la prevalencia estimada en población en general es de 19,890 personas con VIH y de los cuales 73.331 son HSH, datos estimados aplicando modelo estadístico de ONUSIDA según el informe. Por otro lado el informe resalta que la principal forma de transmisión del VIH es la vía sexual. El grupo de los autodenominados homosexual y bisexual representan el 7% como fuente o mecanismo de transmisión; sin embargo presentan la prevalencia más alta con 17.75%. Esto demuestra una epidemia concentrada en HSH. En el estudio multicéntrico realizado en 2003, al comparar con los

trabajadoras sexuales la prevalencia de VIH con este indicador, los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) tienen una prevalencia 5 veces mayor que las trabajadoras sexuales (17.7% y 3.6% respectivamente)

En relación con a la participación de la población HSH en la formulación de políticas el informe señala que en la elaboración de una normativa sobre TS, mujeres VIH, HSH entre otros se contó con la participación de esta población, así como la existencia de programas específicos para población HSH, para disminuir el riesgo.

El Salvador cuenta con un Plan Estratégico (2005-2010) en donde se incluye fortalecer medidas de prevención y protección, así como ampliar la oferta y cobertura de los servicios de atención integral con énfasis en los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, tales como: PVVS, mujeres, especialmente las embarazadas; personas con tuberculosis, adolescentes y jóvenes en general, Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS), poblaciones móviles, privados de libertad y jóvenes miembros de pandillas; enfatizando el estigma y la discriminación como el principal obstáculo para que se respeten los derechos de las personas con VIH y la población en condiciones de mayor vulnerabilidad. Sin embargo el mismo informe señala que los HSH presentan menores porcentajes que las TCS en cuanto a la demanda de servicios de los programas de prevención, lo cual es importante dadas las diferencias en la prevalencia del VIH en ambos grupos en el sentido de que a mayor uso de los servicios preventivos, menor prevalencia de la infección y la enfermedad. Esto también sugiere una mayor atención a la calidad de la oferta de servicios en el sentido de facilitar condiciones para que éstos sean amigables y libres de estigmatización en el proceso de atención a ambos grupos. En otros estudios previos se agregan los hallazgos de que: el 100% de los que presentaron síntomas de ITS, manifestaron haber visitado algún centro de atención para pedir consejo o medicina, el 57% tardó menos de 1 día y el 28.6% tardó menos de una semana, desde la presentación de los síntomas hasta que buscó la atención.

En relación al acceso a la prueba diagnóstica en HSH, el informe describe que de acuerdo al Estudio Multicéntrico realizado por Panamerican Social Marketing Organization (PASMO) en el año 2007 con población HSH, muestra una mejora de 15% mas en relación con otros estudios realizados en 2003. El Estudio multicéntrico del 2003 realizado con HSH encontró que el comportamiento de hacerse la prueba voluntariamente y recibir el resultado es de 40,5% en los HSH.

Otro dato importante que indica el informe es en cuanto al uso de preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo ya que no existen datos disponibles, pero sin embargo en otro apartado manifiesta que los varones que tienen sexo con varones la utilización de preservativo fue del 83.14%. Relacionado con los datos del estudio en cuanto al suministro de condones, el 80% de los HSH entrevistados contestó que podía conseguir un condón en el momento que lo necesitaba

En relación a las categorías del gasto nacional el informe señala que el 34% se invirtió en actividades de prevención y el 59% en la atención y tratamiento. El 7% del gasto se distribuyó en los gastos de gestión del programa, recursos humanos, desarrollo del ambiente político para reducir la vulnerabilidad, protección social e investigación.

Guatemala



En Guatemala existe política pública respecto a la prevención de ITS y al SIDA (Acuerdo Gubernativo Numero 638-2005). Esta política establece 4 ejes sectoriales: Prevención; Atención integral; Contención, Reducción y mitigación del impacto y Atención de grupos vulnerables. Plantea además 5 ejes transversales: Derechos humanos, Participación comunitaria, Pluriculturalidad, Generación de sinergias, y Comunicación social.

En Guatemala señala el informe que existe un Plan Nacional para la Prevención y control de las ITS, VIH y sida (2006-2010); y asimismo una estrategia nacional de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento.

En relación con los datos de indicadores reportados en el informe en cuanto a los HSH como una de las poblaciones con mayor exposición y que sometieron a la prueba de VIH en los últimos 12 meses, reporta que en HSH

menores de 25 años fue un 63.38% y en HSH de 25 años y más fue de 65.84%. Asimismo el porcentaje de HSH que fueron alcanzados con programas de prevención del VIH fue: HSH menores de 25 años: con el 72.67% y HSH de mas de 25 años: con el 79.01%. También indica que el porcentaje de hombres haber usado un preservativo durante su ultimo coito anal con una pareja masculina fue: HSH menores de 25 años con el 80.7% y HSH de mas de 25 años con el 73.7%

Las cifras de seroprevalencias según estudios realizados entre los años de 1988 y 2003, evidencian el grado de vulnerabilidad ante el VIH a los Hombres que tienen sexo con hombres, por lo que bien señala el informe que la epidemia está concentrada en la población HSH entre otras. El estudio multicéntrico (2003) muestra que la prevalencia en HSH es de 11.5%

En cuanto a la respuesta nacional ante la epidemia del VIH, el informe manifiesta que existen esfuerzos de coordinación nacional involucrando los grupos poblacionales más afectados organizados en redes, quienes a su vez responden a la necesidad de incidir de mejor manera para disminuir el fuerte estigma y discriminación existente en el país por lo que evidencia que en Guatemala no existen leyes que protejan y garanticen los derechos humanos de los grupos mas vulnerables a la epidemia como los HSH y que el informe claramente lo enfatiza.

El informe rescata en materia de respuesta nacional ante la epidemia del VIH acciones en la conformación de la Red Nacional de la Diversidad Sexual que aglutina a un número considerable de grupos de HSH organizados. La pretensión de estas alianzas es reflejar el nivel de compromiso por mejorar la coordinación de la respuesta, así como responder a la necesidad de incidir de mejor manera para disminuir el fuerte estigma y discriminación existente en Guatemala ya que no existe evidencia clara de que no se haya disminuido el estigma y la discriminación particularmente para hombres que tienen sexo con hombres.

Otra descripción importante en el informe es cuanto al gasto o inversión en los HSH en respuesta al VIH: es del 1.88% en el año 2004, y del 1.88% en el año 2005. En los años 2006 y 2007, que corresponden al periodo en reporte, no existen datos.

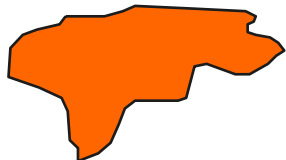
En prevención el informe indica que aunque hay esfuerzos por mejorar los servicios de prevención, se reconoce que solamente se ha logrado alcanzar una limitada cobertura geográfica (corredor epidemiológico) incluyendo la reducción de riesgo en HSH. Con relación a las intervenciones a grupos vulnerables más del 75% de las acciones de prevención con HSH son realizadas por la sociedad civil.

En cuanto al acceso a prueba diagnóstica de VIH, el informe resalta un caso específico con población específica que asiste al departamento de Escuintla, denotando que entre los datos encontrados figura que de 248 HSH tamizados en 2007, el 48.38% se realizaron la prueba y conocieron sus resultados.

En cuanto al indicador correspondiente al porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH informa el documento que: HSH presenta una prevalencia baja encontrada en el estudio multicéntrico 2003 de 11.5% y una prevalencia alta de 18.3% según línea de base del Fondo Mundial 2005-2006. También este apartado señala que Guatemala no cuenta con suficientes estudios de vigilancia de segunda generación o estudios centinela para monitorear de mejor manera la epidemia en grupos específicos, lo que dificulta la tarea en el momento de planificar intervenciones hacia estos grupos. Agrega que aunque la epidemia es concentrada en el país, los instrumentos del Ministerio de salud no generan información precisa sobre grupos vulnerables, específicamente de los HSH. Hay fuertes debilidades a nivel nacional para su reporte. Con el Proyecto del Fondo Mundial se está logrando obtener alguna información sobre estos grupos.

El informe resalta que debido al marco legal, se limitan las intervenciones de prevención al control de ITS y VIH en grupos en condiciones de vulnerabilidad como son los HSH y otros. Mientras no cambie el marco legal va a ser difícil la intervención en estas poblaciones.

Honduras



Honduras es el segundo país más afectado de Centroamérica por la epidemia de VIH y sida; hasta diciembre de 2007 se han reportado un total de 24,608. El patrón de transmisión predominante es el sexual (91.3%): 84.9% heterosexual, 3.2% homosexual, y 3.3% bisexual. Honduras tiene un perfil compuesto de la epidemia. Es concentrada con una prevalencia de VIH demostrada en diversos estudios; mayor de 5% en subpoblaciones de alto riesgo, y generalizada por el grado de afectación en la zona Noratlántica del país. Cabe mencionar el estudio probabilístico realizado en el 2006 (Centro para la Prevención y Control de Enfermedades CDC USA - Secretaria de Salud de Honduras) que demostró una prevalencia en HSH de VIH en Tegucigalpa que pasó de 11.3% en 1986, a 13.9% en 1990, y a 6% en 2006. En San Pedro Sula pasó de 34.7% en 1986, a 45.9% en 1990, y a 10.1% en 2006. En La Ceiba fue de 5%, según indica el informe.

Según el informe, Honduras ha tenido un impulso significativo en materia de respuesta ante la epidemia. Hay indicios de que las subpoblaciones han concentrado la epidemia, por ejemplo los HSH entre otros, que han disminuido la prevalencia según el estudio ENCUESTA CENTROAMERICANA DE VIGILANCIA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DEL VIH/ITS EN POBLACIONES VULNERABLES (ECVC Honduras, 2006); sin embargo esta disminución en la prevalencia de VIH en HSH no es significativa. Por tal motivo es fundamental mantener la atención en esta subpoblación que continúa teniendo un alto riesgo de infección. Los HSH y las demás poblaciones con alto riesgo tienen una prevalencia de VIH casi 10 veces más alta que otras.

Además el informe señala que, con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), los HSH han mostrado un aumento en la prevalencia de sífilis activa (RPR con titulaciones $\geq 1:8$ + prueba treponémica específica positiva) a lo largo de varios estudios: 1.2% en el estudio transversal de 1998, 4.6% en el estudio multicéntrico del 2001, 6 y 5.6% - 8.9% en el ECVC del 2006. Los HSH también han sido un grupo vulnerable a la infección por VIH en el país, con prevalencias mayores de 5% en todas las ciudades estudiadas. En el ECVC 2006, se encontró una prevalencia de 10% en San Pedro Sula, de 6% en Tegucigalpa, y de 5% en La Ceiba.

De acuerdo a otros indicadores, el informe identifica que el porcentaje de uso del condón en HSH presenta un amplio rango, y es bajo especialmente con parejas ocasionales, en relaciones sexuales comerciales, e incluso en relaciones bisexuales, facilitando la transmisión de VIH desde este grupo hacia la población general (“puente epidemiológico”)

El conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención ha mejorado en comparación con las primeras investigaciones a finales de los 90, y se resume en lo siguiente: Identificar correctamente 3 formas de prevención de la transmisión del VIH: En 1998, 18.1% de los HSH no TCS y el 15.0% de los HSH-TS. En 2003: 97.0%. El uso de drogas es alto en HSH en las tres ciudades incluidas en el estudio ECVC del 2006, con un rango de 32% en Tegucigalpa a 43% en La Ceiba, y el 1% reportó haberse inyectado drogas. En cuanto a haberse realizado la prueba de VIH: El 59.3% de los HSH-TCS (Trabajadores Comerciales del Sexo) y el 48.9% de los HSH no TCS se habían realizado una prueba de VIH en 1998, contra el 57% en 2001 y 57% en 2006 y el porcentaje de HSH que fueron alcanzados con programas de prevención fue un 24%.

En relación a la gestión y coordinación de políticas sociales en Honduras realza el informe que ha habido logros y entre los más importantes en el período está la reactivación de la Comisión Nacional de SIDA, tomando el liderazgo en la conducción de la respuesta al VIH y sida, así como la ampliación de la comisión con la representatividad de otras poblaciones señalando al sector poblacional mujer a través del Instituto Nacional de la Mujer (INAM); en cuanto a la participación e inclusión de la población en este ente rector sólo menciona que la participación de las diferentes expresiones de la sociedad civil se ve reflejada en los capítulos del Foro Nacional de Sida, así como el surgimiento de nuevas organizaciones civiles, con mayor realce las organizaciones gay (HSH).

En el tema de la prevención el informe resalta que entre los logros alcanzados está el diseño e implementación de las estrategias de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento hacia la prevención de la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres, entre otras.

Además de otras acciones de prevención, mencionamos: Agencia de Cooperación en Salud/AED/Usaid, con el

acompañamiento de la SSH y del Fondo Mundial, que implementó una estrategia de IEC para la prevención del VIH, donde se abordaron más de 2,300 jóvenes HSH en temas de prevención de ITS-VIH-Sida, salud holística, derechos humanos y ley especial del VIH. Las Organizaciones No Gubernamentales nacionales financiadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) a través de un programa denominado Comunicando Cambio para la Vida (Comcavi), realizaron 4,888 y 20,119 Intervenciones de prevención en el 2005 y 2006, respectivamente. En la población travesti se realizaron 379 acciones de prevención en el 2005. Con el proyecto “Diversidad e integración para la prevención”, ejecutado por la Coalición de Organizaciones Gay Lesbicas de Honduras (COGAYLESH) y financiado por el Fondo Mundial, se abordó a más de 7,000 HSH con información sobre prevención individualizada (estrategia de pares) según el objetivo de reducir la prevalencia en un 20% y alcanzar 21,000 HSH en 22 municipios para el 2008.

Otro dato relevante en el informe es que varios estudios en diferentes países de la región, sugieren que entre el 2% y el 5% de los hombres de 15-49 años tienen sexo con otros hombres. Aplicado en Honduras con aproximadamente 1.83 millones de hombres de 15-49 (Instituto Nacional de Estadísticas 2001), el número de HSH podría ser entre 36,600 y 91,500 aproximadamente.

Algunos de los problemas enfrentados en Honduras en materia de respuesta ante el VIH entre otros es el incremento del estigma y la discriminación hacia personas con VIH y hacia HSH entre otros. Esto evidencia necesidades de asistencia técnica en materia de vigilancia, evaluación y de desarrollo de las capacidades, hacia la formación de recursos humanos en vigilancia y evaluación en regiones que se han debilitado por el cambio en la estructura organizacional de la Secretaría de Salud de Honduras, y en los sectores vinculados a la respuesta, gestionar programas y proyectos que fortalezcan el abordaje de la diversidad sexual en el país, revisar y formular una política pública en VIH con enfoque de género, derechos humanos, violencia, pobreza e inseguridad humana y diseñar estrategias y programas para erradicar el estigma y la discriminación, la homofobia, y la transfobia.

México



El país informa explícitamente que su epidemia es concentrada y afecta a grupos específicos de la población.

Para el trabajo en VIH/SIDA el país posee un Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA). Éste coordina el trabajo conjunto con organizaciones de sociedad civil, las PVVS, el sector privado, etcétera, y es la vía de interlocución entre éstas y las máximas autoridades de salud.

Desde el 2006 el CENSIDA financia proyectos de prevención en grupos clave, ejecutados por organizaciones de la sociedad civil, y les provee de insumos como condones. El 17,9% del presupuesto está dedicado a actividades realizadas por OSC, pero no se especifica cuánto de esta porción de presupuesto se dedica a organizaciones y población HSH.

Respecto de las acciones de prevención para esta subpoblación, el país incluye el derecho a la no discriminación y el estigma relacionados con el Sida y la lucha contra la homofobia entre los mensajes clave que se promueven explícitamente en la estrategia nacional para fomentar la información, educación y comunicación sobre SIDA en población general. Es importante aclarar que este mensaje no estaba entre las opciones originales del informe y fue agregado por el país. En el 2005 se hizo una campaña nacional de prevención de la homofobia. El Programa Nacional de Salud 2007/12 incluye como línea de acción realizar campañas dirigidas a disminuir el estigma, discriminación y homofobia asociados con el VIH.

El CENSIDA también realizó campañas de comunicación nacionales sobre prevención de VIH y promoción de uso del condón. Éstas habrían estado dirigidas a población general; no se informa impacto en HSH.

También se afirma tener políticas y estrategias específicas para subpoblaciones. En el caso de VSV se provee información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre VIH, reducción del estigma y la discriminación, promoción del preservativo, asesoramiento y pruebas del VIH, salud reproductiva, incluidos prevención y tratamiento de ITS.

Sin embargo, entre el 50 y 75% de los servicios de prevención y menos del 25% de los servicios de asesoramiento y pruebas para VSV lo proporciona la sociedad civil. Se han identificado los distritos que necesitan programas de prevención del VIH y la actividad de reducción de riesgo para VSV está disponible en todos los distritos necesitados. La distribución de preservativos en grupos con prácticas de riesgo y vulnerables también está disponible en todos los distritos necesitados.

Existe acceso universal a la atención y el tratamiento sin distinción de sexo, edad o preferencia sexual. Desde 2004 se ha implementado capacitación a personal médico para detección oportuna del VIH en población en riesgo. Pero no se especifica cómo benefician estos servicios a población VSV ni en qué porcentaje.

No existen leyes que protejan específicamente a las subpoblaciones vulnerables. No obstante tampoco existen leyes que supongan obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo para VSV. Existe una política que asegura igualdad en acceso a prevención, tratamiento, atención y apoyo sólo para VSV. Es decir, los VSV son la única subpoblación que tiene una política especial con un enfoque específico y diferente. Hay gratuidad de servicios de prevención del VIH, tratamiento antirretrovírico e intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH. Pero no existe disponibilidad continua y oportuna de condones, tratamiento antirretroviral, etcétera.

Respecto de la participación de la sociedad civil, se afirma que ésta en general ha participado en alto grado. Se informa que el gobierno ha facilitado por medio del apoyo político y financiero la participación de poblaciones más expuestas en formulación de políticas y ejecución del programa gubernamental sobre VIH. Esto se ha hecho a través de mecanismos como el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, foros, participación en modificaciones de la Norma para Prevención y Control del VIH/sida, etcétera. Se afirma explícitamente que se han incluido organizaciones VSV en la formulación de políticas nacionales y en el proceso de planificación y presupuesto para el plan estratégico nacional sobre sida pero no se especifica en qué porcentaje o cantidad ni en qué medida o grado. Asimismo se informa que es bajo el grado en que la sociedad civil puede acceder a apoyo técnico y financiero para ejecutar acciones en prevención de VIH.

Se informa que se cuenta con un grupo de trabajo de vigilancia y evaluación que se reúne periódicamente e incluye representación de la Sociedad Civil. Se realiza vigilancia epidemiológica, de servicios y de personas en tratamiento ARV.

El país provee información para los 5 indicadores de UNGASS relacionados con población HSH. En el informe se proporcionan las siguientes cifras para cada indicador:

*Porcentaje HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados: 53,6% (N = 1111, 595 conocen los resultados, estudio hecho en 2005-2006, <25= 43.6%, +25=62.9%)

*Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH: 18,2% (n = 1111, 202 contestaron SI a ambas preguntas, estudio hecho en 2007, <25=16.3%, +25=19.9%)

Pregunta 1 ¿Sabe a dónde dirigirse si desea someterse a la prueba de VIH?: 74.6% contestó afirmativamente (n = 1111, 829 contestó SI, <25=73.8%, +25= 75.3%, estudio hecho en 2005/6)

Pregunta 2 ¿Se le han suministrado preservativos en los últimos 12 meses?: 21.4% contestó afirmativamente (n = 1111, 238 contestó SI, <25=19.9%, +25= 22.9%, hecho en 2005/6)

*Porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus: 65.5% respondió correctamente a las 4 preguntas realizadas (n=1111, 728 contestó correctamente a las 4 preguntas, <25=62.5%, +25= 68.4%, estudio hecho en 2005/6)

Pregunta 1 ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?: No hay datos disponibles

Pregunta 2 ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH usando preservativos cada vez que se mantienen

relaciones sexuales?: 94% contestó correctamente (n = 1111, 1044 contestó correctamente, <25=94.8%, +25=93.2%, estudio hecho en 2005/6)

Pregunta 3 ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?: 82.2% contestó correctamente (n = 1111, 936 contestó correctamente, <25=83.7%, +25= 84.8%, estudio hecho en 2005/6)

Pregunta 4 ¿Se puede contraer VIH por picaduras de mosquito?: 79% contestó correctamente (n = 1111, 878 contestó correctamente, <25=76.8%, +25= 81.1%, estudio hecho en 2005/6). Ésta es la pregunta que posee menor porcentaje de respuestas correctas.

Pregunta 5 ¿Se puede contraer VIH por compartir alimentos con una persona infectada?: 92.6 contestó correctamente (n = 1111, 1029 contestó correctamente, <25=92.8%, +25= 92.5%, estudio hecho en 2005/6)

*Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina, últimos 6 meses: 79.4% (n = 710, 564 usaron preservativo, <25=79.5%, +25= 79.3%, estudio hecho en 2005/6)

Indicadores adicionales:

-Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina a la que le pagó, últimos 6 meses: 80% (n = 70, 56 usaron preservativo, <25=84.6%, +25= 77.3%, estudio hecho en 2005/6)

-Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina que le pagó, últimos 6 meses: 74.8% (n = 103, 77 usaron preservativo, <25=75.5%, +25= 74.1%, estudio hecho en 2005/6).

-Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina estable, últimos 6 meses: 64.9% (n = 482, 313 usaron preservativo, <25=64.5%, +25= 65.3%, estudio hecho en 2005/6).

*Porcentaje de HSH infectados por el VIH: 9.9% (n = 1111, 110 con resultado positivo en prueba VIH, <25=6.9%, +25= 12.8%, estudio hecho en 2005/6). Prevalencia menor a la del Informe 2006 (13.5) pero no son comparables porque se usaron metodologías diferentes de recolección de información y selección de muestra.

Nicaragua



El informe refiere que este país cuenta con un plan estratégico nacional 2006-2010 y una política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, bajo la concertación de la Comisión Nicaragüense del sida (CONISIDA), que comparten como finalidad asegurar la conducción de la respuesta nacional, que debe expresarse en la construcción de las condiciones nacionales necesarias para poder garantizar a la población nicaragüense el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención, apoyo y mitigación relacionados al VIH y sida, con énfasis en las poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo.

También el informe señala que mientras en el año 2006 se diagnosticaron 419 personas con VIH (tasa de incidencia 7.6 por 100,000 habitantes), en el semestre del año se han diagnosticado 396 personas con VIH (tasa de incidencia proyectada 1 por 100,000 habitantes). El 15.4% de las personas diagnosticadas con VIH en este primer semestre, se han detectado en la fase de sida.

La epidemia ha ido creciendo aceleradamente en los últimos años. Mientras en el período 1993-1999 se diagnosticaba un promedio anual de 22 nuevas infecciones de VIH, entre los años 2000-2004 se diagnosticaron 131 nuevas infecciones por año. Actualmente se diagnostican dos VIH positivos por día, sin embargo se ha calculado un subregistro de 60%. Aunque la epidemia está afectando principalmente a personas entre 20 y 34 años (58%),

se está desplazando rápidamente hacia los adolescentes. El grupo de edad 0-14 años representó el 5.6% de nuevas infecciones ocurridas en el año 2006, mientras los adolescentes entre 15 y 19 años representaron el 6.8%, manifiesta el informe.

Asimismo en los últimos años se ha producido una tendencia acelerada hacia la feminización de la epidemia con una relación hombre-mujer de 2.4 a 1 en los VIH positivos registrados en el año 2006. La transmisión del VIH está ocurriendo principalmente a través de relaciones sexuales (92%), con predominio en personas heterosexuales (74%). El informe en este apartado no refiere datos de tendencia de la epidemia en HSH.

Entre los principales problemas y acciones correctoras el informe identifica la falta de investigaciones o encuestas comportamentales en los grupos más vulnerables, lo que limita la construcción de indicadores relacionados con estos temas vitales para una gestión óptima de una Respuesta Nacional más efectiva.

Las estimaciones y previsiones de los tamaños de los grupos de poblaciones vulnerables no disponen de indicadores nacionales que permitan una mejor aproximación a la realidad. Temporalmente se ha venido utilizando estimaciones provenientes de otros continentes (Caso Metodología Spectrum).

En este sentido, para los indicadores reportados en cuanto a HSH se refiere los insumos fueron facilitados por la sociedad civil como ser: El Centro para la Educación y Prevención del sida (CEPRESI) reportó que atendió 54 Colegios a nivel nacional. La población beneficiaria es de 24, 297, correspondiendo el 54% (13,119) a varones que tienen sexo con varones (VSV) y el 46%(5,936) mujeres. El informe no especificó que tipo de atención se brindó a estas poblaciones (de prevención, información y distribución del preservativo, etcétera.)

El cuanto al % de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención VIH. Encuestas comportamentales CNLSDSC FX, FN, CEPRESI PASMO y % de varones que declara haber usado preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina: y encuestas Comportamentales: Programa CNLSDSC FX, FN, CEPRESI PASMO TESIS, Xilonem y Mary Barreda, el informe refiere “Datos no disponibles”.

En cuanto al gasto nacional relativo al sida, el informe refiere “información faltante”.

Panamá

Panamá cuenta con una población estimada de 3,229.186 habitantes, según registros de la Contraloría General de la República y una prevalencia de 0.9% ocupando el tercer lugar en Centroamérica, sin incluir a Belice.



De los casos registrados, el 69.3% son por transmisión sexual, el 3.4% por transmisión perinatal y tan sólo el 1.6% por transmisión sanguínea. Sin embargo, hay un 25.6% de los casos, cuyos modos de transmisión se desconoce, manifiesta el informe.

En lo que refiere al análisis por sexo, tres de cada cuatro casos reportados son hombres, manteniendo una relación hombre/mujer de 3 a 1. En el año 1992, el 17.6% de los casos de SIDA eran del sexo femenino, mientras que en el 2007 se incrementa a un 25% lo que indica un aumento progresivo en mujeres, quizá como resultado de una vigilancia más activa en las mujeres en los últimos años. Por otro lado, se observa una mayor concentración en los grupos de edad entre 25 a 49 años de edad, alcanzando el 61.6% de los casos. De los casos que reportan haber adquirido el virus por transmisión sexual, el 75% se declara heterosexual, un 19% homosexual y un 6% bisexual, lo que corrobora que las relaciones sexuales, no protegidas siguen constituyendo el principal factor de riesgo.

El informe refiere que las campañas de promoción de pruebas diagnósticas voluntarias realizadas por el Ministerio de Salud y algunas organizaciones de la Sociedad Civil en conjunto con Organismos Internacionales están dando sus frutos, ya que se ha observado un incremento en el número de personas que solicitan la prueba de VIH de manera voluntaria. Hay que tener en cuenta la inversión económica y el impacto que se pueda obtener de estas campañas, ya que hay un estimado de 17,000 portadores del VIH en este país que aún no han sido detectados. Debemos destacar el aporte de la Sociedad Civil, que está llevando un registro que permite estable-

cer si la persona se realiza la prueba del VIH por primera vez y al respecto, podemos señalar que organizaciones como Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP), y PROBIDSIDA, entre otros, reportan que en más del 80% de los casos y en algunos, más de un 90% son casos nuevos, lo que pone en evidencia la efectividad de sus acciones.

El informe no presenta claridad en el gasto en población HSH.

En cuanto a los indicadores propiamente dichos Panamá reporta que según la encuesta comportamental de grupos vulnerables intervenidos por PASMO durante 2006 y 2007, el 76% de HSH se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados. Al 82% de HSH le llegaron programas de prevención del VIH.

Siempre en la misma encuesta en cuanto a porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, el 79% señalaron que puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH teniendo solamente relaciones sexuales con una pareja no infectada que no tenga otra pareja. El 71% refirieron que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH utilizando un preservativo cada vez que se tienen relaciones sexuales y el 86% de varones declararon haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.

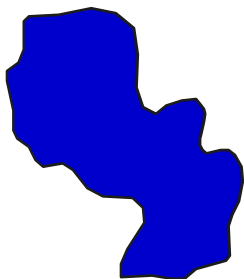
En relación al panorama general de la epidemia Panamá informó que el último estudio de prevalencia se realizó en el 2003-2004 y el próximo estudio está programado para el 2008, de manera que la referencia con que cuentan y consecuentemente el país no pudo reportar variaciones al momento de la redacción del Informe. Sin embargo presentaron un resumen de la situación de prevalencia ya reportada en el 2005.

En cuanto a los grupos de mayor vulnerabilidad, el Estudio Multicéntrico en HSH a través de la vigilancia biológica y encuesta de comportamiento, presenta información relativa a este grupo. Estos estudios fueron desarrollados por dos organizaciones de la Sociedad Civil: EMESSAR y Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP). La prevalencia encontrada es de 10.6%, siendo los auto identificados como gay más afectados que los bisexuales. La prevalencia de sífilis y otras ITS fue de 5 y 11%, respectivamente.

En relación a la respuesta nacional a la epidemia con énfasis en HSH, el informe refiere que cabe destacar que las actividades de prevención se llevan a cabo principalmente por la sociedad civil, aunque de forma poco coordinada y en función de los recursos disponibles que proveen las agencias de cooperación internacional.

El país destinó \$256,520.00 a Programas de Prevención, según se reporta en el Informe de Gasto en VIH/SIDA 2006, de los cuáles \$64, 182.00 se utilizaron en programas de prevención a grupos vulnerables, lo que representa el 25% del gasto realizado en este renglón, sin embargo representa el 1% del total de los gastos realizados durante el año, indica el informe.

Paraguay



El país reconoce poseer una epidemia concentrada, especificando HSH y trabajadores sexuales masculinos entre las poblaciones más expuestas. Sin embargo, declara que la epidemia se está heterosexualizando, feminizando y la edad está decreciendo. La estrategia cubre, principalmente, a embarazadas, militares, jóvenes y PPL.

No hay datos acerca de la epidemia en HSH. No hay información acerca del porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH ni sobre porcentaje de VSV que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con su pareja. Sobre estos dos indicadores se están iniciando acciones y estudios para recabar los datos correspondientes. A partir del 2008 se formaron grupos de consejeros pares de población civil entrenados en el PRONASIDA para captar a las diferentes poblaciones específicas en mayor cantidad e ir aumentando los registros y los datos. Con apoyo del grupo temático de ONUSIDA se articulan esfuerzos de proyectos centinelas de grupos vulnerables como HSH.

Respecto de la participación de la sociedad civil, en la elaboración del Plan Estratégico 2008/12 participó al

menos una OSC de HSH: Paraguay. No se especifica cuántas OSC de HSH participaron en la redacción del Informe UNGASS.

Se realizaron las siguientes acciones: distribución de 8000 preservativos y establecimiento de canales de comunicación con las poblaciones más vulnerables a través de sus organizaciones, se realizaron actividades para favorecer a la adherencia, acceso a testeo voluntario y mejora de calidad de vida de PVVS, 19200 personas alcanzadas por consejería, habilitación de 3 consultorios de ITS con horario extendido de atención dirigido a poblaciones vulnerables y aumento del 64% en cobertura de tratamiento. En ningún caso, se especifica proporción de HSH o trans alcanzados, si esta población pudo acceder a las acciones o beneficiarse de ellas de algún modo. El 25% de los servicios a HSH están provistos por OSC.

A partir de junio del 2007 con apoyo del Fondo se contactó a exponentes y componentes de los diferentes grupos más vulnerables (incluidos los HSH) a quienes se capacitó en prevención como promotores, con materiales previamente diseñados para el efecto, quienes ya realizan tareas de promoción entre sus pares dando a conocer información sobre el VIH y sus formas de prevención como también sobre los servicios de PRONASIDA.

El gasto fue de u\$s 1.432.000 pero no especifica cuánto fue destinado a GBTH, ni qué proporción fue destinada a prevención y qué proporción a atención y tratamiento. La Ley asegura acceso universal a todas las poblaciones.

Perú



En el informe se proveen datos acerca de la prevalencia del VIH en HSH. La última medición realizada en los años 2005 a 2006 señala una prevalencia de 10.8% en población HSH y 0.23% en las gestantes. Respecto a los HSH, el sesgo metodológico presente en el último estudio centinela realizado con esta población sugiere que la prevalencia es mayor a la mencionada.

El informe provee datos, también, para el resto de los indicadores de UNGASS referidos a HSH. Respecto del porcentaje de HSH que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados se informa que fue del 57.5 % en 2006 y del 20.6 % en 2007.

Se informa que los programas de prevención llegaron al 65,5% en 2006 y al 44.5% de los HSH en 2007.

El porcentaje informado de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus fue del 61.59 % en 2006 y del 40.2 % en 2007.

Por otro lado, se afirma que el porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus es del 40.2%

Asimismo se informa un porcentaje de 41.9% (2006) y de 50% (2007) de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.

Se provee también el porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina. En 2006 este porcentaje fue el siguiente: HSH > 25=47.19% HSH < 25=45.54%. En el año 2007, los porcentajes para este mismo indicador son los siguientes: HSH: 47.2%, <25: 41.5%, >25: 52.8%.

Finalmente el porcentaje de HSH infectado por el VIH fue el 14.29 % (HSH<25= 14.29%, HSH>25=, 30.27%) en 2006. En el 2007, como antes se dijo, fue el 10.8%.

El informe provee un panorama de la epidemia de SIDA en el Perú. En el caso de las poblaciones más expuestas, tenemos a la población HSH, cuyos indicadores fueron calculados usando la información de la vigilancia centinela para población HSH en el 2006.

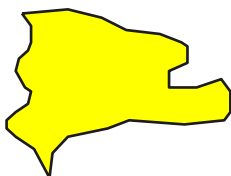
En el Perú, en el que la epidemia del VIH/SIDA está concentrada en la población HSH, las acciones dirigidas a estas poblaciones núcleo, o en mayor riesgo de adquirir VIH y que se encuentran en mayor vulnerabilidad al

mismo, se consideran como las políticas públicas de mayor eficiencia en el combate contra el VIH/SIDA. Sin embargo, los recursos preventivos son, además de escasos, con frecuencia dirigidos a la población en general y carecen de especificidad por grupos vulnerables y en riesgo.

La importancia de la participación de la sociedad civil en la lucha contra el VIH/SIDA ha sido claramente identificada. En el Perú la sociedad civil se ha hecho presente desde la década del 90 en esta lucha mediante la Red SIDA Perú, que agrupa a las principales ONGs que tienen actividades contra el VIH; las Organizaciones de Afectados (personas con VIH) y de Grupos más expuestos (HSH, TS, Trans); el Colectivo por la Vida; las Universidades mediante su intervención en investigaciones; la Iglesia en el apoyo y tratamiento de las personas con VIH, entre otros, han mantenido su participación activa en estos dos años.

Respecto de las actividades de prevención contra el VIH y otras ITS, están comandadas por el MINSA, cuyas acciones están dirigidas a aquellas que han sido calificadas como poblaciones vulnerables debido a la característica de concentración en HSH que tiene la epidemia en el país.

República Dominicana



En lo que respecta a la situación de la epidemia en la República Dominicana al 2007, puede resumirse que la misma se caracteriza por un predominio heterosexual (75.7%) y el grupo homo-bisexual tiene el 7%. La epidemia presenta un predominio masculino (62.71% en hombres contra 37% en mujeres). La razón de casos Hombre/Mujer por año se ha ido acercando, reflejando un número cada vez mayor de mujeres infectadas con VIH. La razón hombres - mujeres para 2007 fue de 1.65:1.0; el patrón de transmisión predominante en el país es por contacto sexual.

El patrón de transmisión predominante en el país es por contacto sexual. Para el quinquenio 1983-1987, los heterosexuales representaron el 48% de los casos; mientras que los homobisexuales representaron el 23%. En este mismo periodo, no se observaron casos de infectados por su pareja de confianza, pero en los siguientes quinquenios se observan aumentos en el porcentaje de los casos reportados de infección por su pareja fija, siendo (0% para el primer quinquenio, 6% en el segundo y para el último quinquenio 17%).

La República Dominicana, aunque desde del punto de vista de la clasificación epidemiológica más reciente puede considerarse generalizada, los datos analizados permiten discernir una alta proporción de infecciones debidas a grupos de población con tasas relativamente más elevadas de infección.

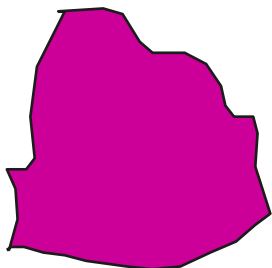
El informe refiere en materia de Respuesta Nacional que el plan estratégico nacional 2007-2015 tiene contemplado como población prioritaria entre otros a los HSH por su condición de vulnerabilidad ante el VIH.

En cuanto a la distribución de los fondos en las categorías Prevención, Cuidado y Tratamiento, así como Fortalecimiento y Administración, se realizó en base a la ejecución estimada para el año 2007 por los proyectos financiados por el Banco Mundial y el Fondo Global, a través de COPRESIDA, con la siguiente estructura: Prevención 30%, Tratamiento 25%, Administración 18%, Otros 27%. Indica el informe.

El informe manifiesta que existen leyes y reglamentos para proteger de la discriminación a las personas con VIH o sida, y en particular la Ley General de Juventud, en su artículo 27 señala que prohíbe la discriminación por orientación sexual, sin embargo también se indica que dentro de las leyes y reglamentos que suponen obstáculos para la prevención se mencionó al Concordato con la Iglesia Católica y el Vaticano, que no ha permitido que se imparta educación sexual en las escuelas y que prohíbe la promoción de anticonceptivos especialmente el preservativo, tiene políticas claras en contra del aborto y de algunas poblaciones vulnerables como los Varones que tienen Sexo con Varones (VSV) y los y las trabajadoras sexuales.

Es importante señalar que el informe hace referencia a los estudios que se han realizados para conocer la prevalencia en la población HSH; por tal razón en el año 1992 se hizo un estudio con una muestra de 188 HSH, en 1996 otro estudio (proyecto DELTA, USAID/CONNECTA) con una muestra de 182 y el último en el 2004 con una muestra de 597 evidenciando un 11% de prevalencia de VIH en esta población. Otro dato importante que arrojó el estudio es que 86% de los encuestados declaró haber usado preservativo con su último cliente.

Uruguay



El país reconoce poseer una epidemia concentrada. El 70% de los infectados son hombres en general. El 27,5% de las infecciones corresponde a HSH y el 16.6% a personas bisexuales. A pesar de esto, se hace referencia a la feminización de la epidemia. Y los HSH no resaltan en los lineamientos principales de la estrategia general, que sí nombran explícitamente a jóvenes, mujeres y PPL. HSH no parece ser una población prioritaria.

Por otro lado, el MCP tiene líneas de acción dirigidas a jóvenes y adolescentes, niños y huérfanos del VIH y población general. Tampoco se incluye a HSH ni cómo las acciones alcanzan a esta población.

En 2005 se identificó a poblaciones socialmente vulnerables, pero no se incluye a HSH o trans. En 2006 se terminó una investigación de Comportamiento e Información con esta población y se presentó a las ONG que trabajan con este grupo. La investigación aportó elementos en relación con prácticas y comportamientos de protección y riesgo, acotados a Montevideo. Pero no se explicita cómo benefició a la población HSH.

No hay datos acerca de la situación de esta población. No se conoce el porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH ni que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas sobre la transmisión del virus. Tampoco hay datos de HSH respecto del uso de preservativo, no se conoce el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal ni hay datos acerca de reducción de prevalencia en poblaciones más expuestas. En 2008 estarán listos estudios en curso con HSH y trans con apoyo de ONUSIDA y OPS para aportar una línea de base en estas poblaciones.

El Programa Prioritario de SIDA y el MCP incluyen participación de la sociedad civil organizada, pero no se especifica si incluyen a organizaciones de VSV. Entre las acciones se incluye compra masiva y distribución de preservativos, talleres de sensibilización y formación en prevención e intervención en zona de frontera. Pero no se explicita si estas acciones beneficiaron a población HSH y en qué proporción. Se brindaron materiales de prevención y se acercaron al sistema de salud únicamente a trans y HSH que son trabajadores/as sexuales.

Se resalta como uno de los problemas principales la situación de vulnerabilidad de poblaciones con prevalencia mayor a 5%, entre ellas los HSH. También es un problema principal la falta de información en relación con líneas de base. Sin embargo, no incluyen a los HSH entre las poblaciones ni en acciones correctoras.

Existe cobertura universal en atención y tratamiento. El gasto fue, en prevención, 15.536.001 pesos uruguayos (sector público), 5.300.878 (internacional) y 121.600 (sector privado), con un total de 20.958.479. En tratamiento y atención fue de 86.847.475 pesos uruguayos (sector público). No se especifica cuánto fue destinado a HSH ni cómo esta población accede a estos servicios o se beneficia de estas inversiones.

Venezuela



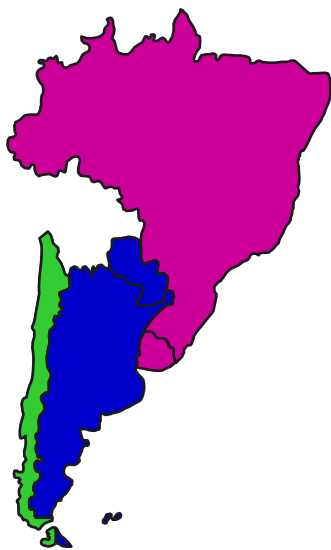
En el caso de Venezuela, el gobierno no realizó el informe UNGASS por lo que las organizaciones de la sociedad civil realizaron el denominado Informe Sombra.

En el trabajo con HSH reportan que, para el período 2003-2005, el trabajo de las ONGs estuvo dirigido al suministro de preservativos y material informativo, con población de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH). Tanto en Caracas como en el interior del país existen programas específicos para atender sus necesidades.

El grupo más afectado son los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) al que corresponden aproximadamente el 70% de los casos notificados, aunque progresivamente aumentan los casos de hombres heterosexuales y los casos de mujeres.

La clasificación del PNS indica además, proyectos aprobados para trabajo con: privados de libertad, indígenas, HSH, universitarios, PVVs y comunidad pero no se especifica en qué ni cuántos proyectos son los aprobados.

Conclusión Cono SUR:



Todos los países de la región de Cono Sur reconocen que sus epidemias de VIH/SIDA están concentradas en las poblaciones más expuestas. Sin embargo, sólo 2 países (Chile y Brasil) priorizan a la población GBTH en su estrategia nacional y sus acciones.

En contraste, todos los países, excepto Chile, afirman explícitamente que sus epidemias se están heterosexualizando y feminizando. Esto, a pesar de que algunos de ellos incluyen datos que demuestran la alta prevalencia del VIH en población HSH y trans (9,8% en HSH y 35% en trans en Argentina, 27,5% en HSH y 16.6% en bisexuales en Uruguay). Todos los países consideran a la población trans como grupo separado y diferente de los HSH. Argentina, incluso, explicita líneas de acción específicamente dirigidas a trans y no a otros HSH.

Es notable la ausencia o escasez de datos acerca del estado de la epidemia en población GBTH en el Cono Sur. Los datos disponibles son:

-Desactualizados y antiguos, en términos de su validez epidemiológica, como en el caso de Brasil.

-No representativos de la realidad nacional, ya que están acotados a las áreas metropolitanas, como es el caso de Argentina y Uruguay.

-No incluyen información sobre la prevalencia del VIH en población HSH y trans, como en el caso de Chile.

-Directamente existe una ausencia total de información acerca de la epidemia en población GBTH, como en el caso de Paraguay.

El único país que provee datos científicos y actualizados para cumplir con algunos de los indicadores de UN-GASS es Chile. En la producción de algunos de esos datos participó una OSC GBTH, MUMS. Sin embargo, todos los países afirman estar llevando a cabo, actualmente, estudios sobre población HSH que proveerán la información solicitada por algunos de los indicadores durante el año 2008.

En relación con la participación de la sociedad civil, 3 países afirman explícitamente incluir y consultar a OSC GBTH en sus actividades, en la elaboración de planes y programas y en la elaboración del Informe UNGASS: Brasil, Chile y Paraguay. Argentina y Uruguay afirman incluir y consultar a la Sociedad Civil, pero no especifican haber incorporado OSC GBTH.

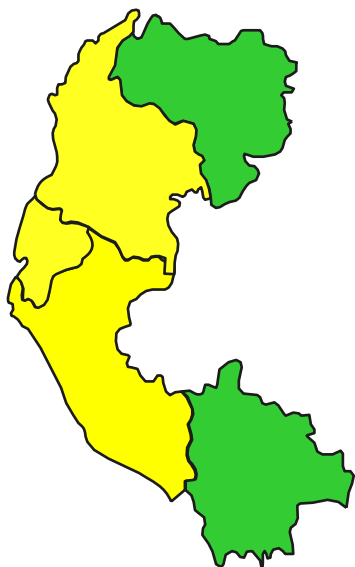
De estos países, Brasil y Chile parecen ser los que otorgan a las OSC y específicamente a las GBTH, una participación más activa en la consulta y elaboración de Planes y Programas nacionales referidos a esta población y en el monitoreo y control social de las acciones llevadas a cabo por los respectivos Programas Nacionales.

Todos los países relatan haber llevado a cabo diversas acciones en prevención, detección precoz, atención y tratamiento del VIH/sida. Sin embargo, en ningún caso se especifica cómo se benefició la población GBTH de estas acciones, en qué proporción y si pudo acceder a estos servicios. En Argentina y Paraguay, con apoyo del Fondo Mundial, se llevaron a cabo acciones de prevención dirigidas a población HSH pero no se hace referencia a su impacto ni a sus resultados. Sólo Chile afirma explícitamente la necesidad de profundizar las estrategias de intervención focalizadas en HSH y únicamente el Brasil posee planes y programas especialmente dirigidos y focalizados en población GBTH. El resto de los países no incluyen a esta población dentro de las prioritarias.

Todos los países tienen cobertura universal para toda la población en atención y tratamiento, excepto Brasil, aunque su cobertura es del 95%. Los Programas Nacionales de Uruguay, Chile y Brasil destinan el mayor porcen-

taje de sus presupuestos a tratamiento. Argentina lo destina a prevención mientras que Paraguay no especifica. La proporción mayor es aportada por el Gobierno Nacional en todos los casos, con aportes de organismos internacionales en Argentina, Uruguay y Paraguay. De todos modos, ninguno de los países explicita cuánto de ese dinero se destina a población GBTH o cómo esta población se ve beneficiada.

Conclusiones Región Andina



De los 5 países que conforman la región, al menos 2 (Perú y Ecuador) reconocen que sus epidemias están concentradas en población HSH, aunque los datos que provee el resto permiten conocer que sus epidemias también estarían en ese estadio.

Dos países (Perú y Ecuador) proveen datos para 4 de los indicadores. Colombia y Bolivia informan datos para tres indicadores. Venezuela no elaboró el Informe Nacional pero las organizaciones de la Sociedad Civil elaboraron el Informe Sombra en el que se informan datos para un indicador.

El porcentaje de HSH infectados por el VIH fue informado por los 5 países de la región. Sin embargo, las cifras informadas presentan algunas limitaciones enumeradas a continuación:

-Algunas de las cifras surgen de estudios puntuales y específicos y no de un sistema de vigilancia epidemiológica. Por otro lado, son estudios conformados por muestras de HSH que no serían estadísticamente representativas. Por lo tanto, los resultados no serían representativos de la realidad de la epidemia HSH a nivel nacional (Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia)

-La cifra provista por Venezuela corresponde a porcentaje de HSH en relación con el total de los infectados. Es decir, porcentaje del total de la epidemia que corresponde a HSH. Pero no se informa estrictamente la tasa de prevalencia en HSH para conocer el impacto real de la epidemia en esta población.

Si bien estos datos estarían marcando una tendencia en relación con la epidemia en HSH, la metodología mediante la que fueron obtenidos no permite derivar conclusiones firmes, confiables y totalmente representativas de la realidad de nuestro grupo en la región.

Cuatro países (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) informan porcentaje de HSH que se sometió a la prueba de VIH y conoce los resultados. 3 países (Bolivia, Ecuador y Perú) proveen datos de porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención. Solo 2 países (Colombia y Ecuador) informan porcentaje de HSH que identifica las formas de prevención del VIH. Únicamente el Perú provee información acerca de hombres que declara haber usado condón en el último coito anal con una pareja masculina.

De todas formas, estos datos también cuentan con las limitaciones que antes se explicitaban: fueron obtenidos a partir de estudios cuyas muestras no serían estadísticamente representativas. En consecuencia, no puede concluirse que estén describiendo la realidad de la epidemia de VIH en HSH a nivel nacional.

En consecuencia, se torna fundamental aumentar la obtención y producción de datos en el caso de que estos sean escasos (sobre todo en países como Bolivia y Venezuela). Y en todos los casos, se recomienda insertar dicha actividad en el marco de sistemas de vigilancia epidemiológica que posibiliten la obtención sistemática de datos más confiables y representativos de las realidades epidemiológicas nacionales en la región andina.

Conclusión Centroamérica y Caribe Hispano + México



En el 100% de los informes analizados en esta sub región, existe evidencia científica (con estudios relevantes) de que la epidemia está concentrada en población HSH, con prevalencias elevadas sobre otras poblaciones también afectadas.

Unos informes definen claramente y otros sutilmente, a la población HSH como puente epidemiológico para la propagación de la infección por VIH.

En todos los países existen leyes sobre el control del VIH como el instrumento jurídico por excelencia que sienta las bases para garantizar los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y SIDA. Sin embargo existen otras leyes en ciertos países que afectan a las poblaciones altamente afectadas por el virus: por ejemplo, en Guatemala.

En los informes reflejan datos recabados en los indicadores relacionados con información y acciones de prevención en HSH y en donde podemos apreciar que este grupo intervenido denota un efecto gradual positivo en cuanto a los avances en los países.

En todos los países existe acceso a ARV y atención médica, sin embargo en los informes no se describen la atención y acceso diferenciado por población afectada por la epidemia, como por ejemplo en los HSH.

En los informes se señala que existe involucramiento de la población HSH organizada en la elaboración del informe, algunos manifiestan en el posicionamiento hacia la incidencia política para la definición de políticas públicas, pero no se evidencian logros en este aspecto en los mismos.

Conclusiones Generales para Latinoamérica

Latinoamérica presenta un desarrollo de la epidemia de VIH/sida muy similar en la mayoría de los países que integran la región. Las epidemias de la mayoría de estos países, excepto algunos de Centroamérica y el Caribe como la República Dominicana, presenta epidemias concentradas en las poblaciones más expuestas, tal como se afirma explícitamente en muchos de los Informes Nacionales de UNGASS.

Doce países de la región (Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay, Uruguay, Colombia, Ecuador, Perú, El Salvador, Guatemala y Honduras) afirman explícitamente en sus Informes que sus epidemias están concentradas en poblaciones más expuestas, incluyendo HSH. Costa Rica y Cuba no lo expresan de forma explícita pero lo sugieren a través de datos concretos.

Sin embargo, a pesar de afirmar esto y de aportar datos que demuestran que los HSH continúan siendo una población de alta exposición al VIH/sida, muchos países informan, simultánea y explícitamente, que sus epidemias se están feminizando.

Siete países (Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) hacen explícita referencia a la feminización de sus epidemias a pesar de que los 4 primeros reconocen poseer epidemias concentradas en poblaciones más expuestas como los HSH y aportan datos que apoyan esto último. En cambio los tres últimos refieren feminización pero no concentración de la epidemia. Ninguno de los siete define a qué llama "feminización".

Por otro lado, Chile, Perú, Ecuador y Colombia, todos en la región Andina, reconocen la concentración de la epidemia principalmente en HSH, aportan numerosos datos que demuestran esto y no hacen mención a la feminización.

En cuanto a los Indicadores de UNGASS relacionados a HSH informados los Informes muestran situaciones muy dispares. Solo México y Panamá proveen datos para los 5 Indicadores de UNGASS vinculados a HSH. Sin embargo, México es quien provee los datos más completos y representativos de la población. En relación con el Indicador de conocimientos acerca de formas de prevención, informa para 4 de las 5 preguntas originales. Para el Indicador de uso de condón en el último coito anal con pareja masculina, incluye tres indicadores adicionales según si la persona pagó por esa relación sexual, le pagaron o lo hizo con pareja estable.

- Brasil, Ecuador, Perú, El Salvador, Guatemala y Honduras informan 4 indicadores.
- Chile, Bolivia y Colombia refieren datos de 3 indicadores.
- Argentina, Costa Rica y República Dominicana informan datos de 2 indicadores
- Uruguay, Nicaragua, Cuba y Venezuela informan proveen datos para solo uno de los indicadores de HSH

Por otro lado, Paraguay no cuenta con información ni datos de ninguno de los Indicadores de UNGASS referidos a HSH. En conclusión, México es el único país que provee datos completos, representativos y confiables para los 5 indicadores de UNGASS referidos a HSH.

Esto indica que casi todos los países de Latinoamérica carecen de información referida a la epidemia de VIH en HSH en al menos un área de las comprendidas por UNGASS (prevalencia, prevención, testeo, comportamiento y/o conocimiento). Asimismo, más de la mitad de los países de Latinoamérica carecen de información respecto de la mitad o más de los indicadores de UNGASS, lo que significa que existe un gran desconocimiento acerca de la situación y el estado de la epidemia de VIH en HSH y respecto del estado o grado de avance en relación con los indicadores de UNGASS para población GBTH.

Básicamente, la ausencia de datos acerca de la población HSH y su estado en relación con la epidemia es una constante, en mayor o menor medida, en los Informes de UNGASS en Latinoamérica.

De acuerdo a los datos aportados por los informes, la prevalencia de HSH infectados de VIH en Latinoamérica, estaría rondando el 13-14%, siendo la cifra más alta la reportada por Ecuador (19,2%).

Sin embargo, no todos los países informan este dato. 15 países proveen algún tipo de información acerca de cantidad de HSH infectados. No obstante, sólo 11 (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, México, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana) proveen tasas de prevalencia propiamente dichas (de cuyo promedio se extrajo el valor aproximado que se informa mas arriba).

El resto provee porcentajes de HSH infectados respecto del total de casos notificados o del total de la epidemia (Uruguay, Venezuela, Costa Rica y Cuba). De esta forma, se torna dificultoso apreciar y ponderar el impacto de la epidemia en la población HSH de estos países.

Aunque éste es el indicador que más países han informado, se detectan algunas falencias y sesgos en los datos aportados. Esto contribuye a reducir su confiabilidad y validez. Varias de las cifras de prevalencia informadas:

-No son representativas de todo el país sino que se reflejan únicamente la realidad de las grandes ciudades, del área metropolitana o de alguna región en particular. Por lo tanto, no informan acerca de la situación de la población GBTH en las ciudades o regiones del interior de algunos países (Argentina, Brasil, Guatemala, Honduras)

-No están actualizados (Brasil)

De todas formas, y a pesar de las dificultades antedichas, los datos informados reflejan claramente que la población HSH continúa siendo uno de los grupos mas expuestos al VIH y uno de los grupos más afectados por la epidemia en la región.

Respecto del testeo, son 11 los países que informan acerca de este indicador (Brasil, Chile, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, México, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá). Los porcentajes oscilan entre el 20.6% (Perú) y el 76% (Panamá). Bolivia informa 81%, pero este dato fue obtenido de la totalidad de personas que se sometieron a testeo sin especificar cuanto corresponde a HSH.

Claramente, el acceso al testeo por parte de la población HSH presenta realidades muy dispares en los diferentes países de la región y en muchos, ni siquiera se cuenta con información para estimar el grado de avance en relación con este indicador. Nuevamente, en este caso, se debe relativizar la lectura de algunas cifras relativas a este indicador. Algunos países ofrecen cifras que no están actualizadas y corresponden a estudios de 3 o más años de antigüedad (Brasil, El Salvador). Otros países obtuvieron este porcentaje a partir del total de personas que se sometieron a testeo sin especificar cuántos de ellos eran HSH (Bolivia, Ecuador).

Lo anteriormente dicho dificulta estimar y conocer cuál es la realidad de la población GBTH en relación con el acceso al testeo, cuánto se ha avanzado y cuánto queda por lograr en este punto.

En relación con el indicador que se refiere a conocimiento y creencias, “Porcentaje de HSH que conocen los modos de transmisión y prevención”, sólo 7 países (Chile, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Honduras y Panamá) de un total de 18, han provisto datos al respecto.

Esto implica una grave falencia de información si aspiramos a evaluar el grado de avance en el logro del Acceso Universal a Prevención, de la población HSH. Si no conocemos qué grado o nivel de conocimiento posee este grupo acerca de las vías de transmisión y las formas de prevención, no podremos evaluar ni estimar el impacto que sobre ellos tienen las campañas y acciones preventivas dirigidas a esta población. Tampoco podremos saber si esas acciones realmente están llegando a este grupo o si los HSH están accediendo a la información necesaria que les permitiría protegerse de la infección.

En adición, algunos datos no son del todo confiables ya que fueron obtenidos de población general sin especificar cuánto del total corresponde a población HSH (Ecuador)

Respecto del indicador referido “Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina”, 9 países aportan cifras acerca del uso de preservativo en la última relación sexual (Argentina, Brasil, Chile, Perú, México, El Salvador, Guatemala, Panamá y Guatemala). Honduras afirma que el uso de condón es bajo en HSH especialmente con parejas ocasionales, en relaciones sexuales comerciales, e incluso en relaciones bisexuales pero no aporta cifras concretas.

Nuevamente, esta escasez de datos acerca del uso del condón en población GBTH (principal método de prevención de la transmisión del VIH) no permite conocer la realidad respecto del Acceso Universal a Prevención de este grupo. Por otro lado, se informan valores muy diversos para este indicador, con cifras que van del 29% (Chile) al 90.5% (Argentina). Esto puede estar indicando particularidades nacionales respecto de este tema, o también sesgos en la recolección de datos, errores en la conformación de las muestras o empleo de metodologías diversas para la obtención de esta cifra.

Finalmente, se informa el último de los indicadores referido específicamente a acceso de HSH a programas de prevención: “Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH”. Al igual que los 2 indicadores anteriores, menos de la mitad de los países de la región proveen cifras para este indicador: 10 en total (Bolivia, Ecuador, Perú, México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá).

Como se puede observar, para los tres indicadores referidos específicamente a prevención de VIH en HSH, solo la mitad o menos de los países de la región cuentan con datos. De hecho, sólo dos países (México y Panamá) provee datos para los tres, mientras que el resto solo informa dos, uno o ninguno. Es significativo que ninguno de los países del Cono Sur provea datos para el último de los indicadores lo que implica que no hay conocimiento alguno acerca de la llegada de los programas de prevención a la población HSH de esta subregión. Otros países reportan cifras muy bajas al respecto: 26% (Costa Rica) y 24% (Honduras) lo que indica que aún hay brechas importantes que reducir para el logro del objetivo del Acceso Universal a Prevención.

Del análisis de los datos provistos por los países de la región en cada uno de los Informes Nacionales de UNGASS se pueden extraer algunas conclusiones generales:

-La población HSH continúa siendo una de las más expuestas y afectadas por la epidemia de VIH. Las epidemias latinoamericanas de VIH continúan siendo concentradas en casi todos nuestros países y la población GBTH continúa siendo uno de los grupos de más alta exposición y concentración del VIH.

-Pero al mismo tiempo, no hay suficientes datos disponibles acerca de la llegada y el impacto de los programas de prevención de VIH en población HSH ni cómo estos han influido en los conocimientos, la información y las prácticas y conductas de cuidado de esta población.

-Por otro lado, una parte importante de los datos que se proveen no son representativos de la población GBTH o no son totalmente confiables. Muchos de estos datos son demasiado antiguos y poco actualizados, o representan solo a las áreas metropolitanas o a algunas áreas geográficas limitadas y no a la realidad de la epidemia a nivel nacional. La gran amplitud y diversidad de las cifras presentadas para algunos indicadores (por ejemplo, el relativo a uso del condón) hace sospechar que los países han utilizado metodologías muy diversas para la obtención de esos datos, o que ha habido sesgos en la recolección o errores vinculados al muestreo.

Respecto de este último punto, varios países informan datos obtenidos a partir de muestras que no serían realmente representativas de la población GBTH total mientras que otros directamente no informan el tamaño de la muestra a partir de la cual obtuvieron las cifras que informan (Argentina, por ejemplo). Esto dificulta la lectura e interpretación de tales datos y la comparación entre países.

La dificultad para establecer muestras representativas a partir de la cual se puedan obtener datos fiables y generalizables al resto de la población GBTH podría estar asociada, entre otras cuestiones, a la ausencia de una estimación acerca del tamaño y cantidad de personas aproximada que conforma esta subpoblación en cada uno de nuestros países. Se torna imperioso, por lo tanto, desarrollar investigaciones que permitan superar este obstáculo.

De todos modos, en resumen, se puede observar que una gran proporción de las cifras informadas no serían totalmente confiables, por diversos motivos mas arriba detallados. (Para información más detallada al respecto, ver cuadro por indicador y por país)

-La ausencia de datos, más la relativa confiabilidad de algunas cifras que se proveen, no permiten evaluar ni estimar el avance real en el logro del acceso Universal a Prevención, Atención y Tratamiento de Población HSH

ni las brechas existentes para alcanzar ese objetivo, a nivel regional.

-Hay países que aún reportan cifras muy bajas para los indicadores de acceso a testeo y programas de prevención. Esto estaría sugiriendo que aún hay grandes brechas en nuestra región para el alcance del objetivo de Acceso Universal a Prevención, Atención y Tratamiento para HSH. Sin embargo, la existencia de amplias diferencias entre las cifras reportadas por los países y la gran cantidad de datos faltantes no permite derivar conclusiones de este tipo a nivel regional.

-Lo anterior estaría indicando falencias en los países de la Región Latinoamericana y el Caribe en relación con la Vigilancia Epidemiológica del VIH en la población GBTH. Se torna imprescindible, entonces, que los países de la Región mejoren sus Sistemas de Vigilancia Epidemiológica mejorando sus metodologías de recolección de datos, haciéndolas más precisas y confiables. Pero también es necesario que amplíen estos sistemas para avanzar hacia la implementación de la Vigilancia de Segunda Generación del VIH en población GBTH que incluya, además de vigilancia biológica o “de primera generación”, encuestas de comportamiento con el fin de conocer las prácticas y conocimientos de la población GBTH en relación con el VIH. De hecho, menos de la mitad de los países de la Región LAC proveen datos para los Indicadores de UNGASS comportamental y de conocimientos referidos a HSH, lo que implica una particular falencia en la disponibilidad de información y conocimientos acerca de estos temas en esta población. Esto estaría indicando que aun no se ha dado el paso necesario para la puesta en práctica de la Vigilancia de Segunda Generación del VIH para la población GBTH.

La ausencia de datos acerca de prácticas y conocimientos acerca del VIH en población HSH se traduce en dificultad para planificar y acciones de prevención acordes a la realidad de nuestra población o a sus reales necesidades y para posteriormente evaluarlas. También dificulta la posibilidad de evaluar el avance e impacto de acciones ya realizadas o en marcha, ya que la ausencia de datos de base no permite conocer los cambios producidos. En conclusión, se torna fundamental mejorar y ampliar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Nacionales para obtener aquellos datos que nos permitan conocer el avance real alcanzado y las brechas existentes por acortar en el logro del Acceso Universal a Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/SIDA de Población GBTH, en la Región LAC.



Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe
www.asical.org

Miembros:



Amigos Siempre Amigos - Santo Domingo - República Dominicana



Fundación Ecuatoriana Equidad - Quito - Ecuador



Grupo Arco Iris - Río de Janeiro- Brasil



Grupo Dignidade - Curitiba - Brasil



Grupo Gay da Bahia - Salvador de Bahia - Brasil



INMENSA (Investigaciones Médicas en Salud) - Lima - Perú



Kukulcán - Tegucigalpa - Honduras



Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA - Bogotá - Colombia



Letra S - México DF - México



Movimiento Unificado de Minorías Sexuales - Santiago - Chile



OASIS - Ciudad de Guatemala - Guatemala



Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina - Buenos Aires - Argentina



Asociación para la Salud Integral
y Ciudadanía de América Latina y el Caribe

www.asical.org

Informes por país de los indicadores de UNGASS en HSH en América Latina y el Caribe Hispano

Países	Indicadores					Observaciones
	Porcentaje de HSH infectados por el VIH	Porcentaje HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH	
Argentina	9%* (gays) 35%* (trans)			90,50%		* Solo del Área Metropolitana de Buenos Aires * De 12 provincias
Bolivia	3600 casos *	81%*		69,3%*	2,60%	* No se ofrecen cifras relativas * El dato corresponde a poblaciones mas expuestas sin especificar cuantos son HSH. * Es un dato de 2005
Brasil	0,56%* 7,4%*	62%*	67%*	43%*		* Dato de 2002 * Dato de 2004, asciende al 71% si la última pareja fue ocasional * Dato de 2004 * Dato de 2005 * En Campinas (2006)
Chile		36,91%	55%* 100%*	29%*		* Para la afirmación "Usando condón siempre y durante toda la relación sexual" * Para la afirmación "Compartiendo comida PVVS" * Dato obtenido por MUMS
Colombia	10.8%	61.5%	80,3%			Todos los datos son de hombres entre 17 y 60 años
Costa Rica	44.3% (HSH) 15,5% (bisexuales)*				26%*	* Porcentaje respecto del total de la epidemia, no respecto de la población HSH * Dato de 2006-2007, n=400
Cuba	86%*					* Del total de casos masculinos reportados, no respecto de población HSH
Ecuador	19,2%*	49,9%*	49,9%*		49,9% - 48,7*	* N=1450, habla de poblaciones mas expuestas sin especificar cuanto corresponde a HSH * N=1131
El Salvador	17,75%*	40,5%*		83.14%	80%*	* 5 veces mayor que las TS * Estudio multicentrico del 2003, mejora del 15% en el 2007 * Porcentaje de HSH que afirmó poder conseguir un condón en el momento que lo necesitaba
Guatemala	11.5%* 18.3%*	63.38%* 65.84%* 48.38%*		80.7%* 73.7%*	72.67%* 79.01%*	* Menores de 25 años * De 25 años y mas * Estudio multicentrico (2003) * Línea de base del Fondo Mundial 2005-2006 * N=248 HSH del Depto. De Escuintla (2007)
Honduras	6%* 10.1%* 5%*	57%*	97.0%*	*	24%	* Identifica que el porcentaje de uso del condón en HSH es bajo especialmente con parejas ocasionales, en relaciones sexuales comerciales, e incluso en relaciones bisexuales pero sin datos. * Identificar correctamente 3 formas de prevención (2003) * 2006 * Tegucigalpa, 2006 * San Pedro Sula, 2006 * La Ceiba
México	9.9%* 6.9%* 12.8%*	53,6%* 43.6%* 62.9%*	65.5%** 62.5%* 68.4%*	79.4%* 79.5%* 79.3%*	18,2%** 16.3%* 19.9%*	* N=1111 (2005/2006) * Menor de 25 años * 25 o mas * Responde correctamente a 4 preguntas (de las 5 originales) * N=710, en los últimos 6 meses (2005/2006). Se proveen indicadores adicionales según quien responde pagó por esa relación sexual, le pagaron o lo hizo con pareja estable (ver datos detallados en informe) * Responde correctamente a las preguntas: ¿Sabe a donde dirigirse si desea someterse a la prueba de VIH? y ¿Se le han suministrado preservativos en los últimos 12 meses? (Ver datos detallados en Informe)
Nicaragua					54%*	*Porcentaje de VSV del total de la población beneficiaria de CEPRESI (n total=24, 297, VSV=13,119)
Panamá	10.6%*	76%*	79%** 71%**	86%*	82%	* PASMO (2006 y 2007) * Porcentaje que señala que puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH teniendo solamente relaciones sexuales con una pareja no infectada que no tenga otra pareja * Porcentaje que refiere que puede reducir el riesgo de contraer el VIH utilizando un preservativo cada vez que se tienen relaciones sexuales * Datos de EMESSAR y Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP)
Paraguay						No hay datos disponibles acerca de la epidemia en HSH
Perú	10.8%* 14.29%** 30.27%**	57.5%* 20.6%*	40,21% (global) 32,82% (< 25) 46,92% (> 25)	47.19%** 45.54%** 41.5%** 52.8%**	65,5%* 44.5%*	* (2007) Sesgo metodológico presente en el último estudio centinela sugiere que la prevalencia es mayor * 2006 * 2007 * Mayores de 25 años * Menores de 25 años
Republica Dominicana	11%*			86%*		* N=597, 2004, proyecto DELTA, USAID/CONNECTA * Porcentaje que declaró haber usado preservativo con su último cliente
Uruguay	27,5%** 16.6%**					* Del total de casos de VIH registrados * HSH * Hombres bisexuales
Venezuela	70%*					*Porcentaje de HSH del total de casos de VIH notificados