

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



Informe
Latinoamérica

Año 2010

Con el auspicio de:



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

Informe Resumido Latinoamérica 2010

© 2011 - 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:

Dr. Jorge A. Pacheco Cabrales, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA / ASICAL
Dr. Julio Gilvonio Alegría, Investigaciones Médicas en Salud / ASICAL
Sr. Víctor Dante Galicia Juárez, Comité Humanitario de Esfuerzos Compartidos, AC. / ASICAL
Lic. Edgardo Javier Medina Sandoval, Asociación Kukulcán / ASICAL
Lic. Pablo David Radusky, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina / ASICAL

Revisores:

Lic. Fernando Muñoz Figueroa, MUMS / ASICAL
Lic. Pablo D. Britez, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina / ASICAL

Edición:

Lic. 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)



*En memoria de
Arturo Díaz Betancourt
(1956 - 2011)*

*Activista y Luchador Social
Co-Fundador de Letra S - México
Fundador de ASICAL*

Índice

<i>Informes por país</i>	4
<i>Argentina</i>	5
<i>Bolivia</i>	11
<i>Brasil</i>	14
<i>Chile</i>	20
<i>Colombia</i>	23
<i>Costa Rica</i>	25
<i>Cuba</i>	27
<i>Ecuador</i>	30
<i>El Salvador</i>	32
<i>Guatemala</i>	38
<i>Honduras</i>	41
<i>México</i>	48
<i>Nicaragua</i>	52
<i>Panamá</i>	56
<i>Paraguay</i>	57
<i>Perú</i>	58
<i>República Dominicana</i>	63
<i>Uruguay</i>	67
<i>Venezuela</i>	72
<i>Conclusiones y Tablas de Datos por Regiones</i>	73
<i>MERCOSUR</i>	74
<i>Andina Norte</i>	78
<i>Andina Sur</i>	80
<i>Centroamérica</i>	83
<i>Caribe Hispano</i>	87
<i>México</i>	91
<i>Mapas de Indicadores Asociados</i>	95

Informes por país

Latinoamérica

Año 2010

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) del año 2010 y su comparación con el Informe 2008.

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 Hombres 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.

En esta edición, pretendemos comparar los datos presentados por los países este año con los de 2008, para monitorear las acciones de los gobiernos en relación al acceso universal de nuestra población.



Argentina

De acuerdo al informe presentado, Argentina reconoce que posee una epidemia concentrada, lo que significa que la prevalencia de VIH en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es menor al 1%, y que existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%. Entre estos grupos, reconoce e incluye explícitamente a los homosexuales y otros HSH, a las travestis-transexuales y a los trabajadores sexuales.

Se informa que el porcentaje de HSH infectados por el VIH es del 11.76% (n=1590). El porcentaje de Trabajadores Sexuales varones infectados es del 22,84% (n=232) y el porcentaje de Trans infectadas es del 27,6% (n=108). Para Trans también se provee un prevalencia del 34% sin aclarar origen ni fecha del dato. Particularmente, en el informe se cita el estudio: “Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica. Estudio sobre Seroprevalencia de VIH en Personas Trans y su Asociación a Prácticas de Riesgo” realizado entre Agosto y Diciembre de 2006 en el que se reconoce alta vulnerabilidad de las personas trans y, por consiguiente, este grupo debería constituir un objetivo prioritario en los programas y proyectos de prevención e investigación.

Respecto del porcentaje de HSH que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados, se reporta que fue el 85,02% (n=307).

En relación con 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, este es el 96,09% (n=307), según el informe.

Se informa, asimismo, que el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina estable es del 59,5%. (n=307). Si la pareja es ocasional esta cifra asciende al 90,2% (n=265).

Para ninguno de estos datos se informa fuente ni estudio mediante el cual fueron obtenidos. Asimismo tampoco se brinda referencia temporal del dato.

Por último, no se proveen datos en respuesta al indicador “Porcentaje de HSH al que llegaron los programas de prevención del VIH”.

Estos datos permiten, de todos modos, apreciar el peso de los HSH en la epidemia argentina y como esta está concentrada, también, en esta población.

Si bien se menciona el proceso de pauperización y feminización de la epidemia de los últimos quince años, se reconoce que entre los varones, se observa un ligero aumento de las infecciones por relaciones homosexuales en los últimos dos años. En cambio, la proporción de varones infectados por relaciones heterosexuales permanece estable. Paralelamente, se reporta que entre 2001 y 2008 se ha incrementado la transmisión a través de relaciones homosexuales en todos los grupos de edad, excepto entre los mayores de 45 años. Solo en el Gran Buenos Aires se informa que siguen en aumento las infecciones

por relaciones heterosexuales aunque también allí se aprecia un leve ascenso de las infecciones entre varones que tienen sexo con varones. Al mismo tiempo, se afirma que en la ciudad de Buenos Aires, la principal vía de transmisión es la práctica homosexual, y en Cuyo, comparten el primer puesto ambos tipos de práctica sexuales, hetero y homo, en el período 2007-2008. En total, el 35.6% de las infecciones diagnosticadas en el período 2005-2008 tiene su origen en relaciones homosexuales (n=10588).

Finalmente, se aclara que la razón hombre/mujer se mantiene estable desde hace varios años en alrededor de 1,6 hombres por cada mujer diagnosticada con VIH. Por las razones anteriores, se observa que a nivel nacional se está reevaluando la posición acerca de la feminización de la epidemia a partir de los datos epidemiológicos.

Resultan interesantes los resultados obtenidos por el cruzamiento de la información sobre vías de transmisión y nivel de instrucción. En promedio, los varones infectados tienen mayor nivel de instrucción que las mujeres. Sin embargo, el 59% de los varones infectados por prácticas homosexuales tiene secundario completo o más, casi el doble que los infectados por vía heterosexual (31,5%). Es decir que si tomamos el máximo nivel de instrucción entre los varones excluyendo a aquellos que se infectaron por relaciones homosexuales, el cálculo del promedio del nivel de instrucción de los varones infectados cambia. Así, el nivel de instrucción cae notablemente y queda entonces apenas por encima del de las mujeres, y en algunas jurisdicciones incluso por debajo, por ejemplo, en Salta y Mendoza.

Por otro lado, se informa que, consecuentemente con la realidad de una epidemia concentrada, la Dirección de SIDA y ETS realizó una sistematización y análisis de estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación de subpoblaciones vulnerables. Este trabajo contó con la colaboración de OPS y ONUSIDA.

En relación con varones homosexuales y otros HSH, se analizaron un total de seis estudios, cinco de los cuales contaban con datos de prevalencia. Uno de los estudios, con diseño prospectivo, permitió estimar la incidencia de infección en 3,9/100 personas año (Segura, 2003). Una de las limitaciones encontradas en los estudios analizados es que corresponden a una población heterogénea, debido a que algunos incluyen a personas trans y otros no. La otra limitación es que la mayoría de la población incluida pertenece al área metropolitana de Buenos Aires por lo que los resultados son poco representativos de la realidad de la epidemia nacional. El estudio analizado más reciente corresponde al período 2006-2008, incluyó participante de Buenos Aires y de las provincias de Santa y Santiago del Estero y dio como resultado una prevalencia de 11.8% (n=1590). Un estudio de 2007, realizado en Buenos Aires, Mar del Plata, Rosario, Córdoba y Bariloche arrojó una prevalencia en HSH de 15% pero con una muestra de 307 personas.

En relación con la población trans, se analizaron cuatro estudios con datos de seroprevalencia, en dos de los cuales se obtuvieron datos en áreas geográficas diferentes a Buenos Aires y Capital Federal. Como principal limitación de estos estudios se indica que el tamaño muestral, en el caso de las trans, fue significativamente menor comparado con los otros subgrupos. Otra limitación es que la mayoría de la población incluida es de Buenos Aires y CABA, aunque dado que una parte significativa de esta población es migrante, es difícil establecer a qué grupo se puede aplicar la información obtenida. También se reconoce como limitación que en la conformación de las muestras, posiblemente predominen individuos vinculados a organizaciones de la sociedad civil y, por lo tanto, con mayor accesibilidad a las estrategias preventivas.

La mayor parte de la población trans ingresada fue joven (promedio de 29 años de edad), económicamente activa, con bajo porcentaje de trabajo formal, alta prevalencia de trabajo sexual y escasa utilización del preservativo, a pesar de reconocerlo como un método eficaz de cuidado. La prevalencia de infección por VIH y otras ITS es significativamente mayor con respecto a las otras subpoblaciones. El estudio analizado más reciente corresponde al período 2006-2008, incluyó participantes de las ciudades de Buenos Aires, Santiago del estero, Rosario, Córdoba y La Plata y arrojó una prevalencia de 34.2% (n=122).

Como conclusión, se reporta que, si bien los estudios poseen limitaciones metodológicas y sus muestras, en algunos casos, no son representativas del total de la población investigada, aportan resultados que han permitido estimar la prevalencia de VIH en las poblaciones más vulnerables.

En relación con la sociedad civil, se reporta que se incluyó su participación en la redacción del informe presentado mediante su incorporación en reuniones multisectoriales. Se informa que, en el marco de esas reuniones, se produjo la apertura de un espacio para presentación de insumos por parte de la sociedad civil y que los representantes de organizaciones de la sociedad civil participaron de varias reuniones en las que se elaboró la parte B del informe. Explícitamente se menciona en el anexo la participación de organizaciones GBTH: CREFOR, FALGBT, ATTTA.

En relación con la participación de organizaciones de la sociedad civil en otros espacios de toma de decisión sobre políticas de VIH/SIDA, se menciona la inclusión de esta el proceso de planificación estratégica que dio como resultado el documento “Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo”. Se menciona que, en total, participaron 450 personas entre las que se encontraban representantes de asociaciones civiles y ong’s aunque no se menciona si alguna de estas era de población GBTH.

Particularmente, el Plan Estratégico Nacional considera e incluye a las organizaciones de la sociedad civil en uno de sus ejes estratégicos, el número 4 que propone desde el sector público y la sociedad civil desarrollar: recursos humanos, fortalezas organizacionales, capacidades científicas, metodológicas y tecnológicas, así como competencias para el trabajo articulado entre los actores, a fin de garantizar una mayor efectividad en la respuesta al VIH, SIDA e ITS. Con el fin de lograr esto se ha incrementado y fortalecido la participación de organizaciones sociales en el terreno de la promoción y accesibilidad al preservativo y otras herramientas preventivas.

En esta misma línea, en el informe se reconoce que hubo una mayor participación de la sociedad civil en los últimos años, a través de acciones como la Comisión de representación conjunta entre gobierno y sociedad civil para UNGASS, la conformación del Comité Organizador Local para la organización del Foro 2007 y el trabajo conjunto para la elaboración de la Planificación Estratégica 2008 - 2011, desde el segundo semestre de 2007. También se afirma que se ha incrementado y fortalecido la participación de organizaciones sociales tanto en la promoción como en la distribución de diversos instrumentos de prevención.

Se afirma, además, que el Fondo Global de Lucha contra el Sida contribuyó al fortalecimiento de la sociedad civil en Argentina al financiar acciones de prevención en la mayor parte del país y con alta participación de la sociedad civil, focalizadas en poblaciones vulnerables. El informe reconoce a la sociedad civil como co-constructora de la problemática del VIH/sida en el país, como un actor importante y principal en la lucha

contra la discriminación y la estigmatización y como facilitadora del trabajo con poblaciones de difícil acceso para las instituciones de gobierno como la población Trans

No se ha podido localizar en el informe el gasto total destinado a VIH por áreas. Tampoco se reporta que monto del gasto en VIH fue destinado a acciones dirigidas a población GBTH ni tampoco el origen de esos fondos. Aunque si se menciona que varias actividades son financiadas por el Fondo Global y agencias internacionales (ONUSIDA, OPS, UNFPA, PNUD)

En cuanto a los programas y acciones en marcha, Argentina garantiza la accesibilidad universal a los medicamentos a las personas directamente afectadas por el VIH-SIDA. Sin embargo, el informe reconoce que esta respuesta asistencial desde los organismos del Estado no había sido acompañada por una política preventiva de igual magnitud hasta el año 2008, año en que, según se afirma, ese déficit comenzó a revertirse. En ese año se crean lineamientos políticos y un área de prevención dentro de la Dirección de SIDA y ETS. Esos lineamientos incluyen una respuesta enérgica frente a la discriminación que sufren los grupos vulnerables, entre los que se menciona en forma explícita a los HSH y a las personas trans.

Se reconoce abiertamente que hasta el año 2008 los esfuerzos preventivos que había realizado nuestro país quedaban librados a la buena voluntad y los esfuerzos individuales de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que venían trabajando en la defensa de los derechos sexuales, especialmente las organizaciones gay.

Para el desarrollo de esta política preventiva adecuada a la epidemia nacional se reconoce como una fortaleza el desarrollo relativamente importante de las asociaciones dentro de la sociedad civil en el país, aunque se reconoce que las acciones de las organizaciones son limitadas en cuanto a cobertura. También se reconoce como fortaleza los desarrollos realizados a partir de los fondos del Fondo Mundial que han facilitado la realización de enorme cantidad de subproyectos y acciones en materia de prevención y mejoramiento de la calidad de la respuesta asistencial de organizaciones de los grupos vulnerables y han posibilitado la realización de investigaciones que permitieron mejorar el diagnóstico sobre las poblaciones más vulnerables.

La debilidad detectada, en cambio, esa la falta de un diagnóstico nacional sobre el estado del acceso universal a la prevención, tratamiento y atención. Por eso mismo se llevó a cabo en 2008 una investigación diagnóstica en 21 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 8 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.

En relación con la población GBTH los resultados de esta investigación diagnóstica fueron los que se describen a continuación. Respecto del acceso a información, preservativos y prevención, aunque en algunas provincias se venían desarrollando actividades preventivas con grupos focalizados, entre ellos los HSH, en general los destinatarios de las acciones eran la población general. En algunas provincias se incorporaron organizaciones de la sociedad civil e instituciones estatales por fuera del sector salud a la distribución en tanto que en otras esta apertura estaba pendiente.

Los resultados de esta investigación son considerados el insumo indispensable para nutrir la nueva ronda de encuentros de Planificación Estratégica Nacional. Este proceso de planificación dio como fruto “Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo” que busca constituirse en una guía para las acciones contra el VIH para el período 2008-2011.

Este documento, en su visión y situación objetiva de cara al 2011 propone, entre otros puntos, que para ese año ninguna persona es discriminada por ser portadora de algunas de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica, que existirá la información necesaria que asegura estilos de vida saludables y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH y que todos los argentinos y argentinas, la sociedad civil, los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.

La población GBTH está específicamente mencionada en los objetivos del Plan Estratégico Nacional ya que uno de ellos propone garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente a la infección, como hombres gay y personas trans.

El Plan Estratégico Nacional plantea 4 ejes estratégicos. El Eje Estratégico 1 propone mejorar, profundizar y socializar el conocimiento de nuestra epidemia de VIH/SIDA a nivel del país. Específicamente, en relación con los GBTH propone mejorar el conocimiento sobre poblaciones en situación de vulnerabilidad y alta vulnerabilidad en los temas de seroprevalencia, incidencia y de comportamientos, como por ejemplo hombres gay y HSH.

El Eje Estratégico 2 se propone garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general, con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH, entre ellas: Hombres Gay y HSH y personas trans. Para alcanzar esta meta se propone garantizar la periodicidad de la comunicación masiva y focalizada de prevención del VIH, la accesibilidad a los preservativos y la accesibilidad a programas de prevención a las diferentes poblaciones en situación de vulnerabilidad frente al VIH siempre teniendo en cuenta las distintas especificidades, singularidades y situaciones de las personas de las mismas. Asimismo, propone profundizar la participación y la articulación efectiva de la sociedad civil en los diferentes niveles y dimensiones de decisión en relación con el VIH.

Para poder concretar estas propuestas se proponen acciones concretas que contemplan a la población GBTH. Se planea estimular en todo el país una política de distribución de preservativos y lubricantes basada en la construcción de puntos fijos de distribución priorizando para su conformación los lugares donde vive o circula la población más vulnerable. Asimismo, se planea intensificar los esfuerzos para incluir en la distribución de preservativos otros actores de nivel comunitario que tengan llegada mejorada a poblaciones vulnerables y/o excluidas o con acceso restringido al sistema de salud. Y por último, se propone identificar actores o espacios no tradicionales para mejorar el acceso de las poblaciones que requieren de preservativos en lugares u horarios menos convencionales (circuitos gay, circuitos de trabajo sexual, etc.).

Las acciones propuestas que efectivamente se han realizado y concretado en relación con la población GBTH hasta el momento se describen a continuación. Se ha llevado a cabo la entrega sistemática de preservativos a los programas provinciales según pedido y a organizaciones de la Sociedad Civil (aunque no se menciona si organizaciones GBTH fueron incluidas), se llevó a cabo una consulta sobre Trabajo Sexual y VIH - incluyendo a la organización ATTTA, se participó en una campaña sobre diversidad sexual y sida en la marcha del orgullo GLTB y se realizó la campaña del primero de diciembre centrado en la diversidad sexual: “el preservativo está de tu lado, usalo”. Todas estas acciones partieron desde el área de prevención de la Dirección de SIDA y ETS.

La Dirección también realizó la investigación “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/SIDA e

ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales y trans en la Argentina”, con apoyo de ONUSIDA, PNUD y UNFPA como parte del interés común de desarrollar una política de reducción de la vulnerabilidad al VIH/sida de las minorías sexuales en las distintas regiones del país.

Esta investigación busca proveer de mayor información sobre la realidad de las minorías sexuales en varias regiones del país, los procesos de estigma/discriminación/violencia que las afectan y las condiciones de acceso a los recursos de salud/atención en general, y del VIH/sida y otras ITS en particular. Asimismo, busca superar las limitaciones de otros estudios centrados en el área metropolitana de Buenos Aires y mayoritariamente en personas autoidentificadas como gays por lo que el resto de las personas con prácticas homoafectivas y el resto de las regiones estuvieron subrepresentadas.

El objetivo principal del estudio es producir un diagnóstico sobre la situación de las personas gay, bisexuales y trans en distintas ciudades de la Argentina así como de las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con el VIH/sida y otras ITS con miras a trazar una política pública que contemple los hallazgos.

La investigación se realizará en 14 puntos geográficos distribuidos en todo el país y estará compuesta por entrevistas a personas gay, bisexuales y trans, a trabajadores de instituciones de salud y a informantes claves de diversas áreas de la administración pública y de la sociedad civil, sistematización de información periodística publicada y mapeo de circuitos de sociabilidad y de organizaciones. Un análisis preliminar de los primeros resultados de este estudio se desarrolla en el Informe presentado.

Se encuentra también, publicado en la página web de la Dirección de SIDA e ITS en cuadernillo sobre “Salud, VIH-sida y sexualidad trans”.

A pesar de lo anterior, aun se vislumbran algunos problemas en relación con el acceso universal a prevención y tratamiento mencionados, mayormente, por las organizaciones de la sociedad civil. En primer lugar se afirma que la perspectiva multicultural está ausente en la formulación de los proyectos sociales; se reconocen diversos tipos de familia, pero no siempre conciben con las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables. Asimismo, se reclama la apertura en los foros de discusión a una participación de mayores sectores de la sociedad civil por lo que se propone la búsqueda de mayores canales de representación y participación en los ámbitos de toma de decisiones e incorporación de aquellas comunidades o grupos identitarios que carecen o adolecen de una baja representatividad, como las trans.

En este sentido se propone, desde la sociedad civil, reactivar la comisión de diversidad sexual. En particular, se recoge en el informe la demanda de los Varones que tienen sexo con varones de leyes que protejan específicamente a esta comunidad. Paralelamente, se incluyen en el informe los reclamos de las Personas Trans acerca de la ausencia de legislación específica, que las leyes de antidiscriminación existentes no contemplan la identidad de género trans y que aun, algunos cuerpos normativos de algunas jurisdicciones penalizan con arresto a las personas que “visten con ropas contrarias al sexo”. Esto último dificulta la adherencia a los tratamientos. Dentro del marco de la Consulta sobre Trabajo Sexual realizada comentada más arriba las personas trans reclaman un cuadro epidemiológico específico de la población trans, dado que en la actualidad la mayoría de los estudios incluyen a las trans como “hombres”.



Bolivia

En el informe UNGASS 2010, el país informa que el 11.6% de HSH están infectados por el VIH, este dato se obtuvo por una investigación que fue liderada por el Programa Nacional de ITS y VIH, con el apoyo de USAID, Fondo Mundial, Socios para el Desarrollo, CDC, OPS, Asociación Ibis Hivos, ONUSIDA y con los Socio Locales Redvihda, IDH y Adesproc Libertad GLBT, el mismo tuvo la participación y el apoyo de la Sociedad Civil involucrada en la respuesta al VIH y SIDA en Bolivia en el año 2008, mencionando que el estudio es descriptivo transversal realizado en la población GTB y otros HSH, aplicándose el método de muestreo.

El registro de casos de VIH/SIDA en Bolivia muestra un aumento paulatino en el número de notificaciones sobre todo en los últimos años o que a priori podría indicar un crecimiento de la epidemia, aunque no existen estudios de incidencia como tal, dicho aumento también refleja una mejora notable en el sistema de notificaciones e implementación de la prueba rápida. Los datos de notificaciones revelan que proporcionalmente existe mayor proporción de hombres VIH (+) y una concentración en el grupo de edad de 25 a 34 años.

En relación al 2008, en este indicador hay un importante cambio, ya que en el informe de UNGASS anterior se reporta que el 21,5% de HSH estaban infectados por el VIH.

Sobre acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH, se informa de acciones para sensibilizar al personal de salud para que atienda sin discriminación a esta población, alguna de estas son:

Descentralizar las Acciones de control y atención del VIH/SIDA.

Fortalecer el sistema de Información y vigilancia Epidemiológica.

Prevención de la transmisión vertical

Prevención del VIH en jóvenes, adolescentes y grupos más afectados.

Fortalecer la atención integral a PVVS.

Fortalecer el trabajo intersectorial a partir de lineamientos definidos por el CONASIDA y CODESIDAs. (Definición de un único plan de respuesta al VIH, una única autoridad rectora y contar con un único sistema de Monitoreo y Evaluación

Impulsar la participación activa de la sociedad civil para asegurar el cumplimiento de la Ley, haciendo énfasis en los derechos humanos.

El informe reconoce a la epidemia nacional como concentrada, se refiere en el informe que: “La epidemia de VIH/SIDA en Bolivia es considerada de tipo Concentrada y de bajo nivel con una prevalencia de 0,05% en población general y 5% en poblaciones vulnerables principalmente el grupo GBT y otros HSH”.

Acerca del indicador “Porcentaje HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados”, en 2010 se informa que el 35% de HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

El 84,7% de la población trans que se dedica al trabajo sexual que fue entrevistada se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses, no informando si conocen los resultados.

La fuente del dato es el propio gobierno del 2008, Estudio Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) - 2008, este estudio es descriptivo transversal.

Acerca del informe de 2008, en este mismo indicador, se informó que el 99,6% HSH se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

Finalmente, se informa acerca de siguientes acciones:

Adquisición de pruebas rápidas con recursos de UNICEF.

Provisión de insumos médicos con recursos del TGN

Restablecimiento del Convenio de Cooperación Lazos Sur Sur, garantizando el incremento de tratamientos completos para PVVS (de 400 a 800 Tri-terapias)

Adquisición de Medicamentos Antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas, suministros médicos y reactivos para laboratorio con recursos provenientes del Fondo Mundial/PR Asoc. Ibis Hivos.

Adquisición de medicamentos para infecciones oportunistas con recursos del TGN.

Promoción y Oferta de la Prueba Rápidas a mujeres embarazadas y población en general.

Con respecto al indicador “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”, se informa que el 55% de HSH identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, informando el dato para cada una de las afirmaciones.

Se indica que la fuente es el estudio SEMVBO del 2008.

Con respecto al informe de UNGASS 2008, este dato no se había reportado.

Acerca de acciones o programas realizados a partir del dato, se informa que se ha incluido en el PEM actividades que respondan a la epidemia en GTB y HSH. . La información con la que cuentan los participantes de esta muestra en particular es buena. Se debería mantener esa misma calidad de información y convertir el conocimiento en actitudes y prácticas.

Se debe diseñar una estrategia para incrementar los conocimientos en los GBT Y HSH, porque por ejemplo, si una persona cree que el VIH se trasmite por la picadura de mosquito puede debilitar la motivación para adoptar comportamientos sexuales seguros (Directrices para el Desarrollo de Indicadores UNGASS). La información sobre VIH que se difunda a esta población debe tomar en cuenta estos aspectos, incluyendo el aspecto del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH, puesto que una persona sensibilizada tiene más predisposición de realizarse la prueba de VIH y tomar acciones de protección en su salud.

En el caso del indicador “Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina”

Se informa el 69% de hombres declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina, obteniéndose del estudio SEMVBO del 2008.

Con respecto al informe de UNGASS 2008, este dato tampoco se había reportado.

Acerca de acciones o programas realizados a partir del dato se informa que se están diseñando estrategias que apunten a la mejora del cuidado de la salud de la población GTB y HSH. Considerando que la epidemia está concentrada en GBT Y HSH. Se debe seguir la

tendencia del uso del preservativo y relacionar este indicador con la prevalencia de VIH en GBT Y HSH dado el contexto nacional.

Con respecto al indicador “Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH” se informa que el 51% de HSH han llegado a los programas de prevención de VIH, indicándose que la fuente es el estudio SEMVBO del 2008.

Con respecto al informe de UNGASS 2008, este dato tampoco se había reportado.

Acerca de acciones o programas realizados a partir del dato se informa que se debe sensibilizar a la población para acabar con la discriminación enmarcada en el Nueva Constitución Política del Estado. En la actualidad el Programa Nacional de ITS VIH SIDA, está elaborando estrategias para abordar la prevención del VIH en población GBT y otros HSH, con ayuda de las agencias de cooperación y coordinando estrechamente con las instituciones que realizan la prevención en este sector, así como con los colectivos que representan a esta población, con el fin de mejorar el acceso de esta población a los programas de prevención.

Se recomienda un trabajo coordinado a nivel departamental entre el sector público, ONGs y la sociedad civil en cuanto a la recolección de datos sobre este indicador.

En reunión de Validación de Estimación de Poblaciones se acordó que la estimación de GBT y HSH es alrededor de 75,000 personas. Los programas de prevención llegan a un porcentaje mínimo de esta población y se recomienda fuertemente que existan servicios de salud especializados para la población GBT y HSH.



Brasil

Brasil reconoce explícitamente en su informe que la epidemia nacional puede clasificarse como concentrada ya que la prevalencia de infección por VIH es menor al 1% en mujeres embarazadas de áreas urbanas y superior al 5% en los subgrupos poblacionales más expuestos al riesgo de infección.

Precisamente, respecto del indicador “Porcentaje de HSH infectados por el VIH”, se informa que la prevalencia de VIH en HSH en 2009 era del 12.6% (KERR, L.). Estudios anteriores habían encontrado tasas de prevalencia de VIH que varían entre el 4.5% en 1999 (SZWARCOWALD, 2000) y el 10.8% en el 2000 (Ministerio de Salud, 2000). Esto indicaría un leve ascenso de la epidemia en HSH en Brasil. El informe, por el contrario, interpreta este dato como una tendencia a la estabilización en la proporción de casos de VIH entre HSH que comienza en el año 2000.

El estudio fue financiado por el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Viral y se denominó “Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras”. Este estudio es producto de varios acuerdos de asociación científica y tecnológica con organizaciones nacional e internacionales públicas y privadas como universidades, institutos de investigación, empresas y organizaciones no gubernamentales. Este estudio finalmente financiado es multicéntrico y utilizó la metodología Respondent Driven Sampling entre poblaciones vulnerables.

Sin embargo, en el mismo informe se aclara que el resultado informado para este indicador no puede considerarse representativo de la población HSH de Brasil en su conjunto ya que fue realizado en 10 ciudades brasileñas únicamente (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Río de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande y Brasilia).

También se informa de una tasa de incidencia de VIH 15 veces más alta en HSH que en heterosexuales (BARBOSA, J.R. et al., 2009). A partir de estos datos se concluye que, a pesar del crecimiento observable en el número de casos entre mujeres en los últimos años, los hombres que tienen sexo con hombres continúan siendo uno de los grupos más expuestos a la epidemia en comparación con la población general en Brasil. Se informa que la estimación del tamaño de las principales poblaciones objetivo ha sido actualizada, aunque no se brindan más datos al respecto ni como fue hecho esto.

Sin embargo, a pesar de lo anterior y de que en el informe se reconoce explícitamente a la epidemia nacional como concentrada, Brasil cuenta con un Plan Integrado para Combatir la Feminización del SIDA y otras ITS lanzado en 2007. Asimismo, recientemente, Brasil ha estado alentando a las naciones cooperantes con ella a confrontar la feminización de la epidemia, según se informa, sobre la base de demandas identificadas entre los países.

Además, el informe incluye como acción importante la revisión del Plan Nacional basada en la articulación con el movimiento social de mujeres con la redefinición de los objetivos específicos y inclusión de nuevas agendas de sectores más vulnerables, entre ellos, las

mujeres lesbianas y otras mujeres que tienen sexo con mujeres y mujeres viviendo en situación de transexualidad.

En el mismo informe se provee, asimismo, un dato actualizado para el indicador “Porcentaje de HSH que se sometió al test de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados”. Se informa que, aproximadamente, un 19% de HSH se testeó en los últimos 12 meses y conoce los resultados acerca de su estado serológico. Este dato es fruto del mismo estudio que arrojó la tasa de prevalencia entre HSH y, por lo tanto, cuenta con las mismas limitaciones.

A pesar de ser una cifra pequeña, es altamente superior a la misma cifra para población general: 13.1% (10.1% en hombres y 15.9% en mujeres).

En el informe se reporta un avance en la implantación del testeo rápido antiVIH. Se informa que la implantación de este testeo constituyó un paso importante que facilitó el acceso de los segmentos más vulnerables de la población, incluyendo especialmente a HSH, al diagnóstico. Se reporta que la oferta de diagnóstico ha alcanzado a un mayor número de personas y asegurado diagnóstico más eficaces y a tiempo. El Ministerio de Salud cuenta actualmente con un proyecto de movilización social asociado al testeo rápido: “Fique Sabendo”. Este busca estimular el diagnóstico de VIH y sífilis y entre sus actividades más importantes se encuentra la promoción del testeo en las Marchas del Orgullo LGTB entre gays, lesbianas y personas trans.

En relación con el indicador “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”, se informa que un 62,3% de los HSH consultados logró realizar esto último, en el 2009. Desagregando el dato de acuerdo a los enunciados propuestos se informan los siguientes resultados: 72% acuerda con que tener relaciones sexuales con un único compañero no infectado reduce el riesgo de infección por VIH; 97,2% acuerda con que los condones reducen el riesgo de infección; 92,2% acuerda con que una persona con aspecto saludable puede estar infectada; 72,7% acuerda con que no es posible infectarse a través de la picadura de un mosquito y un 83.8% acuerda con que no es posible infectarse por compartir los cubiertos. Estos resultados fueron obtenidos en el mismo estudio que los dos indicadores anteriores y por lo tanto, poseen las mismas limitaciones que los datos previamente citados.

Respecto del indicador “Porcentaje de HSH que informan haber usado condón la última vez que mantuvieron sexo anal con una pareja masculina”, se informa que el 48,3% de los hombres consultados reportan haber utilizado condón la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja casual en los últimos 12 meses.

Este dato fue obtenido en el mismo estudio que los datos para los indicadores previamente informados y, en consecuencia, posee las mismas limitaciones que estos. Además, se aclara que este indicador fue calculado sobre la base de 1.339 HSH que tuvieron relaciones sexuales con un compañero sexual casual del mismo sexo, incluidos en una muestra total de 3.617.

Respecto del indicador “Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH”, se informa que, en 2009, un 47.3% de los HSH consultados sabía donde podía acceder al testeo gratuito de VIH y un 72.4% recibía condones gratuitos dentro de los últimos 12 meses. Aproximadamente, 37.4% de ellos había sido alcanzado por programas de prevención.

Esta información es resultado del mismo estudio que los datos para los indicadores

anteriores y, en conclusión presenta sus mismas limitaciones.

Respecto de la participación de la sociedad civil, se explicita que esta ha contribuido al ejercicio de la ciudadanía y el control social y se hace explícita referencia a la necesidad de la participación social en el proceso de elaboración e implementación de las políticas públicas en salud.

Respecto de la participación de la sociedad civil en la elaboración del Informe UNGASS, se detalla que entre Julio y Diciembre de 2009, con el fin de evaluar la respuesta brasilera al VIH entre 2007 y 2009 se produjo una intensa movilización de representantes de la sociedad civil. La elaboración del informe estuvo a cargo de la Comisión Nacional de ITS y SIDA (CNAIDS)

Sin embargo, durante el proceso de construcción del informe los participantes acordaron que sería imposible arribar a un único documento que integre las visiones de la sociedad civil y de las agencias y cuerpos internacionales. Por esto, uno de los cuestionarios fue completado por el Grupo de Trabajo de ONUSIDA y el segundo fue dejado a cargo del grupo de organizaciones de la sociedad civil.

Las contribuciones de la sociedad civil fueron mayores que en informes anteriores. El número de organizaciones que completaron el formulario dedicado a sociedad civil subió de 2 a 37. Representantes de la sociedad civil en el Grupo de Trabajo de UNGASS consolidaron las respuestas de las organizaciones y la versión final del informe fue validada por la Comisión Nacional de Articulación con Movimientos Sociales (CAMS). Se menciona a varias organizaciones GBTH como participantes en la elaboración del informe, o al menos, que han sido consultadas para su confección:

ABGLT, Association - Grupo Ipê Amarelo pela Livre Orientação Sexual - GIAMA,
Commission for Articulation with Social Movements - CAMSLorcino Mendes Pereira Filho (Lé o Mendes), Representative for the homosexual Movement,
Thiago Aquino de Araújo (Tathiane Araújo),
Representative for the Movement of Transvestites, Transsexuals and Transgender People.

También se informa de la participación de la sociedad civil en otras instancias y espacios de toma de decisión acerca de las políticas de VIH. La CNAIDS está formada por 42 miembros, incluyendo representantes de la sociedad civil, elegidos por sus pares en eventos nacionales. Su función es ser un cuerpo consultivo que provee consejo y orientación para la formulación, elaboración y monitoreo de políticas públicas para afrontar la epidemia. No se especifica, en el presente informe, cantidad y calidad de la participación de organizaciones GBTH en la comisión.

Existe en Brasil otra comisión, la Comisión Nacional para la articulación con Movimientos Sociales (CAMS) con la función de consultar a, articular con y asegurar la participación de los actores de la sociedad civil que son activos en la lucha contra el VIH (elegidos por sus pares en encuentros nacionales). Actualmente la CAMS está compuesta de 10 representantes de Foros de ONGS con trabajo en SIDA y 10 representantes de redes nacionales y movimientos (incluidos explícitamente homosexuales, travestis y transexuales).

Estos son los espacios en los que el diálogo tiene lugar, además de la promoción de la participación de la sociedad civil a través de seminarios, encuentros y grupos de trabajo y de la garantía de un espacio para representantes de la sociedad civil en varios espacios (formales e informales) de gobierno dedicados a la construcción de políticas públicas.

Se informa, también, que desde Agosto de 2000, el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Viral tiene una división específicamente dedicada a estimular la articulación con la sociedad civil y promover y proteger los Derechos Humanos de los grupos más vulnerables. Esto es enunciado como una de las prioridades del Departamento e incluye apoyo técnico y financiamiento de proyectos.

Se resalta que, aunque aun es incipiente, las organizaciones de la sociedad civil han participado en la elaboración de algunos planes como: Brasil libre de homofobia y el Plan Integrado para Combatir la epidemia de SIDA y otras ITS entre hombres gay, otros HSH y travestis. Se estima que, actualmente, un 25% de los servicios de prevención de VIH que se brindan a HSH son provistos por organizaciones de GBTH.

Sin embargo, se remarca como dificultad y desafío la falta de nuevos liderazgos y que los espacios existentes para la participación social son meramente consultivos y no necesariamente absorben o incorporan las contribuciones de la Sociedad Civil.

En relación con el VIH, la mayor parte del gasto en Brasil es hecho con financiamiento público, alcanzando el 99.5% y el 96.4% del gasto total de cada año (2007 - 2008). La participación internacional continúa en un nivel bajo, lo que demuestra la sustentabilidad de la respuesta del Brasil al VIH.

Los gastos en prevención en 2007 ascendieron a R\$ 160.77 millones y en 2008 a R\$ 75.93 millones correspondiendo al 14.7% y al 6.7% del gasto total respectivamente. En 2007 los mayores gastos registrados fueron en condones (43%) y comunicación (19%) mientras que en 2008 fueron comunicación (40%) y testeo voluntario (20%).

En 2007, no se informan de gastos dirigidos específicamente a Programas para Hombres que tienen Sexo con Hombres. En 2008 se informa de un total de R\$ 99.500 provistos por Agencias de las Naciones Unidas dirigidos a Programas para HSH. Tanto en 2007 como en 2008 se dirigieron importantes fondos del Estado y de Agencias de la ONU para Movilización Comunitaria y Educación sobre Riesgo para poblaciones vulnerables. Pero no se informa si una parte de estos fondos fueron empleados en acciones dirigidas a la comunidad GBTH u otros HSH.

En 2007, el gasto en tratamientos para el VIH ascendió a R\$ 860.12 millones (76% del presupuesto) y en 2008 fue de R\$ 951.7 millones (84% del presupuesto) siendo un 82% destinado a la compra de medicación ARV. Los servicios de testeo ocuparon un 6% del presupuesto y la realización de estudios e investigaciones empleó un 5.88% de este. No se informa el impacto de estos gastos en beneficio de la población GBTH. En la categoría "Protección Social, huérfanos y otros niños vulnerables" junto con la categoría "Desarrollo Comunitario" representan el 3.55% y el 3.95% del gasto total. Los gastos asociados a las acciones de prevención (especialmente en poblaciones vulnerables) pueden haber sido incluidos en esta categoría.

Dado que Brasil reconoce a su epidemia como concentrada es natural que las acciones preventivas impliquen una combinación de estrategias específicamente dirigidas a las poblaciones vulnerables con otras dirigidas a población general. Se informa que se han diseñado programas para prevenir y reducir vulnerabilidades específicas. Entre ellos se menciona al "Plan Nacional para el Combate de la Epidemia de SIDA e ITS entre hombres gays, otros HSH y travestis" que ya había sido mencionado en el reporte anterior y funciona desde Junio de 2007. Su antecedente es el Programa "Brasil sin Homofobia" y ha establecido guías y acciones asociadas al tema. Este programa, como otros, ha sido

construido en base a encuestas acerca de las demandas sostenidas por los servicios de salud y los movimientos sociales.

Un punto remarcable en la implementación del Plan ha sido la colaboración intersectorial con otras áreas fuera del sector de la salud como Derechos Humanos, Educación, el sistema legal y movimientos sociales.. Entre los logros se reportan: el lanzamiento de la Política para la Atención en salud para LGBTs, una campaña acerca de la identidad y el respeto diseñada para promover los derechos de las travestis y reducir su vulnerabilidad, la intensificación del apoyo a actividades de visibilidad LGBT como la Marcha del Orgullo y la implementación de proyectos en red para fortalecer actividades de incidencia política de organizaciones gays y travestis. Sin embargo, también se informa que en muchos estados brasileros este Plan aun no está funcionando.

Asimismo, Brasil cuenta con un Plan Nacional para la Promoción de Ciudadanía y Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales elaborado con amplia participación social y lanzado en 2009, que cuenta con estrategias para combatir la discriminación y el estigma asociado al VIH. Este programa es considerado, en el informe, uno de los mayores logros. El Plan cuenta con 51 directivas y 180 acciones y está basado en las propuestas resultantes de la 1° Conferencia Nacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y personas Transgéneros de Brasil en Junio de 2008. Los objetivos de la implementación del Plan son asegurar igualdad de derechos y el disfrute de una ciudadanía plena para la población GBTH e incluye la lucha contra las ITS/SIDA.

Por otro lado, en 2008 y 2009 se desarrollaron reuniones de trabajo y talleres en los Estados y el resultado fue Planes Estatales elaborados por 25 jurisdicciones. Muchos Planes Estratégicos estatales incluyen: proyectos en red en progreso para poblaciones vulnerables incluyendo HSH y travestis; el desarrollo de estudios para estimar la prevalencia en HSH, entre otras poblaciones; planes atendiendo a la demanda de insumos de prevención (condones y lubricantes) con énfasis en poblaciones vulnerables; entre otros puntos.

Con el fin del respeto a los principios de universalidad y equidad y asegurar el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables se han diseñado otras políticas específicas: Política Nacional de salud para Lesbianas, Gays, Travestis y Transexuales y los Centros de Referencia para Combatir la Homofobia que se han establecido en varias capitales de estado y municipalidades. Estos organismos reciben y procesan denuncias de víctimas de discriminación y les ofrecen orientación. Se informa que el gobierno y la sociedad civil han hecho grandes esfuerzos para informar al público general acerca de las leyes antidiscriminatorias y su efectiva implementación. Como resultado, ha habido un visible progreso en el combate al racismo, la homofobia, las actitudes machistas y otras formas de discriminación.

Con el mismo fin de asegurar la universalidad y la equidad, el Ministerio de Salud ha puesto en marcha una serie de acciones administrativas y educativas que buscan promover el acceso de la población a insumos para la prevención con énfasis en condones y lubricantes. Con estas acciones, las reales necesidades de cada estado son mejor evaluadas y la distribución de insumos a las poblaciones vulnerables es mas efectiva. Entre las poblaciones prioritarias de estas acciones están gays, HSH y travestis.

Es interesante agregar que en 2008 se administró un cuestionario a la población escolar en el marco del Censo Escolar con el fin de ganar conocimiento acerca de la población escolar brasiler e informar decisiones sobre actividades en Salud y Prevención en Escuelas. El cuestionario incluía preguntas acerca de cómo las escuelas están abordando temas como el

VIH/SIDA y la diversidad sexual.

Además, el informe menciona otros organismos relacionados a la población GBTH: el Comité Técnico para la Salud de Hombres Gays, Lesbianas, Bisexuales y Personas Transgéneros del Ministerio de Salud, el Frente Parlamentario para la Ciudadanía LGBT del Congreso Nacional y la Comisión Intergubernamental sobre VIH/SIDA del MERCOSUR que en 2008 estableció estrategias regionales dirigidas a la prevención y el control de la epidemia entre población vulnerables en el marco de una epidemia de tipo concentrada.

Por último, se informa que el gobierno de Brasil brinda apoyo político y financiero a varias iniciativas de la sociedad civil como: apoyo financiero a proyectos desarrollados en red que incluyen poblaciones más expuestas y apoyo financiero a actividades de prevención desarrollados durante la Marcha del Orgullo LGBT.

Sin embargo, como desafío se indica que, a pesar de la existencia de planes específicos para HSH las políticas de prevención para esta población no han sido satisfactoriamente implementadas y han fallado en dar respuestas adecuadas a la epidemia en este subgrupo poblacional.

Por esto mismo, se resalta como puntos pendientes, mejorar las políticas de recursos humanos y mejorar la implementación de acciones de prevención que garanticen el acceso a las poblaciones más vulnerables.

En este sentido, se menciona, por ejemplo el bajo nivel de humanización en los equipos de salud en general (especialmente cuanto tratan con poblaciones vulnerables o aquellos profesionales de la salud que aun se niegan a tratar individuos pertenecientes a poblaciones vulnerables); las discriminación practicada en los mismos servicios (por ej.: nombres peyorativos comúnmente usados para designar a travestis y transexuales); la política de descentralización implantada en el Sistema Nacional de Salud que ha resultado en insuficiente inversión local en acciones dirigidas a las poblaciones mas vulnerables y el no progreso en la legislación relacionada a derechos LGBT en el país.

Todos estos puntos pendientes atentarían contra el desarrollo de acciones que efectivamente busquen garantizar el acceso universal de la población GBTH a la prevención del VIH. De todas formas, se reporta que casi el 100% de las Municipalidades brasileras tienen legislación específica que prohíbe la discriminación basada en la orientación sexual y establece penas para los ofensores.

Disminuir el número de nuevos casos especialmente entre las poblaciones vulnerables es un desafío que explícitamente plantea el informe haciendo referencia a la lucha contra la discriminación por orientación sexual y/o género.



Chile

Acerca del primer indicador a analizar, el 20.26% de HSH están infectados por el VIH. La fuente es el Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres - CHIPREV (2008 - 2009), realizado con metodología RDS. Estudio por un equipo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud (CONASIDA, Departamento de Epidemiología e Instituto de Salud Pública), de ONUSIDA, de OPS y de las organizaciones sociales: Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIÓN GAY), MUMS y Red OSS.

En relación al informe de UNGASS 2008, este indicador no fue informado.

En referencia a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, en el informe se menciona que Chile ha puesto en marcha las siguientes acciones:

- Mejorar la promoción del examen de detección del VIH en poblaciones focalizadas, de acuerdo al perfil epidemiológico, con el objetivo de facilitar el diagnóstico e ingreso precoz a la atención clínica y al tratamiento antirretroviral cuando sea necesario.
- Avanzar en la disminución significativa de los costos en los tratamientos antirretrovirales, a través de una mayor incorporación de fármacos similares equivalentes terapéuticos.
- Avanzar en la gestión descentralizada de decisiones terapéuticas.
- Aumentar la dotación de recursos humanos en los centros de atención
- Mejorar el acceso de las personas y comunidades a la información sobre el tema, las estrategias de prevención -entre ellas la promoción del uso del condón-, implementando estrategias innovadoras para mejorar su disponibilidad y aceptabilidad.
- Junto a ello, incrementar la cobertura y focalización de las acciones en las poblaciones más vulnerables, profundizando el enfoque de género para disminuir la vulnerabilidad de mujeres, niñas y homosexuales.
- Implementar estrategias de apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH/SIDA, que aborden áreas de sexualidad y comunicación del diagnóstico.
- Mejorar la atención focalizada y el apoyo psicosocial dirigido a niños vulnerables con infecciones de transmisión sexual.
- Avanzar hacia estados de salud en que las responsabilidades sean plenamente asumidas y compartidas entre las personas/usuarios y el sistema de salud.
- Profundizar y fortalecer la cooperación bilateral, regional y mundial, para el logro de objetivos comunes, que permitan avanzar hacia el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento.

Con referencia al tipo de epidemia en el informe se refiere: Considerando los datos acumulados, la principal vía de exposición al virus en Chile es la vía sexual (87.6%), siendo los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) la vía de exposición más declarada.

Finalmente, no existen otros estudios o investigaciones confiables que provean datos para este indicador y que no hayan sido incluidos en el Informe.

En relación al segundo indicador a analizar, se informa que el 25.05% de HSH se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados, siendo la fuente el estudio CHIPREV, mencionado anteriormente.

En el informe UNGASS de 2008 se informaba que el 36.91% de HSH que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados en la Quinta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2006), aplicada a una muestra de 6.345 personas de 15 a 29 años de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y urbano-rural.

En resumen, en Chile el VIH/SIDA se caracteriza por ser de transmisión sexual, predominantemente en hombres adultos jóvenes y fundamentalmente homosexuales. Este perfil evidencia la mayor vulnerabilidad de estos grupos que, además, presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y los servicios de salud disponibles.

En referencia a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, en el informe se menciona que Chile ha puesto en marcha las siguientes acciones:

- La continuidad de algunas estrategias preventivas como las campañas comunicacionales. En el período evaluado se realizaron 2 campañas: la primera destinada a promover el servicio de consejería y la segunda destinada a promover la realización del examen VIH, la difusión de los servicios disponibles para las PVVIH y la promoción de las estrategias de prevención de la transmisión sexual.
- La continuidad en el suministro de preservativos.
- La actualización de los modelos de consejería, así como el desarrollo de un proceso de formación de consejeros/as con el objetivo de aumentar la cobertura en materia de asesoramiento.

En relación al tercer indicador, se informa que el 64.54% de HSH identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

El dato reportado corresponde a los encuestados que responden correctamente las preguntas: ¿se evita el SIDA teniendo una pareja única mutuamente fiel y ninguna estar infectadas?, ¿se evita el SIDA usando preservativo o condón en las relaciones sexuales?, ¿se previene el SIDA evitando ser picado por un insecto?, ¿puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? y ¿se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona viviendo con VIH?.

La fuente del dato es el estudio CHIPREV, mencionado anteriormente.

En relación a los informes anteriores, el país no presenta encuestas con el formato solicitado en el informe 2008.

En referencia a acciones, el Ministerio de Salud (Minsal) lanzó en 2009, una campaña cuyos ejes son tres spots orientados a promover el examen del VIH, difundir la existencia de tratamiento y fomentar la prevención para no contraer el virus

En el cuarto indicador, Chile informa que el 55.84% de hombres declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina, siendo la fuente el estudio CHIPREV, mencionado anteriormente.

En relación a los informes anteriores, se informó que el 29.10% de varones declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina.

Por último, en el quinto indicador, se informa que el 57.11% de HSH llegan a los programas de prevención de VIH, también con base en el estudio CHIPREV.

Por otro lado, no se informó acerca de este indicador en informes UNGASS 2008, solo se entrega información relacionada.

Se informa de acciones o programas dirigidos al acceso universal a la prevención especialmente orientados y diseñados para HSH:

- La continuidad de algunas estrategias preventivas como las campañas comunicacionales. En el período evaluado se realizaron 2 campañas: la primera destinada a promover el servicio de consejería y la segunda destinada a promover la realización del examen VIH, la difusión de los servicios disponibles para las PVVIH y la promoción de las estrategias de prevención de la transmisión sexual.
- La continuidad en el suministro de preservativos.

La actualización de los modelos de consejería, así como el desarrollo de un proceso de formación de consejeros/as con el objetivo de aumentar la cobertura en materia de asesoramiento.

Finalmente, a pesar de los avances logrados, durante el período se registraron diversas **situaciones problemáticas para el enfrentamiento de la epidemia**, que pueden sintetizarse en dos grandes crisis. La primera de ellas se produjo a fines del año 2008, cuando se evidenció la existencia de una serie de debilidades en los sistemas asociados al diagnóstico de infección por VIH y en los mecanismos de registro y monitoreo de estos casos en los distintos niveles de la atención en salud. Ante las deficiencias encontradas se realizó un diagnóstico detallado de la situación y una evaluación de los procedimientos implementados. Este proceso contó con la participación de diversos actores nacionales e internacionales y permitió definir una serie de acciones destinadas a corregir los problemas.

Una segunda crisis se refiere a la paralización del Proyecto Fondo Global - Chile, al detectarse -a fines del año 2007- situaciones anómalas vinculadas al Receptor Principal de los recursos, que derivaron en la realización de una auditoría y, posteriormente, en acciones legales, que impidieron el término y posterior cierre del proyecto en condiciones adecuadas.

La situación descrita tuvo grandes repercusiones para las estrategias vinculadas al VIH/SIDA en el país, a nivel financiero y programático, tanto en el trabajo implementado desde el gobierno como desde las organizaciones sociales.



Colombia

En Colombia el Ministerio de la Protección Social, y el UNFPA llevan a cabo actualmente un estudio centinela nacional (muestra en 7 ciudades) mediante metodología RDS que permitirá tener una aproximación más cercana a la prevalencia en HSH. Por ahora los datos con los que se cuenta corresponden a estudios de seroprevalencia en algunas ciudades.

En Bogotá DC, que es la ciudad del país en la que se han realizado estudios de prevalencia en HSH con mayor periodicidad se han obtenido prevalencias entre 10,18% y 19,5% lo que confirma la concentración de la epidemia en dicho grupo.

Una vez finalizado el estudio en mención el país contará con una prevalencia más cercana a la realidad que tenga en cuenta las características socioculturales de cada región. Los resultados del estudio serán publicados en abril de 2011.

El informe UNGASS de Colombia solo ha reportado indicadores de HSH referente a los estudios de Prevalencia locales.

Cabe aclarar que para la realización del informe UNGASS se han presentado dificultades de convocatoria y participación de algunas organizaciones de la Sociedad civil con un trabajo importante en VIH a Nivel país para el entrenamiento en el diligenciamiento de los formatos UNGASS y para la validación de los indicadores finales del informe.

En el informe UNGASS 2010 se reporta el indicador: *“Varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados”* y el resultado es 63% si bien no se especifica que sean HSH se asume que dicha población podría estar incluida en dicho resultado.

En el informe UNGASS anterior gracias al estudio realizado en Bogotá por LigaSida y la Secretaria distrital de Salud se pudo reportar que el porcentaje de HSH que sometieron a la prueba y conocieron su resultado del grupo etáreo de 17 a 60 años fue del 61.5%.

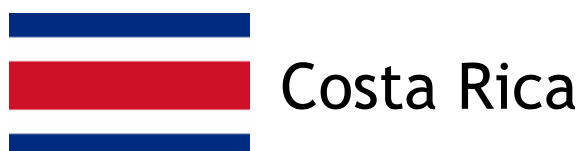
Para el indicador: *“Porcentaje de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus”* en este informe se reporta el dato de la siguiente manera:

En Hombres que tienen sexo con hombres del grupo de 18 a 70 años de 630 entrevistados 487 o sea el 77,3% responden que si. Este dato es basado en el estudio desarrollado en Bogotá, de la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y ONUSIDA del año 2007. No se reporta un dato más reciente.

Para el indicador de *“Uso de preservativo en el último coito anal con pareja masculina”* el informe muestra un resultado de 527 encuestados 423, es decir el 80,3% responde que si lo usó. Sin embargo hay que tener en cuenta nuevamente que este no es un indicador de país y es basado en una encuesta transversal realizada en la ciudad de Bogotá solamente.

Además de estos indicadores no encontramos otros que nos orienten sobre el comportamiento de la epidemia y las practicas de los HSH en Colombia como tampoco se reporta gasto en prevención o intervenciones así como tampoco políticas y programas estatales dirigidos a este grupo poblacional. Sin embargo la participación activa de la sociedad Civil en el MCP garantizó la inclusión de una respuesta más efectiva en el próximo quinquenio para poblaciones clave, en este caso HSH, con los recursos obtenidos del Fondo Mundial en la 9° Ronda.

Adicionalmente se realizó una revisión exhaustiva de los casos notificados en Colombia pero la Ficha de reporte no es práctica y no nos está mostrando la concentración real de la epidemia , como es en el caso de HSH, parece ser que el reporte es insuficiente porque no se encuentran datos confiables sobre orientación sexual.



El informe en primer lugar da a conocer información sociopolítica del país indicando: “Costa Rica cuenta con una extensión territorial de 51.000 km², la división político administrativa del país consta de siete provincias y 81 cantones, con una densidad promedio poblacional de 75 habitantes por km² (con rangos de 10 a 1000 hab. km²). En el 2008 se registra una población de 4.451.262 habitantes, la población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base de la pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edad mayores. (INEC & CCP, 2008).”

El informe de Costa Rica reporta el Indicador 23 Porcentaje de poblaciones más expuesta infectadas por el VIH” particularmente “Porcentaje de HSH infectados por el VIH” señalando que: “En el año 2008 según los datos brutos del estudio de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se tiene un resultado de una prevalencia del 12.6%, sin embargo posterior al ajuste de los datos según la metodología RDS y el análisis RDSAT que le da peso a las redes sociales, el software cierra la prevalencia en un 10.9% lo que nos indica que la epidemia sigue concentrada con una alta prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), por lo que los esfuerzos deben mantenerse para atender a esta población.”

También informa el indicador 8. “Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
Además agrega: “Las recomendaciones para reportar este indicador, se refieren a las encuestas que se pueden realizar a esta población que es de difícil acceso. Resultado del procesamiento de los datos del Estudio HSH del 2009, se pudo observar que de los 311 entrevistados 200 se han sometido a la prueba de VIH y 189 conoce el resultado de su prueba.”

En relación al Indicador 9. “Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH” El informe describe: “En el estudio de prevalencia realizado a la población HSH se determinó que un 64 % sabe dónde dirigirse para realizarse la prueba y describen los lugares en el cual se adquieren o suministran los condones en los últimos 12 meses.”

En relación al Indicador 14 “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 informe describe: “En el estudio de HSH, se determinó que de 311 encuestados, 273 identifican las formas de prevenir la transmisión sexual y rechaza las principales ideas erróneas, lo que corresponde a un 88 %”

En cuanto al indicador 19. “Porcentaje de varones que reportan uso de un condón la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja masculina” El informe reporta: “Del estudio de HSH se determinó que de 300 hombres que manifestaron tener sexo anal con su pareja, 195 declaran haber utilizado el condón lo que representa un 65%.”

El informe señala en el apartado situación epidemiológica del VIH/sida. Características, estimaciones y tipo de epidemia: “A continuación se plantea los aspectos que permiten describir las tendencias de la epidemia en el país, en el período comprendido desde la aparición de los primeros casos notificados en el año 1983 hasta el año 2008.

El primer caso de SIDA en nuestro país ocurrió en 1983 en el grupo de pacientes hemofílicos. En 1986 se detectan los primeros casos en individuos homosexuales y bisexuales. En un análisis realizado del período 1988 a 2002, el grupo de riesgo más importante fueron los homosexuales (43,7%), los bisexuales (15,6%), los heterosexuales (24,9%) y la vía de infección más frecuente fue la sexual (84,2%), sanguínea (4,0%) y perinatal (1,3%).

El 77.19% de casos de VIH registrados pertenecen al sexo masculino por lo que la incidencia de casos nuevos depende fundamentalmente del sexo masculino, esto debido al predominio de la vía de transmisión sexual en hombres que tienen sexo con hombres. El aumento de la incidencia en el sexo femenino con respecto a años anteriores se puede explicar por la vía de transmisión sexual en personas bisexuales y heterosexuales.

Las organizaciones e instituciones públicas y privadas y ONG's han contribuido con el MEP y con entes encargados de formación profesional del país uniendo esfuerzos para abordar la temática y realizar investigaciones en el campo de la sexualidad así como en la prevención del VIH y sida e ITS. Dicho abordaje se ha trabajado desde un enfoque de derechos humanos y desarrollo integral, tomando en cuenta todas las áreas del desarrollo humano, incluyendo aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, generacionales y de género, y sobre la diversidad en cuanto a orientación sexual e identidad sexual, y tomando en cuenta el marco normativo y legal de nuestro país.

En la sección V, el informe señala como una de las prácticas óptimas: Los Procesos de capacitación y sensibilización en materia de diversidad sexual de Mulabi con la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS)

En el apartado VI Principales problemas y recomendaciones, el informe indica que uno de los mismos ha sido el “Lenguaje no adaptado a las realidades de los países, particularmente la sociedad Civil de Costa Rica considera que el termino hombres que tienen sexo con hombres es un término que no define a poblaciones gay, transexuales, transgénero, entre otras.



Cuba

Panorama general de la epidemia

Los primeros casos de VIH/SIDA fueron diagnosticados en 1986 y hasta el 31 de Diciembre de 2009 se han reportado en el país un total de 12,217 personas diagnosticadas como seropositivos al VIH, personas con diagnóstico avanzado de sida 4,938 y personas fallecidas 2,127. De la totalidad de casos reportados 81% de estos son del sexo masculino y el 19% mujeres.

La prevalencia nacional en población de 15 a 49 años se mantiene en 0,1%, es superior en hombres (0,12%) que en mujeres (0,07%) y se aprecia estabilidad de la mortalidad asociada al sida.

La incidencia de VIH en el 2009 fue de 13,8 por 100 mil habitantes, siendo superior en hombres (22,9) que en mujeres (4,8), comportamiento similar al de años precedentes, significando que el mayor riesgo de adquirir VIH se encuentra en la población masculina. En orden de frecuencia las edades más afectadas son las comprendidas entre 25-29, 30-34 y 20-24.

La epidemia afecta más a personas del sexo masculino (81,0%) y dentro de éstos, los Hombres que tienen Sexo con Hombres representa el 89,0%. La población HSH constituye el grupo más vulnerable a la infección con prevalencia estimada en 2006 de 0,86% y 0,71% en 2009.

La epidemia afecta mayoritariamente a hombres y los HSH representan el 72% de todos los casos diagnosticados y el 89% entre los del sexo masculino. Aún cuando la epidemia en el país está centrada en este grupo clave, las estimaciones de prevalencia en este grupo aportan una disminución de 0,86% en 2008 a 0,7% en 2009.

El acceso de los HSH a los programas de prevención

La respuesta en esta materia se considera elevado, de 91,39% en población de 15 a 24 años y de 92,58 % en población de 25 a 49 años. De las variables estudiadas (conocimiento del lugar de las pruebas de diagnóstico de VIH, acceso a condón gratuito y compra de condón) los porcentajes menores lo obtuvo la entrega gratis de condón.

Referente a los grupos con mayor prevalencia, las personas que practican sexo transaccional tienen mayor acceso a los servicios de prevención que los HSH en ambos grupos de edades. (95,6% en las edades de 15 a 24 años y 97,2% en las edades de 25 a 49 años)

Se hace evidente por los indicadores mostrados el avance en la escala de las acciones en estos grupos ya que en la encuesta del 2006 las personas que Practican sexo transaccional

alcanzadas fueron de un 60,30% y los HSH en un 55,78%.

Uso del preservativo en HSH

Más de la mitad de los varones declaran usar preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina. Los datos obtenidos reportan un incremento del uso del condón a partir de los 25 años de edad (57,71% en el 2009 contra 51,98% en el 2006), siendo superiores al obtenido en las edades de 15 a 24 años que tuvo cifras menores que en el estudio anterior (29,7% en el 2009 contra 66.42% en el 2006).

Respuesta del Gobierno en Programas vinculados con intervenciones en HSH

Los esfuerzos han estado dirigidos a la ampliación de los programas de prevención a los grupos vulnerables a la epidemia con el objetivo de incrementar sus conocimientos, incrementar la percepción de riesgo y darles las herramientas prácticas para la negociación de comportamientos sexuales seguros y protegidos y resistir a las presiones sociales.

Se implementó la estrategia de prevención de ITS/VIH/sida para hombres que tienen sexo con hombres por ser el grupo más afectado y la estrategia de comunicación social 2008-2010 que fortalece la anterior. Se ampliaron las acciones de prevención para las personas que practican el sexo transaccional con énfasis en hombres y en población trans y se incrementó la compra, distribución y venta de condones logrando estabilización de la comercialización de este producto en el país.

La realización de las pruebas anónimas, la introducción de las pruebas rápidas y la definición de los sitios centinelas para hombres que tienen sexo con hombres le imprime dinamismo a las actividades de prevención y facilita el monitoreo del comportamiento de la epidemia en el grupo más afectado.

El mejor acceso de las personas con VIH a las pruebas de CD4 y carga viral, con la apertura de nuevos servicios, garantiza una mejor atención y por ende incremento de la calidad de vida y disminución de la mortalidad.

Prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres: “IGUALES, DIVERSOS Y SEGUROS”

Desde el año 2008 y con el lema “Iguales, diversos y seguros” se desarrolla la campaña de prevención en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), dirigida a incrementar la autoestima en este grupo, promover las prácticas sexuales seguras y la aceptación a la diversidad sexual.

Esta campaña es de carácter nacional y está incluida en la estrategia de prevención dirigida a HSH, aprobada en el GOPELS nacional en ese mismo año. Para la implementación de esta estrategia se han identificado 10 pasos que incluye la discusión técnica en varios escenarios, el cálculo estimado del universo, la estratificación de la epidemia, la elaboración del plan de acción teniendo en cuenta las acciones educativas, de comunicación social y la participación de los grupos vulnerables y otros actores sociales.

En cuanto al Gasto Nacional en materia de VIH/SIDA el informe emitido por el país señala

que en el período que se reporta, se han hecho esfuerzos importantes por ampliar el conocimiento en materia de información económica del programa, razón por la cual las cifras identificadas para el 2009 son significativamente superiores. Para todo el período, el financiamiento nacional supera significativamente el aportado por fuentes internacionales; sin embargo no se señala explícitamente los recursos específicos en la materia.

Participación de la sociedad Civil y Organismos de la sociedad Civil de Diversidad sexual o HSH.

Aunque el informe UNGASS 2010 emitido por el gobierno de Cuba, hace referencia a intervenciones dirigidas a HSH, el documento no explicita la participación reconocida de personas pertenecientes a sociedad Civil, si bien reconoce organismos internacionales, queda al margen la participación y reconocimiento de la expertiz de sociedad Civil Organizada.

Referentes de información.

El Centro de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) realiza cada dos años, la Encuesta de Indicadores de VIH/sida y sus resultados constituyen la principal fuente de información cuantitativa de resultados de las acciones multisectoriales enfocadas a la prevención de ITS/VIH/Sida.



Ecuador

La epidemia de VIH en el Ecuador está definida como de baja prevalencia y concentrada en la población HSH; sin embargo habiendo realizado un análisis exhaustivo del informe UNGASS en población HSH en cuanto a los indicadores que reportan actividades de medición de la epidemia, acceso a testeo, prevención, acceso a servicios, el gasto y la participación de la Sociedad Civil no se reportan datos y en realidad no se conoce con certeza la magnitud de la epidemia en los últimos años principalmente en las poblaciones más expuestas.

Para establecer la prevalencia de la infección por VIH en población HSH el informe menciona que se va a realizar un estudio en Quito y otras cuatro ciudades, el cual se iniciaría en el año 2010 auspiciado por OPS por lo que no se desconoce el comportamiento de la epidemia en este grupo, a diferencia del informe anterior en donde hubo un reporte del 19.4%. Esto permite presumir que aunque no hayan datos actuales y las estrategias de promoción y prevención son pocas la tendencia de la epidemia puede ser similar.

El informe refiere datos de HSH que se sometieron a la prueba en estudios realizados por Alliance International en donde (N=2961) el 44 % se realizó la prueba pero no hay un reporte de tasa de retorno o conocimiento de su resultado. Para el año 2006 un estudio de la Fundación Equidad, realizado en Esmeraldas, Guayaquil, Portoviejo, Quevedo, Santo Domingo y Quito, en 261 HSH, reporta que el 82% de ellos tuvieron conocimiento sobre sus resultados. El reporte en el informe UNGASS anterior 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 era del 49.9% (N= 1450). No hay datos concluyentes, no hay reporte en algunos casos de los sitios en donde se realizó el estudio por lo que la diferencia de los estudios no permite realizar análisis comparativos ni se pueden extrapolar para un indicador país en este caso.

En relación a la identificación de formas de prevenir la transmisión sexual del VIH no se reportan datos pero se muestra un indicador que menciona disminución de riesgo de infección mediante el uso de condón el 78%, mediante la fidelidad el 64,8% y mediante abstinencia el 67,8% (Equidad, 2006 N=261).

En lo referente al indicador de “Porcentaje de hombres que declara haber usado condón durante el coito anal con una pareja masculina” no existen datos disponibles en este informe y tampoco en el anterior.

En cuanto al Porcentaje de HSH que llegan a los programas de prevención de VIH no hay datos disponibles en el informe 2010 a diferencia del anterior en donde se reportó un 48.7% (N= 1450) de asistencia.

Por otra parte se menciona la participación la Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con el VIH/Sida (CEPVVS) y la Fundación Ecuatoriana Equidad como parte de la sociedad Civil en la realización del informe. Además menciona que la sociedad civil en general tiene una participación activa en la toma de decisiones en espacios como en la en Asamblea

Constituyente, en el sector salud, en la Reforma a la Ley de VIH y en la incorporación de plataforma en la Constitución 2008. También menciona un rol relevante de veeduría, tanto en atención integral como en prevención, el impulso de iniciativas de respuesta a la epidemia, principalmente de prevención y la ejecución de proyectos alineados al PEM y por último se reconoce que la participación de la sociedad civil en la formulación del PEM fue percibida como muy importante (Calificación de 4/5) tanto en cantidad como en calidad.

En cuanto al gasto general destinado a VIH en las diferentes aéreas reporta específicamente para HSH un total no desagregado de US \$ 746.878 Dólares en el 2008, repartido en donde US \$373.439 como Fondos Internacionales principalmente del Fondo Mundial y USD \$ 373.439 proveniente de fondos privados. En el 2009 los fondos destinados para programas para hombres que tienen sexo con hombres fueron de US\$ 342.136 de los cuales US\$162.211 provenientes de Fondos internacionales, sin especificar de donde y US\$ 192.135 provenientes del Fondo Mundial.

En referencia a políticas y programas dirigidos a HSH el informe refiere que esta población está protegida por el marco legal ecuatoriano pero que no existen políticas que aseguren la igualdad de acceso a poblaciones vulnerables y más expuestas a los servicios de salud. Menciona que la población HSH ha sido incluida en actividades de comunicación con material educativo y manuales de consejería focalizados. En ninguna parte se menciona el acceso a pruebas o testeos ni a tratamiento dentro del cual solo se discrimina el acceso en hombres y mujeres.

El informe dice que la situación de información respecto al grupo de HSH, así como de otros grupos más afectados y vulnerables, ha mejorado. Sin embargo, se requieren acciones para ampliar la cobertura y la calidad de las prestaciones. En el caso de la atención a HSH, se ha implementado un modelo de atención con una guía e instrumentos, con la finalidad de hacer ajustes y replicar este servicio en otras provincias del país. Pero la ausencia de datos y actividades focales en el informe UNGAS analizado muestra otra realidad en esta población.



El Salvador

El informe inicia refiriendo la participación de las personas interesadas en el proceso de redacción del informe sobre los progresos de ese país a reportar a UNGASS 2010, enunciando los diferentes actores sociales participantes en la respuesta nacional ante el VIH, entre estos: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector de la salud en el país, sociedad civil, agencias de cooperación Internacional, instancias académicas y otros grupos sociales entre los cuales los hombres que tienen sexo con hombres organizados.

El informe reporta en la sección panorama general de la epidemia de sida que *“Las características de la enfermedad muestran que se trata de una epidemia concentrada en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, a predominio masculino, que afecta principalmente a la población joven económicamente activa y cuya frecuencia es mayor en áreas urbanas. El total de casos acumulados de VIH Y SIDA desde 1984 hasta 2008 hacen un total de 22,210, corresponden al departamento de San Salvador el 51% (11,428) de los casos, siendo esta la principal zona metropolitana y área de gran conglomerado poblacional, en segundo lugar Sonsonate con el 8%, seguido por el departamento de La Libertad con un 7,28% y Santa Ana con el 6.35%. Morazán es el departamento que menos casos ha notificado con 1.38%. Por lo que podemos observar que la epidemia se encuentra geográficamente concentrada en el área urbana y al igual que en años anteriores en el área metropolitana se concentran poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), además allí convergen poblaciones móviles que residen en las diferentes regiones del interior del país”* (Informe UNGASS EL Salvador Periodo 2008-2009. Panorama General de la Epidemia de Sida).

En cuanto al indicador *“Porcentaje de HSH infectados por el VIH”* el informe hace la referencia de un **9.8% (2009)** en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)”. No hay datos disponibles de prevalencia desagregados por sexo y edad.

También señala que las características de la enfermedad muestran que se trata de una epidemia concentrada en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, a predominio masculino. Agregado a ello que la epidemia se encuentra geográficamente concentrada en el área urbana y al igual que en años anteriores en el área metropolitana se concentran poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entre otras. La fuente de esta información no es brindada por el informe, ya que carece de notas de pie y bibliografía utilizada en el desarrollo del mismo.

El informe describe que de acuerdo al Estudio Centroamericano de Vigilancia del comportamiento sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009” (ECVC), el 88.05% de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se hicieron la prueba de VIH en el último año y conocieron su resultado; este dato se obtuvo tomando muestras poblacionales de HSH en San Salvador (87.8%) y San Miguel (88.3%), que son representativos del comportamiento nacional ya que concentran el 35.5% del total de la población salvadoreña y el 55.4% de los casos de VIH de todo el país, de acuerdo a los registros del Ministerio de Salud.

El informe refiere que existe una mejoría con respecto a este mismo indicador que en 2008

fue reportado con 52.26% producto de un estudio de PASMO, ya para ese momento el indicador representaba una mejora del 15% con respecto a 2003, por lo que el aumento de población HSH que se sometió a la prueba del VIH entre 2003 y 2009 es aproximadamente 51% en total. Al correlacionar a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, en cuanto a la prevalencia del VIH, encontramos que la población HSH tiene una prevalencia aproximadamente 2 veces mayor que las TS (10.8% y 5.6% respectivamente) lo que implica una reducción de la prevalencia en HSH de casi 7% con respecto a 2007 y un aumento en la prevalencia de TS de 2% para TS. Cuando se evalúa el realizarse la prueba del VIH voluntariamente, en los participantes HSH de San Salvador, el 36.1% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 17.5% entre 7 y 12 meses, 18.5% se la realizaron hace 1 año (sin pasar de 2 años desde que se la realizó), mientras que un 27.9% tenían más de 2 años de habérsela realizado cuando se les entrevistó; de los 359 participantes solamente el 87.8% conocían el resultado de la última prueba. Para los participantes de San Miguel un 43% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 18.4% entre 7 y 12 meses, 27.8% se la realizaron hace 1 año (sin pasar de 2 años de antigüedad), mientras que un 10.8% tenían más de 2 años de haberse realizado la prueba cuando se les entrevistó. De los 98 participantes solamente el 88.3% conocían el resultado de la última prueba. Para San Salvador el lugar donde principalmente se realizaron las pruebas de VIH fueron los centros de salud con un 40.5% mientras que en San Miguel la ponderación para los centros de salud fue de 13.8%; Sin embargo en San Miguel el lugar preferido por la población HSH para realizarse la prueba voluntaria mayoritariamente fue el hospital con un 30.5% mientras que en San Salvador, el hospital representó solamente el 22.9%.

El informe hace mención que el INDICADOR 9: “Porcentaje poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH”. Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) 58.1% No existen datos disponibles desagregados por edad.

Según el Indicador Proxy basado en el número de personas capacitadas resultado de las intervenciones de capacitación a esta población por las distintas instituciones. Para la población HSH el resultado es de 58.1% como promedio nacional (San Salvador, 64.4% y San Miguel 51.8%).

En cuanto a conocimiento y comportamiento el informe de El Salvador menciona en el indicador numero 14: “Porcentaje de poblaciones mas expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la trasmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus”. De los Hombres que tienen sexo con Hombres, el 52.35%²⁸ respondieron

correctamente “todas” las preguntas relacionadas con las formas de prevenir la transmisión y rechazo de las ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

Datos no disponibles desagregados por edad Observación: Para la población HSH el resultado es de 52.35% como promedio nacional, desagregado así San Salvador (66.8%) y San Miguel (37.9%). Estos dos departamentos del país, se consideran representativos del comportamiento nacional ya que juntos concentran el 35.5% del total de la población salvadoreña y el 55.4% de los casos acumulados de VIH en el país según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En cuanto a conocimiento y comportamiento el informe de El Salvador menciona en el inciso 14 de cuadro de Compromisos y Acciones Nacionales: Conocimiento sobre prevención de VIH en Hombres que tienen sexo con hombres es de 52.53 (Sin año ni fuente). En el inciso 19 Hombres que tienen sexo con hombres: Utilización del condón. 54.9% (2008) Datos no disponibles desagregados por edad.

En el indicador numero 19: “Porcentaje de hombres que declara haber usado un

preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.” El informe brinda el 54.9%. Dato no disponible desagregado por edad.

Por otro lado manifiesta el informe: Que para la población HSH el resultado es de 54.9% como promedio de San Salvador (60.5%) y San Miguel (49.3%) dos de los principales departamentos de El Salvador. Debido a que las condiciones de vulnerabilidad no están distribuidas de modo uniforme entre los distintos subgrupos que se encuentran bajo la denominación de HSH, los jóvenes HSH, bisexuales, trabajadores sexuales y transgéneros, los HSH sugieren mayores condiciones de vulnerabilidad en relación al sexo anal sin protección refiere el informe

Las relaciones sexuales anales sin condón siguen siendo una amenaza significativa de transmisión del virus del VIH en los HSH sobre todo con parejas casuales. Según los datos reportados en el documento UNGASS 2008, 83.14% declaraba el uso de preservativo durante su último coito anal con pareja sexual masculina mientras que para el reporte 2010 esta cifra se vio disminuida 28 puntos lo que denota un aparente aumento de las relaciones sexuales anales sin protección, concomitantemente la prevalencia de VIH observa valores para este grupo muy por encima a la reportada en otras poblaciones.

Estos datos reflejan que en El Salvador la epidemia es mayormente prevalente en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, según el informe 2010.

En la sección IV del informe: Respuesta Nacional a la Epidemia de Sida, inciso “1. Gasto nacional e internacional por categoría y fuente de financiación”, el informe indica que de acuerdo a la estimación preliminar de la medición del gasto en sida (MEGAS) para el año 2008, El Salvador invirtió US \$ 41,232,425.00 en las diferentes áreas como son prevención, atención y tratamiento, fortalecimiento institucional, desarrollo de recursos humanos y actividades de investigación, así como la fuente del recurso: Sector externo, quienes realizan una importante contribución, el total de este aporte es de \$7,953,330.00, del cual el 45% corresponde a organismos multilaterales, dentro de estos se encuentra el Fondo Mundial de la lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria el cual contribuye con el 78% de los fondos dentro de esta categoría; el 32% lo aportan otras instituciones internacionales correspondiendo a \$2,549,627.00 y el 23% es el aporte de organismos bilaterales correspondiendo a \$1,827,935.00. Sin embargo en el informe no se refleja el gasto o inversión en la población HSH en las áreas del acceso universal. No hay información del gasto en el año 2009.

El informe señala en cuanto al marco jurídico en El Salvador relacionado al Sida, que de acuerdo a representantes de gobierno y sociedad civil todavía existen leyes y reglamentos que deben ser revisados y actualizados para lograr un marco legal eficaz en la respuesta al VIH, por ejemplo: La Ordenanza Contravencional de la Alcaldía de San Salvador (Decreto #49 noviembre 1999. Capítulo III. Artículo 36 dificulta el desempeño de trabajadores y trabajadoras del sexo así como de los HSH

En el ítem de Apoyo Político, el informe señala que se observan importantes avances en el campo del apoyo político, existiendo algunos aspectos que deben ser considerados a futuro para fortalecer más aún este componente, tales como: procurar en la medida de lo posible la participación constante de los titulares en las reuniones de CONASIDA, la difusión de la información a sus respectivas carteras de Estado, la incorporación de algunos actores tales como las Alcaldías Municipales, poblaciones en condiciones de vulnerabilidad como TS, comunidad LGBT y personas con VIH, la necesidad de reforzar la participación de la empresa privada y así como dar a conocer los logros alcanzados a través de CONASIDA

En el apartado III Prevención del informe, señala que uno de los principales logros obtenidos en el periodo fue la emisión del Decreto ministerial (salud) 202 sobre la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. El ajuste de mensajes de prevención a poblaciones específicas, señalando la población HSH, así como mayor prevención en los grupos específicos donde está concentrada la epidemia, fortaleciendo para ello los programas de equidad de género, entre otros.

En la sección IV. Tratamiento, Atención y Apoyo, el informe señala que desde el punto de vista de los representantes de gobierno y sociedad civil, uno de los principales problemas que quedan por resolver, es la capacitación al personal de salud para evitar la discriminación y homofobia, entre otros.

En el apartado V. Vigilancia y Evaluación el informe indica que desde 2008 se inició el trabajo de implementación del Sistema Único de Vigilancia y Evaluación de VIH el cual incluye una estrategia de recopilación de datos, vigilancia sistemática, estudios de investigación, encuestas comportamentales, directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos, una estrategia para evaluar la calidad de los datos la cual se realiza semestralmente, una estrategia de análisis de datos y una estrategia de divulgación y uso de los mismos.

En el mismo apartado en el inciso 1. DERECHOS HUMANOS, el informe manifiesta que: El Decreto Ministerial de Salud número 202 en que se oficializa erradicar la discriminación por orientación e identidad de género en el sector salud. Es uno de los principales logros en materia de derechos humanos. Sigue indicando que actualmente El Salvador cuenta con leyes y reglamentos que establecen derechos y deberes, mecanismos sancionatorios por la no aplicación, métodos para prevenir la discriminación, directrices sobre vigilancia epidemiológica, entre otros. Estos instrumentos: protegen de la discriminación a jóvenes, personas privadas de libertad, poblaciones móviles, embarazadas, recién nacidos, sin embargo está pendiente incorporar a personas en condiciones de vulnerabilidad como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Trabajadoras y trabajadores del sexo, usuarios de drogas inyectables.

En cuanto a la aplicación de políticas como la segunda parte que integra el componente de los Derechos Humanos, se identifican algunos logros desde el 2008, El respeto al derecho a la libre asociación de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles el reconocimiento jurídico a las que se han organizado incluyendo la de Comunidad LGBT, Hombres que tienen sexo con hombres.

El indicador 8 “Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados” el informe 2010, informa el 88.05%. Datos no disponibles desagregados por edad. También manifiesta el informe relacionado a este indicador que dicho dato se obtuvo tomando muestras poblacionales de HSH en San Salvador (87.8%) y San Miguel (88.3%), que son representativos del comportamiento nacional ya que concentran el 35.5% del total de la población salvadoreña y el 55.4% de los casos de VIH de todo el país, de acuerdo a los registros del Ministerio de Salud.

El informe hace una comparación de este indicador con respecto al reportado en el periodo anterior (2008) manifestando que *“Existe una mejoría con respecto al mismo indicador que en 2008 fue reportado con 52.26% producto de un estudio de PASMO20, ya para ese momento el indicador representaba una mejora del 15% con respecto a 2003, por lo que el aumento de población HSH que se sometió a la prueba del VIH entre 2003 y 2009 es*

aproximadamente 51% en total. Al correlacionar a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, en cuanto a la prevalencia del VIH, encontramos que la población HSH tiene una prevalencia aproximadamente dos veces mayor que las TS (10.8% y 5.6% respectivamente) lo que implica una reducción de la prevalencia en HSH de casi 7% con respecto a 2007 y un aumento en la prevalencia de TS de 2% para TS Cuando se evalúa el realizarse la prueba del VIH voluntariamente, en los participantes HSH de San Salvador, el 36.1% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 17.5% entre 7 y 12 meses, 18.5% se la realizaron hace 1 año (sin pasar de 2 años desde que se la realizó), mientras que un 27.9% tenían más de 2 años de habérsela realizado cuando se les entrevistó; de los 359 participantes solamente el 87.8% conocían el resultado de la última prueba. Para los participantes de San Miguel un 43% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 18.4% entre 7 y 12 meses, 27.8% se la realizaron hace 1 año (sin pasar de 2 años de antigüedad), mientras que un 10.8% tenían más de 2 años de haberse realizado la prueba cuando se les entrevistó. De los 98 participantes solamente el 88.3% conocían el resultado de la última prueba. Para San Salvador el lugar donde principalmente se realizaron las pruebas de VIH fueron los centros de salud con un 40.5% mientras que en San Miguel la ponderación para los centros de salud fue de 13.8%; Sin embargo en San Miguel el lugar preferido por la población HSH para realizarse la prueba voluntaria mayoritariamente fue el hospital con un 30.5% mientras que en San Salvador, el hospital representó solamente el 22.9%.”

En relación al indicador numero 9: porcentaje poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH. Específicamente en los HSH el informe manifiesta que el 58.1% fueron alcanzados con programas de prevención, según el Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Sin embargo el informe revela: Datos no disponibles desagregados por edad.

En cuanto al Indicador Proxy basado en el número de personas capacitadas resultado de las intervenciones de capacitación a esta población por las distintas instituciones. Para la población HSH el resultado es de 58.1% como promedio nacional (San Salvador, 64.4% y San Miguel 51.8%).

El informe hace mención que “De los 577 HSH entrevistados en San Salvador al menos el 58.2% se había realizado la prueba alguna vez, de los cuales el 40.5% reporta haberse dirigido a un centro de salud, un 22.9% a un hospital, 16% prefirieron una clínica móvil, mientras que un 3.6% se abocaron a Entre Amigos y un 17% a otros establecimientos. Para San Miguel de 191 personas entrevistadas un 40% se realizó alguna vez la prueba de las cuales el 13.8% se dirigieron al centro de salud, el 30.5% al hospital, seguido cercanamente por el 29.9% que se dirigió a una clínica móvil, otro 5.4% lo hizo a Entre Amigos y un 20.5% en otro establecimiento. Con respecto a la adquisición de condones, para San Salvador de un total de 431 personas HSH a quienes se les suministraron condones, un 58.6% ha recibido condones gratuitamente de un capacitador de ONG y un 58.2% de trabajadores de Salud, mientras que en San Miguel de un total de 130 personas quienes afirman que se les suministraron condones, un 40.3% los recibió gratuitamente de un capacitador de ONG y un 73.8% de trabajadores de salud. (Nota para esta variable los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible)”

El informe de El Salvador UNGASS 2010 en cuanto al indicador numero14 “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. De los Hombres que tienen sexo con Hombres, el 52.35%²⁸ (respondieron

correctamente “todas” las preguntas relacionadas con las formas de prevenir la transmisión y rechazo de las ideas erróneas sobre la transmisión del virus). Datos no disponibles desagregados por edad Observación: Para la población HSH29 el resultado es de 52.35% como promedio nacional, desagregado así San Salvador (66.8%) y San Miguel (37.9%). Estos dos departamentos del país, se consideran representativos del comportamiento nacional ya que juntos concentran el 35.5% del total de la población salvadoreña y el 55.4% de los casos acumulados de VIH en el país según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.”

El informe concluye en relación al indicador que: “La mejora de los porcentajes respecto del informe UNGASS anterior puede interpretarse como el trabajo de organizaciones de las personas trabajadoras sexuales y HSH, sin embargo continúa existiendo una diferencia en favor de las personas trabajadoras sexuales de la capital, en cuanto a un mejor nivel de información sobre la epidemia del VIH-SIDA lo que refuerza la necesidad para extender las campañas de información hacia la población en general y a poblaciones específicas de TS y HSH así como para disminuir la brecha entre conocimientos y prácticas existentes. Con respecto a las personas trabajadoras sexuales, aproximadamente 60%³¹ tenían una edad entre 18 y 24 años y más del 95% reporta un nivel de estudios que no sobrepasa el segundo ciclo escolar, así como un aproximado de 60% cuyo estado civil es soltera y alrededor de un 70% vive actualmente con padres, amigos u otras personas.”

El informe indica y que se puede considerar como conclusión es que: “Las relaciones sexuales anales sin condón siguen siendo una amenaza significativa de transmisión del virus del VIH en los HSH sobre todo con parejas casuales. Según los datos reportados en el documento UNGASS 2008, 83.14% declaraba el uso de preservativo durante su último coito anal con pareja sexual masculina mientras que para el reporte 2010 esta cifra se vio disminuida 28 puntos lo que denota un aparente aumento de las relaciones sexuales anales sin protección, concomitantemente la prevalencia de VIH observa valores para este grupo muy por encima a la reportada en otras poblaciones.” Así como “Estos datos reflejan que en El Salvador la epidemia es más prevalente en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres.”



Guatemala

El informe de la República de Guatemala indica que la epidemia es concentrada manteniendo una prevalencia menor de 1% en población general, afectado principalmente a poblaciones más expuestas tales como hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadoras (es) sexuales. La transmisión es principalmente sexual (94%). El informe no reporta la fuente de este dato.

El informe describe un cuadro resumen denominado: Resumen de Resultados del Informe Nacional UNGASS 2010 por indicador. En el cual señala:

Indicador 8 “Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Resultado relevante pero no reportado por falta de datos.”

Indicador 9 “Porcentaje de poblaciones mas expuestas al que llegaron programas de prevención del VIH. Resultado Relevante pero no reportado por falta de datos.

Indicador 14 “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. Relevante pero No reportado por falta de datos

Indicador 18 “Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su Último coito anal con una pareja masculina. Resultado: Relevante pero No reportado por falta de datos.

El informe refiere en el apartado “III. Panorama General de la Epidemia de Sida. La epidemia de sida en Guatemala es concentrada, tanto geográfica como poblacionalmente. Al 2009, el 78% de los casos reportados corresponde a 7 de los 22 departamentos del país⁴. La prevalencia en población general es de de 0.8%. Fuente: Estimaciones y Proyecciones 2009. Centro Nacional de Epidemiología, MSPAS. Guatemala 2009.”

“En cambio, en las poblaciones más vulnerables abordadas por el proyecto del Fondo Mundial, se registraron las siguientes prevalencias entre 2006 y 2008: HSH de 10.54% a 7.55%” entre otras poblaciones.

En la sección IV del informe “Respuesta Nacional ante la Epidemia de Sida” en relación a “Recursos para prevención para poblaciones más expuestas y grupos vulnerables mediante el Fondo Mundial: Entre los esfuerzos relevantes en materia de prevención dirigida a poblaciones en mas alto riesgo, destaca el trabajo realizado con el apoyo del Proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA. El cual aportó significativamente el trabajo con los grupos más expuestos a la epidemia en el corredor epidemiológico del país. Básicamente con HSH, MTS, PPL, PVVS y se incorporó el trabajo de pruebas voluntarias con consejería y diagnostico y tratamiento de ITS para Jóvenes en Riesgo Social.”

El informe señala “otro aspecto importante para este periodo han sido las campañas de sensibilización y reducción del estigma realizadas, tales como: **Me cuido, me protejo, uso**

condón del PNS con financiamiento de UNFPA, siendo un logro importante el haber logrado la aprobación del MSPAS para este tipo de campaña. La “Campaña contra la homofobia” liderada por la Red Nacional de la Diversidad Sexual REDNADS, con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y la cooperación. Campaña de masculinidad “No todos los hombres somos iguales” de PASMO Estas dos últimas campañas están vinculadas a estudios relacionados que buscan medir los niveles de estigma y discriminación hacia grupos más expuestos, así como caracterizar mejor a la población masculina del país, y tener así elementos para un mejor abordaje de los mismos.”

El informe describe otro apartado relacionado a **Servicios de Diagnóstico y Atención de ITS**. “En el ámbito de la prevención y atención en servicios de ITS, el Programa Nacional de ITS, VIH y Sida con financiamiento del proyecto de Calidad en Salud de USAID logró mejorar la calidad de atención, mejorando el conocimiento y destrezas del personal de salud, así como las condiciones de 34 centros de salud en las áreas de mayor prevalencia, que atienden ITS para MTS en todo el país. Los cuales además de mejoras físicas, se beneficiaron con capacitación en atención a MTS, HSH y en sensibilización para reducción del estigma. Adicionalmente con el apoyo de la Universidad del Valle mediante el acuerdo corporativo con el CDC, se han fortalecido las acciones de Vigilancia Centinela de ITS (VICITS) con trabajadoras sexuales y HSH, particularmente en ciudad de Guatemala e Izabal.

El informe indica en relación a **cambios en el conocimiento y comportamiento** que “El esfuerzo más importante de Guatemala para actualizar información sobre conocimientos y comportamientos en población general referentes a VIH, fue con la ENSMI. El Comité Nacional de MyE logró fortalecer el componente de VIH en la ENSMI y actualizar los datos a reportar en este informe. **A nivel de las poblaciones más expuestas, existe limitada información al respecto y por consiguiente se decidió presentar alguna información narrativa pero no reportar estos datos como oficiales y representativos del país.**

El informe en cuanto al indicador 1: Gasto relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación, menciona que el porcentaje en la distribución del gasto por población, en población de mayor riesgo fue de 6.59% (2004) 6.20% (2005) 8.14% (2006)

El porcentaje de inversión en grupos específicos, Guatemala 2004 - 2009 Hombres que tienen sexo con hombres 1.88%(2004); 1.88% (2005); 3.13% (2006) Fuente: Informes MEGAS Guatemala 2004, 2005 y 2006

El informe señala en la sección VI. Principales Problemas y Acciones Correctoras como problema clave en el 2005 lo siguiente:

1. “Aunque la epidemia es concentrada en el país, los instrumentos del Ministerio de Salud no generan información precisa sobre los grupos más vulnerables, específicamente HSH. En el caso de las trabajadoras del sexo, pudiera encontrarse más información por los controles obligatorios a que se ven sometidas. A pesar de ello, hay fuertes debilidades a nivel nacional para su reporte. Progresos en el 2010: No hay logros significativos en este componente. Los sistemas de información aun no ofrecen información sobre otros grupos más expuestos.
2. Las acciones de prevención con trabajadoras del sexo y hombres que tienen sexo con hombres no han logrado cubrir la totalidad del país. Se concentran en la ciudad capital. Hay esfuerzos en otras zonas del país. Principalmente en la zona sur occidental. Progresos 2010: En proceso expansión experiencia de VICITS(

Vigilancia Centinela en ITS).

3. Prevalencia de actitudes de estigma y discriminación hacia trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas viviendo con VIH a nivel de proveedores de servicios de salud. Lo anterior constituye una limitante para acercarse a estas poblaciones hacia estos servicios, por el temor mismo a ser discriminados cuando requieran atención. Progresos 2010: Han habido importantes acciones del MSPAS con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial y USAID para disminuir el estigma hacia grupos vulnerables, reflejado en un aumento en el número de capacitaciones y sensibilización al personal de salud tanto público como privado, pero con limitados resultados.
4. Debido al marco legal vigente, se limitan las intervenciones dirigidas al control de ITS y VIH en adolescentes en explotación sexual, adolescentes HSH y en otros adolescentes en condiciones de vulnerabilidad. Mientras no cambie el marco legal va a ser difícil la intervención en estas poblaciones. La sociedad civil debe estar vigilante para que se produzcan estos cambios. Progresos 2010: Se ha iniciado acciones para la modificación del Decreto 27- 2000 en el que se incluye la autorización de pruebas adolescentes, pero aun está en revisión en el Congreso de la República.
5. No se cuenta con suficientes estudios de vigilancia de segunda generación o estudios centinela para monitorear de mejor manera la epidemia en grupos específicos, dificultando la planificación de intervenciones hacia ciertos grupos en contextos geográficos determinados. Progresos 2010: La Red Legal funciona e interactúa con diferentes instancias de gobierno y hace incidencia a nivel nacional.
6. No se cuenta con suficientes estudios de vigilancia de segunda generación o estudios centinela para monitorear de mejor manera la epidemia en grupos específicos, dificultando la planificación de intervenciones hacia ciertos grupos en contextos geográficos determinados. Progresos 2010: Se cuenta con estudios especiales y VE centinela con apoyo de socios para el desarrollo, tales como Fundación Barcelona, USAID, PASMO, Visión Mundial, y ONUSIDA: tamaños poblacionales, seroprevalencias, Estudios Track, etc.
7. Aunque la epidemia es concentrada en el país, los instrumentos del Ministerio de Salud no generan información precisa sobre los grupos más vulnerables. Específicamente los HSH. En el caso de las trabajadoras del sexo, pudiera encontrarse más información por los controles obligatorios a que se ven sometidas. A pesar de ello, hay fuertes debilidades a nivel nacional para su reporte. Progresos 2010: El proyecto VIH del Fondo está dirigido a poblaciones vulnerables, mediante sus procesos de MyE ha permitido desarrollar una mejor caracterización de dichas poblaciones. Sin embargo, persiste el reporte del número y tipo de intervenciones, más que de la cobertura poblacional específica.



Honduras

Para efectos del presente análisis del observatorio de acceso universal a programas de prevención del VIH/Sida e ITS para Gays Bisexuales trans y otros HSH en LAC, se hace especial referencia a los dos informes que este país presentó en el 2010:

1. Informe Nacional Sobre Los Progresos Realizados en la aplicación del UNGASS 2010. (Informe Oficial)
2. Observatorio Ciudadano Desde la Sociedad Civil Para el Monitoreo Sobre los Progresos Realizados en la Aplicación de UNGASS 2010. (Informe Sombra)

El informe oficial de Honduras en el apartado II Situación actual. Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe indica: “El proceso de construcción del informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, se realizó de manera acelerada en virtud de la crisis política que sufrió el país en los últimos 6 meses del 2009. La ruta crítica para la elaboración del informe fue aprobada por la CONASIDA, a partir de esta decisión se conformó un equipo técnico integrado por representantes de: CONASIDA, Departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud (en la coordinación del proceso), Secretaría de Educación, Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, Instituto Nacional de la Juventud, Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia, Secretaría de Seguridad, Unidad de M&E del CHF/Fondo Mundial, Proyectos del USAID: AIDSTAR-One y AIDSTAR-Two, Tephinet-CDC/GAP, Foro Nacional de Sida, ASONAPVSI DAH, UNFPA, OPS, UNICEF y ONUSIDA.” Sin embargo no se observa en el mismo, la participación de los HSH organizados del país.

El informe sombra fue promovido y altamente apoyado en su redacción por dos organizaciones GTBL de la ciudad de Tegucigalpa. Asociación LGTB Arcoíris y la Asociación Kukulcán.

El informe oficial en la sección 2 Situación de la epidemia refiere: “Honduras es el segundo país más afectado de Centroamérica por la epidemia de VIH y Sida. La epidemia se concentra más en las zonas urbanas y a lo largo de la costa norte, afectando a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa. Para el país se estima una prevalencia de VIH de 0.66% en el año 2009 y según el consenso de los expertos nacionales la epidemia tiene un perfil compuesto. A nivel nacional es concentrada con una prevalencia de VIH demostrada en diversos estudios mayores de 5% en sub-poblaciones de alto riesgo. Según la Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento realizada en el 2006, la prevalencia del VIH en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres fue del 9.9% en trabajadoras sexuales 4.6% y en población garífuna el 5%.”

El párrafo anterior, describe que Honduras posee una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres. Datos que corresponde a los reportados en el periodo anterior (2008)

El informe oficial en el apartado 3. Respuesta política y programática literalmente dice: “Actualmente se está implementando el III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y

Sida 2008-2012 (PENSIDA III), elaborado y ejecutado con una amplia participación multisectorial y en cuyo proceso, han estado presentes organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, personas que viven con VIH/Sida, organismos de cooperación técnica y financiera, y organizaciones de la sociedad civil. Durante este período el tema de VIH/Sida ha sido central en la agenda política nacional. Se han movilizado recursos importantes que manifiestan el compromiso de la lucha contra el VIH/Sida tales como:

- Honduras lideró la coalición de Primeras Damas de Latino América en la lucha contra el VIH/Sida.
- Aprobación de propuesta del Fondo Mundial para la Ronda 9 en el tema de abordaje integral a niñez huérfana y vulnerable.
- Aumento en la compra de medicamentos ARV de primera línea por parte de las autoridades nacionales como compromiso de contraparte en subvenciones del FM para contabilizar alrededor del 80% de los costos asumidos por el estado.
- Honduras ha mejorado la calidad y disponibilidad de la información relacionada al VIH/Sida incorporando estudios cualitativos que nos ayudan a comprender la Dinámica del VIH/Sida incluyendo la vigilancia de indicadores de alerta temprana para la prevención de la resistencia a ARV.

En el apartado 4. Datos de los indicadores del UNGASS en una tabla general el informe oficial describe: “Del total de gasto realizado en el 2008, se encontró que en la población de las personas con VIH y Sida se realizaron gastos equivalentes a un 25.5%, en mujeres trabajadoras del sexo y sus clientes y en hombres que tienen sexo con otros hombres la inversión fue de 4.9 %. Fuente: Medición del Gasto en Salud (MEGAS) 2008 /Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Honduras.”

Esta información corresponde al reporte del periodo anterior de progresos UNGASS en Honduras.

En relación al indicador número 8 “Porcentaje de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): Menores 25: 24.7%, 25 o más: 37.8%. Fuente: Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC), Departamento de ITS /VIH/Sida, Secretaría de Salud de Honduras, 2006.”

Continúa el informe oficial describiendo: “Indicador 9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH. Hombres que tienen sexo con hombres HSH: Menores 25: 25.5%, 25 o más: 40.8%. Indicador 14. 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. HSH: Menores 25: 9%, 25 o más: 6% Comentarios / Interpretación: Los HSH son el grupo vulnerable que presenta los valores más bajos para el indicador compuesto. Indicador 18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente HSH: Menores 25: 85.3% 25 o más:91.0%. Comentarios / Interpretación: En profesionales del sexo HSH y TS hay una alta proporción

de uso de condón con último cliente. Indicador 19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina 48%.”

El informe sombra 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 5, 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 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 TS 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. Haberse realizado la prueba de VIH: El 59.3% de los HSH-TS y el 48.9% de los HSH no TS 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 fueron un 24%, según informe UNGASS 2007.

En la sección III. Panorama general de la epidemia de VIH/SIDA. Estadísticas descriptivas de la Situación del VIH/Sida en Honduras, el informe indica: “El número de casos de VIH y Sida notificados desde 1985 hasta Diciembre del 2009 es de 27,714 de los cuales 20,264 (73%) fueron clasificados como Sida y el resto (27%) como VIH. Estas cifras representan cerca del 40% del total de casos de Sida de la región centroamericana. En cuanto a modos de transmisión, el informe resalta: Heterosexual: 17,283, 85.3% Homosexual: 606 3.0%, Bisexual: 704 3.5%. Fuente: Vigilancia Epidemiológica de notificación de casos de VIH y Sida. Departamento de ITS / VIH /Sida. Secretaría de Salud de Honduras. El predominio de transmisión heterosexual explica la tendencia de disminución de la razón Hombre::Mujer, que a su vez ha sido afectada por la creciente cobertura del Programa de Transmisión Madre a Hijo (PTMH) y el menor acceso de la población masculina a los servicios de salud. La prevalencia del virus en mujeres embarazadas en control prenatal ha fluctuado a nivel nacional en valores alrededor del 1%. En otros grupos específicos de población, tales como: trabajadoras comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, y personas privadas de libertad; la prevalencia de VIH oscila entre el 5% a 10%. También se ha demostrado que los Garífunas son un grupo étnico fuertemente impactado por la epidemia, observándose prevalencias de VIH alrededor de 5%.”

Por otro lado el informe sombra señala: “Honduras ha tenido avances relativos a la epidemia de VIH en el periodo 2008-2009, entre los que se pueden mencionar: La disminución de la transmisión materno infantil del VIH en más del 50% en los municipios donde funciona el programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a). El acceso al tratamiento antirretroviral a 7075 de hondureños y hondureñas a diciembre 2009, y una participación creciente de la sociedad civil especialmente de las personas que viven con el VIH, organizaciones de la diversidad sexual y poblaciones garífunas, en la respuesta

conjunta contra la epidemia. Sin embargo no podemos ignorar el impacto negativo como efecto del **golpe de Estado del 28 de junio de 2009** en la respuesta nacional. El desabastecimiento de condones por seis meses - Julio a Diciembre 2009 -, la interrupción de la atención médica a las personas con Sida, por los toques de queda y el estado de sitio implementados por el gobierno interino, el incumplimiento de cesáreas e intervenciones quirúrgicas a mujeres embarazadas positivas a VIH, particularmente en la ciudad de Tegucigalpa y otros acontecimientos que se enuncian al interior del presente informe.”

El informe sombra también señala: “El patrón de transmisión predominante es el sexual aproximadamente el 90%. Honduras tiene un perfil compuesto de la epidemia. Es concentrada con una prevalencia de VIH demostrada en diversos estudios mayor de 5% en sub-poblaciones 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. Honduras ha tenido un impulso significativo en materia de respuesta ante la epidemia, hay indicios de que las sub-poblaciones han concentrado la epidemia como ser los HSH entre otras quienes 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 estabilización en la prevalencia de VIH en HSH no es significativa. Por tal motivo es fundamental mantener la atención en esta sub población que continúan 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.”

En el ítem IV. Respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida. 1. Gestión y coordinación de políticas sociales, el informe describe: “Se ha visto un avance importante en la participación cada vez mayor de diversos sectores en la respuesta nacional a la epidemia, principalmente los espacios para la sociedad civil en diferentes instancias; CONASIDA, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) del Fondo Mundial y una mayor presencia de los colectivos de mujeres y de la diversidad sexual. Como parte de este proceso de fortalecimiento ha existido una mayor participación de la sociedad civil en la incidencia política y en la abogacía y se han realizado auditorías sociales de diversos procesos (atención integral, gestión y compra de medicamentos, etc.) con participación de la sociedad civil y Pvih.

El informe sombra de Honduras, indica: “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 periodo es La reactivación de la Comisión Nacional de SIDA, tomando el liderazgo en la conducción de la respuesta al VIH y sida, así como ampliar la comisión con la representatividad de otras poblaciones señalando al sector poblacional mujer a través del Instituto Nacional de la Mujer (INAM), sin embargo en cuanto a la participación e inclusión de la población en este ente rector solo menciona que La participación de las diferentes expresiones de la sociedad civil se ve reflejado en los capítulos del Foro Nacional de Sida, así como el surgimiento de nuevas organizaciones civiles, con mayor realce las organizaciones gay (HSH).”

El informe oficial de Honduras en materia de Prevención manifiesta: Entre los logros más importantes durante el periodo que va de enero de 2008 a diciembre de 2009 se pueden enumerar: Durante el ciclo anual de las subvenciones del FM (Mayo 2008-Mayo 2009) se alcanzaron los siguientes logros:

- 6,640 Hombres que tienen sexo con hombres intervenidos.
- Fortalecimiento del abordaje de las ITS con la implementación de la estrategia de vigilancia y control de las ITS (VICITS) en la población de trabajadoras sexuales en cinco ciudades del país, y en hombres que tienen sexo con hombres en dos. Este fortalecimiento incluyó el mejoramiento de las condiciones físicas y equipamiento para la prestación de servicios diferenciados en unidades de atención en ITS.
- Mayor involucramiento y capacitación de la sociedad civil en la implementación de programas de prevención en grupos de población vulnerable.

En el tema de la prevención el **informe Sombra**, resalta que entre los logros alcanzados es 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 como ser: Agencia de Cooperación en Salud/AED/Usaid, con el acompañamiento de la SSH y del Fondo Mundial 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 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.

El informe oficial de Honduras señala en el apartado V. Prácticas óptimas. “La situación política interna de país del último semestre de 2009 retrasó el alcance de algunos de los proyectos que recién ahora están siendo revisados y retomados para su implementación. La situación puso en evidencia la necesidad de impulsar con mayor énfasis los programas de defensa y promoción de los derechos humanos.

Sin embargo el informe sombra plantea todo un apartado extenso relacionado a los derechos humanos y en particular de los HSH: “**Derechos Humanos y Golpe de Estado**. Honduras ha sido objeto de un Golpe de Estado con la consecuente reversión de importantes avances democráticos, lo que ha dado lugar además a la violación en forma sistemática y consciente de los derechos humanos no solamente de los hondureños y hondureñas, sino también de personas de otras nacionalidades. Los derechos humanos más vulnerados, si bien se ubican en la esfera de los derechos civiles y políticos como el derecho a la vida, a la libre movilización, a la libertad de expresión, a la libertad personal, a las garantías del debido proceso, libertad de asociación y a la información, lo que pone en precario la realización de importantes derechos económicos, sociales y culturales. Internamente el país vive una emergencia nacional en materia de derechos humanos, pues a raíz del golpe de Estado se reinstauraron viejas prácticas de la Doctrina de Seguridad Nacional de los años 80’s, destinada a sostener el régimen de facto mediante la represión e intimidación militar-policial, con graves consecuencias en las libertades civiles

incluyendo atentados contra la vida humana. La militarización del país y el control del Ejército sobre toda la institucionalidad pública con la aquiescencia de las nuevas autoridades civiles de facto, ha colocado a Honduras en una situación de vulnerabilidad de los derechos humanos que afecta en especial a los más pobres y excluidos como los grupos campesinos, niños y niñas, jóvenes, mujeres, pueblos indígenas, defensores de derechos humanos, sindicalistas, ambientalistas, personas con VIH, migrantes, y activistas de los derechos humanos de la diversidad sexual, y otros que por su trabajo deben transmitir información sobre la resistencia organizada es el caso de la grave persecución a medios de comunicación y periodistas. **Participación de las Asociaciones y grupos LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans).**

La historia de la comunidad Lésbica, Gay, Bisexual, Transexual, Travestí e Intersex (LGTBTBI) se ha escrito y se esta escribiendo con sangre, desde hace varias décadas miembros de esta comunidad, han luchado por integrar los derechos humanos, como derechos de las lesbianas, homosexuales, mujeres y hombres trans, Bisexuales e intersex, donde la identidad sexual y la expresión de género, en lugar de ser la ruta a la discriminación y a la exclusión, sean parte integral de vuestras vidas. Desde el 28 de junio de 2009, día fatídico para la democracia de América Latina y El Caribe, Honduras entro en una dictadura cívica militar que desenmascaro el complot institucional nacional e internacional en contra de los derechos humanos de la comunidad LGTB.

Grupos como la Red Lésbica Catrachas ; Asociaciones de la Diversidad Sexual - LGTB- La Asociación LGTB Arcoíris, Asociación Kukulcán, Organización Pro Unión Ceibeña -OPROUCE - Comunidad Gay Sampedrana para la Salud Integral, Asociación Colectivo Violeta, Asociación Jóvenes en Movimiento, - AJM - El Centro de Educación para la Prevención en Salud, Sexualidad y Sida - CEPRES - Colectivo Travesti, Transexual, Transgenero - Colectivo TTT - y Casa Renacer a raíz del golpe de Estado y como consecuencia del retorno del poder militar represivo y de seguridad vivieron momentos de inseguridad y se puso en peligro la integridad y la vidas de quienes conforman la comunidad LGBT en el país. Tal es el caso de Donny Reyes y otro compañero ambos de la Asociación LGTB Arcoíris, participando en una de las marchas en contra del golpe de estado fueron detenidos arbitrariamente y acusados de sedición y traición a la patria con el apoyo de las organizaciones de derechos humanos de Honduras, estas dos personas les brindaron medidas cautelares por la CIDH.

EL informe oficial en relación a los problemas identificados 2008, entre otros señala: “- La fragilidad del sistema institucional y democrático del país que limita la promoción y defensa de los derechos humanos en los grupos vulnerables y en la población en general. Progresos/Limitantes: La crisis política del segundo semestre del 2009 ha acentuado esta problemática. - El estigma y la discriminación hacia PVIH, Gtttb (HSH), TS y garífunas. Progresos/Limitantes: Igual a la respuesta anterior”

Continúa describiendo el informe oficial: Problemas afrontados. Liderazgo político/ Entorno político de apoyo:

- El cambio constante en puestos claves del sector gubernamental que son miembros de la CONASIDA provoca vacíos de liderazgo en la toma de decisiones para agilizar y optimizar la respuesta nacional.
- En el período del informe no se pudo contar con un secretariado técnico eficiente y funcional en la CONASIDA ni tampoco se pudo desarrollar el plan nacional de M y E de la respuesta nacional.
- El país no cuenta con una política pública actualizada que respalde las

acciones de promoción y protección de la salud sexual y reproductiva de la población general y de los grupos más vulnerables.

- La crisis política que sufrió el país en el segundo semestre del 2009 tuvo consecuencias internacionales que se tradujo en la suspensión de fondos de cooperación internacional destinados a la respuesta nacional.



México

Hacia finales del 2008, el estimado de personas viviendo con VIH/SIDA en América Latina ascendió a 2 millones, de estas, más del 70% de las personas viviendo con VIH/SIDA residían en los cuatro Países más grandes de la región: Argentina, Brasil, Colombia y México.

Considerando el número total de infecciones, México ocupó en el 2007 el segundo lugar con 200,000 personas viviendo con VIH, después de Brasil que con 730,000 personas viviendo con VIH ocupó el primer sitio entre los países de América Latina y el Caribe, después se ubicaron Colombia con 170,000, Argentina con 120,000 y Perú con 76,000, siendo los países numéricamente más importantes.

Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta, que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales, México se ubicó en el décimo séptimo lugar en América Latina. Los países con mayor prevalencia de VIH fueron Guyana (2.5%), Surinam (2.4%) y Belice (2.1%). Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Panamá, Guatemala, El Salvador y Honduras) con cifras del 0.7% al 1% prevalencia en adultos. En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta de (0.3%), y se vincula con países fronterizos que registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%).

Distribución según tipo de población más afectada

La epidemia del VIH/SIDA en México, se clasifica como concentrada, dado que se ha establecido en la población en general, pero se concentra en poblaciones clave. La prevalencia de infección por VIH en la población de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, y se espera que alcance en el 2012 el 0.4%.

Al interior de los subgrupos de la población, la epidemia se ha concentrado particularmente en las llamadas poblaciones clave: Hombres que tienen sexo con otros Hombres y Usuarios de Drogas Inyectables. En este tipo de epidemias concentrada, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos en tres subgrupos población HSH, HTSC y UDI.

La epidemia concentrada dentro de los subgrupos de población, destaca claramente los hombres que tienen sexo con hombres con una prevalencia en VIH de 10.2%, seguidos de los trabajadoras/es sexuales (8.9%).

De acuerdo a estimaciones que realizó el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, 2009; en México existen actualmente 220,000 personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales casi las dos terceras partes 63 % corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 22.3% a mujeres heterosexuales y 6.6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales; el 3.1% correspondió a trabajadoras sexuales y el 2.0% a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron cada uno con el 1.5% del total de personas que viven con VIH en México.

Medición del Gasto en SIDA 2008-2009

Durante el periodo de 1997-2009 en México se triplicó el gasto invertido por parte de la inversión pública, sin embargo durante el 2010 la inversión del Estado en relación a las políticas públicas en materia de VIH disminuyó considerablemente, la justificante fue por las negociaciones del costo de los medicamentos ARV.

Durante el 2008 y 2009, se pudo observar del gasto total en VIH/SIDA se dirigieron atención (70%) un total de 251.7 millones de dólares, mientras que en prevención se gastaron (28%) un total de 88 millones de dólares. Durante este periodo la gestión y administración de programas presento un 1% del gasto y las acciones realizadas en otras categorías fueron menores al 1%.

De lo invertido el sector público fue la principal fuente de financiamiento con un gasto en prevención del 66% y en atención el 99%; el sector privado fue la segunda fuente de financiamiento con un 34% en prevención y el 1 % en atención, mientras que el sector externo en todos los casos ha sido menor al 1 %.

Detección temprana en HSH

La metodología de cálculo propuesta por ONUSIDA para la recuperación de la información, son las encuestas en población clave, sin embargo a nivel país no se cuenta con la metodología recomendada, el dato provisto, si bien, no cuentan con representatividad a nivel Nacional, es un dato que cuenta con metodologías de abordajes a poblaciones específicas.

Para proporcionar el porcentaje de HSH que se sometieron a prueba de VIH los últimos 12 meses; se utilizan los resultados de un estudio realizado por PSI-México, en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara y Veracruz; a través de un muestreo guiado por el encuestado. Los resultados de esta encuesta manifiesta que casi la mitad de los HSH entrevistados se sometió a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados, (49.9%). En comparación con el informe anterior los resultados del 2008 fueron del 53%, de este modo existe una variante comparativa de disminución de detección temprana con el informe anterior del 3.1 % en HSH que no se sometieron a prueba de detección de VIH.

Programas de prevención en Hombres que tienen sexo con Hombres

El informe 2010 se manifiesta que el porcentaje de HSH que llegan a los programas de prevención del VIH durante el 2009 fue de 38.1%, considerando un aumento en el porcentaje de servicios de 19.9 %, es considerable que el informe anterior reportó un porcentaje más bajo (18.2 %), sin embargo es notable considerar que por la extensión del país es notoria la existencia de una diversidad de contextos en los que hay mayor o menos acceso a servicios de prevención en HSH.

Respecto al conocimiento sobre prevención de la transmisión del VIH en población más expuesta entre ella, Hombres que tienen sexo con otros Hombres.

Existen dificultades para medir este indicador en el país, en virtud de que las encuestas realizadas en población clave, han preferido la medición de comportamiento y no del conocimiento, precisamente porque se considera no suficiente para evitar la transmisión del VIH. Por esta razón no hay información disponible para responder este indicador.

Uso del Preservativo en Hombres que tienen sexo con Hombres

Los datos arrojan que el 63.6 % de los HSH declararon haber usado el preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina; sin manifestar diferencia significativa por grupo de edad. El informe del 2008 arrojó un porcentaje de 79.4% de uso del condón, una disminución de 15.8 %, este dato demuestra la diversidad de prácticas al interior de los HSH, así como el sesgo que puede existir en las declaraciones de los entrevistados y las metodologías de recuperación de la información.

Reducción de la prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con otros Hombres

La medición de la prevalencia del VIH en el informe muestra que el 10.2 % de los HSH viven con VIH, el informe anterior presentado arroja una prevalencia del 9.9 %, cifras aparentemente similares, sin embargo los informes no son estrictamente comparables, pues la metodología difiere en cuanto a los procedimientos de selección de muestras y de recolección de información, la cobertura de sitios y entidades federativas y los periodos de recopilación de la información.

En cuanto a los datos expuestos la postura de la sociedad Civil presente en la firma del informe hacen manifestado que no existen estudios que tenga representatividad nacional, ante esto, los datos presentados como oficiales, son datos regionales o locales que no evidencian la realidad nacional.

Programas específicos para HSH

El programa de acción específico en respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007-2012 del gobierno federal, contempla entre los principales objetivos la estrategia 1, que se refiere a la prevención de transmisión del VIH y el control de la epidemia de SIDA, que incluye distintas líneas de acción, entre las que destaca el fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas con énfasis en los grupos clave, para este fin, las actividades propuestas son:

Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes, pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual en Hombres gay y otros Hombres que tienen sexo con Hombres, mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de libertad, población móvil, indígenas.

De esta manera el programa nacional establece una estrategia clara para hacer intervención focalizada con las poblaciones clave.

Elaboración del Informe UNGASS 2010 y participación de la sociedad civil

La coordinación del informe estuvo a cargo del CENSIDA en coordinación con programas de salud del sector público, y de organismos de la sociedad Civil, en la revisión del informe final se conto con la participación de 7 organizaciones de personas con VIH, 3 organizaciones de mujeres, 3 organizaciones vinculadas al tema de sexualidad y 7 de

Hombres que tienen sexo con otros Hombres. De entre ellos se conto con la participación de los representantes por población ante el mecanismos coordinador de país ante el Fondo mundial, Hombres que tienen sexo con otros Hombres, usuarios de Drogas, Personas viviendo con VIH y población trans.



Nicaragua

El informe refiere que Nicaragua sigue teniendo una epidemia concentrada. Sin embargo el porcentaje de HSH infectados por VIH, no cuenta con datos. El informe indica que: “ENCUESTA DE VIGILANCIA DE COMPORTAMIENTOS DE CDC DISPONIBLES DATOS HASTA OCTUBRE 2010”. Sin embargo reportan el indicador con datos de otra fuente, como ser: “Año 2009, la seropositividad en menores de 18 a 25 años fue de 3.5% (12/339); EN HSH mayores de 25 fue de 5.1% (14/277). Fuente: Estudio de seroprevalencia de VIH y uso del condón e población HSH. Junio 2009. Fundación Xochiquetzal”

EL informe de Nicaragua señala en la sección II Panorama General de la Epidemia de Sida: “La discriminación cultural, étnica y/o racial distingue específicamente las desventajas adicionales que sufren los indígenas y afro descendientes en relación al resto de pobres. Las personas con VIH en la Costa Caribe de Nicaragua, son sujetos de discriminación múltiple: por ser pobres, por indígenas o afro descendientes, por vivir con VIH. En algunos grupos, como trabajadoras sexuales y hombres que tiene sexo con hombres, el VIH agregó otro estigma más al que ya sufrían”

Agregado a ello sigue manifestado: “El 86% (747) de los casos prevalentes del 2009 son heterosexuales, el 10% (86) HSH, 3% (23) bisexuales y 1% por transmisión vertical. El 63% del total de casos prevalentes fueron hombres (540) para una razón hombre mujer de 1.76 muy similar a la reportada en el período anterior de 1.8 para 2008. Los hombres predominan en la casuística para todos los grupos de edad. En el comportamiento de la epidemia en Nicaragua se identifican dos poblaciones claves que requieren intervenciones adecuadas para lograr cambios importantes: “Población más expuesta debido a prácticas de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, uniformados, poblaciones móviles, privados de libertad y usuarios de drogas intravenosas. Entre ellos, la mayor prevalencia del VIH se encuentra **entre hombres que tienen sexo con hombres (7.2%)**, sin embargo, dado que más del 40% de los HSH son en realidad bisexuales, este grupo constituye un puente epidemiológico que explica la acelerada feminización de la epidemia en el país. Este es el grupo poblacional que tiene menor acceso a los servicios de salud debido al estigma”

En relación a la respuesta nacional a la epidemia del sida, el informe señala en cuanto a liderazgo político:” Durante el periodo 2008- 2009 CONSIDA involucró a otras poblaciones claves en la respuesta nacional como los grupos de la diversidad sexual, OBF y las PVS. Organizó el V Encuentro de PVS, con el objetivo de conocer las principales demandas de esta población en cuanto a la garantía de sus derechos humanos y también organizó el Foro Nacional de la diversidad sexual. De igual la Procuraduría Delos Derechos Humanos (PDDH) aportó a la visibilización de los derechos humanos de esta población y en el año 2009 se crea la Procuraduría Especial de la Diversidad Sexual dirigida por una representante de la población lésbica. La creación de esta instancia facilitará la restitución de los derechos humanos de los grupos de la diversidad sexual”

También agrega: “Como parte del fortalecimiento de las capacidades de dichas organizaciones, a partir del 2009 y con apoyo del PNUD, se implementa el Programa de Liderazgo Transformacional dirigido a 40 delegados de organizaciones de diversidad sexual

y PVS, cuyo objetivo es incrementar las capacidades para responder al VIH y Sida, utilizando el marco de la Inteligencia Emocional, Entornos Sistémicos, Territorio de las Conversaciones Transformacionales, Innovación y Creatividad.

Por otro lado el informe señala: “El país amplió la participación de la sociedad civil en los espacios de toma de decisión y articulación de la respuesta nacional durante el periodo 2008- 2009. En el MCP durante este periodo se integró la REDTRANS de Nicaragua, Asociación Quincho Barrilete, PASMO, ANISHA, FUNTRAB, CEPRESI, la Asociación Nicaragüense de Personas VIH positivas (ANICP+VIDA). Este proceso motivó un proceso de reestructuración del MCP ante la demanda de más sillas en esta instancia.

En relación a Derechos Humanos, estigma y discriminación, el informe indica: “Durante el periodo reportado las organizaciones de sociedad civil en conjunto con CONISIDA promovieron una serie de acciones para incidir en la garantía de los derechos humanos ante el VIH y sida. Estas iniciativas se evidenciaron principalmente en las dos propuestas de reforma desde la sociedad civil: Fundación Xochiquetzal y la CNLCSSC, y una propuesta desde la PDDH, actualmente se ha conformado un equipo técnico para consensuar las tres propuestas, este equipo está conformado por organizaciones miembros de la Red Legal de Derechos Humanos desde la CNLCSSC (ASONVIHSIDA, Centro de Mujeres de Masaya, CEPRESI, CENIDH) ANICP+VIDA, Fundación Xochiquetzal, CONISIDA y la PDDH, ONUSIDA y PASCA. La revisión de la Ley 238 evidenció la necesidad de fortalecer el enfoque de derechos humanos en el marco jurídico del país. Se destacan durante el periodo 2008-2009 otros avances importantes en materia de derechos humanos, principalmente relacionados a los grupos de la diversidad sexual, tales como la despenalización del delito de “sodomía” en el Código Penal (2008) y la aprobación de parte del MINSA de la resolución 249-2009, que establece que todos los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios de salud deberán promover y apoyar acciones orientadas a la erradicación de cualquier tipo de discriminación a las personas por orientación sexual e insta a las instituciones del Estado y las agencias de cooperación a desarrollar acciones en el marco de la garantía de los derechos humanos de las personas independientemente de su orientación sexual. A partir de esta resolución el MINSA y el sector privado de la salud tiene como reto capacitar y sensibilizar al personal de salud, identificada como una brecha para la reducción del estigma y discriminación en los servicios de salud.”

“El marco jurídico establecido no abarca todas las poblaciones, sin embargo, se continúa priorizando algunas poblaciones consideradas más vulnerables ante la epidemia como las mujeres embarazadas para la PTMI, jóvenes, HSH, privados de libertad, pero no se incluyen otras poblaciones como profesionales del sexo, migrantes/poblaciones móviles. Sin embargo, en materia legal existen algunas limitantes para llevar a cabo las acciones de promoción, prevención, tratamiento y apoyo a las trabajadoras sexuales.”

El informe reporta en materia de Prevención: “En el año 2008 aumentó en 24.31% el gasto en acciones de promoción y prevención según el Gasto Nacional e Internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiamiento, en comparación con lo reportado en el año 2007. La prevención del VIH ha sido promovida en la mayoría de las organizaciones con diferentes poblaciones metas, pero ha carecido de un enfoque integrador y multisectorial que responda a las necesidades de cada grupo poblacional y sobretodo de los grupos más vulnerables. Las acciones de prevención han sido dirigidas a grupos de población más vulnerables ante la epidemia como los y las adolescentes, jóvenes, HSH, poblaciones móviles y paulatinamente se han integrado a las acciones de prevención a mujeres lesbianas, trabajadoras sexuales, población Trans, poblaciones móviles, líderes religiosos como en la Costa Caribe. A pesar de los esfuerzos para promover cambio de actitudes y

comportamientos, las acciones son aún insuficientes y no se ha realizado un análisis del impacto de las estrategias de IEC, que aumente la percepción de riesgo ante el VIH y sida a las poblaciones meta

El informe manifiesta en la sección de vigilancia epidemiológica: “Actualmente Nicaragua dispone de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida y se cuenta con un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH y sida. Actualmente se está actualizando el Manual de Vigilancia Epidemiológica con enfoque de segunda generación con el objetivo de fortalecer la recolección, análisis de la información obtenida que permita conocer la verdadera magnitud de la epidemia y sirva para las acciones de planificación, implementación y monitoreo de la prevención del VIH. El sistema de vigilancia existente en el país no permite conocer el verdadero impacto de la epidemia en otros grupos poblacionales que también son considerados vulnerables. Actualmente el Ministerio de Salud (MINSAL) en coordinación con el CDC/GAP inició en el año 2009 la realización de una Encuesta de Seroprevalencia en poblaciones más vulnerables: MTS, población Trans, HSH, PVS con el objetivo de conocer la prevalencia de ITS, VIH y sida e identificar los comportamientos sexuales de mayor riesgo, están pendientes aún sus resultados.”

El informe refiere en la sección IV Prácticas Óptimas en relación con el tema HSH lo siguiente: “En el entorno político se identifica la creación de la Procuraduría Especial de la Diversidad Sexual, como un resultado de un proceso de incidencia de la REDTRANS para darle seguimiento a las denuncias por violación de derechos humanos a las diversas identidades sexuales.

En el apartado V Principales problemas y acciones correctoras, el informe narra: “La falta de investigaciones o encuestas comportamentales en los grupos más vulnerables, limita la retroalimentación de indicadores para una respuesta nacional más efectiva. Durante el periodo de evaluación de UNGASS 2008-2009, se realizaron tres investigaciones para la segunda ronda de Fondo Mundial en poblaciones más vulnerables: *Seroprevalencia del VIH/sida y uso del condón en población HSH, Uso consistente del condón en trabajadoras sexuales, Resultados de Impacto de la estrategia IEC en HSH en 6 departamentos del Pacífico de Nicaragua*. De igual manera se inició un estudio de Seroprevalencia en cuatro poblaciones: PVS, población Trans, HSH y trabajadoras sexuales con apoyo del CDC/GAP. Sin embargo, es necesario realizar más estudios enfocados a identificar los contextos de vulnerabilidad de cada población frente a la epidemia.

Es importante señalar que el informe plantea en el cuadro de “Indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH y Sida en Nicaragua. 2008-2009” de manera específica los indicadores relacionados a la población HSH con la siguiente información:

Indicador: “Porcentaje HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados” Comentarios: Disponibles datos hasta octubre de 2010. Encuesta de Vigilancia de Comportamiento de CDC.

Indicador: “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”. Comentario: “ENDESA no integra poblaciones más expuestas y las encuestas especiales no cumplen con los criterios de las cinco preguntas establecidas por Family Health Internacional”

Indicador: “Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el

último coito anal con su pareja masculina”. Comentario: “222 número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal”. Comentario: Estudio de seroprevalencia de VIH y Uso de Condón en población HSH. Junio 2009. Fundación Xochiquetzal

Indicador: “Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH”. Comentario: “Encuesta de Vigilancia de Comportamientos de CDC Disponibles Datos Hasta Octubre 2010”.

Indicador: “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”.



Panamá

El informe de Panamá reporta escasa información en general.

En el apartado de Respuesta Política y Programática el informe describe: “Panamá se caracteriza por tener una epidemia concentrada en los grandes conglomerados urbanos, pero se le observa una dinámica expansiva hacia las áreas rurales. Aún así, se considera que la misma posee una baja incidencia en la población general (0,09%). La epidemia se perfiló en rápido crecimiento desde 1994 y, actualmente, se concentra en Panamá Centro, Colón, San Miguelito, Panamá Oeste, además de las comarcas de Kuna Yala y Ngobe Buglé. La afectación de la población es fundamentalmente urbana,. Para el año 2009, se estimó una prevalencia del 0,9%, en tanto que la letalidad acumulada fue del 67,5%.”. Las acciones globales de Acceso Universal (prevención, tratamiento, atención y soporte) están focalizadas hacia las mujeres y los niños, por ser éstas consideradas las subpoblaciones mayormente vulnerables. En este sentido, una de las metas presidenciales ha abordado con especial interés la reducción de la transmisión materno-infantil al VIH.

En el apartado III. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA el informe refiere: Para el año 2009, las estimaciones de prevalencia por VIH para población general (15 a 49 años de edad) y mujeres embarazadas pautaban un 0,9% y un 0,3%, respectivamente. Así lo indicó el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Usualmente, en Panamá no se desarrollan estudios de vigilancia centinela en materia de VIH/sida.

Un dato relevante en el informe, aunque fuera del periodo es: “Sobre prevalencia, es posible mencionar al Estudio Multicéntrico 2004-2005, el más reciente, y el cual refiere una prevalencia de 10,6% y 2%, en las subpoblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadoras del sexo femeninas, respectivamente. No se dispone de datos sobre trabajadores del sexo masculinos. El Estudio Multicéntrico 2009-2010, actualmente en avance, aborda a dos grupos de elevada exposición al VIH, sobre los cuales se ha tenido escasa información hasta el momento: la/os trabajadora/es del sexo y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Mucho/as de ello/as operan en la clandestinidad, lo cual dificulta la aplicación de encuestas de conocimiento y comportamiento, así como también las acciones de vigilancia epidemiológica. Hasta el momento de redactar este informe, dicha investigación no dispone de datos preliminares, por cuanto se imposibilita abonar más en este sentido.”



Paraguay

Paraguay reconoce explícitamente que su epidemia nacional sigue concentrada en poblaciones de mayor riesgo en las cuales se encuentran prevalencias mayores a 5% y prevalencias menores a 1% en mujeres puérperas y militares de carrera que se extrapolan a mujeres y hombres de la población general. Sin embargo, no se proveen datos para los indicadores de UNGASS relacionados con población GBTH ni se explicita que los GBTH sean considerados como población vulnerable o en mayor riesgo. Solo se provee la prevalencia de VIH en TSM que asciende al 10.7% y la fuente es un estudio realizado entre los años 2006-2008 por el Departamento de Epidemiología del Programa Nacional de Control del VIH/SIDA.

No se aclara metodología del estudio así como tampoco se provee datos de prevalencia para el resto de la población HSH.

Solo se informa que el 45.5% de las infecciones en hombres fueron por relaciones homosexuales.

Se mencionan estudios de prevalencia en poblaciones de mayor vulnerabilidad, incluidos los HSH explícitamente, realizados por PRONASIDA pero no se consignan los resultados dentro del informe.

Por todo lo anterior, no resulta extraño que se afirme, con especial énfasis, que la epidemia nacional en Paraguay se está heterosexualizando, feminizando y afectando a población cada vez más joven, a pesar de la ausencia de datos acerca de la epidemia en población HSH.

Respecto de la sociedad civil, se informa que esta fue convocada oficialmente para la elaboración del informe. Se informa que participaron organizaciones civiles que agrupan a personas de las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, no se menciona explícitamente que organizaciones GBTH hayan estado incluidas en dicha participación ni se nombran organizaciones GBTH participantes.

En relación con otros organismos nacionales involucrados en la respuesta a la epidemia, se informa que, a fin de desarrollar una Política Pública Nacional sobre VIH y SIDA se ha conformado un Comité Gestor de Políticas Públicas en Salud Sexual con participación de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, involucrados en la Respuesta Nacional. No obstante, no se especifica si organizaciones GBTH forman parte de este Comité. Si se menciona que el PRONASIDA trabaja articuladamente con una organización GBTH, Paraguay.

No se informa el gasto total destinado a VIH por áreas. Tampoco se reporta que monto del gasto en VIH fue destinado a acciones dirigidas a población GBTH ni tampoco el origen de esos fondos. Aunque si se menciona que varias actividades son financiadas por el Fondo Global. Solo se detallan los fondos y origen de estos destinados a la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH y Sífilis.

Paraguay cuenta con un Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a ITS/VIH y SIDA 2008-2012. En su visión, el Plan propone que, para el 2012 logrará disminuir el avance de la epidemia del VIH e infecciones de transmisión sexual en la población general con énfasis en las poblaciones más vulnerables incorporando los esfuerzos de la sociedad civil. En el proceso de elaboración de Plan se menciona explícitamente la participación de una organización GBTH, Paraguay.

La presentación del Plan realizada en el informe solo hace referencia explícita a las poblaciones vulnerables en el punto sobre “Diagnóstico, atención y tratamiento” y en ningún momento menciona explícitamente a la población GBTH o HSH. En este sentido, el Plan propone fortalecer el desarrollo de una atención integral que incluye prevención, detección precoz, seguimiento y tratamiento oportuno articulando gradualmente con toda la red de servicios y generando iniciativas y programas que brinden protección, acceso y atención especializada a grupos vulnerables.

Se reporta que durante el 2008 se han constituido micro-centros de aprendizaje a población vulnerable con refuerzo de información en VIH. Sin embargo, no se describen las acciones realizadas ni sus efectos y tampoco se aclara si los GBTH fueron incluidos y se beneficiaron en algún grado de las acciones realizadas.

En relación con acciones realizadas menciona una capacitación realizada tomando como base los contenidos y metodologías propuestas en la Guía Metodológica elaborada por el componente de Educación y Prevención del PRONASIDA. Se menciona que esto mejoró notablemente el alcance de la estrategia de promoción por pares.

También se hace referencia a supervisiones que permitieron tomar medidas correctivas con las ONGs, con respecto a las actividades de los promotores pares. Y se anuncia que para el mejor cumplimiento de las actividades el componente de prevención, se apoyará y trabajará muy de cerca con cada ONG, a través de los consultores designados a cada población. Sin embargo en ningún punto se aclara de qué sector parten las acciones, origen de la financiación y sobre todo, si la población u organizaciones GBTH están incluidas como destinatarias y se benefician de las actividades descritas. Solo se informa que se han mejorado notablemente las actividades de educación y prevención para poblaciones vulnerables en forma regular con el Fondo Global.

Se propone, como acción correctora, la participación y empoderamiento de la Sociedad Civil. También se propone como acción correctora un mayor compromiso de los representantes de la comisión intergubernamental de VIH a nivel del MERCOSUR, para la definición de indicadores para el monitoreo de la epidemia en la región y visualización de las poblaciones vulnerables y la integración de los Sub-sectores públicos y Coordinación efectiva con organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales y gubernamentales. No obstante, no se explicita mediante que acciones se espera implementar esto ni si los HSH/GBTH o sus organizaciones están contemplados e incluidos o de que forma podrían beneficiarse.

Se reconoce explícitamente, como problema afrontado por el Sistema de Vigilancia y Evaluación, la Falta de estudios actualizados en poblaciones vulnerables. Se propone como medida correctora la realización de estudios en poblaciones centinela, en busca de información referente a Seroprevalencia y Comportamiento. Sin embargo, no se menciona a los GBTH como una posible población destinataria de esta medida.



En relación al primer indicador, se informa que de acuerdo con los estudios de vigilancia centinela en la población HSH, la prevalencia de VIH es de 13.9%; Vigilancia Centinela realizada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud y la Asociación Civil Impacta. Con fines de comparación, los centros centinela considerados para este reporte, son los mismos que se tomaron en cuenta en el anterior reporte, con criterios de inclusión que seleccionan a las personas con comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su seroestatus positivo a la prueba de VIH.

En relación a la fuente y al año de reporte, se indica el año 2006 como dato reportado, la fuente es del propio gobierno y la sociedad civil. Mencionando la metodología utilizada mediante protocolo de la Vigilancia Centinela de tercera generación En HSH, sólo se incluye en las acciones de vigilancia a un subgrupo en alto riesgo de adquirir el VIH proveniente de cinco ciudades del país. El subgrupo ha sido seleccionado considerando su acceso a los centros de referencia a ETS (autoselección) y la presencia de uno o más comportamiento de riesgo.

Con respecto al indicador 23, la prevalencia de infección por VIH en HSH es similar a la reportada en el informe UNGASS 2008 (10.8%). Esto muestra una estabilidad de la epidemia que se debería a:

- a) una reducción de la incidencia de infección en este grupo,
- b) mayor tamizaje en este grupo,
- c) un mayor acceso al tratamiento ARV.

En los próximos años en la medida que mejore el acceso a ARV, el indicador que mediría mejor la tendencia sería la incidencia, es decir los casos nuevos

En relación a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, el gobierno ha puesto en marcha los CERITS (Centro Referencial de Infecciones de Transmisión Sexual) y las UAMPS (Unidad de Atención Médica Periódica).

Estos CERITS son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, infraestructura, equipamiento de laboratorio, insumos y medicamentos para ofrecer el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS a la población en general y atención especializada a los GEPETS (Grupos Específicos, Poblaciones más expuestas y Trabajadores del sexo), incluidas las mujeres trabajadoras sexuales y las poblaciones trans ligadas al trabajo sexual.

Las UAMP son establecimientos que brindan atención especializada y sistemática a los GEPETS y realizan intervenciones de búsqueda de lugares de trabajo sexual (mapeo de lugares y zonas de trabajo sexual) y estimación de trabajadores y trabajadoras sexuales, así como promoción de los servicios de salud. Siendo gratuitos los servicios, pruebas y medicamentos, con una periodicidad de 28 días, tres meses para el tamizaje de sífilis y seis meses para el tamizaje de VIH/Sida.

En el año 2006 se elaboró el documento “Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Atención Integral en VIH/SIDA 2006 - 2010”, por encargo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) con el apoyo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Ministerio de Salud - Estrategia MINSA y como resultado de la Consulta Nacional sobre el Acceso Universal, realizado mediante investigación por parte de un equipo consultor, entrevistas, encuestas, grupos focales, presentaciones y una Reunión de Consulta Nacional, en el marco del “Acceso Universal a la prevención al tratamiento y apoyo juntos”. Incluyó las metas propuestas -de acuerdo al estado de la epidemia en el país- el presupuesto de las principales líneas estratégicas, las acciones requeridas para alcanzar el acceso universal, el análisis de los obstáculos y las recomendaciones para hacer frente a dichos obstáculos, teniendo en cuenta que es el propio país quien debe dirigir el proceso para alcanzar el Acceso Universal y establecer sus metas para el 2010

En referencia al tipo de epidemia, la epidemia del VIH SIDA en el Perú según los parámetros de UNAIDS todavía se encuentra en el nivel de epidemia “concentrada” porque la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)² está por encima del 5% y la prevalencia de las gestantes permanece debajo del 1%. En este sentido, de acuerdo con los estudios de vigilancia centinela en la población HSH, la prevalencia de VIH es de 13.9%; mientras que en las gestantes se encontró una prevalencia de VIH de 0.23% en el año 2008.

Cabe destacar que no existen otros estudios o investigaciones confiables que provean datos para este indicador y que no hayan sido incluidos en el Informe UNGASS 2010.

En el segundo indicador, se informa que el 6.1% de HSH se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. En relación a la fuente y el año reportado, se reporta como fuente el informe a ENDES 2008 Varones (INEI) siendo el gobierno la fuente de información. En cuanto a la metodología utilizada para obtenerlo se ha preferido considerar los datos de la ENDES principalmente por su representatividad nacional y porque las encuestas de comportamiento están ligadas a los estudios de prevalencia de hombres que tienen sexo con hombres, que usan criterios de inclusión que seleccionan personas con comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su seroestatus positivo a la prueba de VIH.

Se informó acerca de este indicador en el informe UNGASS 2008 que el 20.61 % de HSH se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados, el dato se obtuvo mediante la Vigilancia centinela de tercera generación en HSH 2006 realizado por la DGE Impacta.

En relación a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, se estaría incluyendo en el Seguro Integral de Salud (SIS) el total de las prestaciones gratuitas en ITS, VIH y Sida para la población.

Pasando al tercer indicador, el 22.17% de HSH identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH, informándose el dato para todas las afirmaciones, siendo la fuente el estudio ENDES, anteriormente mencionado.

Se informó en el 2008 que los HSH en un 40.2% identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, no habiendo relacionamiento a mayor análisis de la brecha.

En relación a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, se fortalece la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA (Ex programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA) tiene a la prevención como parte de sus líneas de acción denominada más exactamente línea de Prevención y Promoción. Esta línea contiene las siguientes actividades:

- Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: trabajadoras sexuales mujeres (TS) y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
- Intervención de Consejeros Educadores de Pares (CEPs)
- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.

La intervención que hasta ahora ha venido implementado la Estrategia Nacional (ESNITSS) es la **estrategia de Promotores Educadores de Pares tanto en TS, como en HSH**. Creada a partir de 1995, con base legal en la Ley General de Salud 26842, la Ley 26626 (CONTRASIDA) y su Reglamento específico; los principales objetivos de esta estrategia son promover la formación de Promotores Educadores de Pares (PEPs) en poblaciones vulnerables, como una estrategia preventiva y de control para reducir o eliminar la transmisión del VIH/SIDA en el Perú. Se trata de una intervención de cambios de comportamientos a través de una estrategia educativa que brinda orientación y educación preventiva en ITS y VIH/SIDA a las TS mujeres y los HSH, mediante una/un par. Las/los PEPs reciben un aporte económico como estímulo y han sido capacitados/as por el personal de salud en los temas de ITS y VIH/SIDA, negociación para el uso del preservativo e identificación de conductas de riesgo, y, últimamente en Derechos Humanos. Los proyectos del Fondo Mundial, en sus rondas aprobadas (2da., 5ta y 6ta.) han implementado y fortalecido esta estrategia, formando más PEPs, llegando a la actualidad a la cifra de 435 PEP, de los cuales 249 son HSH, 144 son TS mujeres y 42 son trans.

En relación al cuarto indicador, no han sido reportados datos acerca de Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina. Cabe destacar que no se cuenta con el dato en las fuentes disponibles, pero se describen los avances correspondientes en el acápite narrativo: Se reporta como fuente el informe a ENDES 2008 Varones (INEI) siendo el gobierno la fuente de información. ENDES constituye un estudio con muestreo probabilístico y con representación nacional; sin embargo, en este caso, las limitaciones propias de las encuestas de hogares para acceder a poblaciones ocultas o a comportamientos no aceptados socialmente parecen haber determinado el escaso número de casos recogidos en la variables con las que se construye este indicador (de un total de 4897 varones entrevistados, 4260 se habían iniciado sexualmente; de éstos últimos, sólo el 1%, reportó experiencias sexuales con otros varones), por lo cual no se ha podido realizar mayores inferencias sobre los resultados.

Si se informó el 2008 que el 47.24% de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con pareja masculina, y al no haber datos el 2010 no se puede inferir dato alguno.

En relación a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, se informa acerca de acciones o programas a partir de este dato:

- Intervención de Consejeros Educadores de Pares (CEPs)
- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.

Finalmente, para el quinto indicador, no han sido reportados oficialmente datos acerca de Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH en el informe UNGASS 2010. Pero hay un estudio que da como cifra el 70%. El dato proviene del informe de la medición de línea de base de la VI Ronda del Fondo Mundial para el componente VIH, preparado por el equipo consultor liderado por el Dr. Jorge Sánchez en Noviembre de 2008. Con respecto al indicador 9, tomando en cuenta que se trata de una muestra no probabilística, por lo que no se puede realizar inferencia de los resultados al resto de la población HSH o TS del país o de las regiones entrevistadas.

En 2008, se informó que el 44.5% HSH llegan a los programas de prevención de VIH, el dato se obtuvo mediante la Vigilancia centinela de tercera generación en HSH 2006 realizado por la DGE - Impacta.

En relación a acciones o programas dirigidos al acceso universal a la atención y tratamiento especialmente orientados a HSH puestos en marcha a partir de este dato, en el informe se destaca que la prevención forma parte de las tres líneas de acción de la ESNITSS, denominada más exactamente línea de Prevención y Promoción. Esta línea contiene las siguientes actividades:

- Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: trabajadoras sexuales mujeres (TS) y Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
- Intervención de Consejeros Educadores de Pares (CEPs)
- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.
- Intervenciones en Población General.

Finalmente, no existen otros estudios o investigaciones confiables que provean datos para este indicador y que no hayan sido incluidos en el Informe UNGASS 2010.



República Dominicana

Panorama General de la Epidemia

En el Informe correspondiente a las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de enfermedad, realizadas el pasado año 2009, se afirma que no se conocen las cifras exactas de personas que viven con el VIH o SIDA, que se han infectado recientemente o que han fallecido a causa del SIDA, debido a que lograr una certeza del 100% en el número de personas que viven con el VIH en la República Dominicana, por ejemplo, requeriría analizar cada año la presencia del VIH en todos los dominicanos, lo cual es logísticamente imposible y plantearía problemas éticos; por lo que se puede optar por estimar estas cifras utilizando otras fuentes de datos.

Para la realización de las estimaciones nacionales del año 2009, se utilizaron dos paquetes informáticos: Paquete de Estimaciones y Proyecciones (EPP, por sus siglas en inglés) y Spectrum. El EPP es un paquete informático utilizado para estimar y proyectar el nivel de prevalencia de VIH en adultos a partir de los datos de prevalencia de los países con epidemias generalizadas o concentradas.

En el año 2002, en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002) se desarrolló la primera medición de serología para el VIH en una muestra de 28,000 personas, cuyos resultados mostraron una prevalencia del 1% con un 0.9% en zona urbana y un 1.2% en las zonas rurales. En el año 2004 se efectúan los primeros intentos de conocer la prevalencia de algunas ITS en República Dominicana, realizándose la primera encuesta de prevalencia de la sífilis y Hepatitis B ejecutadas en el contexto de encuestas centinelas del sistema de Vigilancia Epidemiológica VIH/ITS.

En el año 2007, se realizó la segunda medición de seroprevalencia en al marco de la ENDESA 2007, resultando una prevalencia de 0.8%, con una distribución por lugar de residencia de 0.7% para zona urbana y 1% para zona rural. En la medición de ENDESA 2007, no se destaca ninguna diferencia en la distribución por sexo entre la población de 15 a 49 años, reportándose una prevalencia de 0.8%.

La encuesta desarrollada en 2007 sigue siendo, como instrumento de medición con base demográfica, la fuente de datos más actualizada en el país, reportando una prevalencia a nivel nacional de 0.8%. La próxima ENDESA será en el año 2012.

El gasto nacional en VIH/sida

El gasto ejecutado durante el año 2008, ascendió a RD\$ 998 millones, equivalentes a US\$ 29 millones. La asignación de recursos a la Respuesta Nacional del VIH/SIDA en el país fue de D\$997,563,787 (novecientos noventa y siete millones quinientos sesenta y tres mil setecientos ochenta y siete pesos), unos US\$29,007,3805, de los cuales 54.3% provino de fondos internacionales, el 18.6% de fondos privados y el 27.1% restante de fondos públicos.

Los fondos públicos representan el 27.1% del total de fuentes y, dentro de éstos, el 16% corresponde al Gobierno Central en base a fuentes fiscales y el 11% al préstamo del Banco Mundial. Los fondos internacionales representan el 54.3% del financiamiento total, dentro del cual, el 90% es provisto por agencias multilaterales, el 5% por contribuciones bilaterales directas y el 5% restante por organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro. Del total de fondos otorgados por agencias multilaterales, el 95% es el aporte otorgado por el Fondo Mundial para apoyar la respuesta al VIH/SIDA en el país.

Indicadores

HSH que reportan haberse realizado prueba de VIH el último año.

El informe presentado hace referencia a Pruebas de VIH para poblaciones más expuesta sin embargo no especifica con claridad la realización de pruebas de VIH para población HSH y los datos correspondientes generalizaron la intervención en Hombres y Mujeres diluyendo el dato específico en HSH.

En el Informe UNGASS del 2008, este indicador se reportó en base a datos arrojados por la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, realizada por USAID/Conecta en 2004, el Informe preliminar de la ENDESA 2007 y Línea Basal realizada en 15 bateyes de la República Dominicana por Cristian Aid/Progressio. El referido Informe incluyó como poblaciones más expuestas a las trabajadoras sexuales, los migrantes haitianos y los jóvenes de ambos sexos.

En el presente Informe, se toma como fuente de datos la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica realizada 2008 con TRSX, GTH y usuarios de drogas. En lo relativo a este indicador, los datos disponibles se refieren de manera exclusiva a las TRSX, tomando como reporte para 2010 los mismos datos que se están presentando como línea de base en el 2008

El dato reportado es GTH/TRSX/UD, año 2008. TRSX= 44.3%

Respecto al dato de Conocimientos en materia de prevención de VIH en HSH.

En el reporte 2008, se incluyeron como poblaciones más expuestas en el marco de este indicador, a las mujeres, los jóvenes, las trabajadoras sexuales y los migrantes haitianos, utilizando como fuentes el Informe preliminar de la ENDESA 2007, la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, de USAID/Conecta 2004 y la Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH/SIDA realizada en 15 comunidades bateyanas del país por Cristian Aid/Progressio.

En este reporte 2010, se están priorizando como poblaciones más expuestas a las TRSX y los GTH (Gay, transexuales y hombres que tienen sexo con hombres). Los usuarios de drogas inyectables no fueron incluidos, ya que el único estudio que tiene el país con esta población, reporta un total de 1200 UD encuestados, y sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UDI. Se consideró que la muestra no era representativa para los fines de este indicador.

GTH= Pareja fiel: 86.9%, Condón: 98.12%, Saludable: 97.51%, Mosquito: 100%, Alimento: 100%

TRSX= Pareja fiel: 71.26%, Condón: 94.26%, Saludable: 92.33%, Mosquito: 99.8%, Alimento: 99.6%

GTH: Pareja fiel=1319, Condón=1,331, Saludable=1,368, Mosquito=1,332, Alimento=1332

TRSX: Pareja fiel: 1,225, Condón: 1,256, Saludable: 1,252, Mosquito= 1,224, Alimento: 1,224

En términos generales, la población GTH tiene mejor puntuación que las TRSX en todos los indicadores estudiados que están vinculados con la identificación correcta de las formas de transmisión y prevención del VIH y el rechazo a las principales ideas erróneas. A continuación un resumen de las preguntas y el porcentaje de respuestas correctas, según población:

En cuanto a si puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada, el porcentaje de GTH que respondió correctamente fue 86.9% y de TRSX 71.26%.

Al preguntarles si puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos, los resultados fueron 98.12% de GTH y 94.26% TRSX. El 97.51% de los GTH respondió correctamente respecto a si puede una persona de aspecto saludable tener el VIH, y de las TRSX el 92.33%.

Con relación a si se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito, el porcentaje de respuestas correctas en la población GTH fue de 100% y de 99.8% para las TRSX. En cuanto a si se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada, los porcentajes fueron: 100% GTH y 99.6% TRSX.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo

En el Informe UNGASS 2008, se reportó un dato de 2004 relativo a este indicador, usando como fuente el estudio Delta ejecutado en el marco del Proyecto Conecta implementado por Family Health International, con el apoyo técnico y financiero de USAID, con el objetivo de identificar y describir los conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres. Esta fuente reporta que del total de hombres encuestados (597), un total de 472 declaró haber usado preservativo en su último coito anal, para un 79%. En 2008, se realizó la Primera Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con vinculación serológica en Poblaciones Vulnerables, incluyendo los GTH. Los datos presentados por este estudio, se reportan en el presente Informe como línea de base y como reporte para 2010:

Participación de sociedad civil HSH en la elaboración del informe

Dentro del grupo de instituciones gubernamentales, figuran: Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), Ministerio de Educación y Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre. Las Asociaciones Sin Fines de Lucro participantes son: Alianza Solidaria para la Lucha contra el SIDA (ASOLSIDA), Amigos Siempre Amigos (ASA)

(Alianza Gays, Trans y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres), Centro de Investigación y Apoyo Cultural (CIAC), Coalición ONGSIDA, Colectiva Mujer y Salud (Alianza Mujer y VIH y SIDA), Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP), Movimiento de Mujeres Unidas (MODEMU), Movimiento Socio-Cultural de Trabajadores Haitianos (MOSCTHA) (Alianza de Migrantes) y Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH (REDOVIH). Y por último, las agencias de cooperación: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y la Cooperación Internacional (USAID), Center for Disease Control (CDC), Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Adolescencia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Referentes Informativos

Las informaciones presentadas fueron tomadas de las siguientes fuentes: Informe de las Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007, 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres - GTH-, Trabajadoras Sexuales -TRSX- y Usuarios de Drogas -UD-, 2008, Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009, Estudio Delta realizado por el Proyecto USAID/Conecta: Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en RD, 2004. y otros estudios y documentos consultados.



En su informe, Uruguay reconoce explícitamente que su epidemia es de tipo “concentrada” ya que la prevalencia de VIH/SIDA en población general es menor al 1% (0,42% según un estudio centinela) y mayor el 5% en las poblaciones más expuestas, entre las que incluyen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

A pesar de poseer una epidemia concentrada, el estudio epidemiológico de las poblaciones mas expuestas ha comenzado recientemente, con la realización de estudios de 2° Generación durante 2008.

Precisamente, se informa acerca del “Porcentaje de HSH infectados por el VIH”. Esta cifra arroja una prevalencia del VIH/SIDA en 2008 del 9%, sobre una muestra serológica de 309 HSH de la Ciudad de Montevideo. Este dato surge del estudio “Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH”, realizado en conjunto por el PPITS-SIDA, CIEI-SU y la UdelaR con apoyo de OPS y las agencias de ONUSIDA. Este fue el primer estudio epidemiológico específico en la población de varones que tienen relaciones sexuales con varones realizado y consistió en una encuesta de comportamiento, prácticas y actitudes (CPAs) así como un estudio serológico de VIH.

Se estima que los HSH representan el 3% de la población nacional y, al mismo tiempo, un grupo poblacional que posee cifras elevadas de prevalencia de infección de VIH. Por lo que el informe reconoce explícitamente la importancia de estudiar a los HSH y que conocer a esta población es imprescindible si se pretende conocer la epidemia nacional.

El estudio comprendió una muestra de 309 casos contactados en calle y 39 discotecas.

Además de los datos que permiten responder a algunos de los indicadores de UNGASS se destacan otros resultados relevantes: el promedio de edad de los 309 fue de 26 años, con un desvío estándar de 8 años, el nivel educativo no difería de la población general de referencia, las relaciones sexuales heterosexuales de forma ocasional o frecuente se reportaron en 43% de los casos y menos de la mitad de los casos (44%) se realizó la prueba de VIH alguna vez en su vida.

Por otro lado se informa una prevalencia de VIH/SIDA del 19.3% en TSM (n=313), del 36.8% en personas trans (n=107) y del 8.3% en taxiboyos (n=193), resultados de un estudio realizado por PPITS/Sida-MSP-UDELAR-ATRU en 2008. Este estudio que tiene antecedentes en 2006 y 2007 consistió en un estudio de Segunda Generación serológico de VIH e incluía una encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas (CAPs) dentro de la población de profesionales del sexo masculinos censada.

Se estudiaron 313 casos de profesionales del sexo masculinos que ejercían su actividad en calle. El análisis posterior de los datos expone la vulnerabilidad al VIH y el peso desproporcionado de la epidemia en esta población. Además de los datos de prevalencia se resaltan otros resultados relevantes: la mayoría son jóvenes (media de edad 30 años con un desvío estándar de 10 años), un tercio de los encuestados vivía en situación de calle, solamente uno de cada 5 terminó la enseñanza secundaria, la prevalencia del consumo de

drogas es muy elevada y el uso consistente del preservativo en las relaciones sexuales comerciales es de 84 %.

Asimismo, se informa que dentro de las nuevas infecciones por transmisión sexual, 27.6% corresponden a varones que tienen relaciones sexuales con varones. Estos datos demuestran el peso de la epidemia en la población GBTH del Uruguay. De hecho, al describir el proceso de respuesta nacional, se afirma que, por los motivos antes citados, hace mayor énfasis en las poblaciones más expuestas dado que presentan una prevalencia mas elevada.

Sin embargo, a pesar de estos datos, el informe afirma explícitamente que la epidemia se encuentra en un proceso de feminización desde el año 1993, llegando a esta conclusión a partir de la reducción de la relación varón/mujer que se ha venido dando desde 1988. Se aclara que esta conclusión puede estar sesgada debido a la mayor oferta de la prueba a mujeres embarazadas lo que pudo haber aumentado el número de mujeres notificadas respecto a los varones que no posee esta oportunidad de acceso al test. Sin embargo, más adelante se concluye que la paulatina feminización es independiente de este sesgo.

Con relación al “Porcentaje de HSH que se sometió a una prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados”, se informa que esta cifra asciende al 26.2% en 2008. Este dato es resultado del mismo estudio que arrojó el dato de prevalencia en HSH.

Respecto del “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”, este asciende al 91.6% de la muestra utilizada en el estudio correspondiente. Este dato es producto del mismo estudio que arrojó los datos anteriores.

El informe provee datos para el indicador “Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina”. Este porcentaje, según el informe, es del 45.9% y es producto del mismo estudio que arrojó los datos previamente citados.

Por último, no se proveen datos para el indicador “Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que llegan los programas de prevención del VIH”.

Es posible observar que los datos provistos para HSH corresponden a una muestra perteneciente enteramente a la ciudad de Montevideo, lo que puede afectar la representatividad de los datos. Si bien se informa que Montevideo concentra el 75% de los casos en población general, los datos no permiten apreciar el estado de la epidemia ni el acceso a conocimiento, testeo y prevención de los HSH en el interior del país. De hecho, se reportan prevalencias elevadas, por encima de la media, en población general en los departamentos fronterizos con Brasil y de destino turístico de la costa atlántica. Pero no se proveen datos para HSH de esas jurisdicciones.

En relación con la participación de la sociedad civil y específicamente de organizaciones GBTH, se informa que estas fueron incluidas en la elaboración del informe presentado. Específicamente, participaron AMISEU-ASICAL, ATRU y la Comunidad Homosexual de Cerro Largo. La elaboración del informe comenzó con una reunión plenaria ampliada de la CONASIDA (Comisión Nacional de SIDA) convocada por el PPITS-SIDA en la que participaron, entre otros, representantes de organizaciones de las poblaciones más expuestas. La sociedad civil estuvo a cargo de la parte B del formulario. Para facilitar la participación de la sociedad civil en la elaboración del informe se identificaron organizaciones relevantes y se recabó su contacto; se les informó sobre UNGASS 2010, el rol de la sociedad civil, la

parte B y el cronograma de trabajo presentado en CONASIDA; se distribuyó el formulario parte B y se brindó ayuda técnica para completarlo. Luego se generó una red de distribución por correo electrónico de los avances y consensos generados en la elaboración del formulario B y realizaron dos talleres de consenso del formulario B, un taller plenario de presentación de avances del informe, entrevistas en sedes de organizaciones de PVVS y un taller para validación final.

Respecto de otros espacios de toma de decisión sobre políticas de VIH se informa que la CONASIDA incluye la participación de la sociedad civil con dos espacios reservados para personas que representan a poblaciones clave afectadas. Sin embargo, no se informa si alguno de estos lugares es ocupado por un representante de organizaciones GBTH.

Es interesante destacar que dentro de la CONASIDA participan dos senadoras del Parlamento Nacional que han sido las principales promotoras de la Ley de Unión Concubiniaria, ya aprobada, que beneficia a las parejas del mismo sexo.

Respecto del gasto nacional en VIH/SIDA, este ascendió en 2007 a 14.077.809 dólares americanos, provenientes por partes casi iguales, del sector público y del sector privado. Aunque cabe mencionar que la compra de preservativos por parte de los hogares está incluida en la estimación de fuentes de financiamiento privado. Posiblemente por este motivo, el gasto privado se concentra principalmente en el área de prevención, siendo la compra de condonas el gasto principal, mientras que el gasto público se concentra en las áreas de atención y tratamiento. Un 47% del gasto en VIH fue dirigido a las personas que viven con el virus debido, principalmente, al gasto en TARV. No se especifica ni se informa explícitamente que porcentaje del gasto o que monto de los fondos fue utilizado concretamente en acciones dirigidas a HSH. O en que medida los HSH se beneficiaron de este gasto.

Actualmente, de acuerdo al informe, Uruguay cuenta con un Programa Prioritario de ITS - SIDA que, durante el período 2008-2010, ha enfocado la respuesta en las poblaciones más expuestas, que son quienes sufren de forma desproporcionada el peso de la epidemia, según se afirma en el informe. Uruguay también cuenta con un Plan Estratégico Nacional (PEN) que cubrió el quinquenio 2005-2010 aprobado por la CONASIDA. Entre los cometidos del PEN se menciona implementar políticas pautadas por el respeto a la diversidad sexual y la priorización de la población socialmente vulnerable y más expuesta a las ITS y el VIH.

Precisamente, una de sus directrices es desarrollar normativas e intervenciones desde una perspectiva de género y de diversidad sexual, garantizando el ejercicio de los Derechos Humanos, con prioridad en quienes se hallan en situación de vulnerabilidad social.

En el marco de los objetivos del PEN se informa la realización de las varias acciones en relación con la población GBTH. Se realizaron campañas en medios masivos de comunicación y se elaboraron mensajes de prevención contemplando, entre otros puntos, la perspectiva de diversidad sexual. Asimismo, se elaboraron directrices para la atención integral de los profesionales del sexo. También respondiendo al objetivo 4.5 “Potenciar el sistema de vigilancia e información que permita el diseño, Monitoreo y evaluación de políticas de salud” se realizó la investigación cuyos productos permiten responder a varios de los indicadores de UNGASS y cuyos resultados se reprodujeron mas arriba. Además, a fines de 2009 se comenzó a trabajar en la estimación del tamaño de la población HSH en Montevideo y el área Metropolitana. En 2008, la estimación hecha por el MSP/Equipos Mori en el marco de la Investigación Prácticas y Comportamientos Población General era de 36,478 HSH entre 18 y 65 años. La estimación de TSM y Trans es de 4,378 individuos en el año 2006 producto del Censo TSM y Trans -PPITS-SIDA/MSP, ATRU.

Según el informe, estos datos permitirán orientar las acciones y la elaboración de materiales educativos y de prevención así como definir e implementar políticas públicas sobre la base de evidencias científicas. Además se han realizado intervenciones y apoyo del PPITS-SIDA a las direcciones departamentales de salud, ONG, organizaciones de base comunitaria y de PVVS que trabajan directamente con las poblaciones vulnerables objetivo de esta Propuesta. Por último, el PPITS-SIDA integra la Comisión de Protección del Trabajo Sexual junto al Ministerio del Interior, Instituto Nacional de Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU), Ministerio de Trabajo y representantes de dos ONG de trabajo sexual femenino, masculino y trans. Con el fin de promover el acceso a los servicios de salud y los derechos ciudadanos de estas personas.

A pesar de las acciones realizadas se detectan algunos problemas en relación con las intervenciones dirigidas a HSH en el Uruguay que afectan negativamente el acceso universal de esta población a la prevención, testeo, atención y tratamiento. En primer lugar, se informa que las intervenciones preventivas para poblaciones vulnerables no se han realizado en forma continua ni con cobertura nacional. Las organizaciones no gubernamentales que trabajan con estas poblaciones son relativamente pequeñas, con pocos recursos humanos y financieros, se concentran en Montevideo y tienen escasa intervención en el resto del país. Tampoco se ha incorporado regularmente la perspectiva de la diversidad sexual, según se reporta, lo que se suma a actitudes de discriminación hacia las poblaciones vulnerables que mantiene la sociedad uruguaya.

Si bien la compra de condones masculinos ha aumentado se señalan serias dificultades y barreras en la distribución, incluso para HSH. Si bien durante 2009 se han realizado estudios con poblaciones vulnerables, aun no se ha implementado un sistema de vigilancia de segunda generación periódica para determinar con alguna regularidad la prevalencia de VIH e ITS, comportamientos de riesgo, acceso a la salud e insumos de prevención y tamaño de las poblaciones más expuestas.

Precisamente, el informe destaca como uno de los principales problemas, el hecho de que a pesar de que Uruguay padece una epidemia concentrada, todas las medidas de vigilancia han estado históricamente dirigidas a la población general y se ha utilizado un sistema de vigilancia pasivo. En consecuencia, el conocimiento de la epidemia dentro de las grandes poblaciones vulnerables ha sido escaso. La realización de estudios de serología, actitudes y prácticas dentro de las poblaciones más expuestas así como la estimación de los tamaños de las poblaciones de difícil acceso (específicamente, los HSH) ha intentando dar respuesta y corregir este problema, según el informe.

De hecho se reporta que el actual sistema de vigilancia está en una etapa de transición de una vigilancia pasiva a una vigilancia activa con fuerte énfasis en la vigilancia de segunda generación en las poblaciones más expuestas. Se espera, de este modo, buscar solución permanente a la dificultad antes planteada acerca de la escasez de información sobre la epidemia en poblaciones más expuestas.

En cuanto a las acciones y programas, se menciona que Uruguay es uno de los países piloto del Programa “Unidos para la acción”, en el que gobierno y agencias internacionales trabajan para la consecución de los Objetivos del Milenio y de UNGASS. Una de las áreas en la que las agencias internacionales podrían incidir de manera relevante es en ayudar a focalizar en las poblaciones más expuestas la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA, como es necesario para una epidemia concentrada.

Por último, resulta interesante mencionar que Uruguay cuenta con varias leyes favorables para la población GBTH. Entre ellas, la Ley 18.620 de Reconocimiento al Derecho de la Identidad de Género, Cambio Registral de Nombre y Sexo, la Ley de Unión Concubinaria, Ley 18.335 Regulación de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud que establece que pacientes y usuarios tiene derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, incluida orientación o identidad sexual y la Ley 18.437 Ley General de Educación que determina la igualdad de oportunidades o equidad, haciendo especial destaque en la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género u orientación sexual. Este marco legal puede constituir un importante instrumento hacia el acceso universal de la población GBTH a la prevención, el testeo, la atención y el tratamiento.



Venezuela

En Venezuela se estima que la epidemia es de tipo concentrada, con una prevalencia en la población general menor del 1% y superior al 5% en grupos de población más vulnerable, especialmente en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Dato que no es reciente, tomado de la “Estimación y proyección del VIH/SIDA, 2005.

La epidemia de VIH en la República Bolivariana de Venezuela, al igual que en la mayoría de los países de la Región Americana, se estima que es concentrada y que se mantiene contenida en los grupos que se consideran epidemiológicamente como más expuestos, a saber, Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales.

Con los datos disponibles en el Programa Nacional puede concluirse que el grupo etáreo más afectado es el de 30-39 años para los hombres y el de 25 a 34 para las mujeres. La vía de transmisión más reportada es la sexual.

Cabe destacar que en el informe La Red de LGBTI de Venezuela solicitó a la Mesa Coordinadora incluir este anexo que les permitiese manifestar directamente algunos aspectos importantes para ese colectivo, en relación a las Directrices para la elaboración del Informe UNGASS 2010, los cuales se presentan a continuación:

“Las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis Transgéneros, Transexuales e Intersexuales (LGBTI), mencionadas en el instrumento como mujeres lesbianas y bisexuales, hombres homosexuales y bisexuales, personas trans: travestis Transgéneros, transexuales e Intersexuales, denunciamos la violación sistemática de nuestros derechos humanos, frente al VIH expresada en:

- La falta de un descriptor técnico dentro del documento denominado Directrices para la elaboración del Informe UNGASS 2010 elaborado por ONUSIDA, que garantice la inclusión de la diversidad de sexo en los informes país UNGASS y otros que se realicen a nivel epidemiológico, donde no solo se subraye a los llamados “HSH”, bajo los aspectos comunes de hombres biológicos que tienen relaciones sexuales con otros hombres biológicos, excluyendo e invisibilizando a las personas Trans, mujeres lesbianas y bisexuales, hombres homosexuales y bisexuales quienes también son poblaciones vulnerables ante el VIH, obstaculizando la planificación adecuada para la prevención y atención, donde se tome en cuenta, no solo los factores biológicos, sino también las orientaciones sexuales e identidades o expresiones de género y otros indicadores sociales.



Observatorio al acceso universal

Conclusiones y Tablas de Datos por Regiones

PAISES MERCOSUR	INDICADORES										OBSERVACIONES POR PERIODO REPORTADO	
	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 su pareja masculina		Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH			
AÑO	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Argentina	9% (1) (gays) 35% (2) (trans)	11.76%* 22.84%* 27.6%*	Sin datos	85.02%*	Sin datos	96,09%*	90,50%	59,5%** 90.2%*	Sin datos	Sin datos	(1) Solo del Área Metropolitana de Buenos Aires (2) De 12 provincias	*HSH (n=1590) *TS Varones (n=232) *Trans (n=108) *(n=307) *Con pareja estable *Con pareja ocasional (n=265)
Brasil	0,56% (1) 7,4% (5)	12.6% (a)	62% (4)	19% (a)	67% (3)	62.3% (a)	43% (2)	48.3% (a;b)	Sin datos	47.3% (a;c) 72.4% (a;d) 37.4% (a;e)	(1) Dato de 2002 (2) Dato de 2004, asciende al 71% si la última pareja fue ocasional (3) Dato de 2004 (4) Dato de 2005 (5) En Campinas (2006)	(a) (Kerr, 2009) - Muestra de solo en 10 ciudades (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Río de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande y Brasilia) (b) (n=1339) (c) Sabía donde acceder al testeo gratuito. (d) Recibió condones gratuitos en los últimos 12 meses (e) Fue alcanzado por programas de prevención
Paraguay	Sin datos	10.7% (a)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	No hay datos disponibles acerca de la epidemia en HSH	(a) Solo en TSM (2006-2008)

Uruguay	27,5%(1) (2) 16.6%(1) (3)	9% (1) 19.3% (2) 36.8% (3) 8.3% (4)	Sin datos	26.2% (1)	Sin datos	91.6% (1)	Sin datos	45.9% (1)	Sin datos	Sin datos	1 Del total de casos de VIH registrados 2 HSH 3 Hombres bisexuales	(1) HSH (n=309) - 2008 - Solo en Montevideo (2) TSM (n=313) - 2008 (3) Trans (n=107) - 2008 (4) Taxiboy (n=193) - 2008
---------	------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Análisis MERCOSUR:

En la región del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay), los 4 países componentes reconocen explícitamente que sus epidemias son de tipo concentrada, en poblaciones vulnerables. Tres países coinciden, asimismo, en ubicar a los GBTH y HSH entre tales poblaciones más expuestas al virus, menos el Paraguay que no lo hace explícitamente.

Sin embargo, con mayor o menor fuerza y nivel de explicitación, aun continúan mencionando en sus informes el proceso de feminización y pauperización de la epidemia. De todos modos, a pesar de esto, en algunos informes como los de Argentina, Brasil y Uruguay, se observa un intento de revertir esta postura a partir de nuevos datos epidemiológicos y de vigilancia de segunda generación realizados en 2008 y 2009 a población GBTH.

La realización de estos estudios en la región con apoyo de los gobiernos nacionales y agencias internacionales, en sí misma, demuestra un interés por parte de estos actores en obtener datos actualizados que permitan describir la realidad de la epidemia y la vulnerabilidad específica de los HSH frente al VIH/SIDA. Es difícil, por tanto, abstraerse de la realidad que los datos objetivos muestran, acerca de la vulnerabilidad incrementada de la población GBTH frente al VIH y del peso de esta población en la totalidad de la epidemia.

En el informe correspondiente al período anterior se evidenciaba una falta significativa de estudios epidemiológicos en población GBTH que aportaran datos para responder a los Indicadores de UNGASS. En algunos casos, los estudios eran desactualizados o poco representativos de la realidad de la epidemia en GBTH a nivel nacional. En muchos otros casos, directamente no existían datos o no estaban disponibles.

En el informe correspondiente al último período analizado, en cambio, se proveen datos más actualizados producto de estudios epidemiológicos y de vigilancia de segunda generación realizados en años recientes (2008-2009). Aunque se circunscriben a las áreas metropolitanas de cada país o a sus principales ciudades (lo que implica una limitación en relación con la representatividad de los datos a nivel nacional), sí pueden considerarse un avance en el conocimiento y comprensión del estado actual de la epidemia en población GBTH. Mínimamente, posibilitan un acercamiento a la realidad de la epidemia en este grupo poblacional y a la comprensión de la vulnerabilidad y el peso de los HSH en las epidemias del MERCOSUR.

Tres de los 4 países (Argentina, Brasil y Uruguay) de la región proveen datos para responder al indicador “Porcentaje de HSH infectados por el VIH”. La prevalencia de VIH/SIDA en HSH en la región oscila entre el 9% y el 13% aproximadamente. En este punto existe una similitud entre los países. Como se dijo anteriormente, estos resultados fueron obtenidos a partir de muestras de las áreas metropolitanas o de las ciudades más populosas. Si bien esto puede ser una limitación de la representatividad de los estudios a nivel nacional, sí permiten una aproximación a la comprensión de la actualidad de la epidemia en GBTH. Por otro lado, los países de la región MERCOSUR continúan considerando a la población HSH y a la población Trans como epidemias diferentes y prosiguen manteniéndolas separadas destinando estudios diferenciales para una y otra.

También 3 de los 4 países (Argentina, Brasil y Uruguay) aportan datos para responder al indicador “Porcentaje de HSH que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados”. Aquí se evidencia una brecha entre los países ya que, mientras en Argentina este porcentaje ronda el 85%, en Brasil y Uruguay oscila entre el 19% y el 26%. Esto podría ser un indicador de la necesidad de fortalecer las políticas de acceso al testeo en población GBTH en estos países.

Estos mismos tres países aportan datos que responden al indicador “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”. Aquí se observa, también una brecha importante entre países ya que en Argentina y Uruguay esta cifra supera el 90%. En cambio en Brasil asciende al 63%, cifra, sin ser baja, contrasta con la de los países vecinos.

Argentina, Brasil y Uruguay también proveen datos para el indicador “Porcentaje de hombres que declara haber usado preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina”. En este caso, los porcentajes oscilan entre el 46% y el 60% (aunque en el caso de Argentina, asciende al 90% cuando se refiere a una pareja ocasional). Es una cifra preocupante teniendo en cuenta que el preservativo es la forma más eficaz de prevenir el VIH/SIDA en población GBTH. Este dato demostraría, por un lado, la gran vulnerabilidad de los HSH al VIH/SIDA en la actualidad y por otro, que las campañas y acciones preventivas realizadas hasta el momento con esta población no estarían siendo del todo eficaces en la transmisión del mensaje y la concientización sobre los riesgos.

Esto último va de la mano con lo hallado respecto del último indicador referido a HSH: “Porcentaje de HSH al que

llegan los programas de prevención del VIH". Solo un país, Brasil, provee datos para este indicador. Esto repite la situación ya ocurrida en el informe previo en el que este fue el dato menos informado por los países de la región. Por lo tanto, continuamos sabiendo muy poco acerca de cómo los programas de prevención impactan en los HSH o siquiera, si esta población accede a tales programas.

Es una falencia importante al momento de pensar en políticas que tiendan al acceso universal a la prevención.

Precisamente, se puede hipotetizar un nexo posible entre el poco conocimiento acerca del impacto de los programas de prevención en HSH y el relativamente bajo uso del preservativo reportado en los informes.

En resumen, en el presente período se produjo un mayor aporte de datos, mas actualizados, que permite un mejor conocimiento de la realidad de la epidemia en población HSH en la región MERCOSUR. Sin embargo, aun quedan vacíos informativos sobre todo en lo relacionado a acceso universal a la prevención en GBTH.

Resulta particularmente significativo el caso de Paraguay que no ha provisto datos ni información referida a ninguno de los indicadores de UNGASS para HSH. Además de eso, la población GBTH o HSH aparece pobremente mencionada en el informe, en pocas ocasiones. Al mismo tiempo, Paraguay es, de los 4 países observados, el que más vehementemente sostiene la feminización de la epidemia. Estos datos podrían ser un indicador del grado de consideración otorgado a la población GBTH por parte del gobierno nacional del Paraguay y del grado en que sus políticas se orientan a favorecer el acceso de este grupo a la prevención y la atención en VIH. En este sentido, resulta preocupante la ausencia de información y el desconocimiento por parte de las autoridades acerca de la realidad de la epidemia en la población GBTH y el peso de este grupo en la epidemia, lo que podría reflejarse en la falta de políticas en VIH específicas para esta población. De hecho, no se hace mención clara a actividades preventivas o asistenciales dirigidas específicamente a población GBTH.

En 3 de los 4 países analizados (Argentina, Brasil y Uruguay) al menos una organización de la sociedad civil GBTH ha participado en la redacción de los informes UNGASS de este período. Según reportan estos países, existen políticas explícitas para la incorporación de la sociedad civil a espacios de toma de decisión respecto del VIH/SIDA y la necesidad de la participación de la sociedad civil está explícitamente mencionada en los Planes Estratégicos Nacionales. Paraguay solo informa que en la redacción del informe participó la sociedad civil pero no menciona explícitamente que una organización GBTH haya tomado parte en este proceso.

Asimismo, en los informes de Argentina, Brasil y Uruguay se reporta que organizaciones de la sociedad civil GBTH forman parte de espacios oficiales de toma de decisión acerca de las políticas de VIH/SIDA, en consonancia con lo planteado anteriormente. También se reporta que organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones GBTH, han participado en la elaboración de los Planes Estratégicos Nacionales. En el caso de Paraguay solo se menciona que el Programa Nacional trabaja articuladamente con una organización GBTH pero no se detalla una participación mas activa de una organización GBTH a nivel de organismos nacionales.

En relación con el gasto en VIH, solo Brasil y Uruguay proveen información detallada al respecto describiendo rubros y orígenes de los fondos. En el caso de Brasil predomina el aporte de fondos desde el sector público gubernamental consistiendo en, aproximadamente, el 95% del gasto total. En Uruguay, en cambio, el gasto en VIH tiene su origen en el sector público y el sector privado casi en parte iguales. Aunque se debe destacar que en Uruguay se computó la compra de condones hechas por los hogares como fondos privados. Argentina y Paraguay no detallan gastos en VIH, ni el origen de los fondos ni el uso dado a estos.

Por otro lado, en ninguno de los casos, los países informan que porcentaje de estos gastos fue destinado a programas o acciones dirigidos específicamente a población GBTH. Tampoco se informa como y en que medida la población GBTH se benefició de las acciones financiadas o con los gastos realizados. De esta forma, no es posible monitorear la relación entre gastos y acciones destinadas a población GBTH en relación con otras poblaciones y población general.

Argentina, Brasil y Uruguay mencionan actividades dirigidas específicamente a población GBTH. La mayor parte de ellas, en el período reportado, consistió en estudios epidemiológicos y de vigilancia de segunda generación, tal como se mencionó al inicio de esta conclusión. Los tres países consideran a los HSH como una de las poblaciones vulnerables frente al VIH/SIDA y los mencionan e incorporan explícitamente en sus planes estratégicos nacionales. Las acciones mencionadas han sido financiadas, mayormente, con fondos públicos de los gobiernos y los programas nacionales, con apoyo de agencias internacionales como el Fondo Mundial, OPS, ONUSIDA, PNUD y UNFPA. El único país que no hace mención alguna a actividades de prevención y atención especialmente dirigidas a HSH es el Paraguay.

PAIS Comunidad Andina de Naciones Región Norte	INDICADORES										OBSERVACIONES POR PERIODO REPORTADO	
	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 su pareja masculina		Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH			
AÑO	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Colombia	10.8%	10,18%- 19,5%	61.5%	61,5%	80,3%	77,3%		80,3%			Todos los datos son de hombres entre 17 y 60 años	Los datos presentados en el informe se basan en estudio de Prevalencia en HSH realizado en la ciudad de Bogotá en el año 2007
Ecuador	19,2% (1)	19,4%	49,9% (2)	82%	49,9% (2)	64,8%- 78%	Sin datos	Sin datos	49,9% - 48,7% (2)	48.7%	(1) N=1131 (2) N=1450, habla de poblaciones mas expuestas sin especificar cuanto corresponde a HSH	Los datos presentados se basan en Estudio realizado en HSH en el año 2006.
Venezuela	70% (1)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	(1) Porcentaje de HSH del total de casos de VIH notificados	En el caso de Venezuela el informe UNGASS presentado en el año 2010 es solamente narrativo y no muestra ningún indicador

Análisis Región Andina Norte

La Región Andina Norte esta compuesta por Colombia, Ecuador y Venezuela. En sus informes UNGASS los países determinan explícitamente que la epidemia es concentrada en población HSH teniendo en cuenta los estudios de seroprevalencia de cada país (cabe aclarar que los informes son locales y no representan al país), sin embargo Venezuela en su informe menciona que la epidemia es concentrada pero no lo evidencia con indicadores numéricos.

Los gobiernos de la región andina Norte, muestran interés y ellos se ha evidenciado en la destinación de recursos para realizar estudios de seroprevalencia en poblaciones clave. Venezuela es un país que por sus características individuales no había reportado informe UNGASS anteriores pero que actualmente con el esfuerzo de Sociedad civil y algunos organismos de Cooperación Internacional inician un proceso aparentemente organizado y juicioso.

Sin embargo debido al costo de los estudios epidemiológicos los estudios no se hacen con la regularidad deseada y pertinente por lo que el presente informe arroja resultados iguales al informe anterior pues ambos se basan en los mismos estudios de corte transversal.

Colombia y Ecuador presentan unos datos similares en cuanto a prevalencias en población Gay y HSH, y si llegáramos a analizar mas profundamente no solo los indicadores sino las encuestas CAP encontraríamos similitudes en la vulnerabilidad, prácticas sexuales de riesgo, conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA, este teniendo en cuenta que culturalmente se presenta semejanzas al igual que con Venezuela en donde aun desafortunadamente no tenemos datos.

En los dos países que reportan datos (Colombia y Ecuador) el indicador de *“Porcentaje de HSH que se han realizado la prueba para VIH”* no es representativo de la población HSH pues son datos tomados de los estudios y estos solo abarcan poblaciones de la muestra y además son estudios que se realizaron la técnica de Bola de Nieve la cual se sabe que tiene sus limitaciones pues solo llega a poblaciones mas empoderadas o visibles y no como en el caso de utilizar el RDS que con el cual se podría llegar a poblaciones consideradas ocultas. Sin embargo es de gran valor el que existan datos aunque sean parciales y de corto alcance, pues con esto se pueden destinar recursos y crear o trazar políticas para intervenir en la población Gay y HSH con el fin de contener el avance de la epidemia.

En cuanto al *“Porcentaje de hombres que declara haber usado preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina”* El dato es engañoso pues este indicador esta tomado de los estudios únicamente como se menciona anteriormente, pero se ha visto en los análisis a profundidad que el uso del condón, no es constante, y muchas veces se opta por dejarlo de usar cuando se considera la pareja como estable. Esta característica es similar para Colombia y Ecuador y muy posiblemente para Venezuela.

En resumen, los datos siguen siendo similares pero las prevalencias siguen en aumento, en comparación con los periodos anteriores, se requiere de mayor voluntad política y mayor destinación de recursos para la población Gay y HSH que como vemos en toda la región de Latinoamérica y el Caribe llevan la carga más alta de la epidemia por el VIH.

El reporte de gastos sigue siendo un dato no visible o no demostrable mediante los informes UNGASS, seria interesante cruzar la información con el informe MEGAS para conocer en realidad si los países están realizando gasto en VIH y no solos los gobiernos sino la sociedad civil , la cooperación internacional y la empresa privada.

El caso de Venezuela frente al informe UNGASS debe tener una lectura de avance pues al menos en este periodo se inicia un proceso de acercamiento a la información solicitada, claramente se ve la presión de la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional en fortalecer este insumo de gran importancia para medir en realidad que se hace en un país en VIH y en este caso en la población Gay y HSH.

PAIS Comunidad Andina de Naciones Región Sur	INDICADORES										OBSERVACIONES POR PERIODO REPORTADO	
	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 su pareja masculina		Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH			
AÑO	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Bolivia	3600 casos (1)	11,60%	81% (2)	35%	Sin datos	55%	69,3% (3)	69%	2,60%	51%	(1) No se ofrecen cifras relativas (2) El dato corresponde a poblaciones mas expuestas sin especificar cuantos son HSH. (3) Es un dato de 2005	Se indica que la fuente es el estudio SEMVBO del 2008 siendo la fuente del gobierno y sociedad civil, describiéndose que la metodología usada del estudio es descriptivo transversal
Chile	Sin datos	20.26%	36,91%	25.05%	55% (1) 100% (2)	64.54%	29% (3)	55.84%	Sin datos	57.11%	(1) Para la afirmación "Usando condón siempre y durante toda la relación sexual" (2) Para la afirmación "Compartiendo comida PVVS" (3) Dato obtenido por MUMS	Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009), realizado con metodología RDS considerando una muestra de 471 hombres que tienen sexo con hombres de las regiones Metropolitana y de Valparaíso.

Perú	10.8% (1) 14.29 % (2) (5) 30.27% (2) (4)	13.9% (**)	57.5 % (2) 20.6 % (3)	6.1% (*)	40,21 % (global) 32,82 % (< 25) 46,92 % (> 25)	22.17% (*)	47.19% (2) (4) 45.54% (2) (5) 41.5% (3) (5) 52.8% (3) (4)	Sin datos	65,5%(2) 44.5% (3)	Sin datos	(1) (2007) Sesgo metodológico presente en el último estudio centinela sugiere que la prevalencia es mayor (2) 2006 (3) 2007 (4) Mayores de 25 años (5) Menores de 25 años	(**) Con fines de comparación, los centros centinela considerados para este reporte, son los mismos que se tomaron en cuenta en el anterior reporte. , con criterios de inclusión que seleccionan a las personas con comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su seroestatus positivo a la prueba de VIH. (*) No se ha utilizado como fuente de información la Vigilancia Centinela DGE IMPACTA, la cual se ha utilizado para la elaboración de los informes anteriores. El inconveniente es que esta Vigilancia sólo incluye tres distritos de Lima y diferentes ciudades del interior del país. lo cual afecta su representatividad y comparabilidad.
------	---------------------------------------------------------	---------------	--------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------------------------------------	--------------	------------------------------	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Análisis Región Andina Sur

En la región Andina Sur (Perú Chile y Bolivia), existen diferencias importantes en cuanto al % de HSH infectados por el VIH, mientras Bolivia y Perú presenta un 11.6% y un 13.9% respectivamente, Chile casi duplica esta cifra con un 20.26%. Teniendo en cuenta que en Chile se hizo el estudio en las regiones Metropolitana y de Valparaíso y no a nivel nacional. Los tres países reconocen que sus epidemias son de tipo concentrada, en poblaciones de HSH.

En la región la realización de estos estudios contaron con el apoyo de los gobiernos nacionales, agencias internacionales y la sociedad civil, demostrándose un interés por parte de estos actores en obtener datos actualizados que permitan describir y analizar la situación de la epidemia e identificar la vulnerabilidad específica de los HSH frente al VIH/SIDA.

En cuanto a el avance en el porcentaje de HSH que se sometieron a pruebas de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados últimos 12 meses y conoce los resultados se denota en la región un descenso con respecto al informe anterior, lo que nos alertaría para implementar políticas de acceso y campañas comunicacionales con miras a incentivar el testeo oportuno en la población HSH.

Los resultados fueron obtenidos a partir de muestras de las áreas metropolitanas (Chile) o de las ciudades más populosas (Perú y Bolivia). Siendo posiblemente una limitación de la representatividad de los estudios a nivel nacional, pero nos permite inferir una aproximación a la comprensión de la epidemia en la población GBT. En cuanto los países de la región ANDINA SUR no se considera a la población HSH y a la población Trans como epidemias diferentes.

En cuanto a lo datos aportados respecto al indicador “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” se observa, una brecha importante entre Chile (64.54%), Bolivia (55%) y el Perú (22.17%) evidenciando una considerable disminución en el Perú respecto a lo reportado en el 2008 (40%), no teniendo datos comparativos para Bolivia y Chile.

Bolivia y Chile proveen datos para el indicador “Porcentaje de hombres que declara haber usado preservativo durante el ultimo coito anal con una pareja masculina”.

En este caso, los porcentajes oscilan entre el 69% y el 55.84% respectivamente. Perú no aporta datos del indicador para el 2010, teniendo informado un 47.24% en el informe del 2008. Resultan preocupantes estos porcentajes si se tiene al preservativo como la forma más eficaz de prevenir el VIH/SIDA en población GBT.

Evidenciando que los factores que hacen más vulnerable a la población HSH al VIH/SIDA no han sido combatidos eficazmente, lo que obliga a los actores a evaluar operacionalmente las estrategias implementadas y considerar otros métodos preventivos adicionales como las intervenciones pre exposición (PrEP).

Respecto al último indicador referido a HSH:

“Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención del VIH”. Bolivia (51%) y Chile (57.11%) reportan datos para este indicador. No así el Perú que no aporta datos del indicador, pero tiene el reporte del 2008 con un 44.5%.

Podríamos inferir que en la REGION ANDINA SUR alrededor del 50% de los HSH tienen acceso a los programas de prevención del VIH.

En los tres países de la REGION ANDINA SUR se resalta la participación de organizaciones de HSH y la de otros actores de la sociedad civil en el proceso de elaboración de los informes UNGASS.

Los aportes en los últimos años del Fondo Mundial ha provisto de recursos para implementar intervenciones en prevención y tratamiento del VIH en Bolivia y el Perú, fortaleciendo a las organizaciones de base comunitaria de HSH para garantizar su participación en la vigilancia e incidencia política de las políticas públicas que garanticen o procuren el acceso universal a la salud en especial de la población GBT. El caso especial de Chile al no contar con un mecanismo coordinador país el gobierno asume la coordinación e implementación de las estrategias.

En cuanto al gasto en VIH en los tres países se denota un incremento respecto a los años anteriores, no diferenciando partidas específicas dirigidas a la población HSH.

PAIS Centro- américa	INDICADORES										OBSERVACIONES POR PERIODO REPORTADO	
	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 su pareja masculina		Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH			
AÑO	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Costa Rica	44.3% (HSH) 15.5% (BISEXUALES) (a)	12.6% (Estudio HSH 2008) 10.9% (Análisis posterior RDSAT)	Sin datos	94,5% (1)	Sin datos	88% (2)	Sin datos	65% (3)	26% (b)	64 % (4)	(a) Porcentaje respecto del total de la epidemia, no respecto de la población HSH (b) Dato de 2006-2007, N=400	Resultado del procesamiento de los datos del Estudio HSH del 2009 (1) 311 entrevistados 200 se han sometido a la prueba de VIH y 189 conoce el resultado de su prueba. (2) En el estudio de HSH, se determinó que de 311 encuestados, 273 identifican las formas de prevenir la transmisión sexual y rechaza las principales ideas erróneas, lo que corresponde a un 88 % (3) Del estudio de HSH se determinó que de 300 hombres que manifestaron tener sexo anal con su pareja, 195 declaran haber usado el condón lo que representa un 65% (4) "En el estudio de prevalencia realizado a la población HSH se determinó que un 64 % sabe dónde dirigirse para realizarse la prueba y describen los lugares en el cual se adquieren o suministran los condones en los últimos 12 meses."

El Salvador	17.75% (1)	9,80%	40,5% (2)	88.05 % HSH	Sin datos	52,35%	83,14%	54.9% (2008)	80% (3)	58,10%	(1) 5 veces mayor que las TS (2) Estudio Multicentrico 2003 Mejora del 15% en el 2007 (3) Porcentaje de HSH que afirmó poder conseguir un condon en el momento que lo necesitaba	Estudio de Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. (ECVC) Datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.(Indicador 14)
Guatemala	11.4% (1) 18.3% (2)	9,4%	63.38% (3) 65.84% (4) 48.38% (5)	Sin datos		Sin datos	80.7%* 73.7%	Sin datos	72.67% 79.01%	Sin datos	(1) Estudio multicentrico 2003 (2) Línea de base del Fondo Mundial 2005-2006 (3) Menores de 25 años (4) de 25 años y mas (5) N=248 HsH del departamento de Escuintla 2007	
Honduras	6% (1) 10.1% (2) 5% (3)	9.9 % (ECVC 2006)	57% (4)	** Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): Menores 25: 24.7%, 25 o más: 37.8%.	97.0%(5)	Identificar correctamente 3 formas de prevención de la transmisión del VIH; En 1998: 18.1% de los HSH no TS y el 15.0% de los HSH-TS en 2003: 97.0%.	(6)	48%	24%	(A)	(1) Tegucigalpa, 2006 (2) San Pedro Sula 2006 (3) La Ceiba (4) 2006 (5) Identificar correctamente 3 formas de prevención (2003) (6) Identifica que el porcentaje de uso del condon en HSH es bajo especialmente con parejas ocasionales, e relaciones sexuales comerciales e incluso en relaciones bisexuales pero sin datos (1) Tegucigalpa, 2006	** Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) 2006 (A) 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.

Nicaragua	Sin datos	La mayor prevalencia del VIH se encuentra entre hombres que tienen sexo con hombres (7.2%).	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	54%	Sin datos	Porcentaje de VSV del total de la población beneficiaria de CEPRESI (N total=24. 297, VsV=13,119)	El Ministerio de Salud (MINSAL) en coordinación con el CDC/GAP inició en el año 2009 la realización de una Encuesta de Seroprevalencia en poblaciones más vulnerables: MTS, población Trans, HSH, PVS con el objetivo de conocer la prevalencia de ITS, VIH y sida e identificar los comportamientos sexuales de mayor riesgo, estando pendientes aún sus resultados.
Panamá	10.6% (a)	10.6% (1)	76% (b)		79% (b; c) 71% (b; d)		86% (b)		82%		(b) PASMO (2006-2007) (c) 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 (d) porcentaje que refiere que puede reducir el riesgo de contraer el VIH utilizando un preservativo cada vez que se tienen relaciones sexuales (a) Datos de EMESSAR y Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP)	(1) Estudio Multicéntrico 2004-2005, el más reciente, y el cual refiere una prevalencia de 10,6% en las subpoblación de hombres que tienen sexo con otros hombres . El Estudio Multicéntrico 2009-2010, actualmente en avance, aborda a dos grupos de elevada exposición al VIH, sobre los cuales se ha tenido escasa información hasta el momento: la/os trabajadora/es del sexo y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

Análisis Centroamérica:

Los informes de los países de **Costa Rica** y **El Salvador**, presentan datos de estudios de seroprevalencias en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) correspondientes al periodo en reporte (2008 y 2009) siendo el 12.6% para Costa Rica y el 9.8% de EL Salvador.

Guatemala presenta los porcentajes 10.54% a 7.55% según fuente del proyecto del Fondo Mundial entre el 2006-2008, correspondiente al periodo anterior. En tanto, **Honduras** indica una prevalencia del 9.9% dato del 2006, ya reportado en el periodo anterior (ECVC-Secretaria de Salud-CDC 2006). Por su parte, **Nicaragua** presenta en el informe dos datos: El primero indica “la mayor prevalencia del VIH se encuentra entre hombres que tienen sexo con hombres 7.2%, sin fuente y el segundo, “HSH Mayores de 25 años fue de 5.1%” Fuente: Estudio de Seroprevalencia de VIH y uso de Condón en población HSH. Junio 2009. Fundación Xochiquetzal. Finalmente, **Panamá**, el informe refiere el 10.6% de prevalencia de VIH en HSH, dato del 2004, Estudio Multicéntrico.

En conclusión solo dos países presentan datos al periodo correspondiente del reporte de país (2008-2009) con información oficial, producto de estudios de seroprevalencias en HSH con el apoyo de CDC/USAID. Los demás países reportan datos del periodo anterior (2008-2009) no actuales. Sin embargo es importante resaltar que la epidemia sigue siendo concentrada en estos países en hombres que tienen sexo con hombres aun con datos no actualizados, ya que la tendencia de la epidemia sigue manifestándose concentrada en poblaciones en mayor riesgo como lo son los HSH. Otros datos son resultados de estudios realizados por la sociedad civil de los países de la región.

En relación al Indicador: “**Porcentaje HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados**” Los Estados de **Costa Rica** y **El Salvador** son los dos únicos que presentan datos correspondientes al periodo en mención (2008-2009) indicando **Costa Rica** que “311 entrevistados 2009 se han sometido a la prueba de VIH y 189 (60.77%) conoce el resultado de su prueba y **El Salvador**: “El 88.05 % HSH que se hicieron la prueba de VIH y conocieron su resultados (ECVC 2009)”. Los informes de los países de **Guatemala**, **Nicaragua** y **Panamá** no reportan datos y **Honduras** presenta: “Menores 25: 24.7%, 25 o más: 37.8%. Datos que corresponden al reporte del periodo anterior (2006).

Los informes de los países de Centroamérica en cuanto al Indicador: “**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**”. **Costa Rica** y **El Salvador**, presentan resultados de los Estudios de Vigilancia y Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009. Donde **Costa Rica** presenta: “311 entrevistados 2009 se han sometido a la prueba de VIH y 189 conoce el resultado de su prueba”, es decir el 60.77% y **El Salvador** “El 88.05 % HSH que se hicieron la prueba de VIH y conocieron su resultados”. **Honduras** presenta parcialmente datos al indicador ya reportados en periodos anteriores indicando: “Identificar correctamente 3 formas de prevención de la transmisión del VIH; En 1998: 18.1% de los HSH no TS y el 15.0% de los HSH-TS en 2003: 97.0%.”

Los informes de los Países de Centroamérica en referencia al Indicador: “**Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con su pareja masculina**”. Los países de **Costa Rica** y **El Salvador**, presentan resultados de los Estudios de Vigilancia y Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009, donde **Costa Rica** indica: “de 300 hombres que manifestaron tener sexo anal con su pareja, 195 declaran haber usado el condón lo que representa un 65%. **El Salvador**: 54.9% (ECVC 2008-2009). **Guatemala** y **Panamá** No reportan datos; **Honduras** Reporta el dato del periodo anterior con el 48% (ECVC 2006), y **Nicaragua**, describe el registro: “222 Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal. Fuente: Estudio de seroprevalencia de VIH y uso de condón en población HSH. Junio 2009. Fundación Xochiquetzal.”

Así mismo los informes de los Países de Centroamérica, con respecto al Indicador: “**Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH**” Los informes de los países de **Costa Rica** y **El Salvador**, presentan resultados de los Estudios de Vigilancia y Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009, donde **Costa Rica** informa: “En el estudio de prevalencia realizado a la población HSH se determinó que un 64 % sabe dónde dirigirse para realizarse la prueba y describen los lugares en el cual se adquieren o suministran los condones en los últimos 12 meses.”. **El Salvador**, 58.1% (ECVC-2009). Los países de **Guatemala**, **Nicaragua** y **Panamá** no presentan datos con respecto al indicador y **Honduras** señala en su informe datos del periodo anterior (2006).

En relación a otros aspectos que señalan los informes, se puede deducir, que es evidente el grado de afectación de la crisis financiera mundial en estos países en materia de una respuesta integral por VIH. El indicador del gasto en Sida por los países reafirma este comentario. A parte de que se mantiene la misma o parecida proporción de aporte económico de los gobiernos, organismos internacionales, etc.

Es evidente el apoyo del Fondo Mundial en los países de Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua en varias rondas. Pero según los informes existen brechas aun no satisfechas en Poblaciones en Mayor Riesgo (PEMAR) particularmente.

La crisis política en Honduras impacto negativamente en la respuesta al VIH, por varios factores, siendo uno de los principales la violación a los derechos humanos de manera sistemática hacia la población en general y en hombres que tienen sexo con hombres por haberse identificado en contra del golpe de Estado ocurrido el 28 de junio de 2009. Así como el retiro de fondos para programas de VIH por el no reconocimiento internacional del gobierno de facto instalado como producto del golpe de Estado.

Solo un país (Honduras) elaboró un informe sombra, que aporta aspectos relevantes, que los informes oficiales obvian y que fue producto de la crisis política que vivió el país a raíz del golpe de Estado.

PAIS Caribe Hispano	INDICADORES										OBSERVACIONES POR PERIODO REPORTADO	
	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 ultimo coito anal con su pareja masculina		Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH			
AÑO	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Cuba	86% (a)	71% (1)	Sin datos	32,4% (2)	Sin datos	58,8% (3)	Sin datos	57.71 % (4)	Sin datos	92,2% (5)	(a) Del total de casos masculinos reportados, no respecto de población HSH	(1) Cuba reporta una reducción del 15 % de HSH de nuevas infecciones sobre el año anterior. (2) De un incremento del 1.2 % en hombres que solicitaron la prueba de detección (3) Reporta un incremento del 4.35 % de HSH las formas de prevenir correctamente la transmisión sexual. (4) Reporta un incremento del 5.73 % de hombres que reportan haber usado el preservativo en coito anal con su ultima pareja sexual. (5) Frente a estos datos donde la respuesta se revela como alentadora, de igual manera la republica de Cuba reporta un incremento altamente revelador de un incremento de 40.77 % de HSH que llega a los servicios de salud . La republica de Cuba en su informe emitido no se presenta la inversión específica correspondiente al gasto invertido en la respuesta a la epidemia.

República Dominicana	11% (1)	11%	Sin datos	32.9 %	Sin datos	Sin datos	86% (2)	65.78 %	Sin datos	Sin datos	(1) N=597, 2004, proyecto DELTA, USAID/CONNECTA (2) Porcentaje que declaró haber usado preservativo con su último cliente	Respecto a las datos emitidos por República Dominicana cabe señalar que corresponden a datos levantados durante el 2008 y presentados en el 2010 como parte del informe de correspondiente UNGASS 2010 Debido a esto no existen datos comparativos que puedan ser validos para constatar realmente que está pasando con la epidemia
----------------------	---------	-----	-----------	--------	-----------	-----------	---------	---------	-----------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Análisis Caribe Hispano:

El Caribe Hispano está integrado principalmente por dos países: Cuba y República Dominicana, mismos que dan respuestas totalmente divergentes en el contexto del informe de UNGASS presentado.

Una elemento común en ambos países, es el involucramiento de las agencias internacionales en respuesta al informe emitido pos, estas mismas, posibilita la respuesta desde la inversión económica en los mismos.

Sin embargo mientras Cuba hace un reconocimiento explícito de la población de HSH en sus estrategias y alcances específicos, República Dominicana diluye la información generalizando la evidencia de la situación actual de la población, que en América latina ha sido reconocida como de mayor prevalencia.

Un dato totalmente opuesto entre ambos países es la actualización de los datos emitidos en los informe, datos que son la respuesta y reconocimiento del país a la epidemia; Cuba presenta datos actualizados, mientras que República Dominicana presenta en el informe UNGASS 2010 datos del 2008, y con ello una clara ausencia de evidencias que posibiliten dar cuenta de los avances de la respuesta del país.

La República de Cuba informó una reducción 0.15 % de nuevas infecciones en HSH sobre el informe anterior de UNGASS, manifiesta un incremento del 1.2 % en hombres que solicitaron la prueba de detección temprana y un 4.35 % de incremento en HSH que reconocen las formas de prevenir correctamente la transmisión sexual; de igual modo, entre los logros se encuentra el aumento del 5.73 % de hombres que reportan haber usado el preservativo en coito anal con su última pareja sexual.

Frente a estos datos donde la respuesta se revela como alentadora, Cuba logra un incremento del 40.77 % de HSH que llega a los servicios de salud sobre el informe anterior. De esta manera se puede suponer que el incremento de servicios de salud para HSH ha aumentado en un 40.77 %, esto presume la ampliación misma del presupuesto destinado a la atención de la población, sin embargo, el informe emitido no especifica la inversión correspondiente al gasto invertido en la respuesta a la epidemia.

Respecto al informe emitido por República Dominicana no se encuentra evidencia clara de intervenciones específicas que tengan que ver directamente con la población HSH vinculadas a una política pública que de respuesta a esta población desde el Estado, esta es una característica particular de la respuesta a la Epidemia, de la mayoría de los Países latinoamericanos, mismos que hacen un reconocimiento claro de la necesidad de atender una epidemia diferenciada.

Un punto lamentable respecto a los datos emitidos en el informe de República Dominicana es la correspondencia de datos levantados durante el 2008 y presentados en el 2010 como parte del informe de correspondiente a UNGASS 2010, el informe emitido plantea que el levantamiento de información al respecto se realizará hasta el 2012, ante lo cual no existen datos comparativos que posibiliten tener conocimiento real de la respuesta a la epidemia, y por lo tanto se sobre entiende la respuesta del País al respecto.

Los principales retos de la región del Caribe Hispano

Para la República de Cuba el reto se presenta en la inclusión misma de la sociedad civil, que posibilita la participación desde el diseño mismo de las políticas públicas y al mismo tiempo de participar en el diseño de los informes emitidos en Naciones Unidas, y no solo de agencias Internacionales como se presenta el informe actual. El reto fundamental por lo tanto para Cuba es hacer actual el MIPA, que posibilita la inclusión de la sociedad Civil como actor fundamental en las estrategias de intervención y participación de las poblaciones afectadas en los informes y la respuesta a la epidemia.

Es un reto para la República Dominicana dar reconocimiento a la situación real de la epidemia desde información actualizada y al mismo tiempo, dar reconocimiento a las poblaciones más afectadas, entre ellas los HSH, sólo desde ello podrán establecerse políticas públicas certeras en esta materia.

PAIS México	INDICADORES										OBSERVACIONES POR PERIODO REPORTADO	
	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 ultimo coito anal con su pareja masculina		Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH			
AÑO	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
México	9.9% (1) 6.9% (2) 12.8% (3)	10,2% (a)	53,6% (1) 43.6% (2) 62.9% (3)	49,9% (b)	65.5% (1) (4) 62.5% (2) 68.4% (3)	Sin datos	79.4% (1) (5) 79.5% (2) 79.3% (3)	63,6% (C)	18,2% (1) (6) 16.3% (2) 19.9% (3)	38,1% (d)	(1) N=1111 (2005/2006) (2) Menor de 25 años (3) 25 o mas (4) Responde correctamente a 4 preguntas (de las 5 originales) (5) 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) (6) 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?	(a) México en los resultados emitidos por el gobierno reporta un incremento del 0.3 % de nuevos casos de infección de HSH. (b) Se reporta una reducción de Hombres que tienen sexo con otros hombres que se sometió a realizarse pruebas de detección del 3.7 % de lo reportado en el informe anterior. (c) Aunque México no reporta dato correspondiente a HSH que reconoce las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH, si reporta una reducción del 15.8 % de hombres que declararon haber usado preservativo en su ultima penetración anal con su pareja masculina sobre el ultimo informe emitido. (d) En relación a los HSH que reportan llegar a servicios de salud México reporta un

								<p>incremento del 19.9 %.</p> <p>Todos los datos correspondientes al informe emitido por México están dados en tres fuentes altamente diferenciadas que el país reportó la mas alta como el dato oficial sin reportar una dato mediado, esto hace que el país para el informe de UNGASS de las cifras mas elevadas sin reportan una media correspondiente. El informe señala la recopilación de la información por varias vías, sin embargo se presentan datos generalizados cuando son encuadrados en áreas específicas más regionales, reportando estas como cifras generalizadas por país.</p> <p>Cabe señalar que en el informe emitido da indicador se acompaña de observaciones de las OSC participantes que señalan las deficiencias en los programas y los indicadores de resultados presentados emitidos desde la parte oficial.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Análisis México:

Los datos oficiales que se presentan en el informe UNGASS son datos que corresponden a investigaciones regionales o locales y en el informe se muestran como datos nacionales, esto genera la urgencia del país por establecer estrategias que posibiliten tener datos nacionales verídicos que permitan conocer con claridad la situación real de las estrategias de prevención, detección temprana, uso del preservativo de las poblaciones más afectadas, entre ellas los HSH. Los datos correspondientes al informe emitido por México están dados principalmente en tres fuentes altamente diferenciadas, el país reportó datos oficiales sin reportar un dato mediado, esto hace que el país, para el informe de UNGASS de las cifras más elevadas sin reportar una media correspondiente. El informe señala la recopilación de la información por varias vías, sin embargo se presentan datos generalizados cuando son encuadrados en áreas específicas o regionales, reportando estas, como cifras generalizadas por país.

Es notoria la disminución de los recursos invertidos por el Estado en materia de atención y prevención del VIH, si bien la justificación es la negociación de costos por tratamiento, la inversión del Estado en materia de prevención sigue siendo mínima comparable con el gasto en atención.

México, en los resultados oficiales emitidos reporta un incremento del 0.3 % de nuevos casos de infección en HSH, una reducción de Hombres que tienen sexo con otros hombres que se sometió a realizarse pruebas de detección del 3.7 % de lo reportado en el informe anterior.

Aunque México no reporta dato correspondiente a HSH que reconoce las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH, si reporta una reducción del 15.8 % de hombres que declararon haber usado preservativo en su última penetración anal con su pareja masculina sobre el último informe emitido. En relación a los HSH que reportan llegar a servicios de salud México reporta un incremento del 19.9 %.

Cabe señalar que en el informe emitido por el gobierno, cada indicador se acompaña de observaciones de las OSC participantes, que señalan las deficiencias en los programas y los indicadores de resultados presentados desde la parte oficial.

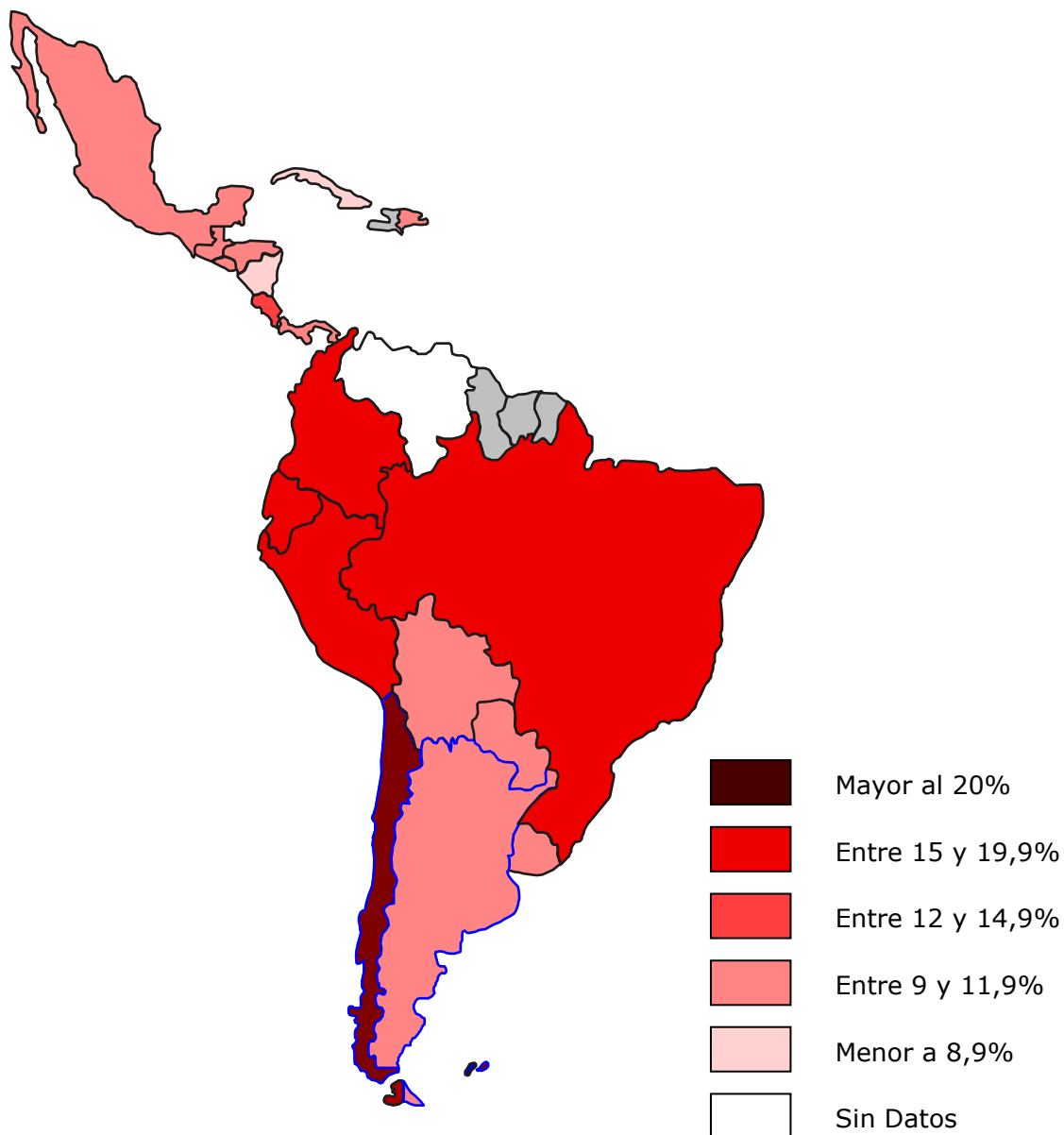
Por último, el gran reto para México es la entrada del Fondo Global bajo la ronda 9, que si bien, la propuesta mexicana está claramente definida para HSH y UDIS y tiene un componente de investigación, el reto está en mejorar la eficiencia de los mecanismos de monitoreo, rendición de cuentas y comprometer al Estado en incrementar la inversión en materia de prevención y atención en materia de VIH, sin esto, tendremos una falta de compromiso y una simulación del compromiso del gobierno mexicano en materia de política pública en VIH.



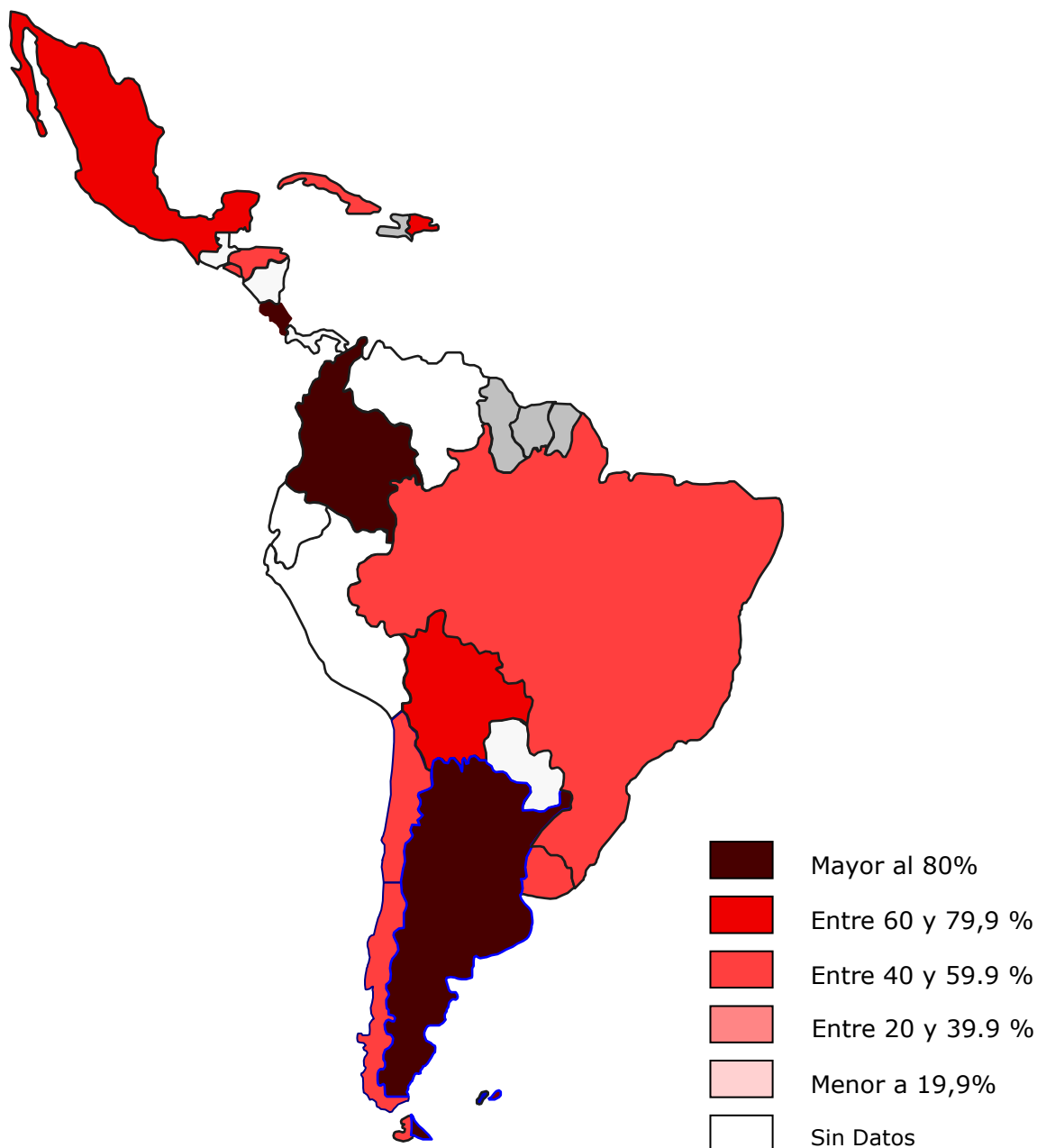
Observatorio al acceso universal

Mapas de Indicadores

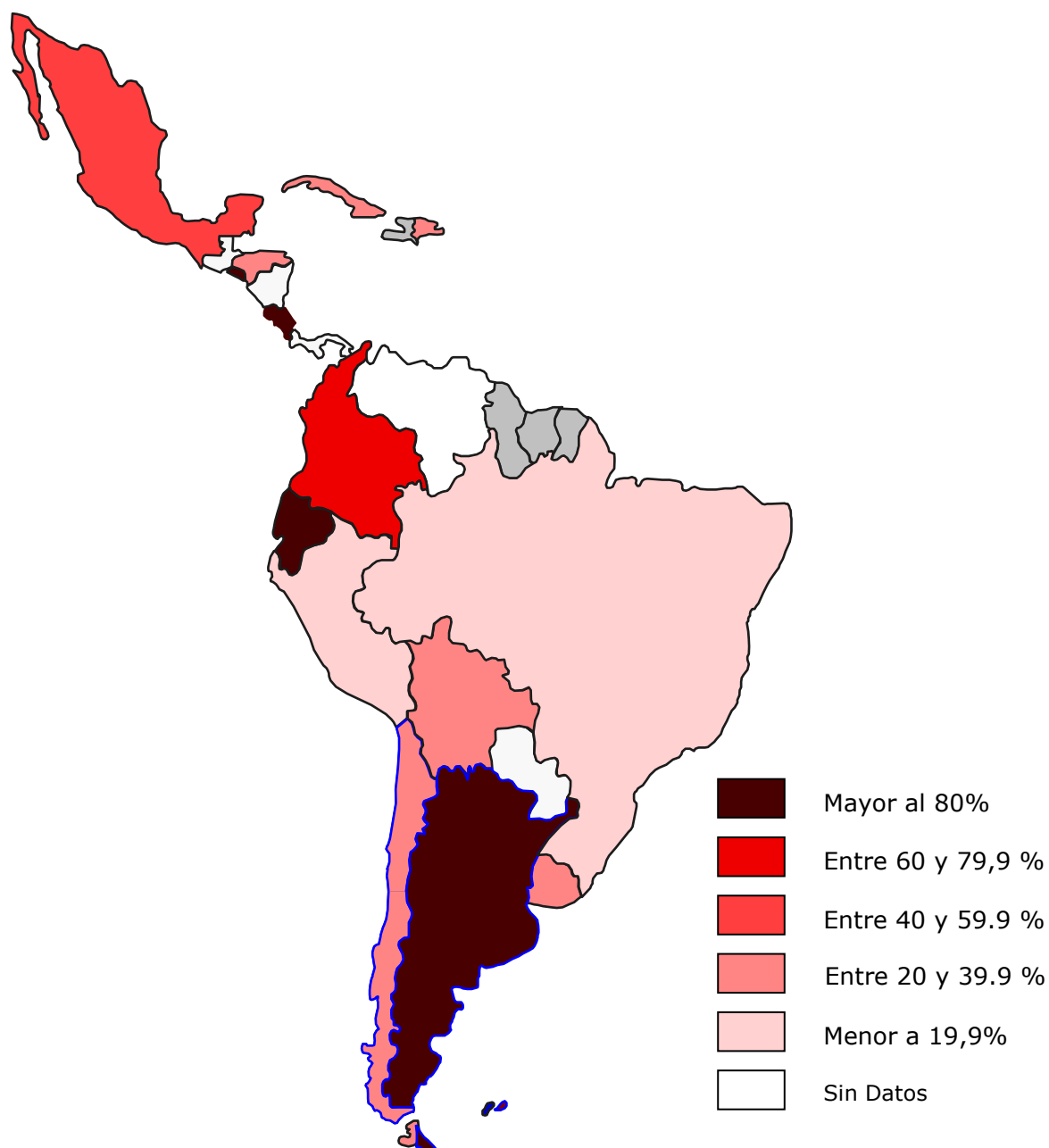
Porcentaje de HSH infectados por el VIH, informados por los países a UNGASS 2010



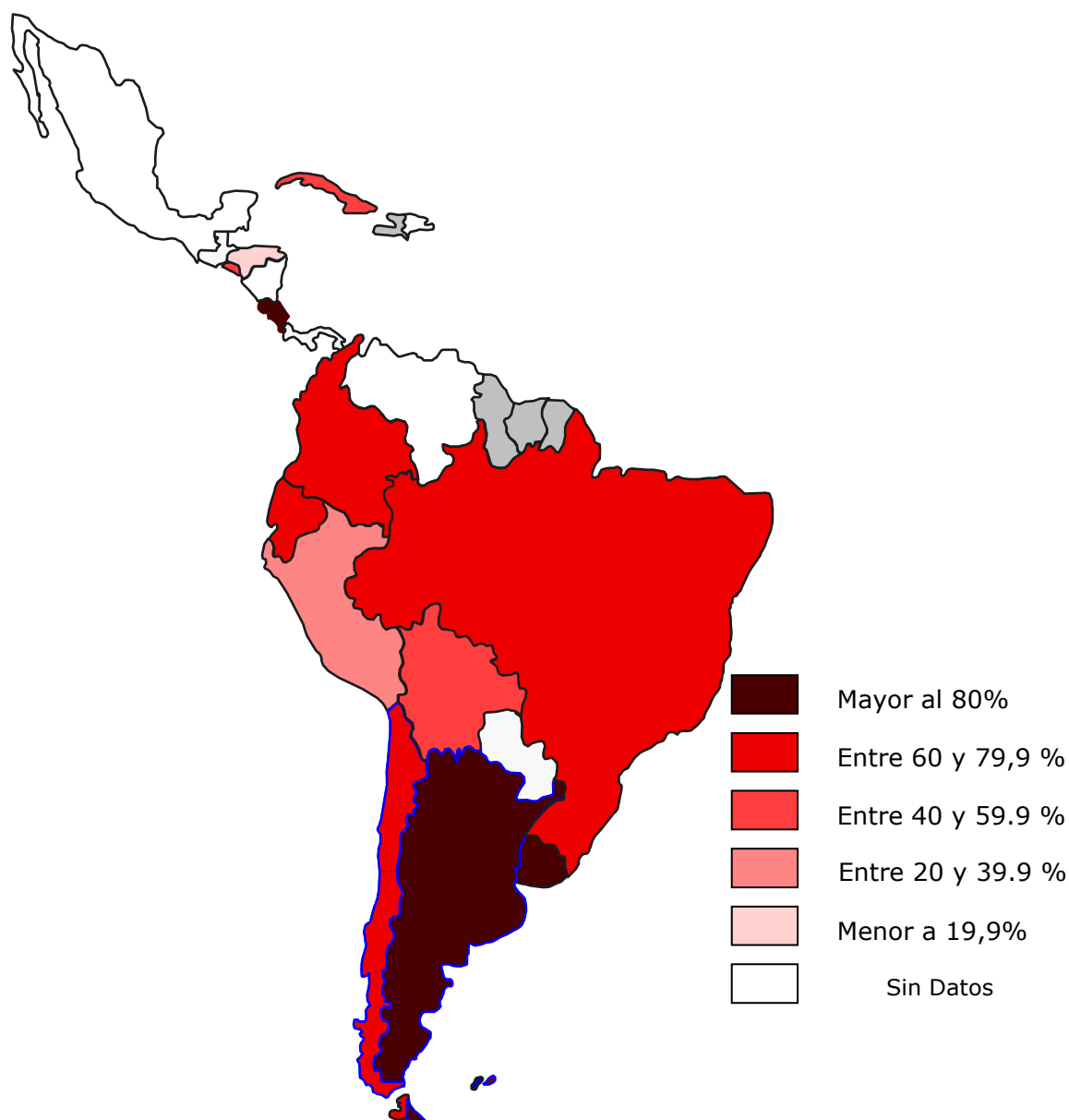
Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el ultimo coito anal con su pareja masculina informados por los países a UNGASS 2010



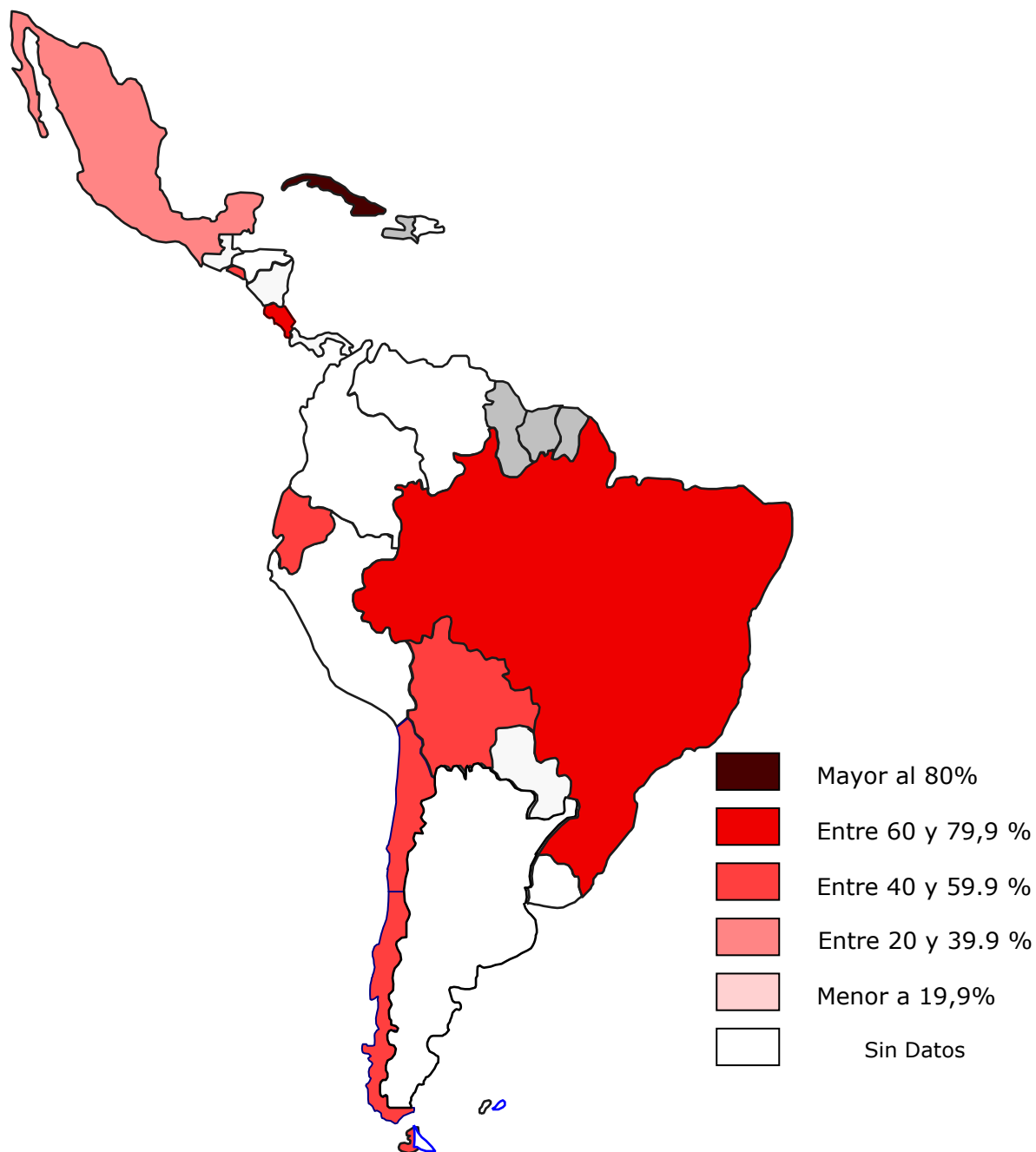
Porcentaje HSH que se sometió a prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados, informados por los países a UNGASS 2010



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, informados por los países a UNGASS 2010



Porcentaje de HSH al que llegan los programas de prevención de VIH, informados por los países a UNGASS 2010





Socios e Integrantes de ASICAL

	Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay	Uruguay	www.amiseu.org.uy
	Amigos Siempre Amigos	República Dominicana	www.amigossiempreamigos.org/quienessomos.htm
	Centro para la Educación y Prevención del SIDA	Nicaragua	www.cepresi.org.ni
	CHECCOS A.C.	México	www.checcos.org.mx
	Fundarvi	Colombia	fundarvi.blogspot.com
	Fundación Ecuatoriana Equidad	Ecuador	www.equidadecuador.org
	Grupo Arco-Íris	Brasil	www.arco-iris.org.br
	Grupo Gay da Bahia	Brasil	www.ggb.org.br
	Grupo Dignidade	Brasil	www.grupodignidade.org.br
	INMENSA	Perú	www.inmensa.org
	Asociación Kukulcán	Honduras	kukulcanhn.blogspot.com/
	Letra S	México	www.letraese.org.mx
	Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA	Colombia	www.ligasida.org.co

Socios e Integrantes de ASICAL

	MUMS	Chile	www.mums.cl
	OASIS	Guatemala	
	Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina	Argentina	www.sigla.org.ar
	Sociedad Wills Wilde	Venezuela	www.sidainformate.org
	Somos Gay	Paraguay	www.somogay.org

Redes Asociadas

	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Brasil	www.abgl.t.org.br
	Federación CREFOR	Argentina, Uruguay	www.crefor.org.ar

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

www.asical.org

