

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES QUE  
TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES EN LA CIUDAD DE  
POPAYÁN DURANTE EL PERIODO 2011 Y 2012**

**ELSA ALICIA ASTUDILLO**

**LALI NELCI BURBANO**

**YAZMIN HOYOS**

**NANCY IBARRA**

**JHONNY POMELO**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
POPAYÁN  
2011**

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES QUE  
TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES EN LA CIUDAD DE  
POPAYÁN DURANTE EL PERIODO 2011 Y 2012**

**ELSA ALICIA ASTUDILLO**

**LALI NELCI BURBANO**

**YAZMIN HOYOS**

**NANCY IBARRA**

**JHONNY POMELO**

**Asesora**

**Mag. MARÍA VIRGINIA PINZÓN**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
POPAYÁN  
2012**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Director de Pasantía

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Popayán, 30 de enero de 2013

## **DEDICATORIA**

### **A Dios.**

Por habernos dado la vida y la fortaleza para lograr nuestros objetivos y terminar este trabajo de investigación, cuidándonos e iluminándonos en los momentos de dudas e incertidumbres.

### **A nuestros Padres.**

María Nubia Bustos, José Néstor Astudillo, Ana Solís , Ana Delia Sánchez, Eduardo Ibarra, Elva Marina Daza y Gilberto Hoyos, Hilda María Rengifo y Ricaurte Burbano, pilares fundamentales en nuestras vidas. Sin ellos, jamás hubiéramos podido conseguir nuestra meta. Son ejemplo de perseverancia, rectitud, integridad, ética y lucha insaciable.

### **A Nuestros Esposos.**

Guido Gabriel Lopez, Carlos Orlando Carvajal y Fredy Velasco que han sido durante toda la carrera el pilar principal para la culminación de la misma que con su apoyo, su paciencia ,devoción y amor incondicional han sido compañeros inseparables

### **A nuestros hijos.**

Por ser la razón de nuestro existir, la fuerza para levantarnos cada día para tratar de ser mejores personas, gracias Fernando, Carolina, Marcela y Nicolas por existir.

**A todas las personas que han creído en nosotros, siempre tendrán nuestra  
gratitud.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la asesora del trabajo de grado, Dra. María Virginia Pinzón, Bacterióloga docente de la Facultad Ciencias de la Salud de la universidad del Cauca, no solo por su dedicación, colaboración y asesoramiento constante a lo largo del trabajo de investigación, sino también por la confianza depositada en nosotros; además de compartir, toda su experiencia y conocimientos en lo que a metodología de la investigación se refiere y sobre todo a enriquecer nuestra vocación de enfermeros.

A la Mag. Gladis Amanda Mera y Mag. Liliana Caldas docentes de la Universidad del Cauca que nos asesoraron, en el desarrollo del trabajo de investigación a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza ya que sus correcciones, sugerencias y aportes fueron fundamentales para culminar con éxito los objetivos planteados.

Al estudio macro “BUSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL DE VIH/ SIDA EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES DE LA CIUDAD DE POPAYAN 2011 Y 2013” por permitirnos tener acceso a la información confidencial de las personas implicadas en su estudio, la cual fue fundamental para desarrollar nuestro trabajo de investigación.

A la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca por abrirnos sus puertas y prepararnos para un futuro competitivo, formándonos como personas de bien.

## CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	14
ABSTRACT.....	15
INTRODUCCIÓN.....	16
1 OBJETIVOS.....	20
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2 MARCO REFERENCIAL.....	21
2.1 PANORAMA DEL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH).....	21
2.1.1 Europa.....	21
2.1.2 América latina I.....	23
2.1.3 Colombia.....	24
2.2 ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.....	25
2.2.1 Derechos humanos, sexuales y reproductivos La salud es un derecho fundamental.....	25
2.2.2 Los derechos sexuales.....	25
2.3 HISTORIA VIH/SIDA.....	26
2.3.2 Vías de transmisión de (VIH).....	28
2.4 HISTORIA DEL TÉRMINO HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH).....	28

2.4.1	Definición del termino, Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH) .....	32
2.5	<b>FACTORES DETERMINANTES EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES.....</b>	<b>32</b>
2.5.1	Conceptos y relaciones sociales de Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres.....	34
2.5.2	La discriminación y el comportamiento de alto riesgo .....	34
2.5.3	La salud mental.....	35
2.5.4	El estigma y los cuidados de salud.....	36
2.5.5	La homofobia .....	38
2.6	<b>FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA INFECCIÓN DE VIH.....</b>	<b>38</b>
2.6.1	Factores de riesgos sexuales.....	41
2.6.2	Estado serológico desconocido .....	41
2.6.3	Consumo de sustancias.....	42
2.6.4	La complacencia con el riesgo.....	42
2.6.5	HSH-positivos.....	42
2.6.6	Discriminación social y aspectos culturales .....	42
2.6.7	Información y creencias sobre medios de transmisión y protección del VIH/SIDA.....	43
2.6.8	Percepciones en relación con las personas que viven con VIH/SIDA .....	44
2.6.9	Actividad sexual:.....	44
2.7	<b>FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD - MODELO DE LALONDE .</b>	
2.7.1	Biología humana.....	49
2.7.2	Medio ambiente .....	49
2.7.3	Estilos de vida.....	50
2.7.4	Sistema de asistencia sanitaria.....	51
3	<b>ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>55</b>

4	INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA A LA POBLACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA.....	67
5	PLANES Y POLITICAS NACIONALES .....	74
6	MARCO METODOLOGICO.....	75
6.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	75
6.2	UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA...	75
6.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	76
6.4	DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES .....	76
6.4.1	Operacionalización de variables .....	76
6.5	DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	77
6.5.1	Variable independiente: Factores de Riesgo para VIH .....	78
6.5.2	Técnica de recolección de información o. ....	80
6.6	PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	80
7	ASPECTOS ÉTICOS.....	81
7.1	PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.....	81
7.2	PRINCIPIO DE BENEFICENCIA.....	82
7.3	PRINCIPIO DE JUSTICIA.....	82
7.4	PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA .....	82
7.5	DERECHO A SER TRATADO COMO UN SER HUMANO .....	82
7.6	DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN.....	82
7.7	DERECHO A LA INTIMIDAD .....	83
7.8	DERECHO AL ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD .....	83
7.9	DERECHO AL TRATO JUSTO .....	83
7.10	DERECHO A LA PROTECCIÓN ANTE LA INCOMODIDAD Y EL DAÑO.....	83



7.11	DERECHO A PARTICIPAR O NO EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	84
7.12	COMPRENSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	84
8	RESULTADOS .....	85
9	DISCUSIÓN.....	93
10	CONCLUSIONES.....	97
11	RECOMENDACIONES.....	99
	BIBLIOGRAFÍA.....	101
	WEB-GRAFIA .....	103
	ANEXOS.....	106

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A.....	105
ANEXO B.....	112
ANEXO C.....	116
ANEXO D .....	124

## LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Grafica 1. Evolución del concepto de determinantes .....	51
Grafica 2. Distribución porcentual del rango de edad de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012 .....	85
Grafica 3. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según estado civil y grado de escolaridad en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012.....	90
Grafica 4. Uso de condón y Número de personas que manejan pareja estable ...	92
Grafica 5. Cronograma de actividades.....	125
Grafica 6. Cronograma .....	125

## LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1 Planes y políticas nacionales .....	74
Tabla 2. Definición y operacionalización de variables.....	77
Tabla 3 Variable independiente .....	78
Tabla 4 Distribución porcentual Características socio-demográficas de HSH en la ciudad de Popayán, 2011-2012. ....	85
Tabla 5 Distribución porcentual de factores de riesgo en HSH, Popayán, 2011-2012.....	87
Tabla 6 Distribución porcentual sobre los conocimientos que las personas HSH de Popayán tienen sobre VIH/Sida. ....	88
Tabla 7. Distribución porcentual de los factores de riesgo relacionados con prácticas sexuales en personas HSH de Popayán. ....	88
Tabla 8 Distribución porcentual de Características socio-demográficas de hombres que tienen sexo con otros hombre con resultado positivo para VIH. Popayán.....	89
Tabla 9. Distribución porcentual Descripción de factores de riesgo en HSH con resultado positivo para VIH de la ciudad de Popayán 2011- 2012.....	91
Tabla 10. Presupuesto.....	122
Tabla 11. Presupuesto.....	123
Tabla 12 Comunicación y Transporte .....	123
Tabla 13 Tabla resumen de presupuesto .....	124

## GLOSARIO

<b>Alma-Ata</b>	URSS, 6-12 de septiembre de 1978. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud
<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CDC</b>	El centro de control y la prevención de enfermedades
<b>CONASIDA</b>	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
<b>CONPES</b>	Consejo Nacional de Política Económica y Social
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>ETS</b>	Enfermedad de Transmisión Sexual
<b>HG</b>	Hombres Gay
<b>Homofobia</b>	Odio o toda forma de rechazo hacia lo homosexual
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>LGBT</b>	Gay, lesbianas, bisexuales y transexuales
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS</b>	Organización panamericana de la salud
<b>PVVS</b>	Persona que Vive con el VIH/SIDA
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>TAR</b>	Terapia Antiretroviral
<b>UDI</b>	Usuarios de Drogas Inyectadas
<b>UNGASS</b>	Acrónimo en inglés de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA, celebrada en Junio de 2001
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## RESUMEN

**Background:** A nivel mundial el VIH/SIDA es un problema de salud pública que afecta a millones de personas de todos los estratos sociales. Esta situación trae consecuencias negativas al desarrollo humano mundial, afectando el progreso socio-económico y sanitario de los países.

**Objetivo:** Describir los factores de riesgo y la frecuencia para VIH/SIDA en Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres (HSH), en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012. **Métodos:** Estudio descriptivo tipo transversal en el cual la población objeto son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la ciudad de Popayán que tienen 18 o más años de edad y que pertenecen al proyecto “BUSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL DE VIH/SIDA EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES DE LA CIUDAD DE POPAYAN 2011 Y 2013” con muestreo por conveniencia para determinar la medición de las características socio demográficas, los factores de riesgo y la frecuencia de la enfermedad. **Resultados:** El mayor porcentaje (41%) de homosexuales (HSH), se encuentra entre el rango de 18 a 20 años, seguido del 22% que corresponde al rango de edad de 21-25 años. EL 50% de los HSH encuestados con resultado positivo para VIH tienen como ciudad de origen Popayán y el otro 50% corresponde a otras lugares, 75% son mestizos, con respecto al estado civil el 75% son solteros. En relación a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en salud el 75% pertenecen al régimen subsidiado. 50% de esta población si consume bebidas alcohólicas, el 75% consume sustancias psicoactivas, el 75% no tiene pareja sexual estable y el 75% usa el condón algunas veces. **Conclusiones:** Los riesgos identificados en esta población permitirían orientar estrategias de intervención en auto-cuidado en salud sexual y reproductiva específicamente en regiones más vulnerables.

**Palabras clave:** SIDA, factores de riesgo, promoción y prevención.

## ABSTRACT

Background: Worldwide, HIV / AIDS is a public health problem that affects millions of people of all social strata. This situation has negative consequences for human development worldwide, affecting the socio-economic and health of countries Objective: Describing and lafrecuencia risk factors for HIV / AIDS among men who have sex with men (MSM), in the city of Popayan during the period 2011 to 2012. Methods: A descriptive cross-type in which the target population is men who have sex with men in the city of Popayan who are 18 or more years old and belong to the project "active search FOCAL comprehensive HIV / AIDS IN STOCKS VULNERABLE URBAN CITY POPAYAN 2011 and 2013 "with convenience sampling to determine the measurement of socio-demographic characteristics, risk factors and the frequency of the disease.Results: The highest percentage (41%) of gay men (MSM), is among the range of 18 to 20 years, followed by 22% which corresponds to the age range of 21-25 years. 50% of surveyed MSM who tested positive for HIV are as Popayán hometown and 50% are other places, 75% are mestizos, with respect to marital status, 75% are single. Regarding linking the Social Security System in Health 75% belong to the subsidized. 50% of the population drink alcohol, 75% consume psychoactive substances, 75% had no sexual partner and 75% used condoms sometimes.Conclusions: The risks identified in this population would guide intervention strategies in self-care in sexual and reproductive health specifically in vulnerable regions.

KEY WORD: AIDS, risk factors, prevention and promotion.

## INTRODUCCIÓN

Considerando el continuo interés por frenar el incremento de casos de personas afectadas por VIH/SIDA en pequeñas, medianas y grandes poblaciones del mundo y específicamente en sectores vulnerables se observa que esta propagación es el resultado de múltiples factores tales como la discriminación y marginación de la clase sexual (la homofobia), la falta de conciencia en la utilización de métodos de protección, la promiscuidad, sentimientos de diferencias asociados a soledad y aislamiento, vulnerabilidad biológica en razón de las relaciones penetrativas anales forzadas, falta de compromiso político y servicios de salud deficientes y poco sensibles, entre otros factores que influyen incidentemente debido a la poca información y la poca conciencia que tienen las diferentes sociedades ante esta realidad.

A nivel mundial el VIH/SIDA es un problema de salud pública a finales de 2010 en el mundo más de 34 millones de personas convivían con el VIH, aproximadamente la mitad de las infecciones se presentaron en personas entre los 15 y 24 años y se estima que anualmente 600.000 jóvenes adquieren el virus<sup>1</sup>.

Esta situación trae consecuencias negativas al desarrollo humano mundial, afectando individuos, familias, progreso socio-económico y sanitario de los países y puede empeorar debido a la existencia de comportamientos de riesgo frente a VIH/SIDA. Según encuestas nacionales, 50% de los jóvenes tiene su primera relación sexual a los 14 (rango: 5-21) años, solo 25% usó condón en dicha

---

<sup>1</sup>Fundación FES división de salud prevalencia de comportamientos de riesgo frente a VIH/SIDA en jóvenes de 15-24 años del valle del cauca, Secretaria Departamental de salud gobernación del valle del cauca



relación y, entre aquellos con relaciones penetrativas en el último año, 40% reportó más de una pareja sexual<sup>2</sup>.

Si bien entre las personas más afectadas se encuentra la comunidad hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), cabe destacar fenómenos relacionados con la discriminación, odio, aversión contra hombres y mujeres homosexuales. De hecho la homosexualidad se ha convertido una condición de rechazo por diferentes culturas y sociedades impidiendo que se realicen de manera efectiva las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva. Se ha observado en muchas ocasiones que los HSH no comunican su condición por miedo al estigma y la discriminación por parte de la sociedad.

Por diversas razones en Colombia las relaciones homosexuales no son aceptadas, el SIDA se torna invisible e inexistente, para algunos el SIDA es ajeno, a otros les es imposible adoptar medidas de prevención por el miedo a que eso plantee la posibilidad de que se esté en una condición de riesgo debido a una supuesta preferencia sexual. Quizás por esta situación de desprecio, y a pesar de que la población homosexual es actualmente la más afectada, las intervenciones de prevención dirigidas a este grupo en particular no se realizan, además, frente a la obligación de prevenir surge con mayor fuerza el temor a las consecuencias de enfrentar a una sociedad HSH, que seguramente interpretaría las campañas como una promoción a estas prácticas poniendo en riesgo a la niñez y a la juventud. Por otro lado la falta de información les impide conocer de manera correcta las manifestaciones de la sexualidad humana y la problemática del VIH/SIDA a nivel local, en ese mismo sentido tenemos que aun conociéndolo, no puedan negociar

---

<sup>2</sup>Organización Mundial de la Salud - Estadísticas sanitarias Mundiales 2011, consulta 21 de Octubre disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)

medidas preventivas como el uso del condón, y en esto comparten muchas de las características y vulnerabilidades pasivas.

Todo lo anterior ha dificultado el acercamiento a estas poblaciones para conocer sus riesgos en contextos especiales y de este modo generar estrategias efectivas de intervención en salud pública. Por ello se propone realizar dentro del trabajo de investigación macro titulado “BUSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL DE VIH EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES POPAYAN 2011-2013 el presente estudio particular enfocado a las comunidades HSH que se fundamenta principalmente en el análisis de información para lograr describir la frecuencia y los factores de riesgos que podrán incidir en el incremento de casos de VIH/SIDA en la población de Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres HSH, en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012. Ya que este es un tema de interés mundial y en el que a través de la historia ha logrado ser el tema central de diversos trabajos de investigación, promoción y divulgación para minimizar en contagio por este virus en la población mundial, resaltando también la necesidad de entender que el VIH/SIDA es un problema de Derechos Humanos y que en todas las irregularidades, estigmatizaciones, falta de atención, se están violando los derechos de las personas en este caso de HSH e inclusive de quienes les rodean siendo la propagación del virus una de las consecuencias más importantes y vista de este modo los diferentes efectos que puedan generar en la sociedad directamente involucrada.

Cabe mencionar que la importancia de la elaboración del presente trabajo de investigación radica en la realización de una metodología organizada para lograr describir la frecuencia y los factores determinantes que se presenten en la comunidad HSH de la ciudad de Popayán en el periodo 2011 a 2012 en cuanto a transmisión de VIH/SIDA, logrando así describir cada uno de los factores y de igual manera por medio del análisis de diferentes fuentes de información poder contribuir en el diseño interdisciplinario de la formulación de las estrategias de

solución al problema mencionado teniendo en cuenta la parte social, educativa, su lugar en la población municipal a nivel de salud y entes gubernamentales que puedan generar metodologías de mitigación del problema como tal y que enfocando de manera inmediata a la producción de un análisis que involucre la importancia de los derechos humanos, la salud pública y la diversidad para que estas se conviertan en un punto de partida para el reconociendo a nivel local y en un punto de partida para solucionar este gran problema mundial y que contribuya a la construcción de un mejor futuro, lleno de progreso para el mañana de la ciudad de Popayán y a la vez tratar de hacer que este se convierta en un ejemplo de tolerancia y respeto para las diferentes comunidades que existen.

# **1 OBJETIVOS**

## **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los factores de riesgo y la frecuencia para VIH/SIDA en Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres (HSH), en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012.

## **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características socio-demográficas de la población de estudio.
- Identificar los factores de riesgo que inciden en la transmisión de VIH/SIDA en la población que se va a estudiar.
- Establecer la frecuencia con la que se presenta casos de VIH/SIDA en la población de estudio definida.

## 2 MARCO REFERENCIAL

### 2.1 PANORAMA DEL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH)

**2.1.1 Europa** La alta prevalencia de la infección por el VIH y las altas razones de probabilidad que existen entre HSH son bastante consistentes a través de una mayoría de los países y regiones geográficas tomadas individualmente, así como en todos los estados de la epidemia (bajo nivel, concentrada y generalizada). Europa del Este parece ser una excepción: los datos sobre HSH son escasos, y las epidemias de VIH de la región están primordialmente impulsadas por el uso de drogas inyectables.

En los 20 años transcurridos desde que se detectó el primer caso de infección por el VIH en Ucrania, sólo hay 158 HSH y que viven con el VIH oficialmente registrados en un país con una población total de unos 46 millones de personas.

Según el informe de país del UNGASS 2007, Ucrania tiene la epidemia de VIH más grave de Europa, con más del 1,6% estimado de la población adulta que vive con el VIH. En 2007, se notificaron 17.687 casos de nuevas infecciones, un 10% más que en 2006. Entre ellas, el número oficial de nuevos casos entre los HSH fue sólo de 48.

En Asia la infección por VIH tiende a estar altamente concentrada entre subpoblaciones, incluidos los HSH la probabilidad regional promedio de estar infectado por VIH es de 8,7. En los HSH en ASIA el riesgo de infección por VIH es mucho mayor que en la población general.

En Tailandia la prevalencia de VIH entre una muestra de 3.236 HSH fue del 24,6%, en comparación con una tasa de prevalencia del 3,8% entre 6.270 HSH

de China. Sin embargo, si bien el riesgo absoluto de estar infectado de VIH entre los HSH era más alto en Tailandia, los HSH de China estaba en un riesgo de infección de VIH más alto, comparados con la población general. Específicamente, si bien los HSH de Tailandia tenían aproximadamente 20 veces más la probabilidad de la población general de tener VIH, los HSH de China tenían más de cuarenta y cinco veces la probabilidad de la población general de ser VIH positivos.

Los datos referentes a HSH en África son los más escasos del mundo, pero están comenzando a aparecer. Uno de los estudios más recientes fue publicado en el 2005 en Senegal, donde 463 HSH de Dakar y otras cuatro comunidades urbanas mostraron una prevalencia de VIH del 21,5%. La prevalencia de ITS entre HSH fue del 4,8% en sífilis activa, del 22,3% en virus de herpes simplex, 2,41 % para clamidia y el 5,4% en gonorrea.

Un estudio del 2005 hecho en 713 HSH receptivos de Jartum, Sudán, reveló una población en su mayoría musulmana, con una prevalencia de VIH del 9,3%. Los datos mejor desarrollados fueron generados en Kenia, con el apoyo del Consejo Nacional del SIDA keniano. Grupos de todo el país han puesto de manifiesto una prevalencia del VIH que alcanza el 43% en HSH<sup>3,4</sup>

En Nigeria un estudio reciente auspiciado por el Ministerio de Salud caracterizó el riesgo de los HSH en todo el país y encontró que la prevalencia de VIH en general era del 13,5%, aunque la prevalencia variaba en las diferentes localidades de estudio. En concreto, la prevalencia del VIH en HSH de Cruz del Río fue 2,8%, en

---

<sup>3</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Homofobia>

<sup>4</sup> Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, <http://laestenisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>

Kano 11,7% y en Lagos 25,4%. La combinación de estos estudios sugiere que incluso en las epidemias de VIH generalizadas del África Subsahariana los HSH tienen casi cuatro veces la posibilidad de estar infectados por VIH en relación con la población general. Actualmente se están generando o analizando datos sobre prevalencia de VIH en HSH en Botswana, Ghana, Costa de Marfil, Malawi, Namibia, Sudáfrica y Zambia, entre otros países. Si bien estos datos son preliminares, demuestran claramente que los HSH de África no solamente existen, sino que también se encuentran en riesgo de infección por VIH y tienen necesidad de programas de prevención específicos.

**2.1.2 América latina** Estudiando los datos de que están disponibles de modo más amplio, encontramos que ha habido dentro de esta región diferencias significativas en las respuestas a las epidemias de VIH entre HSH, lo que probablemente dio como resultado dinámicas diferentes de la epidemia, incluso entre países vecinos. Por ejemplo, en el Perú los HSH están incluidos en los programas nacionales de vigilancia del VIH, y los gastos de prevención de VIH para poblaciones específicas se equiparan al peso relativo de la enfermedad entre HSH. La prevalencia del VIH entre los HSH del muestreo estudiado fue del 12,2% con una razón de probabilidad (la probabilidad de ser VIH positivo en relación con la población general) 22.6 veces mayor que la de población general. Esto puede ponerse en contraste con Bolivia, donde la prevalencia de VIH entre HSH fue del 21,2%, con una razón de probabilidad 178,8 veces por encima de la línea de base de la prevalencia en población general.

Estas diferencias entre países probablemente están relacionadas con los factores estructurales de riesgo de infección de VIH en HSH. Con algunas excepciones, los países latinoamericanos han incluido indicadores de HSH en sus estrategias nacionales de SIDA, pero la alta prevalencia de VIH es un argumento a favor de la necesidad continua de expansión de estos programas, para que queden a la altura del peso relativo del VIH entre los HSH.

La tendencia estable en cuanto a vías de transmisión en América latina y el Caribe habla de la poca efectividad de los programas de prevención en poblaciones con riesgo aumentado. Como característica general se encuentran altas prevalencias de infección entre los HSH.

**2.1.3 Colombia** La Situación de la Epidemia de VIH/SIDA en Colombia refleja que el segmento poblacional más afectado es el de HG (Hombres Gay) y otros HSH.

Según lo descrito hasta aquí, y a partir de la clasificación propuesta por el Banco Mundial, Colombia entraría en la categoría de epidemia concentrada, pues aunque la prevalencia general estimada es de 0.4%, en el estudio de seroprevalencia realizado con Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres en Bogotá se encontró una prevalencia del 18,4%.

El segmento poblacional más afectado por la epidemia de VIH/SIDA en Colombia es el de HG (Hombres Gay) y otros HSH (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres). Un estudio de seroprevalencia de la infección por el VIH realizado por la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA (Ligasida), NMRCD-Lima y el Instituto Nacional de Salud (INS) en 651 HG y HSH de Bogotá, encontró una prevalencia del 18%, es decir, uno de cada seis hombres gay vive con VIH o SIDA. También arrojó como resultado niveles elevados de prácticas sexuales de riesgo sin protección con parejas sexuales y ocasionales, entre otras variables de vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA.

Los más afectados son individuos entre 18 y 49 años (88%), seguidos de mayores de 50 (8,8%) y menores de edad (8%).

En toda Colombia los HSH tienen un 33% más de posibilidades de infectarse de VIH que la población general.



## **2.2 ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES**

**2.2.1 Derechos humanos, sexuales y reproductivos** La salud es un derecho fundamental. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel de salud que le permita vivir dignamente, a gozar de un completo bienestar físico, mental y social, concepto que trasciende al de ausencia de enfermedad. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual, el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos. Dentro de este marco se encuentran los derechos sexuales y reproductivos<sup>5</sup>

**2.2.2 Los derechos sexuales** Están referidos principalmente a la posibilidad de decidir tener o no relaciones sexuales, como, cuando, donde y con quien; a elegir el compañero y/o compañera sexual; a decidir la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreación, comunicación, procreación, placer y/o satisfacción; a decidir y expresar la orientación o preferencia sexual; a elegir el tipo de práctica sexual que se quiere realizar; a disfrutar de la sexualidad libre de miedo y de violencia; al ejercicio de una sexualidad protegida y segura frente a infecciones de transmisión sexual.

---

<sup>5</sup><http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondelVIHSIDA.aspx>

**2.2.2.1 Los derechos reproductivos** Por su parte hacen referencia, entre otros, a la posibilidad de decidir si se quiere o no tener hijos, cuantos, el espaciamiento entre estos y la elección de los métodos anticonceptivos; a recibir tratamiento para ITS y VIH/SIDA, y sobre anticoncepción de emergencia, al libre desarrollo de la personalidad, a elegir el estado civil: Casado/a, Soltero/a, unión libre; a decidir fundar o no una familia; si se está embarazada el derecho a los cuidados y controles médicos necesarios para proteger la vida de la madre y del bebe, de igual manera a no perder el empleo o el estudio a causa del embarazo.

## **2.3 HISTORIA VIH/SIDA**

Los científicos identificaron un tipo de chimpancé en África occidental como la fuente de la infección del VIH en los humanos. El virus muy probablemente pasó de los chimpancés a los humanos que cazaban a estos animales para comer su carne, y al entrar en contacto con la sangre infectada. En el transcurso de varios años el virus se propagó poco a poco por toda África y luego por otras partes del mundo.

El VIH fue identificado por primera vez en Estados Unidos en 1981, cuando varios hombres homosexuales empezaron a enfermarse con un tipo extraño de cáncer. Pasaron varios años antes de que los científicos pudieran crear una prueba para detectar este virus, entender cómo se transmitía el VIH entre las personas, y determinar qué es lo que las personas podrían hacer para protegerse contra el virus.

En el 2008, los *Centers for Disease Control and Prevention* CDC ajustaron sus estimaciones sobre las nuevas infecciones por el VIH en virtud de una nueva tecnología diseñada por la agencia. Antes de contar con esta novedosa tecnología, los CDC calculaban que cada año ocurrían cerca de 40,000 nuevas infecciones por el VIH en Estados Unidos. Los nuevos resultados demuestran que ha habido disminuciones significativas en el número de nuevas infecciones por el

VIH, después de haber alcanzado un pico de aproximadamente 130,000 a mediados de la década de 1980 y de haber disminuido a una cifra cercana a 50,000 a principios de 1990. Los resultados también muestran que las nuevas infecciones aumentaron a finales de 1990 y que a esto siguió una estabilización desde el 2000, con cerca de 55,000 infecciones por año.

Los casos de SIDA empezaron a disminuir considerablemente en 1996, cuando entraron en el mercado nuevos medicamentos. En la actualidad, más personas que nunca están viviendo con el VIH/SIDA. Los CDC calculan que cerca de un millón de personas en Estados Unidos viven con el VIH o el SIDA. Casi la cuarta parte de estas personas no saben que están infectadas, y el no saber que están infectadas las pone a ellas y a otras personas en peligro<sup>6</sup>.

**2.3.1 Definición VIH/SIDA** Es la enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario (de las defensas del organismo), producida por un virus descubierto en 1983 y denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La definen alguna de estas afecciones: ciertas infecciones, procesos tumorales, estados de desnutrición severa o una afectación importante de la inmunidad.

La palabra SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos.

---

<sup>6</sup>Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas UNFPA, Procuraduría General de la Nación. Vigilancia superior a la garantía de los Derechos desde una perspectiva de género con énfasis en mujeres y adolescentes. Bogotá 2006

El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH. Es posible que una persona infectada con el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa aun sin recibir tratamiento. En las personas que tienen el SIDA, el virus ha debilitado su sistema inmunitario a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones. Se considera que alguien tiene SIDA cuando presenta una o más infecciones y un número bajo de células T<sup>7</sup>.

**2.3.2 Vías de transmisión de (VIH)** Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares), la sexual (bien sea homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transparentaría, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después).

Con menor frecuencia se han descrito casos de transmisión del VIH en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa), y en otras circunstancias en donde se puedan poner en contacto, a través de diversos fluidos corporales (sangre, semen u otros), una persona infectada y otra sana; pero la importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico<sup>8</sup>.

## **2.4 HISTORIA DEL TÉRMINO HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH)**

El término hombres que tienen sexo con hombres (HSH, o en inglés MSM) lo acuñaron en la década de 1990 algunos epidemiólogos para estudiar la

---

<sup>7</sup><http://es.wikipedia.org/wiki/Sida>

<sup>8</sup><http://www.aciprensa.com/sida/definicion.htm>

propagación de las infecciones de transmisión sexual en varones que, cualquiera que sea su identidad sexual, tienen relaciones sexuales con varones.

El uso de las siglas HSH se hace frecuente en la literatura médica y en la investigación social para describir a estos hombres, con un grupo de estudios de investigación que no toma en consideración las cuestiones de identidad sexual.

El término había sido acuñado en los debates de salud pública, especialmente en el contexto del VIH/SIDA, desde 1990 o antes, pero la invención de la sigla por parte del grupo de colaboradores de Glick en 1994 "señaló la cristalización de un nuevo concepto." Este concepto de comportamiento proviene de dos perspectivas académicas distintas. En primer lugar, fue perseguido por los epidemiólogos que buscaban categorías de comportamiento que ofrecen mejores conceptos analíticos para el estudio del riesgo de enfermedad de las categorías basadas en la identidad sexual (como "gay", "bisexual", o "heterosexual"), porque el hecho de que un hombre se identifique a sí mismo como gay o como bisexual no quiere decir que necesariamente tenga relaciones sexuales con hombres, y alguien que se identifica como heterosexual podría tener una vida sexual activa con los hombres. En segundo lugar, su uso está ligado a la crítica del término *identidad sexual* prevalente en la literatura de construcción social, que por lo general rechaza el uso de conceptos basados en la identidad a través de contextos culturales e históricos.

El término *hombres que tienen sexo con hombres HSH* no se limita a poblaciones pequeñas, auto-identificadas y visibles. *HSH* y *gays* se refieren a poblaciones diferentes: los comportamientos y las identidades sociales. *HSH* se refiere a las actividades sexuales entre hombres, independientemente de cómo se identifican, mientras que en el término *gay* se pueden incluir esas actividades pero se considera, desde un punto de vista más amplio, como una identidad cultural. La homosexualidad se refiere a la atracción entre personas del mismo sexo biológico,

y puede o no incluir las relaciones románticas. *Gay* es una identidad social y es, por lo general, el término preferido en el ámbito social, mientras que *homosexual* se usa en contextos formales, aunque ambos términos no son necesariamente intercambiables. Los hombres que no son heterosexuales pueden identificarse con cualquiera de ambos términos, con una combinación de estos o con uno de los términos más recientes que indican una identidad sexual similar, romántica y cultural.

En su evaluación de los conocimientos sobre las redes y los comportamientos sexuales de los HSH en Asia, Dowsett, Grierson y McNally llegaron a la conclusión de que la categoría de los HSH no corresponde con una única identidad social en ninguno de los países que estudiaron. No hubo características similares en toda la población HSH que estudiaron, debido a que algunos de ellos no se consideraban gays ni homosexuales, a pesar del hecho de que afirmaron tener relaciones sexuales con otros hombres.

Dado que las personas LGBT comenzaron a organizarse por sus derechos sociales y sus derechos jurídicos, el acceso a la atención sanitaria de igualdad sigue siendo una cuestión importante, pero en ocasiones tiene menor relevancia. Las organizaciones de salud específicas para la comunidad LGBT, entre ellas organizaciones de beneficencia, educan en temas específicos, clínicas de salud, e incluso se han creado organizaciones profesionales para las personas LGBT y sus aliados. Muchos de ellos han abogado por cambios específicos de las diferentes prácticas gubernamentales, y en los esfuerzos en curso para legalizar matrimonios del mismo sexo a menudo se ven ejemplos del hecho de que las personas LGBT no obtienen cobertura de salud idéntica a la que obtienen los heterosexuales.

Desde la literatura médica se comenzó a describir la homosexualidad desde un punto vista que trató de encontrar una psicopatología inherente a las personas que la "padecían". Mucha literatura sobre salud mental que abordaba el tema de los

homosexuales se centraba en su depresión, el abuso de sustancias y el suicidio; Aunque es importante aclarar que estos problemas también existen entre los hombres heterosexuales, la discusión sobre las causas cambió después de que la homosexualidad se eliminó del diagnóstico médico y del *Manual estadístico de los trastornos mentales* (DSM) en 1973. En su lugar, el ostracismo social, la discriminación jurídica, la internalización de los estereotipos negativos y estructuras de apoyo limitado indican factores negativos de los homosexuales en las sociedades occidentales que a menudo afectan la salud mental.

Un estudio en el 2007 informó sobre dos encuestas que se realizaron a la población donde encontraron que "la mayoría de los hombres gays tenían un número similar de parejas sexuales sin protección anualmente como mujeres y hombres heterosexuales". Los HSH tienen dos formas principales de actividad sexual que implican los mayores riesgos, el sexo anal y oral, aunque no todos los HSH participan en estas actividades. También pueden tener mayores riesgos en cualquiera de sus roles sexuales<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup>[http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)

**2.4.1 Definición del termino, Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH)** El término "hombres que tienen sexo con hombres HSH" incluye a todos los varones con diferentes identidades sexuales (homosexual, gay, bisexual, trans-género, travesti, transexual, heterosexual) y contextos socio-culturales, que tienen relaciones sexuales con otros varones. Esta categoría de comportamiento revela una enorme diversidad y heterogeneidad y una compleja interrelación entre identidad sexual, deseo sexual, prácticas y comportamientos sexuales, redes socio-sexuales y roles de género. Si bien su abordaje es dificultoso, reemplaza a la categoría de transmisión homo-bisexualidad que presenta una noción de homogeneidad en su interior y un carácter biomédico que denota desvío de la normalidad.

Hombres que tienen sexo con hombres es una expresión técnica cuya intención es ser menos estigmatizadora que términos más atados a la cultura, como gay, bisexual u homosexual. Describe conductas sexuales con el mismo sexo entre hombres, en lugar de identidades, orientaciones o categorías culturales. Por lo tanto, la expresión HSH incluye gays, hombres bisexuales, HSH que no se identifican como gays o bisexuales a pesar de comportarse como ellos, trabajadores sexuales varones, personas transgénero y una gama de poblaciones HSH específicas de cada cultura y país. Los HSH que pertenecen a estas diversas poblaciones pueden correr riesgos de nivel individual o de nivel de red, y estos grupos pueden tener dinámicas epidémicas de VIH divergentes<sup>10</sup>.

## **2.5 FACTORES DETERMINANTES EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES.**

Las condiciones de vulnerabilidad no están distribuidas de modo uniforme entre los distintos subgrupos que se encuentran bajo la denominación de HSH: los

---

<sup>10</sup>[http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres\\_que\\_tienensexo\\_con\\_hombres](http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres_que_tienensexo_con_hombres)



jóvenes, los bisexuales, los trabajadores sexuales, los trans-géneros y los HSH-UDI (Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres - Usuarios de Drogas Inyectadas), presentan un mayor riesgo de infección en relación al sexo anal sin protección. En los jóvenes intervienen factores como omnipotencia, falta de información y de acceso a los servicios de salud, necesidad de experimentar riesgos y transgredir, baja autoestima, exposición a situaciones de violencia, consumo de sustancias, dificultad en el acceso a los preservativos y clandestinidad de las primeras relaciones sexuales.

Tanto los varones bisexuales como aquellos que no se auto identifican como gays o bisexuales, como es el caso de muchos trabajadores sexuales, están más involucrados en prácticas de sexo no seguro. Esto podría obedecer a que por un lado, tienen una menor percepción de riesgo y por el otro, al no frecuentar lugares de socialización gays (discotecas o bares), no son alcanzados por las campañas de prevención focalizadas a los gays. Con respecto a los varones trans-géneros, en particular las autodenominadas travestis, en general tienen un bajo nivel educativo, experimentan situaciones de discriminación y violencia como un hecho cotidiano, un alto consumo de sustancias (alcohol, cocaína y psicofármacos) y al ser trabajadores sexuales están más expuestos a prácticas sexuales de riesgo ya que se encuentran en desventaja para poder negociar el uso del preservativo con sus clientes.

Los HSH-UDI es otro subgrupo de alto riesgo, al igual que los HSH de minorías raciales o étnicas, si bien en nuestro país no alcanza la magnitud que presentan los países industrializados.

Entre los numerosos factores que están actualmente asociados con un comportamiento sexual de riesgo entre los HSH, merecen destacarse:

Individuales: edad (jóvenes), etnicidad, bajo nivel educativo, bajo ingreso, alto número de compañeros sexuales, altos niveles de actividad sexual, depresión,

soledad, baja autoestima, historia de abuso sexual en la niñez, status de VIH positivo, falla en el uso del condón<sup>11</sup>.

**2.5.1 Conceptos y relaciones sociales de Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres.** El estigma y la discriminación contra los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) han sido bien documentados en todo el mundo. Los desafíos que enfrentan todos los días pueden variar de dificultades personales a los factores de alto nivel tales como la hostilidad de las organizaciones de la sociedad civil, entidades religiosas, el gobierno y hacer cumplir la ley. En muchos casos, la homofobia es perpetuada por las políticas que criminalizan a los HSH o negligencia de sus derechos humanos básicos. El acoso, el rechazo, la violencia y los HSH a muchos activamente de ocultar sus sentimientos y relaciones, negándose a sí mismos el apoyo social que podrían mejorar su salud y calidad de vida.<sup>12</sup>

**2.5.2 La discriminación y el comportamiento de alto riesgo** Los estudios han demostrado que los HSH que sufren discriminación y el acoso son más propensos a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo. La violencia y las amenazas de miembros de la familia y otras fuentes se han relacionado con comportamientos de alto riesgo, tales como el sexo anal sin protección.

En muchas culturas, la presión para casarse y tener hijos también puede causar una presión enorme sobre los hombres gay. Estudios realizados en China han puesto de manifiesto que las expectativas de los roles de género masculino contribuyeron al aumento de los niveles de estigma, que puede estar relacionado

---

<sup>11</sup><http://www.pmsida.gov.ar/sexualidad/sexualidad2.htm>

<sup>12</sup> Proyecto para la provisión del cuidado integral para hombres gay y otros Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C.: OPS, 2010

con mayores tasas de penetración anal sin condón. Cuando los hombres gay sucumben a la presión y entrar en el matrimonio heterosexual, a menudo mantienen relaciones sexuales con parejas masculinas. Esto puede resultar en invisibles redes sexuales, aumentando el riesgo de VIH y lo que hace difícil llegar a ellos con información sobre prevención<sup>13</sup>.

**2.5.3 La salud mental** Un creciente cuerpo de evidencia conecta la discriminación con mala salud mental en los hombres gay. Investigación sobre el estrés ha demostrado que las expectativas de rechazo y hechos reales de la discriminación y la violencia contribuyen a los problemas de salud mental. En los EE.UU., los hombres Gay`s que viven en estados con leyes que discriminan a las parejas del mismo sexo exhiben la desesperación, la preocupación crónica, y la hipervigilancia, respuestas psicológicas comunes a la discriminación percibida. La discriminación social dirigido a estudiantes gay, bisexual y transgénero ha demostrado que conducen a un mayor riesgo de autolesiones, pensamientos suicidas, relaciones sexuales de riesgo y consumo de sustancias<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las américas, implicaciones en programas y políticas, JessieSchutt-Aine, MPH, Matilde Maddaleno, MD, MPH.

<sup>14</sup> <http://www.thebody.com/content/64437/el-estigma-y-los-hsh-una-barrera-a-la-prevencioacu.html>

**2.5.4 El estigma y los cuidados de salud** Las condiciones hostiles empujan a los HSH a esconderse, que les hace extremadamente difícil de alcanzar. Una encuesta reciente de los HSH en países de ingresos bajos y encontró que sólo alrededor de la mitad utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron sexo anal con otro hombre, y menos de un tercio tenía la prueba del VIH en el último año. Dado que los recursos del VIH a menudo se ofrecen en los sitios que proporcionan otros servicios de salud, la homofobia en esta configuración puede hacer que sea especialmente difícil para los HSH para recibir atención. Incluso los trabajadores de la salud que declarar su aceptación de la homosexualidad han sido conocidos por mostrar actitudes homofobias en la prestación de servicios, la violación de las normas de ética y comprometer el cuidado de las minorías sexuales<sup>15</sup>.

En las últimas décadas, muchos gobiernos e instituciones mundiales han hecho hincapié en la atención primaria de salud, pero muchos proveedores de atención primaria carecen todavía de un conocimiento especializado sobre el cuidado de los HSH. Es posible que, intencionalmente o no, la desaprobación expresa, conducir a la basura. Estos comportamientos pueden variar desde los gestos no verbales a los comentarios despectivos o el ridículo. Esto hace que los HSH menos propensos a hablar abiertamente de su sexualidad y tienen más probabilidades de proporcionar historias sexuales inadecuadas.

Un diagnóstico de VIH en sí misma puede conducir a la estigmatización y la discriminación significativa, incluso de los sistemas que proporcionan la atención del VIH. En Vietnam, casi el 100% de las personas con VIH en un estudio reciente se había experimentado alguna forma de discriminación por su condición de VIH. En Sudáfrica, los hombres VIH-positivos de todas las orientaciones sexuales

---

<sup>15</sup> El Estigma y los HSH: Una Barrera a la Prevención De ACRIA y GMHC Invierno de 2010/2011; disponible en The body, the complete HIV resoursettp://www.thebody.com/content/64437/el-estigma-y-los-hsh-una-barrera-a-la-prevencioacu.html

reportaron una considerable angustia emocional y la discriminación. En Tanzania, las personas que viven con el VIH notificadas "insultos, burlas y señalando con el dedo a los infectados y el uso de lenguaje abusivo."<sup>16</sup>

Las causas del estigma contra las personas con VIH son muchas y variadas. La falta de conocimientos sobre el VIH es un factor importante, dando lugar a percepciones erróneas y el miedo de contraer el virus. Las imágenes negativas de las personas con VIH en los medios de comunicación y la vinculación del VIH ilegal con la conducta "inmoral" (incluyendo las relaciones sexuales entre hombres) aumentan el estigma. La creciente tendencia hacia la criminalización de la transmisión del VIH aumenta el estigma. Este estigma se realiza a través de diversas formas de discriminación, incluyendo la pérdida de apoyo familiar y comunitario, la pérdida de la vivienda, y la pérdida de empleo. El aislamiento resultante puede ser devastador. En la India, por ejemplo, un estudio encontró una falta de voluntad para comprar alimentos o de compartir una comida con personas con VIH. El estigma es doble contra de los HSH con VIH, puede dificultar la participación en los esfuerzos de prevención, disminuir la posibilidad de una intervención temprana, y reducir la calidad de vida<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup>programas sobre VIH/sida en el lugar de trabajo una a de accin para gerentes escrita por billrau junio 2007

<sup>17</sup>El Estigma y los HSH: Una Barrera a la Prevención De ACRIA y GMHC Invierno de 2010/2011; disponible en <http://www.thebody.com/content/64437/el-estigma-y-los-hsh-una-barrera-a-la-prevencioacu.html>

**2.5.5 La homofobia** Se estima que los servicios de prevención del VIH llegan a menos de uno de cada 10 HSH a nivel mundial. Un estudio reciente informó que menos de la mitad de los HSH en países de ingresos bajos y medios tienen acceso a la información sobre el VIH. No es de extrañar entonces que los HSH terminan teniendo la mayor parte de la carga de la epidemia en muchos países<sup>18</sup>.

Es importante señalar que esta diferencia en la prevalencia del VIH no es exclusiva de las naciones en desarrollo. El resurgimiento de la epidemia entre los HSH en países de altos ingresos está bien documentado. Según ONUSIDA, las relaciones sexuales entre los HSH representan el modo predominante de transmisión en Australia, América del Norte, y la Unión Europea. El CDC reporta que la tasa de nuevos diagnósticos de VIH entre los HSH en los EE.UU. es más de 44 veces mayor que la de otros hombres<sup>19</sup>.

## **2.6 FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA INFECCIÓN DE VIH**

La OMS ha definido un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

En su nota descriptiva N°345 Agosto de 2011 la OMS describe al VIH como ha afectado esta infección llegando en el 2009 a afectar a la población de 15 a 24 años donde se encontró que aproximadamente el 40% de los casos de

---

<sup>18</sup> Doctor, José Antonio Izazola, director ejecutivo de Sidala: "Estudios sobre la mayor incidencia del SIDA en homosexuales" México D.F, Publicado el 13-09-2001, disponible en <http://pp20013.free.fr/Incidencia.htm>

<sup>19</sup>El Estigma y los HSH: Una Barrera a la Prevención De ACRIA y GMHC Invierno de 2010/2011; disponible en <http://www.thebody.com/content/64437/el-estigma-y-los-hsh-una-barrera-a-la-prevencioacu.html>

infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo pertenecían a este grupo. Cada día se contagian 2400 jóvenes, y a nivel mundial hay más de 5 millones de jóvenes afectados por el VIH/sida. La juventud ha de saber cómo protegerse y debe tener los medios necesarios para ello. Eso incluye preservativos para prevenir la transmisión sexual del virus y agujas y jeringuillas limpias para quienes se inyectan drogas. En la actualidad, entre los jóvenes, solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus.

Dado el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, y el VIH, en especial en la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se ha concluido que la atención primaria en salud sexual es extremadamente importante para mitigar el efecto de VIH.

Después del incremento del VIH en las décadas de los 80 y 90, parece imposible que este escenario se vuelva a repetir en este tiempo pero la estigmatización, el heterosexismo, la negligencia y la discriminación hacia los HSH, continúan incrementando la crisis global. Según el estudio llamado “La provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América latina y el Caribe” realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2009, los HSH tienen un 33% más de posibilidades de infectarse de VIH que la población general.

Como en otras poblaciones humanas la salud de los HSH está relacionada con y afectada por una amplia de factores que se pueden agruparse de manera general. Algunos de estos factores no se pueden modificar como son los biológicos, tales como la herencia, enfermedades existentes, la raza, la identidad sexual, otros

pueden ser modificables tales como la educación, condiciones conducentes la autoprotección y el autocuidado<sup>20</sup>.

Los HSH comparten varios de los determinantes de salud de la población masculina, sin embargo algunos de los factores específicos son más relevantes para la salud de los HSH, tales como políticas públicas homonegativas, valores sociales fuertemente arraigados, discriminación, acoso escolar y hostigamientos en lugares públicos y la homofobia<sup>21</sup>

En este contexto durante la atención de seguimiento, es necesario alentar a los HSH a tratar temas como nutrición, vacunas, seguridad personal, prevención de ITS, detección de condiciones crónicas y a llevar una vida emocionalmente equilibrada.

El centro de control y la prevención de enfermedades CDC de Estados Unidos señala un amplio espectro de riesgos y barreras y de protección para la prevención tales como:

---

<sup>20</sup> UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL SOBRE LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y POLÍTICA DEL VIH INVIERNO 2011 Previendo el VIH: Nuevas Herramientas, Nuevas Esperanzas por Kalibala Sam Littlefield MD, Sarah, MPH y Robert Valadéz, MSW

<sup>21</sup>Organización Panamericana de la Salud. Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. 2009



**2.6.1 Factores de riesgos sexuales.** Estos factores explican la mayoría de las infecciones de VIH en HSH; incluyen entre otros, el sexo sin protección, en especial el sexo anal sin condón que sigue siendo una amenaza significativa para la salud de los HSH, infecciones de transmisión sexual, múltiples parejas sexuales. Estas prácticas deben ser intervenidas de manera oportuna en los programas de salud sexual y reproductiva diseñados para la población HSH.

**2.6.2 Estado serológico desconocido frente al VIH** Aproximadamente el 25% de las personas que están infectadas en los Estados Unidos no lo saben, esto se comprobó con el informe que entrego el CDC, donde encontraron que un 25% de los HSH encuestados estaban infectados y el 48% de estos no eran conscientes de su realidad.<sup>22</sup>

De igual manera en estudios recientes realizados por el CDC sobre los jóvenes HSH, el 77% de los que resultaron positivos para el VIH, creían que no lo eran. De los que dieron positivo la mayoría 74% había dado negativo en pruebas anteriores, y el 59% tenían la sensación de riesgo bajo o muy bajo.

Además la investigación demostró que muchas personas que se enteran que están infectadas, cambian su comportamiento para reducir el riesgo de transmitir el virus.

---

<sup>22</sup>Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES), Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH),2007

**2.6.3 Consumo de sustancias** El uso de sustancias tales como el alcohol y las drogas es uno de los factores prevalentes asociados a los factores de riesgo de infección. El consumo de sustancias alucinógenas puede aumentar el riesgo porque crea comportamientos sexuales de riesgo bajo sus efectos y compartir agujas o equipo.

**2.6.4 La complacencia con el riesgo** Existe evidencia de una intra valoración del riesgo de la dificultad en mantener prácticas de sexo más seguro y de las necesidades de apoyar los esfuerzos de prevención en todos los HSH.

**2.6.5 HSH-positivos** Aunque muchos HSH reducen sus conductas de riesgo después de saber que tienen VIH, la mayoría siguen siendo sexualmente activos, aunque la mayoría del HSH son conscientes de su responsabilidad personal de proteger a otros del VIH, algunos tienen conductas sexuales de riesgo para con su pareja.

**2.6.6 Discriminación social y aspectos culturales** Los factores sociales y económicos incluidos el racismo la homofobia, la pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud pueden incrementar la posibilidad de la infección en los HSH y ser un obstáculo para la prevención de VIH.

Entre los factores de riesgo que afecta el incremento del VIH en la comunidad HSH no se puede olvidar que existes diversos y distintos factores de riesgo y vulnerabilidad que hacen que este grupo sea más susceptible para contraer el VIH.

En el estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)<sup>23</sup> donde el objetivo fue conocer la situación, prácticas y representaciones de los hombres que

---

<sup>23</sup>Sara Barrón López , Micaela Libson y Renata Hiller ; Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH);2007

tienen sexo con hombres (HSH) en Argentina, fundamentalmente en relación con el VIH/sida, se observó que la prevalencia del VIH en HSH, se debía analizar también el todo el contexto social y considerar las condiciones culturales, sociales y económicas para comprender la diseminación de la epidemia en esta población. La vulnerabilidad social se asocia con factores estructurales como la discriminación y estigmatización de la homosexualidad y el travestismo, los contextos de pobreza, el limitado acceso a la información y servicios de salud, y la exposición a situaciones de prostitución. Además los HSH resultan de una categoría compleja y heterogénea de vulnerabilidad, que involucra tanto a varones Gay`s y bisexuales como a otros que no se identifican con una orientación homosexual y practican frecuente u ocasionalmente sexo con otros hombres.

**2.6.7 Información y creencias sobre medios de transmisión y protección del VIH/SIDA** Se pudo observar que la mayor parte de los HSH, han recibido información sobre el VIH a través de la televisión y de los funcionarios de los servicios de salud. La mayor parte el 77% piensa que se reduce el contagio del VIH cuando se utiliza condón para las relaciones sexuales, mientras que el 51% piensa que el sexo anal no hace que el riesgo de infección aumente. Otro factor que se evalúa es poseer una pareja estable, lo cual se ha visto que la monogamia es un factor protector en la transmisión del VIH.

Otro aspecto que se evalúa es el conocimiento que tienen sobre la manera como se transmite el VIH, en el cual se encontró que la mayoría piensa que es cuando se comparte agujas, al igual que tener relaciones sexuales, por otro lado el 44% de las personas que respondieron también tienen conocimiento de los riesgos que hay en las transfusiones. Sobre los factores de protección para evitar el VIH la mayoría de los encuestados, el 96%, contestó que con preservativo.

### **2.6.8 Percepciones en relación con las personas que viven con VIH/SIDA**

Dentro del mismo estudio, la mayoría de personas que viven con personas con VIH no demuestran temor a compartir o convivir con ellos, esto lleva a concluir que hay aceptación por el enfermo y que se toman las precauciones para evitar el contagio.

**2.6.9 Actividad sexual** Con respecto a esto se evaluaron varios aspectos entre los cuales están:

Las prácticas de cuidado: se evaluaron dos aspectos principales sobre estas prácticas que podrían ser determinantes en la infección del VIH, en primer lugar el tener una pareja estable que hace que los HSH tengan menos posibilidades de contraer la enfermedad, en segundo lugar el uso de preservativos en las relaciones sexuales.

En otro estudio se encuentra que la epidemia del VIH en la Subregión andina está concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres (prevalencias entre 10% y 20%) y trabajadores/as sexuales (prevalencias entre 0.5% y 4.4%, aunque éstas se incrementan cuando se trata de trabajadores sexuales masculinos), mientras que en la población general está por debajo del 0.6% en todos los países (entre 0.1% y 0.5% en embarazadas de 15 a 24 años de edad)<sup>24</sup>

Según el Estudio de prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres, la estimación señala que un 21.1% de los hombres que tienen sexo con hombres y que constituyeron la población objetivo del estudio vive con VIH, que superaron ampliamente las proyecciones realizadas cuando se inicio la investigación a partir de resultados obtenidos previamente en HSH consultantes de ITS, que indicaban una prevalencia de VIH de 11.9% en el año 1997. Esta

---

<sup>24</sup>Análisis de la Situación del VIH y su Respuesta en la Subregión Andina". Documento de Trabajo, Comisión Técnica Subregional de VIH/SIDA. Marzo 2009.

situación puede estar vinculada al impacto que la expansión del acceso a tratamiento antirretroviral puede tener en la prevalencia de VIH, ya que el aumento de la sobrevivencia de quienes viven con el virus y el descenso sostenido de la tasa de mortalidad por SIDA, pueden generar una acumulación de personas viviendo con VIH.<sup>25</sup>

De igual manera pueden identificarse tres factores en el mismo estudio en los que si se presentan diferencias estadísticamente significativas.

- El primero de ellos es la edad, donde se evidencia una mayor prevalencia de VIH en los grupos de mayor edad, llegando a sus valores máximos en quienes tienen más de 30 años (55.6% entre los 31 y los 40; y 50.8% en los mayores de 40 años).
- En segunda instancia se constata una prevalencia de VIH más alta en aquellos HSH que declaran estar conviviendo con su pareja (35.9%), lo que también podría estar vinculado a la variable edad, ya que es sabido que a mayor edad hay una mayor tendencia a tener pareja estable y convivir con ella, por la situación laboral, económica y de estabilidad emocional. A causa del tamaño muestra en el grupo de más edad, esta interpretación no fue concluyente, para lo cual se requieren nuevas mediciones para hacer un análisis más detallado de este resultado y la relación de estas dos variables.
- En tercer lugar, las opiniones de rechazo al condón también resultan significativas, ya que quienes tienen un alto puntaje en el índice creado para medir

---

<sup>25</sup>CHIPREV ; Estudio de prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres; Informe final del estudio;2009

las opiniones de rechazo al uso de condón, presentan mayor prevalencia de VIH (55.8%) que aquellos HSH que denotan un bajo rechazo<sup>26</sup>.

Otro aspecto que se analizó, aunque no se registraron diferencias significativas, se refiere a que el hecho de conocer la condición de vivir con VIH puede estar incidiendo en la implementación de prácticas preventivas, situación que también se observa respecto a la participación en organizaciones sociales ligadas al tema de VIH/SIDA y/o población HSH (que alcanzó un nivel cercano a la significancia). Esto podría contribuir a explicar la mayor prevalencia de VIH en los grupos que declaran más conductas preventivas y participación en organizaciones sociales. Esta hipótesis sería plausible si se pudiese analizar separadamente a quienes conocían su serología positiva con anterioridad al estudio, lo que no resulta factible debido al tamaño de la muestra.

Como se puede observar son múltiples y variados los factores de riesgo que pueden llevar a la infección por VIH, ya que según los estudios realizados dependen en su mayoría del autocuidado que puedan tener los HSH, en su vida sexual y la responsabilidad en el manejo de elementos punzantes como el compartir las agujas en los casos de drogas.

Tomando ciertos comportamientos que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH. Se puede observar que los principales factores de riesgo en el contagio directo de la enfermedad son:

- Practicar coito anal sin protección.

---

<sup>26</sup>CHIPREV ; Estudio de prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres; Informe final del estudio;2009

- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, blenorragia o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas o jeringas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.

Por otro lado los factores sociales son determinantes en el contagio de la enfermedad tales como la homofobia, la falta de recursos económicos, la edad, la falta de conocimientos sobre el VIH, el convivir con un portador y no tomar las medida preventivas y no hacerse la prueba debido al temor de resultar positivo son los factores determinantes en la epidemia que ataca principalmente a los HSH.

## **2.7 FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD - MODELO DE LALONDE**

Las acciones de Promoción de Salud, Educación para la Salud y Prevención de las enfermedades no son recientes, a través del movimiento de la Salud Mundial aparecen varios autores que de una u otra manera mencionan la realización de acciones para preservar y mantener la salud; en los últimos años ha ocurrido una revolución en la revitalización de los aspectos conceptuales que ha generado discusiones en relación con el alcance de estos términos

Esto no es casual, el desarrollo alcanzado en los conceptos de salud, determinante de salud, situación, perfil, estado de salud, balance y potencial de salud y el enfoque de la Salud Pública como una actividad gubernamental y social

de carácter multidisciplinario que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad ha desempeñado un papel preponderante.

Marcó pautas el conocido informe gubernamental “Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses”, pronunciado en 1974 por Marc Lalonde, Ministro de Canadá donde se hace un análisis de las causas y los factores de riesgo fundamentales de morbilidad y mortalidad y la evaluación de cómo afectan esos elementos el nivel de salud.

Los determinantes de la salud son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974 cuando el ministro de sanidad de Canadá MarckLalonde analizó los determinantes de salud, creó un modelo de salud pública.

Existen tres perspectivas teóricas para explicar el origen de las desigualdades en salud entre los grupos sociales<sup>27</sup>, ellas son:

- Perspectiva teórica psico-social: establece que la auto-percepción que las personas tienen del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud.
- Producción social de la enfermedad: Sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales les acarrea falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad.
- Ecosocial: Reúne elementos de las anteriores. Se entiende que cada nivel de organización social y biológica constituye un eco-sistema que

---

<sup>27</sup>Álvarez LE, Los determinantes sociales de las inequidades en salud y nutrición. Memorias 12 Simposio Nacional de Nutrición Humana. Medellín: Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia; 2008



actúa como un todo y condiciona la situación de salud. Mediante esta teoría se establece que los individuos “encarnan” o expresan en su cuerpo aspectos del contexto en el que viven o trabajan.

Para este proyecto se tomara como base la teoría expuesta por Lalonde sobre los determinantes de la salud que influyen en la infección por VIH/SIDA en los HSH.

Los determinantes de la salud según Lalonde son:

**2.7.1 Biología humana** Se estudia factores como la genética y el envejecimiento, se especifica que esta sería una variable no modificable, sin embargo estudios más recientes y posteriores ediciones del mismo, indican que, considerando aspectos como la manipulación genética, la inseminación artificial y al evolución tecnología, esta variable se ha tornado poco a poco en modificable y de gran ayuda por ejemplo para la prevención de enfermedades hereditarias.

**2.7.2 Medio ambiente** En esta variable modificable, se analiza principalmente la contaminación ambiental (del aire, suelo, agua y ambiente psicosocial y sociocultural), por factores biológicos como virus, bacterias, parásitos u hongos, factores físicos como ruidos, radiaciones y desechos, factores químicos y factores psico-socio-culturales como dependencia, violencia o promiscuidad, estrés.

Al medio ambiente se le concede gran importancia, relacionado con lo socio cultural que tiene que ver con las tradiciones, costumbres, creencias que son factores de riesgo que inciden en la propagación del VIH, ya que mucho de ellos se interiorizan y hace que las personas se sientan siempre en riesgo bajo de contraer la enfermedad.

**2.7.3 Estilos de vida** Este va relacionado directamente con las conductas de salud, como el consumo de drogas, la falta de ejercicio, situaciones de estrés, consumo excesivo de grasas, promiscuidad, conducción peligrosa, hábitos insanos o no cumplir recomendaciones terapéuticas.

Debemos tener presente que el estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera de conducta y de motivación del ser humano, y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de fumar, la conducta sexual desprotegida y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas.

Aquí es donde se ubican los principales factores de riesgo que hacen que la infección por VIH haya seguido propagándose en especial los HSH, que es una de las poblaciones más vulnerables, se hace un énfasis en que todas estas conductas puede ser modificables y prevenir la transmisión.

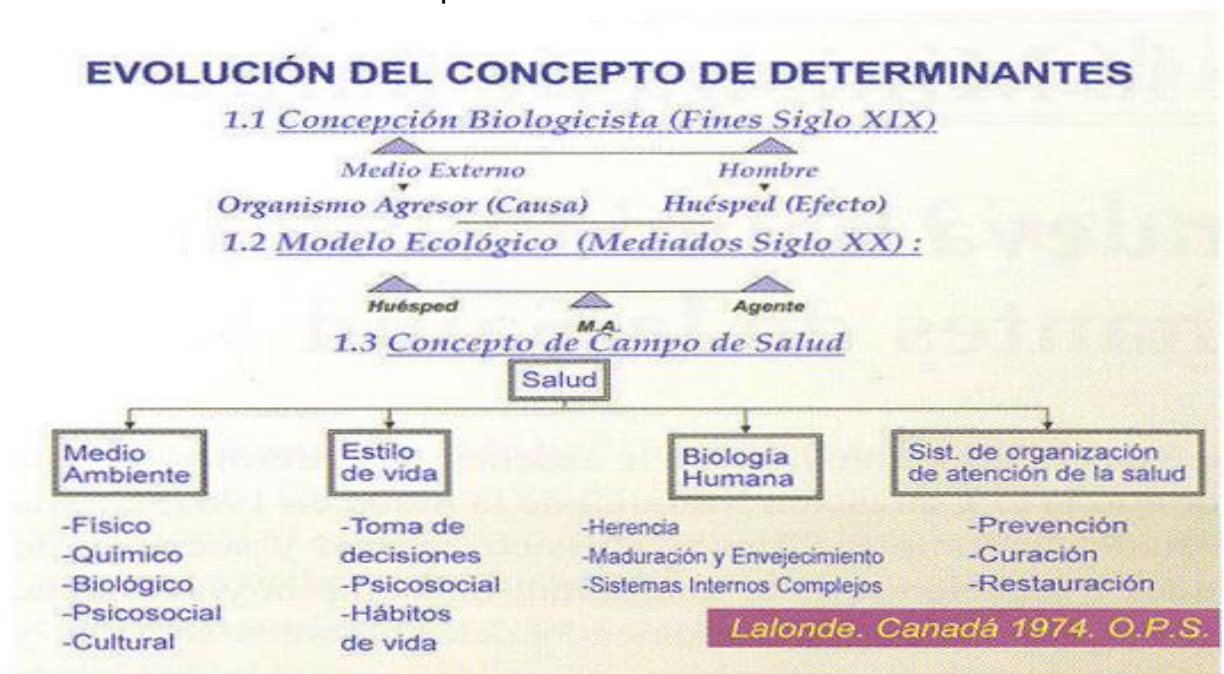
El estudio de las conductas de los individuos frente a los riesgos que se plantean en este modelo hace que se tome como guía en el desarrollo del proyecto, ya que este va enfocado a determinar los factores de riesgo para infectarse de VIH en los

HSH, y no en la enfermedad, el tratamiento y la mortalidad que afecta este grupo vulnerable

**2.7.4 Sistema de asistencia sanitaria** Aquí se incluye la calidad, cobertura, acceso y gratuidad del sistema.

En cuanto al comportamiento de los servicios de salud como uno de los determinantes existen la promoción y prevención que ofrecen los servicios de salud a la población, pero debido a la asignación de los recursos de salud y a que el mayor porcentaje de estos se asigna al tratamiento, hace que las personas HSH, no les llegue este servicio de promoción y prevención efectivamente para detener esta infección.

Grafica 1. Evolución del concepto de determinantes



En el marco socio-normativo del estado-mercado nace el Programa de Prevención del VIH/SIDA en el año 1990 determinado por el modelo económico liberal; en

este período, la OMS consideró al VIH/SIDA como una pandemia Mundial. Más tarde en el año 2005, creó una comisión sobre determinantes, para restablecer la visión de Alma-Ata como base del desarrollo del sistema de salud en el siglo XXI.

Como se puede observar dentro del modelo de Lalonde para la prevención se debe identificar los factores de riesgo, objeto de nuestro estudio, a los que están expuestos los HSH. Además no permite conocer la existencia de un grupo de variables psicosociales que influyen en las conductas de salud y que determinan ciertos comportamientos entre ellas podemos citar: aspectos sociales de connotación personal: variables sociodemográficas como la edad, sexo, ocupación, nivel educacional. Es conocido que la edad traza diferencias en las percepciones, creencias, costumbres.

Por otro lado las actitudes y prejuicios, los estereotipos, los valores que se tengan sobre la sexualidad, los criterios sobre las relaciones de parejas que se han conformado en el proceso de socialización de las personas definirán sus conductas y comportamientos como determinantes en contagio por el VIH.

Otro aspecto que se toma en este modelo y que es importante es la representación social de la enfermedad, entendida como categoría de percepciones, representaciones, creencias, valores, actitudes compartidas por un determinado grupo social o vulnerable, en este caso los HSH objeto del estudio del proyecto.

El nivel de información que se tiene sobre las medidas básicas para evitar las ITS y el VIH, cuando no es correcta puede ser un obstáculo para la opción de comportamientos sin riesgo; sin embargo debemos aclarar que la información aunque necesaria no es suficiente para la opción de determinados comportamientos. Muchas personas bien informadas con niveles óptimos de conocimientos asumen conductas de riesgo.

Otra variable que mediatiza la adopción de conductas saludables es la percepción de severidad que tienen las personas con respecto a una enfermedad. Es decir mientras más amenazante y severa una persona percibe a una enfermedad, ésta tendría una mayor disposición de adoptar las medidas para prevenirlas. Entonces si una persona no percibe al SIDA como una enfermedad mortal, que compromete la vida de las personas, existiría una disposición menos aceptable a la opción de una conducta protectora para evitar la dolencia.

La percepción del riesgo, que tengan los HSH, entendida como la vulnerabilidad percibida por la persona de considerarse en riesgo o no de enfermarse, es otro de los factores de riesgo psicosocial que influye pero no determina la opción de conductas saludables.

Además de se debe observar que factores como la autoestima, autovaloración, percepción de autoeficacia, motivación y sentido de la vida entre otros aspectos conforman y mediatizan las conductas de salud.

Las actitudes, disposiciones, hábitos, habilidades, toma de decisiones son otras variables importantes.

El modelo de Lalonde explica que el conjunto de aspectos macro y micro sociales como son: las características del medio social, las modificaciones situacionales, la motivación social, presión grupal, normas sociales y las personalidades como modelos ( las personas no solo aprenden de su propia experiencia sino también de lo que observan de las conductas de las otras personas ), factores institucionales, económicos, las particularidades de los mensajes de salud, las desinformaciones generalizadas por el público, influyen en la adopción de conductas saludables.

Ninguna de estas variables por sí sola no es suficiente para que determinen o expliquen el ¿por qué? de ciertas conductas.

Un análisis funcional de la conducta establece que los comportamientos menos saludables o de riesgo, suponen casi siempre y de forma inmediata una consecución de placer o liberación de tensión. En cambio las consecuencias negativas de estos comportamientos son solo poco probables y además a largo plazo como el VIH.

Se debe notar que ante esta situación la intervención más aceptable sería la de proporcionarle al individuo alternativas conductuales, observando los determinantes que puedan afectar la salud de los individuos de este grupo vulnerable, y que no nieguen el placer y que solo requiere de habilidades y el desarrollo de recursos psicológicos individuales (hablamos de sexo más seguro, sexo protegido).

La sexualización de los medios de comunicación social, que hacen parte de los determinantes del medio ambiente que nos rodea, constituye un obstáculo más. Hoy en día existe una contraposición entre lo que apelan muchos productos comunicacionales (videos clips, películas, telenovelas y otros ) sexo, erotismo y los objetivos o metas de programas preventivos, (disminuir la edad de inicio de las relaciones sexuales o el uso del condón, evitar el cambio frecuente de pareja) etc.

Como se puede observar el modelo de Lalonde se escogió porque está enfocado a la promoción y prevención y a la identificación de los factores que determinan la salud de los individuos y los obstáculos para la prevención, lo cual nos permite establecer pautas e identificar los factores de riesgo dentro de este grupo vulnerable HSH, que pueden servir para evitar el contagio por el VIH.

### 3 ESTADO DEL ARTE

Comprendiendo la importancia del estado del arte como instrumento fundamental de un trabajo de investigación, mediante la revisión documental integrativa de estudios científicos nacionales e internacionales, que permitan mostrar información de tipo retrospectivo y las tendencias del fenómeno a investigar para poder desarrollar un conocimiento crítico acerca del nivel de comprensión del tema. En el presente trabajo de investigación se ha revisado diversas fuentes bibliográficas que abordan el tema VIH/SIDA en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las cuales fueron analizadas, interpretadas y clasificadas de acuerdo a la importancia, teniendo en cuenta las características socio demográficas, factores de riesgo y la frecuencia y prevalencia del evento a investigar.

La infección por VIH/SIDA continúa siendo un reto para la salud pública en términos de su prevención y control, la prevalencia de esta enfermedad en la población de hombres que tienen sexo con hombres ha motivado diversos estudios a nivel mundial.

Un tema ampliamente estudiado tiene que ver con las características sociodemográficas de los hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres que favorecen su transmisión.

En el estudio denominado **INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN LUGARES DE INTERACCIÓN SOCIAL DE HOMBRES QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES**, realizado por Isabel Hurtado e Ignacio Alastruec, en la ciudad de Valencia España, identifica lugares donde esta población habitualmente tienen relaciones sexuales sin la utilización del preservativo “condón” además de conductas de riesgo como el sexo oral , estos sitios de reunión fueron saunas y pisos o apartamentos. El objetivo de la

intervención fue identificar características sociodemográficas, conductas de riesgo e incidencia a través de la realización la prueba rápida para el VIH y la sífilis.

La intervención se llevó a cabo entre enero y junio de 2008, a una población de 500 hombres de los cuales se le realizó la intervención a 171. Durante este tiempo se visitaron 1 o 2 veces por semana 3 saunas de Valencia. Se visitaron también 4 pisos de Valencia donde se ejerce la prostitución masculina. Estos pisos funcionan bajo la supervisión de un gerente, y los jóvenes permanecen en él durante 3 semanas o un mes, momento en que normalmente se desplazan a otro piso o apartamento de características similares en otra ciudad española o europea.

La intervención se efectuó en 171, y de ellos el 75% fueron captados en las saunas. Entre los sujetos de las saunas, el 37% nunca se había realizado 1 prueba, y es destacable que 1 de cada 4 hombres de los pisos tampoco se había efectuado ninguna prueba.

En cuanto a las características sociodemográficas de los sujetos, en las saunas el 35% tienen estudios superiores, el 76% son españoles y el 68% tienen entre 25 y 45 años de edad. En los pisos, el 73% tienen estudios secundarios, el 66% son brasileños y sólo el 9% españoles, y el 62% tienen menos de 25 años. Preguntados por el motivo para efectuarse la prueba, una tercera parte lo hacen por realizar prácticas sexuales sin condón o por haber experimentado alguna rotura de éste, siendo este porcentaje del 52% para los chicos que ejercen la prostitución.

La prevalencia del VIH encontrada fue del 1,6% en las saunas y del 11% en los pisos; de éstos, 6 eran inmigrantes procedentes de América del Sur, mayoritariamente de Brasil. Para la sífilis los porcentajes fueron del 5 y el 2,3% en las saunas y los pisos, respectivamente.



Por las características sociodemográficas se observa que los sujetos que ejercen la prostitución son diferentes a los que acuden a las saunas. La prevalencia de VIH observada entre los HSH que ejercen la prostitución es más elevada que la hallada en las saunas. Por el contrario, la prevalencia de sífilis es más alta entre los usuarios de saunas. Esta diferencia puede deberse a las diferentes prácticas sexuales que se realizan en estos locales, pues en las saunas es más habitual practicar sexo oral, que tiene una mayor probabilidad de transmisión de la sífilis.

Otro estudio denominado **INCIDENCIA DEL DEBUT CLÍNICO DE VIH/SIDA EN MATANZAS. 1996-2008, EN EL HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE JOSÉ R. LÓPEZ TABRANE. MATANZAS**, realizado por el Dr. Ihosvany Ruiz Hernández y Dr. Yosvany Jiménez Ventosa. En el cual se estudiaron 58 pacientes por medio de variables sociodemográficas y clínico-inmunológicas, para estimar la magnitud del debut clínico de VIH/sida en Matanzas, y caracterizar a estos pacientes en cuanto a factores asociados de manera potencial.

Es importante referirnos al manejo que el gobierno de Cuba ha implementado para manejar el control de la infección, desde el primer caso de VIH detectado en 1985, Cuando coloca en práctica un programa nacional de monitoreo y manejo de la epidemia. Su base inicial fueron las estrategias de control y contención de enfermedades infecciosas que posteriormente se ampliaron para incluir labores intersectoriales de educación, prevención y tratamiento. Ese enfoque ha hecho que se registre una tasa de prevalencia del 0,1 %, la más baja de las Américas. La tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas con el SIDA, que es de 1,0 por cada 100 000 habitantes, es igualmente baja. La transmisión de madre a hijo y la infección a través de la sangre y los hemoderivados son también extraordinariamente reducidas, donde la principal vía de transmisión son las relaciones sexuales en un 99 %.

En el estudio participan 58 pacientes VIH diagnosticado y clasificado como debut clínico/SIDA, en la provincia de Matanzas, en el período comprendido desde el 1 de enero de 1996 hasta el 31 de diciembre de 2008.

Las características sociodemográficas de los pacientes con debut clínico VIH/sida que se estudiaron fueron las siguientes: Edad 10-19 años representando el 1,7 %, de 20-29 años representando el 32,8 %, de 30-39 años representando el 29,3 %, 40-49 años representando el 20,7 %, más de 55 años representando el 15,5 %. También se estudió el sexo de la muestra el 86% Masculino y el 13,8% para el femenino. Según el color de piel el 77.6% eran blancos, 13.8% negros, y el 8.6% mestizos.

Este estudio entrega unos resultados en el cual la población del sexo masculino representa una prevalencia de 86,2% comparado con las mujeres en 13,8% respectivamente, además de la población masculina el 84 % de los diagnosticados como seropositivos son HSH.

Este fenómeno observado fundamentalmente en hombres, se observa en múltiples estudios a nivel mundial ya que las mujeres hacen mejor uso de los sistemas de salud, aprovechando la existencia de muchos programas dirigidos a ellas, además de las pesquisa activas de infección por VIH durante el embarazo. Sin embargo, varios estudios reportan un resurgir de las infecciones entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, debido a la pérdida de la percepción de riesgo entre ellos.

A nivel de prevalencia el estudio denominado **PANORÁMICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN CUBA, 1986-2007 realizada por:** Dr. Osvaldo Miranda GómezI; Dra. Ana Teresa Fariñas Reinosoll; Dra. GiseleCoutínMarielll; Dra. Marilyn Nápoles Pérez; Dr. Héctor Lara Fernández; Dr. Luis E. Bueno Marrero VI; Donde se realizó un estudio donde el universo estuvo constituido por todos los

diagnósticos de personas de nacionalidad cubana infectadas por el VIH desde 1986 hasta 2007. La información fue obtenida de la base de datos de VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública. La mayor parte de los diagnosticados como positivos al VIH son homobisexuales. Las cifras de Latinoamérica y el Caribe están cercanas a los 2 millones de personas contagiadas con el VIH; la pandemia está arrebatando a los países los recursos y capacidades de los que depende la seguridad y desarrollo humano. Las mejores proyecciones indican que entre el año 2002 y el 2010 aproximadamente 45 millones de personas contraerán el VIH.

El presente trabajo de investigación **EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIH Y DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN VARONES HOMO/BISEXUALES** desarrollado por: Cinta Folcha/ Jordi Casabona a / Rafa Muñoz a,b/ Kati Zaragozá a Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT), Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España; b Stop Sida. Coordinadora Gai-Lesbiana de Catalunya, Barcelona, España. Establece las tendencias de la prevalencia de infección por VIH, Las conductas de riesgo asociadas con su transmisión y el conocimiento y las actitudes respecto a los antirretrovirales (ARV) en el colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) seleccionados en Barcelona durante el período 1995-2002. La prevalencia de la infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana VIH se mantuvo constante de un 14,2% en 1995 a un 18,3% en 2002. Se observó una tendencia creciente en el porcentaje de HSH que tuvieron > 10 contactos sexuales en el último año (del 45,2% en 1995 al 55,7% en 2002. Se sigue manteniendo una elevada prevalencia de VIH y de conductas de riesgo en los HSH en Barcelona.

El estudio **INVISIBLE Y EXCLUIDO: LA INFECCIÓN VIH/SIDA ENTRE HOMBRES QUE TIENE SEXO CON HOMBRES (HSH) EN AMÉRICA LATINA 2004** realizado por John Harold Estrada Montoya. Odontólogo, Magíster en Educación Comunitaria, Magíster en Salud Pública, Profesor Asociado

Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia y candidato a Doctor en Salud Pública de la misma Universidad. Establece que América Latina presenta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de los Estados Unidos de América. La prevalencia de la infección por el VIH en HSH en algunas ciudades de América Latina y Centroamérica oscilan entre el 5% y el 40%, valores muy por encima del observado en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, lo cual permite afirmar que en muchos de nuestros países la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. La transmisión sexual del VIH entre hombres tiene características muy particulares, ligadas a prácticas sexuales específicas como la penetración anal y el sexo oral y la diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas, que determinan las condiciones en que se realizan dichas prácticas. Esto pone de presente que los riesgos específicos de los HSH exigen políticas de prevención específicas para esta población. Una estrategia de intervención en HSH deberá estar constituida por un discurso que promueva el respeto y la equidad de género, revalorice la sexualidad y permita la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones sexuales.

**EN EL ESTUDIO CAMBIOS EN LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN MANILA, FILIPINAS REALIZADO EN EL AÑO 2005** tiene como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo para la infección por VIH entre los HSH en Manila.

En primera instancia se debe hacer alusión a la población HSH, muchos de estos hombres son un ejemplo obvio de enajenación ya que no son responsable por su salud, debido a esto se conocen hoy un sin número de patologías que se pueden relacionar con la enajenación a nivel individual y que termina comprometiendo a los que lo rodean, más específicamente a su pareja sexual.

La salud es un valor social que tiene relación con la calidad de la existencia humana; depende de las condiciones sociales existentes, de las valoraciones acerca de la misma, de sus conocimientos, costumbres, hábitos, condiciones de vida entre otros; en el estudio citado se hace evidente esta enajenación, ya que según como se concluyen los autores uno de los principales factores de riesgos está asociado con tener relaciones sexuales ocasionales sin protección con un extraño, el porcentaje real de la muestra es significativo, lo que demuestra que dentro de los HSH, es común el mantener relaciones sexuales ocasionales y sin protección, esto seguramente, surge a partir de otros factores de riesgo, incluidos en el estudio como lo son el consumo de alcohol y drogas, conductas propias del lugar donde se llevó a cabo la recolección los datos.

Los investigadores tomaron una muestra de los bares de Manila frecuentado por clientes de los HSH, estos lugares representan un buen lugar ya que como se sabe, los HSH no son una población visible a la sociedad, por el contrario son poco reconocidos y pocos reconocen su condición sexual, desde este punto de vista el recolectar información dentro de un lugar como los bares cobra importancia, y permite evidenciar la vulnerabilidad social de los HSH lo que hace que aumente la probabilidad de padecer VIH.

Otra de las conclusiones relevantes para el estudio y que está directamente relacionado con las relaciones sexuales ocasionales, es el desconocimiento del padecimiento del VIH, pues de las muestras tomadas, 40 dieron positivo, lo que quiere decir que muchos de los HSH estudiados poseía el virus y no lo sabían, lo que aumentaría el nivel de infección, ya que no usan protección alguna durante el encuentro sexual, esto se traduce como que para un HSH resulta más probable que alguna de sus parejas sexuales sea una persona viviendo con el VIH dada la elevada incidencia del mismo en esta población y de tener un comportamiento

desprotegido la probabilidad de adquirir VIH es mayor que una persona exclusivamente heterosexual.

La comunidad estudiada tiene un oficio en común, en este caso específico los HSH se desempeñan como agentes de call center, esto puede suponer que tiene un nivel mínimo de estudios, lo que podría identificar que no desconocen del todo los métodos de protección y las practicas seguras para evitar un contagio, es por eso que se puede concluir que el solo hecho de poseer información no es suficiente para la adopción de determinados comportamientos. Muchas personas bien informadas con niveles óptimos de conocimientos asumen conductas de riesgo.

Es por eso entonces que podemos interpretar aumento de la infección por VIH entre los HSH en las Filipinas, como producto de las prácticas sexuales ocasionales y sin protección, influenciadas por el alcohol y las drogas, además se presenta en particular una condición determinante en estas personas y es el inicio de la vida sexual a temprana edad.

Analizando los diversos trabajos de investigación se puede observar la prevalencia en la población de HSH la cual acarrear una carga de VIH alta y desproporcionada. Los sistemas nacionales de vigilancia deberían considerar esta alta carga de enfermedad e incluir a los HSH en los países donde en la actualidad se los excluye. Un sistema de vigilancia metodológicamente irreprochable puede ayudar a determinar y demostrar la necesidad de gasto en prevención del VIH dirigido a poblaciones-blancas específicas por parte de las agencias de financiamiento nacional, regional e internacional.

La investigación resaltada y profundizada puede también dar forma al diseño de estrategias de prevención, y antes o después servirá para evaluar estos programas de prevención después de su inicio.

La meta de estos programas es reducir la transmisión de VIH entre hombres promoviendo siempre el uso del condón en las relaciones sexuales ya sea con la pareja estable o en relaciones ocasionales. Se sabe ya que estas estrategias de prevención pueden dar resultado. Una reciente revisión sistemática y meta-análisis de 38 estudios experimentales y observacionales que incluyó 16.224 hombres demostró que, en comparación con los grupos de control donde no hubo intervenciones, los grupos bajo estudio redujeron el coito anal sin protección en un 27% <sup>28, 29</sup>. En otros 16 estudios adicionales donde se aplicaron a los HSH estrategias de prevención específicas para población blanco, los grupos bajo estudio redujeron el coito anal sin protección en 17%, comparados con los HSH a los que se aplicaron medidas de prevención de VIH estándares.

Las estrategias de prevención tienden a funcionar mejor cuando se las enfoca a blancos de nivel comunitarios, y no a riesgos individuales. Estas estrategias funcionaron igualmente bien con independencia de la proporción de minorías incluidas. A nivel mundial, sólo del 5 al 10% de los HSH tienen acceso a programas como éstos, y la mayoría se producen y aplican en países de altos ingresos. Sin embargo, los estudios de intervenciones específicas apuntadas a los HSH en contextos de mediano y bajo ingreso han demostrado sistemáticamente tanto que estos programas son necesarios como que son eficaces. Aunque se ha demostrado que las estrategias de prevención específicas que tienen como blanco a los HSH son efectivas en los diferentes niveles de ingreso nacionales, el

---

<sup>28</sup>COLOMBIA NOVENA CONVOCATORIA- VIH/SIDA, disponible en; [http://onusida.org.co/convocatorias/chfentidadesejecutoras/PROPUESTA\\_TECNICA\\_PROYECTO\\_VIH\\_NOVENA\\_RONDA.pdf](http://onusida.org.co/convocatorias/chfentidadesejecutoras/PROPUESTA_TECNICA_PROYECTO_VIH_NOVENA_RONDA.pdf)

<sup>29</sup>HURTADO, Isabel, ALASTRUE, Ignacio, GARCÍA DE OLALLA, Patricia et al. Intervención preventiva en lugares de interacción social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. *GacSanit*, vol.24

beneficio de esas intervenciones se ha visto desgastado y decayó con el tiempo, lo que indica que los programas debería ser continuo y permanente para asegurar el uso incrementado del condón.

En el estudio realizado en costa Rica, **América Latina y el Caribe Programa Global de VIH/SIDA B A N C O M U N D I A L Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Costa Rica**: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia se encontró que Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) En Costa Rica, más de la mitad de los casos de SIDA durante el período 1998-2002 se produjeron en HSH. Un porcentaje significativo de ellos, también tenía relaciones sexuales con mujeres. Consecuentemente la tasa de infección en HSH afecta la tasa de infección en la población general. Según una encuesta acerca de prácticas sexuales y transmisión del VIH realizada en el año 2004, solo 49% de una muestra de 730 HSH, identificó correctamente métodos de prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, y solo 47% refirió usar condón en sus relaciones sexuales.

El 27% de las HSH que viven con VIH/SIDA ha tenido más de seis compañeros sexuales en los últimos seis meses. En este estudio, se determinó que ni la edad ni el grado de conocimiento sobre relaciones sexuales seguras eran variables determinantes de la práctica sexual, y que los hombres que desconocen su condición serológica, no sólo tenían más compañeros sexuales sino que también son los que tenían mayor número de prácticas sexuales de riesgo.

Según el estudio **“El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)”** realizado en septiembre 2010 por National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, ST D, and TB Prevention Division of HIV/AIDS Prevention La alta prevalencia de infecciones por VIH en los HSH significa que enfrentan un riesgo mayor de exposición a la



infección con cada encuentro sexual, especialmente a medida que se hacen mayores.

Los factores de riesgo sexual contribuyen a la mayoría de las infecciones por VIH en HSH. Estos factores incluyen las relaciones sexuales sin protección y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, la práctica de no usar condón durante las relaciones sexuales anales con otras personas que no sean la pareja principal y que no tiene el VIH, continua siendo una amenaza significativa para la salud de los HSH.

El consumo de alcohol y de drogas ilícitas contribuye al aumento en el riesgo de infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual entre los HSH. El uso de sustancias como el alcohol y otras drogas puede aumentar la probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo.

Muchos HSH con el VIH no saben que tienen la infección, especialmente los HSH de raza negra y los jóvenes. Un estudio reciente de los CDC encontró que, en el 2008, entre los HSH residentes en 21 ciudades que no sabían que tenían la infección por el VIH, el 55% no se había hecho una prueba del VIH en los 12 meses precedentes. El bajo nivel de conocimiento individual sobre si se tiene el VIH en los HSH jóvenes es un reflejo de varios factores: pueden haber sido infectados recientemente, pueden subestimar su riesgo individual, pueden haber tenido menos oportunidades de hacerse la prueba o pueden creer que los tratamientos contra el VIH reducen la amenaza de la enfermedad. Los CDC recomiendan que todos los HSH se hagan la prueba del VIH una vez al año, y más a menudo si enfrentan un riesgo mayor. Los HSH que enfrentan un riesgo mayor son aquellos que tienen parejas sexuales múltiples o desconocidas o que utilizan drogas durante las relaciones sexuales.

La estigmatización y la homofobia pueden tener un profundo impacto en las vidas de los HSH, especialmente en su salud sexual y mental. La homofobia

internalizada puede ejercer un efecto en la capacidad del hombre para tomar decisiones saludables, incluidas las que se refieren a las relaciones sexuales y el uso de drogas o alcohol. La estigmatización y la homofobia pueden limitar la disposición de los HSH para buscar recursos para la prevención y el tratamiento, aislarlos del apoyo familiar y comunitario y crear barreras culturales que inhiben su integración a redes sociales.

El racismo, la pobreza y la falta de acceso a la atención médica son obstáculos para los servicios de prevención del VIH, en especial para los HSH de comunidades de minorías raciales o étnicas. Un estudio reciente de los CDC encontró un fuerte vínculo entre el VIH y el estatus socioeconómico en los HSH: la prevalencia aumentaba en la medida en que el nivel de estudios y de ingresos disminuía, y el nivel de conciencia individual sobre el VIH era más alto entre los HSH con más estudios e ingresos.

El conformismo con respecto al VIH puede tener un papel clave en el riesgo de VIH, en especial entre HSH jóvenes. Debido a que los HSH jóvenes no vivieron los tiempos difíciles de los inicios de la epidemia del VIH/ SIDA entre los hombres gay y bisexuales, algunos creen erróneamente que el VIH ya no es una seria amenaza para su salud debido a los avances en los tratamientos y la disminución de la mortalidad. Otros desafíos que enfrentan muchos HSH se refieren a mantener conductas no riesgosas a medida que pasa el tiempo y a subestimar el riesgo individual<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup>El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)” National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, ST D, and TB Prevention Division of HIV/AIDS Prevention, Septiembre 2010

#### **4 INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA A LA POBLACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA**

Las estrategias de la respuesta nacional frente al VIH/Sida se enmarcan en la declaración de compromiso en VIH/Sida suscrita ante la Asamblea de las Naciones Unidas en 2001 (UNGASS), renovada en 2006 y en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) que para Colombia se recogen en el Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES 091 de 2005 “Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015” Las metas nacionales para el control de la epidemia que han sido integradas también a los planes nacionales de desarrollo 2002-2006 y 2006-2010, son:

- Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%.
- Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales.
- Reducir la mortalidad por causa del Sida.
- Disminuir el número de casos de transmisión perinatal.
- Incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población joven y en los siete 7 grupos identificados como de mayor vulnerabilidad al VIH.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011 son los marcos políticos, estratégicos y programáticos que orientan las acciones en VIH/Sida desde una perspectiva integral y multi-sectorial.

El Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039/07 y Resolución 425/08), establece como segunda prioridad en salud pública para el país la salud sexual y reproductiva que incluye el manejo de la infección por VIH. Este plan se implementa a través de los planes departamentales y municipales de salud que por norma deben priorizar las acciones según su perfil epidemiológico y cumplir con lo previsto en el Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida y en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/Sida.

Por su parte, la Política Nacional de SSR se ha propuesto impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los temas de SSR, ampliar la cobertura del sistema hacia poblaciones vulnerables, fortalecer los servicios de salud del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención e implementar acciones de vigilancia. Un desarrollo directo de esta Política es el Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida (Resolución 3442/06) que incluye la Guía de Atención Integral en VIH/Sida. Este Modelo es la herramienta que orienta la planeación y la ampliación de la respuesta frente al VIH/Sida desde el nivel subnacional, dada la condición de descentralización del sistema de salud en Colombia. Se busca asegurar que se destinen recursos para el cumplimiento de las metas de acceso universal a prevención y tratamiento desde el nivel subnacional y que se integren aspectos prioritarios como la promoción de los DDSSRR, la perspectiva de género, el reconocimiento de la vulnerabilidad y la reducción del estigma y la discriminación.

Colombia ha definido la atención integral en VIH/Sida como el conjunto de intervenciones que se espera, limiten el crecimiento de la epidemia del VIH, eviten que quienes no están infectados se infecten y que quienes están infectados no transmitan el VIH, no se reinfecten y encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas. De esta forma, la provisión de atención integral

aseguraría a las personas que disponen de las condiciones necesarias para mantener una vida digna, activa, integrada, con garantía de derechos y ejercicio de deberes. Todo lo cual redundaría en la reducción del impacto social y económico de la epidemia.

Por lo anterior, se incluye una amplia gama de intervenciones que cubren acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población; el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH/Sida, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad; la detección temprana de la infección por VIH; la vigilancia en salud pública; la atención integral de las PVVS y el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Estas intervenciones requieren del compromiso del sector salud, pero también de otros sectores e instituciones que tienen el poder de actuar sobre los macro determinantes de la dinámica del VIH en el país; de los actores de carácter familiar y comunitario que tienen impacto sobre los procesos de socialización primaria y secundaria de las personas; de los actores vinculados con las estructuras formales de los sistemas de atención en salud que facilitan la protección, el cuidado la recuperación de la salud y de los actores comunitarios que los complementan.

Toda esta lógica de la intervención se encuentra integrada tanto a la Guía de Manejo del VIH/Sida como al Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011, que fue diseñado teniendo en cuenta la situación epidemiológica del país y los resultados de la evaluación de la eficacia de las intervenciones en el contexto global y nacional: Reducción de la transmisión del VIH madre-hijo (García et. Al 2006); Aumento del Uso del Condón en la última relación sexual en jóvenes (Reportes proyecto Fondo Mundial segunda ronda, 2006); Aumento de acceso a terapia antirretroviral (TAR) de 18% del 2003 al 2005 (MPS, Onusida, Procesum, 2006); Aumento en el conocimiento básico sobre VIH entre

la población femenina (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005). También se tuvo en cuenta la evaluación de medio término del Plan 2003-2007 y la Consulta Nacional nacional sobre acceso universal (2006).

El Plan busca en términos generales, contribuir al logro del acceso universal a los servicios de promoción, prevención, atención y apoyo en VIH/Sida, a través de:

- Promover en toda la población los conocimientos, las actitudes, los comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera.
- Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS, el VIH y Sida, con énfasis en poblaciones específicas caracterizadas como de alta vulnerabilidad (HSH, PSC, FFAA, población en condición de desplazamiento, población carcelaria, migrantes, desmovilizados de grupos armados irregulares, minorías étnicas), de acuerdo con los contextos regionales.
- Ampliar progresivamente la cobertura y el acceso a la atención integral con calidad de las personas infectadas y/o afectadas por el VIH y el Sida.
- Reducir el impacto social y económico de la epidemia de VIH y Sida mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS y familias afectadas, especialmente de las más desprotegidas.
- Disponer de información que permita comprender la situación, dinámica de la epidemia, y de la respuesta nacional en todos los ejes del plan nacional, que oriente la toma de decisiones y el ajuste de estrategias para el cumplimiento de las metas propuestas.

Para ello ha definido cuatro (4) ejes de acción: 1) Promoción y prevención, 2) Atención integral, 3) Apoyo y protección social, 4) Seguimiento y evaluación.

Se plantea metas específicas y progresivas a 2011, dentro de las que se destacan las de mayor pertinencia para esta propuesta ante el FM:

- Incrementar en 10% el uso del condón en la última relación sexual penetrativa en jóvenes entre 15 y 24 años
- Mantener por debajo del 1% la prevalencia del VIH/Sida en población entre 15 y 49 años
- Mantener la prevalencia de VIH en HSH por debajo del 12%, en PSC por debajo del 3% y en PPL por debajo del 1%  
Reducir en 10% la mortalidad por Sida en comparación con el año 2.005
- Ampliar a un 96% la cobertura de terapia antirretroviral (línea de base 72%)
- Contar con estudios de vigilancia de segunda generación en HSH, PSC, PPL, personas con TB, gestantes.

El 70% de los departamentos y municipios han trabajado con OBC con experiencia en VIH, en DDHH, proyectos de apoyo y protección social durante los cuatro años de duración se prevé una inversión estimada de € 38.000.000 que no incluye los costos directos de atención integral y de medicamentos antirretrovirales ya que por ley están cubiertos a través de los planes de aseguramiento en salud y los recursos de subsidio a la oferta, sin olvidar que existen brechas importantes en el cumplimiento de lo que está previsto por ley y en particular en lo que respecta a las poblaciones más vulnerables. Los principales avances en la respuesta nacional se podrían resumir en aspectos de la gestión programática en el marco de “los Tres Unos” y en el seguimiento a la estrategia de acceso universal a prevención y atención integral en VIH/Sida en población general.

La conformación del Consejo Nacional de Sida (CONASIDA) como máxima autoridad intersectorial que orienta la política; la construcción de un Plan Nacional de Respuesta de carácter intersectorial y la creación del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH /Sida con el cual se espera avanzar hacia un reporte de indicadores más confiable y preciso.

Colombia también viene haciendo esfuerzos hacia el acceso universal de los servicios de atención integral, los tratamientos ARV y los procedimientos diagnósticos en población general:

- Ha participado en estrategias regionales de negociación conjunta realizadas en Lima en el 2003 y en Buenos Aires en 2005 logrando reducciones de costos de hasta un 50% en esquemas básicos de tratamiento.
- Ha suscrito un memorando de entendimiento con la fundación Bill Clinton y se expidió la ley 972 del 2005 que facilita el acceso a medicamentos ARV que hoy llega al 72% (en América Latina alcanza en promedio el 30%).
- Viene aumentando de manera paulatina las coberturas de aseguramiento en salud en población general, llegando actualmente al 85%.
- Se incorporaron todos los inhibidores de proteasa recomendados para el tratamiento ARV en el de aseguramiento en salud.

Sin embargo, los recursos en salud pública resultan insuficientes para abordar todas las complejidades del SIDA y para dar pleno alcance a todas las



poblaciones clave afectadas o en condiciones de vulnerabilidad. En tales condiciones la atención integral adquiere carácter de urgencia y en contextos de restricción de recursos como el nuestro, lleva a restringir el alcance y cobertura de las acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención integral a los grupos más vulnerables<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup>El Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF) hace un llamado a los activistas a nivel mundial para hacer de los ‘Hombres que tienen Sexo con Hombres’ una prioridad estratégica en la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011, disponible en; [http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/HLM\\_SP.pdf](http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/HLM_SP.pdf)

## 5 PLANES Y POLITICAS NACIONALES

Tabla 1 Planes y políticas nacionales

NOMBRE DEL PLAN	IMPORTANTE DESTACAR
<p>Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011.  <a href="http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Plan_Nacional_2008_2011.pdf">http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Plan_Nacional_2008_2011.pdf</a></p>	<p>El plan tiene como finalidad global el contribuir al logro del acceso universal a los servicios de promoción, prevención, atención y apoyo en VIH y Sida</p>
<p>Plan nacional de salud pública 2007-2010 adoptado mediante decreto 3039 de 2007  <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20ODE%202007.PDF">http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20ODE%202007.PDF</a></p>	<p>El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud</p>

Fuente: Guía de prevención VIH/Sida Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres, ministerio de la Protección Social, república de Colombia

## **6 MARCO METODOLOGICO**

### **6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación está basada en un tipo de estudio descriptivo en el cual la población objeto son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la ciudad de Popayán que tienen 18 o más años de edad y que pertenecen al estudio macro “BUSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL DE VIH/SIDA EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES DE LA CIUDAD DE POPAYAN 2011 Y 2013” el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Además es de tipo transversal porque se va a medir en periodo de tiempo comprendido entre 2011 – 2012. De todas las poblaciones vulnerables del estudio macro se seleccionara los HSH para realizar la medición de las características socio demográfico, los factores de riesgo y la frecuencia de la enfermedad.

Un estudio transversal tiene como finalidad determinar la frecuencia y la distribución de un evento (infección por VIH), así como los factores asociados a éste (comportamientos sexuales), en un momento dado del tiempo y en una muestra de la población (HSH de la ciudad de Popayán.)

### **6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

La población objeto de estudio son los HSH que tienen 18 o más años de edad de la ciudad de Popayán y que pertenezcan al estudio macro “BUSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL DE VIH/ SIDA EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES DE LA CIUDAD DE POPAYAN 2011 Y 2013”

No se realizó diseño muestral porque se trabajó con toda la población del estudio macro que cumplía los criterios de inclusión y que fueron 37 personas.

### **6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Encuestas contestadas por Hombre y que haya tenido relaciones sexuales con otro Hombre en algún momento de su vida.
- Tener un rango de edad mayor a 18 años.
- Que pertenezca al trabajo MACRO.

### **6.4 DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES**

Las variables que se van a analizar se tomaran de la encuesta MACRO, la información nos permita procesar y dar solución a los objetivos planteados.

#### **6.4.1 Operacionalización de variables**

##### **6.4.1.1 Variable Dependiente**

Frecuencia y factores de riesgo para VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres HSH, en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012

##### **6.4.1.2 Variables Independientes**

- Edad
- Promiscuidad
- Nivel educativo

## 6.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Factores de riesgo para VIH en HSH

VARIABLE INDEPENDIENTE: Características socio demográfica

Tabla 2. Definición y operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Años cumplidos a la fecha de la encuesta.	Cuantitativa Discreta	Edad _____
Nivel de escolaridad	Niveles de educación en que se estructura el sistema educativo formal	Grado de estudio formal	Cualitativa Nominal	Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Universitario Pos grado
Etnia	Grupo de la especie humana constituido por personas con unas mismas características físicas, como el color de la piel o del cabello o la fisonomía, que se transmiten por herencia:		Cualitativa Nominal	Negro Mestizo Mulato
Estrato socioeconómico	Son una forma de <u>estratificación social</u> basada en las remuneraciones que reciben las personas o los <u>impuestos</u> que ellas pagan.	Estrato social según planeación municipal	Cuantitativo Discreto	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
Ciudad natal	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva	Lugar de origen	Cualitativa Nominal	Rural Urbano

Tabla 2. (Continuación)

Seguridad social	Campo de <u>bienestar social</u> relacionado con la <u>protección social</u> o cobertura de las problemáticas socialmente reconocidas, como salud, pobreza, vejez, discapacidades, vivienda, desempleo, familias con niños, familias numerosas, familias en situación de riesgo, y otras.	Carnet de salud	Cualitativa Nominal	Contributivo Subsidiado No asegurado
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse.		Cualitativa Nominal	Empleado. Independiente Estudiante Desempleado

### 6.5.1 Variable independiente: Factores de Riesgo para VIH

Tabla 3 Variable independiente

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Uso de Condón	Es una funda delgada de látex (un tipo de caucho) que se utiliza sobre el pene.	Frecuencia en el uso del condón	Cualitativa Nominal	A veces Nunca Siempre
Promiscuidad	Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales	Número de parejas sexuales en el último año	Cuantitativo Discreta. Intervalo	0 1-3 4-6 Mayor de 7

Tabla 3. (Continuación)

Consumo de sustancias psicoactivas	Son sustancias naturales y artificiales que alteran las emociones y percepciones del sujeto que las consume.	Consumo de sustancias psicoactivas antes de tener relaciones sexuales	Cualitativo ordinal	Si No
Consumo de alcohol	El <i>alcohol</i> es un líquido incoloro y volátil que está presente en diversas bebidas fermentadas	Consumo de alcohol antes de tener relaciones sexuales.	Cualitativa Nominal	Si No
Conocimientos sobre VIH	Análisis de consenso cultural sobre todo la relacionado con VIH	Grado de conocimiento sobre VIH	Cualitativo Nominal	Bueno Regular Malo
Conductas sexuales	La conducta sexual humana se basa en complejos procesos de orden psicológico y fisiológico	Forma de vivir su situación sexual.	Cualitativo Nominal	Heterosexual Homosexual Transexual Bisexual Masturbación Poliamor
Conocimientos Sobre ITS	Análisis de consenso cultural sobre todo la relacionado con VIH	Grado de conocimiento sobre ITS	Cualitativa Nominal	Bueno Regular Malo
Inicio de actividad sexual	Edad en que inicia su primera relación sexual.	Edad de la primera relación sexual	Cuantitativa Discreta intervalo	10-14 15-19

**6.5.2 Técnica de recolección de información** Se diseñó una encuesta para evaluar los factores de riesgo, características sociodemográficas y frecuencia de VIH/SIDA de la población de HSH de la ciudad de Popayán y la información se obtuvo a partir de los datos registrados en el estudio macro.

El diseño de la encuesta tuvo en cuenta resultados de trabajos previos de investigación citados en el estado del arte.

**6.5.2.1 Encuestas** Este instrumento se aplicó a las encuestas diligenciadas del trabajo MACRO, con el propósito de obtener las opiniones de los encuestados acerca de la temática planteada, su posición frente a los riesgos, la educación sexual y su lugar en la sociedad. El instrumento empleado, está orientado con 32 preguntas cerradas siendo coherente con los objetivos del trabajo MACRO. Además del resultado de una prueba rápida para VIH/SIDA.(Anexo A.)

## **6.6 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para el procesamiento de los datos se realizara el análisis porcentual de los datos que se obtengan de la población muestra a trabajar para evaluar de manera adecuada la evolución de los datos. Para ello se procederá a analizar los datos en Excel, para procesar y obtener las frecuencias se utilizará el programa de SPSS versión 19 (IBM 2011). Se obtendrán además medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, las cuales se aplican en estudios descriptivos permitiendo mostrar las características de la población.



## **7 ASPECTOS ÉTICOS**

Si bien es cierto que las investigaciones en salud redundan en el resto de la persona, se debe tener en cuenta que hay aspectos éticos que pueden llegar a causar daño a las personas que participan en ellas, por eso es necesario hacer un análisis que nos permita evaluar de manera objetiva los perjuicios que se podrían causar al realizar determinada investigación, en este caso los aspectos éticos que influyen en el desarrollo del estudio FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES HSH, EN LA CIUDAD DE POPAYÁN DURANTE EL PERIODO 2011 Y 2012

Considerando la importancia de los derechos humanos de las personas y más precisamente de los HSH, y debido a la magnitud de la epidemia del SIDA, es necesario tener presente los principios éticos, los cuales deben ser considerados en la evaluación de todo paciente. La clasificación más usada para definir los principios éticos es la de Beauchamp y Childress, que incluye cuatro principios más específicos relacionados al principio formal de igual consideración y respeto.

### **7.1 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA**

Se debe tener en cuenta, aceptar y respetar las decisiones del paciente por más que no se esté de acuerdo. El deber del investigador será brindar información y las mejores explicaciones ante cualquier duda. Se deberá tener paciencia y ser específicos, pero a la vez simples para que se entienda el mensaje y el paciente tome decisiones con total conocimiento de causa.

## **7.2 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA**

Como meta de investigación de buscar realizar la investigación en beneficio del paciente.

## **7.3 PRINCIPIO DE JUSTICIA**

Se basara en la incorporación de las personas para realizar la investigación sin discriminación por razones económicas, sociales, religiosas; además se le proporcionara toda la información referente a lo que se pretende hacer con la investigación.

## **7.4 PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA**

Solo se debe dar información adecuada y verídica sobre la indagación que se desea obtener y lo que se realizara con ella. Nuestra intervención no deberá perjudicar al paciente en ningún aspecto de su desarrollo diario.

Adicionalmente como se había mencionado anteriormente se resaltarán derechos, los derechos humanos, tienen su base en principios morales y legales

## **7.5 DERECHO A SER TRATADO COMO UN SER HUMANO**

Cada uno de los participantes en el proyecto de investigación deberá ser atendido con el debido respeto y consideración, independiente de su edad, condición sexual (Heterosexual, Gay, Transexual), condición social, credo político o religioso, raza o nacionalidad.

## **7.6 DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN**

Se brindara información a las personas sobre los fines del estudio

Se les permitirá la libertad de participar o no en el estudio

Se les explicara que cuando ellos lo deseen pueden abandonar. No se violará ninguno de los principios bajo ninguna estrategia de coacción, mentira o engaño, ni negociación ilícita para encaminar las respuestas.

### **7.7 DERECHO A LA INTIMIDAD**

La información obtenida de la opinión de las personas no será compartida, comentada o publicada sin la previa anuencia de las personas entrevistadas.

### **7.8 DERECHO AL ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD**

En cada encuesta no se solicitara o exigirá el nombre de la persona si el participante no desea entregar este tipo de información, así mismo se promoverá la confidencialidad completa de la identidad, condición sexual o cualquier información relacionada que sea considerada dentro de este principio.

### **7.9 DERECHO AL TRATO JUSTO**

A todos los sujetos en estudio se les proporcionará las mismas oportunidades de participación y se respetara la opinión de cada uno de ellos y de igual manera se promoverá la retroalimentación de información relacionada con el tema.

### **7.10 DERECHO A LA PROTECCIÓN ANTE LA INCOMODIDAD Y EL DAÑO**

Si a la persona se le produce daño o incomodidad mediante el cuestionario es mejor no realizarlo, para ello se tendrá en cuenta:

- Los efectos no anticipados
- Incomodidad temporal
- Niveles inusuales de incomodidad temporal
- Riesgo de daño permanente

- Certeza de daño permanente
- Para poder cumplir lo anterior se tomó en cuenta que las personas comprendieran el objetivo de la investigación y aceptaran su realización.

### **7.11 DERECHO A PARTICIPAR O NO EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

El paciente tiene el derecho a no participar en protocolos de investigación y/o tener la opción de abandonarlo en cualquier etapa sin brindar explicaciones sobre las causas del abandono.

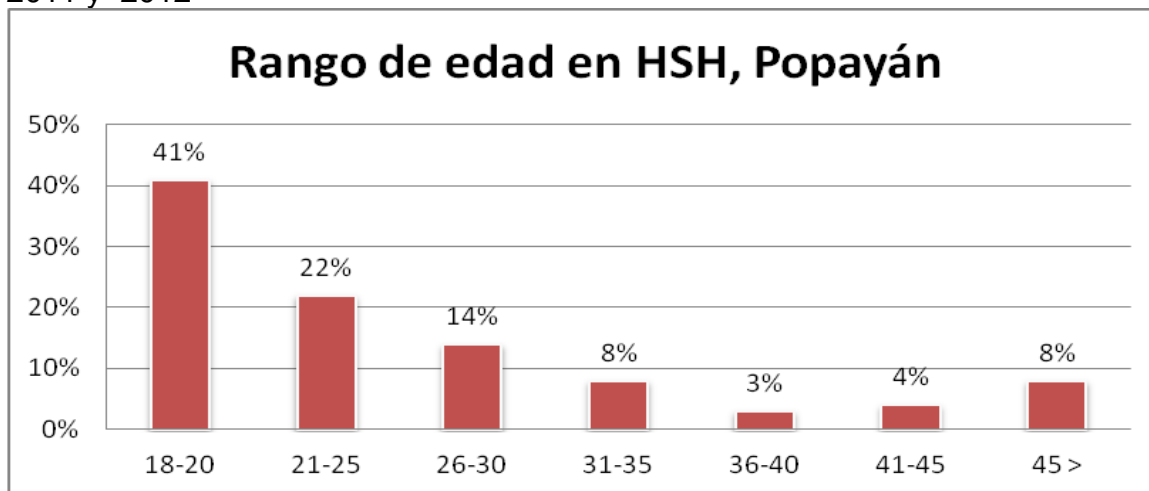
### **7.12 COMPRENSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A la persona se le explicara de manera clara el objetivo del investigación, posterior a ello si acepta participar en la investigación, se manifestara de manera escrita (Anexo B).

Se debe explicar claramente que es lo que se realiza en tal protocolo y responder cualquier duda del paciente, y luego en caso de aceptar su participación, se debe firmar un consentimiento informado. El paciente tiene derecho a tomar un tiempo para analizar sus decisiones y dar una respuesta. El consentimiento debe ser totalmente explícito y claro en que la decisión de no firmar dicho consentimiento y no participar en el protocolo no va a cambiar las relaciones con las personas que realizan la investigación y esto no influirá en su atención en los centros de salud.

## 8 RESULTADOS

Grafica 2. Distribución porcentual del rango de edad de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012



Fuente: Encuesta HSH, Popayán 2011-2012

Como se puede observar en la gráfica 2, el mayor porcentaje (41%) de HSH, se encuentra entre el rango de 18 a 20 años, seguido del 22% que corresponde al rango de edad de 21-25 años y solo el 3% corresponde al rango de edad entre 36-40 años.

Tabla 4. Distribución porcentual Características socio-demográficas de HSH en la ciudad de Popayán, 2011-2012.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Ciudad origen</b>	Popayán	20	54,1	54,1	54,1
	Otros	17	45,9	45,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Etnia</b>	Indígena	1	2,7	2,7	2,7
	Mestizo	35	94,6	94,6	97,3
	NR	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Nivel de escolaridad</b>	Primaria	1	2,7	2,7	2,7
	Secundaria	21	56,8	56,8	59,5

Tabla 4. (Continuación)

	Técnico/universitario	14	37,8	37,8	97,3
	NR	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Ocupación</b>	empleado asalariado	6	16,2	16,2	16,2
	trabajador independiente	4	10,8	10,8	27,0
	trabajador informal	2	5,4	5,4	32,4
	Desempleado > 1 año	4	10,8	10,8	43,2
	desempleado < 1 año	1	2,7	2,7	45,9
	encargado de tareas del hogar	1	2,7	2,7	48,6
	Estudiante	19	51,4	51,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>SGSSS</b>	Contributivo	8	21,6	21,6	21,6
	Subsidiado	15	40,5	40,5	62,2
	no asegurado	8	21,6	21,6	83,8
	NR	6	16,2	10,8	94,6
	Total	37	100,0	100,0	100,0
<b>Estrato socioeconómico</b>	1	11	29,7	29,7	29,7
	2	20	54,1	54,1	83,8
	3	2	5,4	5,4	89,2
	NR	4	10,8	10,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Estado civil</b>	Soltero	31	83,8	83,8	83,8
	Unión libre	5	13,5	13,5	97,3
	No responde	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán.

En la Tabla 4, se puede observar que el 54.1% de los HSH encuestados tienen como ciudad de origen Popayán, el 94.6% pertenecían a la etnia mestiza. Según el nivel de escolaridad, el 56.8% corresponde a secundaria, seguida del 37.8% de

técnicos y universitarios, respecto a la ocupación el 51.4% son estudiantes, el 16.2% son empleados asalariados, según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el 40.5% pertenecían al régimen subsidiado y el 21.6% al régimen contributivo y 21.6% no tenían ningún tipo de afiliación al SGSSS, el 54.1% reportaron ser de estrato 2, y el 29.7% reporto ser de estrato 1, la mayoría tenían estado civil soltero 83.8% y en unión libre el 13.5%.

Tabla 5. Distribución porcentual de factores de riesgo en HSH, Popayán, 2011-2012

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Tatuajes y piercing</b>	No	22	59,5	59,5	59,5
	Si	13	35,1	35,1	94,6
	NS/NR	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>ITS</b>	No	26	70,3	70,3	70,3
	Si	5	13,5	13,5	83,8
	NS/NR	6	16,2	16,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Consumo Alcohol</b>	No	6	16,2	16,2	16,2
	Si	30	81,1	81,1	97,3
	NS/NR	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Alcohol y relaciones</b>	No	14	37,8	37,8	37,8
	Si	22	59,5	59,5	97,3
	NS/NR	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>consumo psicoactivas</b>	No	25	67,6	67,6	67,6
	Si	7	18,9	18,9	86,5
	NS/NR	5	13,5	13,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Psicoactivas y relaciones</b>	No	11	29,7	29,7	29,7
	Si	2	5,4	5,4	35,1
	NS/NR	24	64,9	64,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán.

La Tabla 6, hace referencia a los factores de riesgo en la población de estudio en la cual el 35.1% dijo tener tatuajes y/o piercing; sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), el 13.5% reportó haberlas tenido, sobre antecedentes de consumo de alcohol, el 81.2% respondió haber consumido; de estos el 59.5% reportó haber tenido relaciones sexuales en estado de alcoholismo, Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el 18.9% reportó haber consumido; el 5.4 % reportó haber tenido relaciones sexuales en estado de drogadicción.

Tabla 6. Distribución porcentual sobre los conocimientos que los Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres de Popayán tienen sobre VIH/Sida.

**Conocimientos en VIH**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1	2.7	2.7	2.7
Si	36	97.3	97.3	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán.

La Tabla 7 hace referencia a la auto-percepción sobre los conocimientos que las personas tienen del VIH. El 97.3% manifestó tener conocimientos para VIH.

Tabla 7. Distribución porcentual de los factores de riesgo relacionados con prácticas sexuales en los Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres Popayán.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Pareja estable</b>	No	18	48,6	48,6
	Si	17	45,9	94,6
	NS/NR	2	5,4	100,0
	Total	37	100,0	
<b>No. parejas sexuales último año</b>	0		7 18,9	18,9
	1		14 37,8	56,8
	2		5 13,5	70,3
	3		4 10,8	81,1
	4		4 10,8	91,9
	5		1 2,7	94,6
	10		1 2,7	97,3
	15		1 2,7	100,0



Tabla 7. (Continuación)

	Total	37	100,0	100,0	
<b>Pareja con VIH</b>	No	14	37,8	37,8	37,8
	Si	3	8,1	8,1	45,9
	NS/NR	20	54,1	54,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
<b>Motivo de la prueba</b>	Se cree en riesgo	20	54,1	54,1	54,1
	Por prevención	13	35,1	35,1	89,2
	Gratis	3	8,1	8,1	97,3
	NS/NR	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán

Sobre los factores de riesgo relacionados con prácticas sexuales el 48.6% no tienen pareja estable, en cuanto al número de parejas sexuales en el último año el 37.8% tuvo una pareja y el 13.5% tuvo 2 Parejas, el 8.1% tuvo relaciones sexuales con personas infectadas con VIH, el motivo por el cual se realizaron la prueba rápida para VIH fue creerse en riesgo en un 54.1% y por prevención 35.1%.

Tabla 8 Distribución porcentual de Características socio-demográficas de hombres que tienen sexo con otros hombre con resultado positivo para VIH. Popayán.

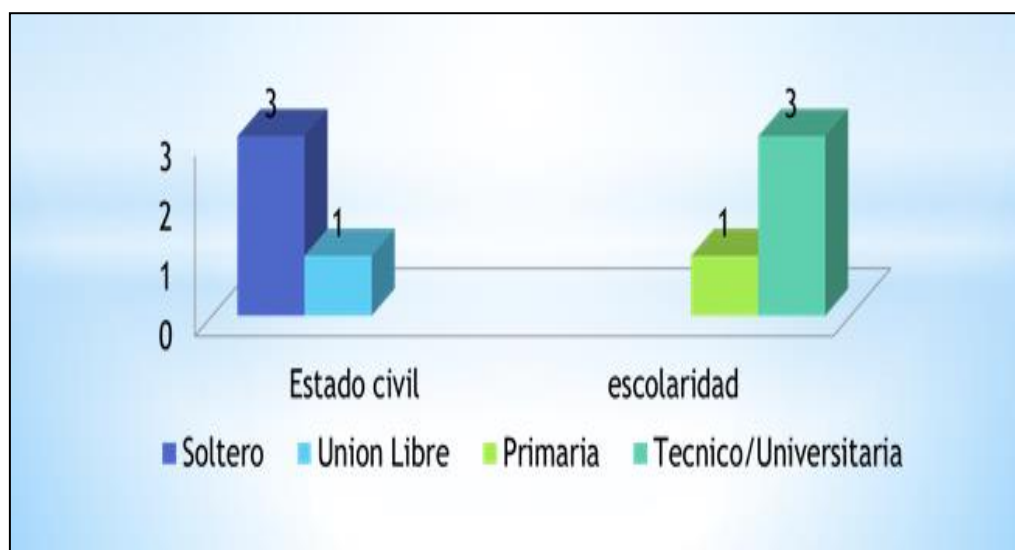
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Ciudad de origen</b>	Popayán	2	50,0	50,0	50,0
	Otros	2	50,0	50,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>edad</b>	24-30	2	50,0	50,0	50,0
	45-50	2	50,0	50,0	50,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>Etnia</b>	Indígena	1	25,0	25,0	25,0
	Mestizo	3	75,0	75,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>Estado civil</b>	Soltero	3	75,0	75,0	75,0

Tabla 8. (Continuación)

	Unión libre	1	25,0	25,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>escolaridad</b>	Primaria	1	25,0	25,0	25,0
	Técnico/universitario	3	75,0	75,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>Ocupación</b>	empleado asalariado	1	25,0	25,0	25,0
	trabajador independiente	2	50,0	50,0	75,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>SGSSS</b>	Estudiante	1	25,0	25,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
	Contributivo	1	25,0	25,0	25,0
	Subsidiado	3	75,0	75,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán.

Grafica 3. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según estado civil y grado de escolaridad en la ciudad de Popayán durante el periodo 2011 y 2012.



Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán.

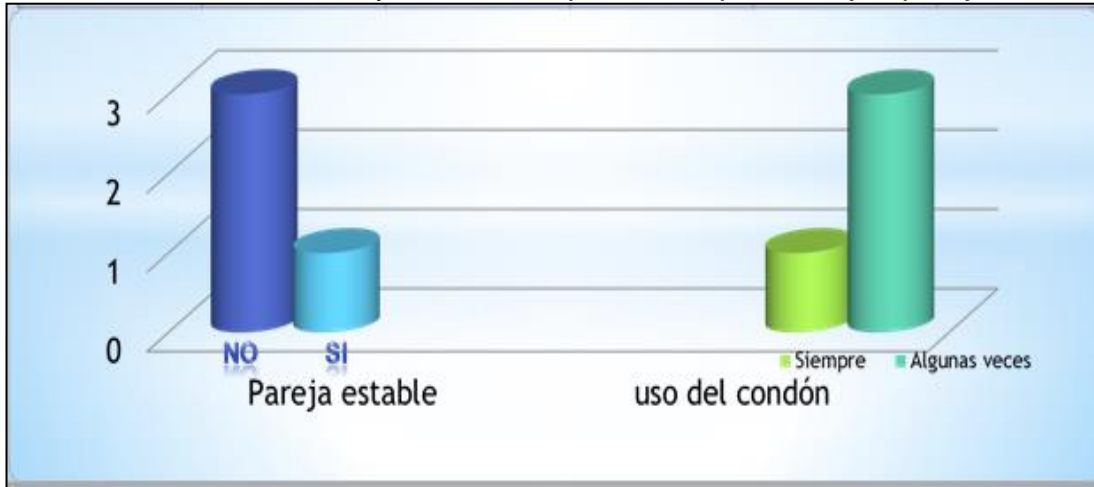
En la tabla 8, se observa que el 50% de los HSH encuestados con resultado positivo para VIH tienen como ciudad de origen Popayán y el otro 50% corresponde a otros lugares. En cuanto a la etnia el 75% son mestizos, con respecto al estado civil el 75% son solteros. En relación a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en salud observamos que el 75% pertenecen al régimen subsidiado.

Tabla 9. Distribución porcentual Descripción de factores de riesgo en HSH con resultado positivo para VIH de la ciudad de Popayán 2011- 2012.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Consumo Alcohol</b>	No	2	50,0	50,0	50,0
	Si	2	50,0	50,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>consumo psicoactivas</b>	No	3	75,0	75,0	75,0
	NS/NR	1	25,0	25,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>Pareja estable</b>	No	3	75,0	75,0	75,0
	Si	1	25,0	25,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	
<b>No. parejas sexuales último año</b>	0	1	25,0	25,0	25,0
	1	3	75,0	75,0	100,0
<b>uso del condón</b>	Total	4	100,0	100,0	
	siempre	1	25,0	25,0	25,0
	algunas veces	3	75,0	75,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Grafica 4. Uso de condón y Número de personas que manejan pareja estable



Fuente: Resultados de encuesta realizada a la población HSH de la ciudad de Popayán.

Como se observa en la gráfica 4, en relación a factores de riesgo las personas HSH que presentaron la infección, manifiestan no haber presentado ITS y no tener tatuajes ni piercing. La Tabla 9 muestra que el 50% de esta población si consume bebidas alcohólicas, el 75% consume sustancias psicoactivas, el 75% no tiene pareja sexual estable, el 75% usa el condón algunas veces.

## 9 DISCUSIÓN

El proyecto se desarrolló con base a los datos del estudio macro titulado “BUSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL DE VIH/ SIDA EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES DE LA CIUDAD DE POPAYAN 2011 Y 2013” Utilizando la información necesaria de Hombres que tienen Sexo con otros Hombre mayores a 18 años de edad. La información se extrajo de 37 encuestas macro del proyecto ya mencionado y se ajustaron para el presente proyecto indicando la información pertinente a HSH y se determinó la frecuencia y los factores de riesgo para VIH/Sida.

En relación a las características sociodemográficas 15 participantes (41%) se encontraba en un rango de edad entre 18-40 años, La ocupación que más predominó en general fueron estudiantes. 20 (54,1%) eran de Popayán y 35 (94.6%) fueron de etnia mestiza. En cuanto al estado civil 30, (83%) eran solteros y 5, (13.5%) convivían en unión libre. Al respecto el estudio de Hurtado y colaboradores<sup>32</sup>, mostró datos similares en relación a la edad y al nivel educativo que en este caso correspondió a técnico y universitario.

De igual manera el estudio denominado incidencia del debut clínico de VIH/sida en matanzas. 1996-2008, en el hospital provincial clínico-quirúrgico docente José r. López Tabrane. Matanzas, nos dice que las características sociodemográficas de los pacientes con VIH/sida que se estudiaron fueron las siguientes: Edad 10-19 años representando el 1,7 %, de 20-29 años representando el 32,8 %, de 30-39 años representando el 29,3 %, 40-49 años representando el 20,7 %, más de 55 años representando el 15,5 %. También se estudió el sexo de la muestra el 86% Masculino y el 13,8% para el femenino. Según el color de piel el 77.6% eran

---

<sup>32</sup>HURTADO, Isabel, ALASTRUE, Ignacio, GARCÍA DE OLALLA, Patricia et al. Intervención preventiva en lugares de interacción social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. GacSanit, , vol.24

blancos, 13.8% negros, y el 8.6% mestizos. Donde de alguna manera hay cierta coincidencia en los rangos de edad y hay cierta discrepancia en la etnia identificada, esto puede deberse al lugar de origen de los datos.

En cuanto a comportamientos de riesgo el presente estudio mostró que de los participantes 13 ( 35.1%) tenía tatuajes y/o piercing; sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), de ellos 5 (13.5%) reportó haberlas tenido, sobre antecedentes de consumo de alcohol, 30 (81.2%) respondió haber consumido; de estos 30 participantes 22 (59.5%) reportó haber tenido relaciones sexuales en estado de alcoholismo, respecto al consumo de sustancias psicoactivas solo 7 (18.9%) reportó haber consumido y de estas 2 (5.4 %) reportaron haber tenido relaciones sexuales en estado de drogadicción. Como se menciona en el estudio “El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)” realizado por TheNational Center for VIH/SIDA, Viral Hepatitis, ST D, and TB PreventionDivision of VIH/SIDA Prevention El consumo de alcohol y de drogas ilícitas contribuye al aumento en el riesgo de infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual entre los HSH. El uso de sustancias como el alcohol y otras drogas puede aumentar la probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo. En el presente estudio se puede ver una gran relación con este estudio ya que el alcohol y las sustancias psicoactivas son altamente influyentes según la información dada por las personas que reportaron mantener relaciones sexuales bajo el efecto de estas sustancias.

Sobre los factores de riesgo relacionados con prácticas sexuales el presente estudio mostró que de los 4 casos positivos para VIH/SIDA 3 de ellos (75%) tuvo una pareja sexual en el último año. no tener una pareja sexual estable. no tener una pareja sexual estable. En contraste el Programa Global de VIH/SIDA Banco Mundial realizada por Marcelo Bortman y colaboradores; se encontró que en Hombres que tienen sexo con hombres HSH, el 27% de ellos que viven con VIH/SIDA ha tenido más de seis compañeros sexuales en los últimos seis meses.

En cuanto al uso del condón el presente estudio reportó que de los 37 encuestados, 20 (54%) manifestaron utilizar condón algunas veces en sus relaciones sexuales, mientras 6 (16.2%) reportaron utilizarlo siempre; en comparación con el estudio del Programa Global de VIH/SIDA Banco Mundial realizada por Marcelo Bortman y colaboradores en Costa Rica; Según una encuesta acerca de prácticas sexuales y transmisión del VIH realizada en el año 2004, solo 49% de una muestra de 730 HSH, identificó correctamente métodos de prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, y solo 47% refirió usar condón en sus relaciones sexuales.

Al analizar las encuestas se pudo observar en cuanto a los casos confirmados de VIH con respecto a los factores de riesgo a los cuales estaban expuestas las personas HSH que presentaron la infección manifiestan no haber presentado ITS y no tener tatuajes ni piercing. El 50% de esta población sí consume bebidas alcohólicas, que al igual que en el estudios realizados en Manila, Filipinas realizado en el Informe mundial sobre la violencia y la salud Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano en el estudio cambios en los factores de riesgo para la infección por VIH entre hombres que tienen sexo con hombres se manifestó que se puede interpretar aumento de la infección por VIH entre los HSH en las Filipinas, como producto de las prácticas sexuales ocasionales y sin protección, influenciadas por el alcohol y las drogas, que en nuestro caso se encontró un bajo porcentaje del 25% no consume sustancias psicoactivas, el 75% no tiene pareja sexual estable que al igual que los resultados que arrojo las encuestas nacionales que entre aquellos con relaciones penetrativas en el último año, 40% reportó más de una pareja sexual. Siendo esto considerado como un factor de riesgo, del mismo modo como resultado a destacar es que el 75% utiliza condón esporádicamente siendo este dato similar al presentado en las encuestas nacionales donde, solo 25% usó condón en la relación sexual.

La frecuencia de VIH en esta población fue de 10,8%. Al respecto estudios centinela realizados por el Ministerio de Proyección<sup>33</sup> muestran cifras entre el 5,6% y 24,1%. Datos similares se encontraron en el estudio adelantado por Folcha y colaboradores<sup>34</sup>, que fue del 14%.

Los riesgos identificados en esta población permitirán orientar estrategias de intervención en autocuidado en salud sexual y reproductiva específicamente hacia las prácticas relacionadas con el uso del condón.

---

<sup>33</sup>Ministerio de Protección Social. Estudios centinela de VIH en poblaciones vulnerables en municipios de Colombia. 2010.

<sup>34</sup>FOLCH, Cinta; CASABONA, Jordi; MUNOZ, Rafa y ZARAGOZA, Kati. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. GacSanit [online]. 2005, vol.19, n.4, pp. 294-301. ISSN 0213-9111



## 10 CONCLUSIONES

- Respecto a las características sociodemográficas de la población a estudio, se observa que el mayor porcentaje de encuestados son una población joven en edad productiva entre los 18 y 35 años; rango de edad en el cual la vulnerabilidad a adquirir la infección por VIH aumenta porque es una población sexualmente activa. Adicional a esto, el deterioro de la salud a causa de la enfermedad, es una pérdida en años productivos para la región.
- En relación a los factores de riesgo, se concluye que la población estudiada posiblemente por las dinámicas sociales que se dan al interior de esta, presenta factores de riesgo que incrementan el riesgo para ITS/VIH/Sida tales como: El uso del condón algunas veces en sus relaciones sexuales, el número de parejas sexuales en el último año, el consumo de sustancias psicoactivas principalmente alcohol y tener relaciones sexuales en estado de embriaguez.
- En relación al uso del condón se puede concluir que este no se usa de manera consistente, riesgo este que incrementa las ITS/VIH/Sida en esta población. Además también es importante mencionar que respecto al uso de condón para los pacientes positivos para VIH, el mayor porcentaje lo utilizaron solo algunas veces en sus relaciones sexuales, constituyendo uno de los principales factores de riesgo para VIH seguido de no tener una pareja sexual estable.
- Al analizar los motivos por los cuales LOS HSH SE REALIZARON LA PRUEBA para VIH se encontró que los principales motivos fueron: Porque se cree en riesgo de adquirir la infección y porque es importante para la prevención.
- La frecuencia de VIH fue de 10,8%, los cuales estaban en un rango de edad de (24 y 50 años) y presentaron factores de riesgo como la inconsistencia en el

uso del condón en sus relaciones sexuales, no tener una pareja sexual estable, y el consumo de alcohol. A pesar que eran personas asintomáticas los factores de riesgo que presentan los hacen vulnerables a enfermarse y morir a causa de la infección. POR VIH/SIDA

## 11 RECOMENDACIONES

- Para minimizar uno de los graves problemas a nivel de salud pública como es la propagación del VIH e Infecciones de transmisión sexual en la población HSH se recomienda que el personal de enfermería promueva programas de autocuidado dentro de las acciones de promoción y prevención destinadas específicamente a contrarrestar los factores de riesgo que se encontraron en este estudio y así contribuir a que el individuo constituya dentro de su cotidianidad actividades que resguarde la importancia del autocuidado.y el manejo responsable de la vida sexual de los individuos
- Realizar otros estudios en la población HSH, que permitan comprender más a fondo las dinámicas en relación a las prácticas sexuales que incrementan el riesgo a adquirir infecciones de trasmisión sexual y VIH.
- Se debe promover la realización de nuevos estudios que permitan conocer la eficiencia y eficacia en cuanto a programas de promoción y prevención de la infección por VIH de las diferentes entidades de salud.
- Se deben realizar intervenciones preventivas teniendo en cuenta las características sociodemográficas tales como los valores culturales, normas y tradiciones sociales que influyen en los comportamientos individuales, y ofrecer alternativas diversas que permitan la reducción del riesgo de la transmisión sexual del VIH y otras ITS post exposición y a su vez fomentar el conocimiento de los factores de riesgo.
- Se recomienda realizar un seguimiento continuo a la población HSH, teniendo en cuenta que existen conductas ligadas al consumo de sustancias psicoactivas, entendiendo que las relaciones sexuales bajo efectos de estas

sustancias son actividades de riesgo para la propagación del VIH en la comunidad ya mencionada.

- Es importante seguir con la búsqueda casos de VIH en la población HSH, es decir, realizar el tamizaje para identificar de manera oportuna los nuevos casos de VIH/SIDA y con ello poder disminuir la morbilidad y mortalidad de esta población.
- Fortalecer las jornadas de sensibilización dirigidas a la concientización en la comunidad HSH en cuanto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez LE, Los determinantes sociales de las inequidades en salud y nutrición. Memorias 12 Simposio Nacional de Nutrición Humana. Medellín: Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia; 2008
- Análisis de la Situación del VIH y su Respuesta en la Subregión Andina”. Documento de Trabajo, Comisión Técnica Subregional de VIH/SIDA. Marzo 2009.
- COLOMBIA NOVENA CONVOCATORIA- VIH/SIDA, disponible en; [http://onusida.org.co/convocatorias/chfentidadesejecutoras/PROPUESTA\\_TECNICA\\_PROYECTO\\_VIH\\_NOVENA\\_RONDA.pdf](http://onusida.org.co/convocatorias/chfentidadesejecutoras/PROPUESTA_TECNICA_PROYECTO_VIH_NOVENA_RONDA.pdf)
- CHIPREV ; Estudio de prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres; Informe final del estudio;2009
- El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)” National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, ST D, and TB Prevention Division of HIV/AIDS Prevention, Septiembre 2010
- FOLCH, Cinta; CASABONA, Jordi; MUNOZ, Rafa y ZARAGOZA, Kati. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. GacSanit [online]. 2005, vol.19, n.4, pp. 294-301. ISSN 0213-9111.
- Fondo de Poblaciones de Naciones Unidad UNFPA, Procuraduría General de la Nación. Vigilancia superior a la garantía de los Derechos desde una perspectiva de género con énfasis en mujeres y adolescentes. Bogotá 2006

- Fundación FES división de salud prevalencia de comportamientos de riesgo frente a VIH/SIDA en jóvenes de 15-24 años del valle del cauca, Secretaria Departamental de salud gobernación del valle del cauca.
- Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES), Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH),2007
- HURTADO, Isabel, ALASTRUE, Ignacio, GARCÍA DE OLALLA, Patricia et al. Intervención preventiva en lugares de interacción social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. GacSanit, , vol.24
- Ministerio de Protección Social. Estudios centinela de VIH en poblaciones vulnerables en municipios de Colombia. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe2009
- Sara Barrón López , Micaela Libson y Renata Hiller ; Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH);2007
- Proyecto para la provision del cuidado integral para hombres gay y otros Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH) en america latina y el caribe, Organización Panamericana de la salud Washington, D.C.: OPS, 2010
- Una publicación trimestral sobre la prevención, tratamiento y política del vih invierno 2011 Previniendo el VIH: Nuevas Herramientas, Nuevas Esperanzas por Kalibala Sam Littlefield MD, Sarah, MPH y Robert Valadéz, MSW

## WEB-GRAFIA

- Artículo sobre VIH/SIDA y su presentación en sectores de bajo ingreso económico, Stefan Baral, FrangiscosSifakis, FarleyCleghorn, Chris Beyrer , disponible en ;  
[http://www.sigla.org.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=198:la-epidemiologia-del-vih-entre-hsh-de-paises-de-ingreso-bajo-y-medio-altas-tasas-respuestas-limitadas-&catid=73:vih-y-hsh&Itemid=133](http://www.sigla.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=198:la-epidemiologia-del-vih-entre-hsh-de-paises-de-ingreso-bajo-y-medio-altas-tasas-respuestas-limitadas-&catid=73:vih-y-hsh&Itemid=133)
- Consulta en biblioteca virtual Wikipedia.org, 1 de diciembre de 2011, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sida>
- Consulta en biblioteca virtual Wikipedia.org, 1 de diciembre de 2011, disponible en:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres\\_que\\_tienensexo\\_con\\_hombres](http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres_que_tienensexo_con_hombres)
- DEFINICIÓN TÉCNICA DE SIDA, consultada el 1 de diciembre de 2011, disponible en; [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)
- DEFINICIÓN TÉCNICA VIH DE LA OMS, consultada el 1 de diciembre de 2011, disponible en: <http://www.aciprensa.com/sida/definicion.htm>
- Definición terminología HSH, Dr. Ernesto m. Sebríe programa municipal de sida - secretaría de salud pública - municipalidad de rosario consultada el 2 de diciembre de 2011, disponible en;  
<http://www.pmsida.gov.ar/sexualidad/sexualidad2.htm>
- Departamento de salud, Gobierno de Puerto Rico consulta 21 Octubre, disponible en:  
<http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondelVIHSIDA.aspx>

- Doctor, José Antonio Izazola, director ejecutivo de Sidala: “Estudios sobre la mayor incidencia del SIDA en homosexuales” México D.F, Publicado el 13-09-2001, disponible en <http://pp20013.free.fr/Incidencia.htm>
- El Estigma y los HSH: Una Barrera a la Prevención De ACRIA y GMHC Invierno de 2010/2011; disponible en <http://www.thebody.com/content/64437/el-estigma-y-los-hsh-una-barrera-a-la-prevencioacu.html>
- El Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF) hace un llamado a los activistas a nivel mundial para hacer de los ‘Hombres que tienen Sexo con Hombres’ una prioridad estratégica en la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 201, disponible en; [http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/HLM\\_SP.pdf](http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/HLM_SP.pdf)
- ESTUDIOS SOBRE LA MAYOR INCIDENCIA DEL SIDA EN HOMOSEXUALES José Antonio Izazola, director ejecutivo de Sidalac Publicado el 13/09/2001, disponible en <http://pp20013.free.fr/Incidencia.htm>.
- FACTORES DETERMINANTES EN HSH, Artículo disponible en; <http://www.pmsida.gov.ar/sexualidad/sexualidad2.htm>
- Interpretación erótica de Adriano y Antínoo, de Paul Avril (siglo XIX). WIKIPEDIA, disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres\\_que\\_tienensexo\\_con\\_hombres](http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres_que_tienensexo_con_hombres)
- Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, consultado de en <http://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>
- Organización Mundial de la Salud - Estadísticas sanitarias Mundiales 2011, consulta 21 de Octubre disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)



- PAGINA DEL MINISTERIO, Colombia renueva el compromiso frente al VIH/Sida , consultado el 1 de diciembre de 2011, disponible en:[http://www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/Results.aspx?k=vih en hsh](http://www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/Results.aspx?k=vih%20en%20hsh)
- según se muestra en la definición “homofobia” citado de Wikipedia. Consultado el 11 de noviembre de 2011, disponible en; <http://es.wikipedia.org/wiki/Homofobia>
- The body, the complete HIV resource, consultada en <http://www.thebody.com/content/64437/el-estigma-y-los-hsh-una-barrera-a-la-prevencioacu.html>
- Ultimas Normas Servicio de Salud Colombia GUIA DE ATENCION DEL VIH/SIDA (Hace parte de la RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000); disponible en; <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsida.htm>

## ANEXOS

### ANEXO A. ENCUESTA

#### FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH), EN LA CIUDAD DE POPAYÁN DURANTE EL PERIODO 2011 Y 2012

#### ENCUESTA

El objetivo de esta encuesta es obtener información para describir las características socio demográficas, frecuencia y los factores de riesgo para VIH/SIDA en Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH).

Ficha No. \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Ciudad Natal: \_\_\_\_\_ 2. Estrato: \_\_\_\_ 3. Edad: \_\_\_\_

4. Grupo étnico: 1 \_\_\_\_ Negro o afro-colombiano 2\_\_\_\_ Indígena 3\_\_\_\_ Mestizo  
4\_\_\_\_ otra

5. Estado civil: 1\_\_\_\_ Soltero 2\_\_\_\_ Casado 3\_\_\_\_ U. Libre 4\_\_ Viudo 5\_\_\_\_  
Separado 98\_\_\_\_ No respondió.

**6. ¿Cuál fue el último año de educación que usted aprobó?**

<b>1</b>	<b>Ninguno:</b>	0
<b>2</b>	<b>Primaria:</b>	1 2 3 4 5
<b>3</b>	<b>Secundaria:</b>	6 7 8 9 10 11
<b>4</b>	<b>Técnico /Tecnológico__ Universidad</b>	12 13 14 15 16
<b>5</b>	<b>Post-grado:</b>	17 18 19 20 21 22
<b>98</b>	No respondió	

**7. Ocupación.**

1\_\_ Empleado asalariado 2 \_\_ Trabajador independiente 3 \_\_Trabajador informal 4 \_\_Desempleado desde hace más de 1 año 5\_\_desempleado desde hace menos de un año 6\_\_ Encargado de las tareas del hogar 7\_\_ Estudiante 8\_\_ Jubilado 9\_\_ Estuvo incapacitado para trabajar 98\_\_ No respondió.

**8. Oficio:**\_\_\_\_\_

**9. Entidad de seguridad social:(carnet de salud )**\_\_\_\_\_

1\_\_Contributivo 2\_\_Subsidiado 3\_\_No asegurado 98\_\_No respondió.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**10. Transfusiones:** 1\_\_ SI 0\_\_ NO 97\_\_ No sabía/No estaba seguro 98\_\_No respondió

**11. Tatuajes y piercing:** 1\_\_ SI 0\_\_NO 98\_\_ No respondió.

**12. Infecciones de transmisión sexual:** 1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO 97\_\_\_ No sabía/No estaba seguro 98\_\_\_ No respondió.

**13. Cual(es):** 1\_\_\_ Ulceras 2\_\_\_ Flujos/Secreciones 3\_\_\_ Verrugas/otras 97\_\_\_ No sabía/No estaba seguro

98\_\_\_ No respondió.

**14. En los últimos 30 días ¿ha consumió bebidas alcohólicas?**

1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO 98\_\_\_ No respondió

**15. ¿Cuándo consumió bebidas alcohólicas tuvo relaciones sexuales?**

1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO 97\_\_\_ No sabía/no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió  
99\_\_\_ No aplica

**16. En el último año consumió sustancias psicoactivas:** 1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO  
97\_\_\_ No sabía/No está seguro

98 \_\_\_ No respondió

**16 a. ¿Qué tipo (s) de sustancia (s) consumía?** \_\_\_\_\_

**17. ¿Cuándo consumió sustancias psicoactivas tuvo relaciones sexuales?**

1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO 97\_\_\_ No sabía /no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió.  
99\_\_\_ No aplica

**18. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral vaginal o con o sin su consentimiento?**

1\_\_\_ Edad

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON VIH SIDA**

**19. ¿Escucho alguna vez sobre el VIH o la enfermedad llamada SIDA?**

1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO 97\_\_\_ No sabía/no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió

**20. ¿Con los siguientes métodos se puede prevenir el VIH/SIDA? (Marque con una X)**

<b>MÉTODOS DE PREVENCIÓN</b>	<b>1. SI</b>	<b>0. NO</b>	<b>97 No sabía/No estaba seguro</b>	<b>98 No respondi ó</b>
a. Utilizando un condón de forma correcta cada vez que tengan relaciones sexuales.				
b. Al tener una pareja sexual fiel que no esté infectada.				
c. Dejando de tener relaciones sexuales				

**21. ¿Puede una persona infectarse de VIH de las siguientes maneras?  
(Marque con una X)**

<b>FORMAS DE TRANSMISIÓN</b>	<b>1 SI</b>	<b>0 NO</b>	<b>97 No sabía/No estaba seguro</b>	<b>98 No respondi ó</b>
<b>a. Por una picadura de mosquito</b>				
<b>b. Al compartir una comida con alguien que este infectado</b>				
<b>c. Al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizo</b>				
<b>d. Donando sangre</b>				
<b>e. Recibiendo transfusión de sangre</b>				
<b>f. Por relaciones sexuales</b>				
<b>g. Por compartir objetos (plato, cucharas, vasos, ropas, etc.)</b>				
<b>h. Una mujer embarazada que está infectada con VIH o SIDA puede transmitir el virus a su bebe</b>				

**22. Quien creía que tenía riesgo de infectarse por VIH/SIDA (puede escoger una o varias )**

1\_\_Trabajadores(a) sexuales 2\_\_HSH 3\_\_Quienes tienen sexo con muchas parejas 4\_\_Cualquiera que tenga vida sexual activa desprotegida (sin condón) 97\_\_No sabía/no estaba seguro 98\_\_No respondió

**23. ¿Por qué creía que una persona no aceptaría hacerse la prueba del VIH/SIDA?**

1\_\_\_ No la necesita 2\_\_\_ No le teme al SIDA 3\_\_\_ Le teme al resultado  
4\_\_\_ No conoce su importancia

97\_\_\_ No sabía/no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió

**24. ¿Tiene una pareja sexual estable?** 1\_\_\_ SI 0\_\_\_ NO 97\_\_\_ no sabía/no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió

**25. ¿Cuántos compañeros (as) sexuales había tenido?**a) En el último año\_\_\_  
b) En los últimos 2 años\_\_\_

**26. ¿ Era pareja sexual de una persona infectada por VIH/SIDA?** 1\_\_\_ SI  
0\_\_\_ NO 97\_\_\_ No sabía/no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió

**27. ¿ En las relaciones sexuales utilizaba el preservativo (condón)** 1\_\_\_  
Siempre 2\_\_\_ Casi siempre

3\_\_\_ Algunas veces 4\_\_\_ Casi nunca 5\_\_\_ Nunca 97\_\_\_ No sabía/no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió

**28. Si, usaba SIEMPRE el preservativo (condón), ¿desde cuándo?** 1\_\_\_  
Desde el inicio de su vida sexual 2\_\_\_ Hace mas de 5 años 3. \_\_\_ Hace 1-5 años 4. \_\_\_ Hace menos de un año 97\_\_\_ No sabía/ no estaba seguro. 98\_\_\_ No respondió 99\_\_\_ No aplica

**29. Si no acostumbraba a usar SIEMPRE el preservativo (condón), ¿cuál era el motivo?**

1\_\_\_ No creo que sea bueno, lo desconozco 2\_\_\_ No me gusta / se me olvida usarlo 3\_\_\_ Al compañero (a) no le gusta 4\_\_\_ No lo puedo conseguir 5\_\_\_ Confianza en la pareja 97\_\_\_ No sabía/ no estaba seguro 98\_\_\_ No respondió 99\_\_\_ No aplica

**30. ¿Cada cuánto se realizó la prueba de VIH/SIDA?**

1\_\_\_ Cada año 2\_\_\_ Cada 1 a 2 años 3\_\_\_ Cada 3 años o más años 4\_\_\_  
Cuando siente que ha tenido una exposición de riesgo 5\_\_\_Nunca 97\_\_\_No  
sabía/No estaba seguro 98\_\_\_No respondió

**31. ¿Por qué no se había realizado antes la prueba de VIH?**

1\_\_\_ Estaba seguro (a) de no necesitarla y/o no le gusta 2\_\_\_ Desconocía  
que existía y/o su importancia para la prevención 3\_\_\_ Le temía al resultado  
y/o a sus consecuencias 4\_\_\_ No le teme al SIDA 5\_\_\_ Nunca me la había  
ofrecido gratis y es difícil/costoso hacerla 97\_\_\_No sabía/No estaba seguro  
98\_\_\_No respondió 99\_\_\_No aplica

**32. ¿Por qué se realizó la prueba del VIH en esta campaña?**

1\_\_\_ Se cree en riesgo 2\_\_\_ Es importante para la prevención 3 \_\_\_ Porque  
es gratis y es difícil/costoso hacerla 4\_\_\_ Nunca se le había ofrecido. 5  
Otra\_\_\_\_\_ 97 \_\_\_No sabía/No estaba seguro  
98\_\_\_No respondió

**CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO DE VIH**

**33. Resultado prueba VIH** 0\_\_\_ Negativo 1\_\_\_ Positivo

**Responsables del diligenciamiento de la encuesta:**

---

**Fecha:** dd\_\_\_ / mm\_\_\_ / aa\_\_\_



## **ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO**



BÚSQUEDA ACTIVA FOCAL INTEGRAL (BAFI) DE VIH EN POBLACIONES URBANAS VULNERABLES, Y EFECTIVIDAD/SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, POPAYÁN- COLOMBIA, 2011-2013.

### **"CONSENTIMIENTO INFORMADO"**

#### **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación que está llevando a cabo el "Grupo de Investigación Educación y Salud en VIH/Sida" de la Corporación de Lucha Contra el Sida, en el cual, en primera instancia se quiere buscar cuáles son las características conocidas y potenciales de vulnerabilidad ó riesgo para la infección por el VIH en poblaciones urbanas vulnerables por bajos recursos económicos, que no presentan síntomas de esta enfermedad. La manera de saberlo es haciéndole unas pruebas de laboratorio para VIH, así como algunas preguntas. Quienes resulten con diagnóstico confirmado positivo de infección por VIH serán invitados voluntariamente a continuar la investigación, con el objetivo de evaluar la mejoría del estado de salud y la seguridad del inicio temprano de la Atención Integral y del tratamiento para el VIH, donde recibirá todos los beneficios de la Atención Integral con tratamiento antirretroviral y un seguimiento constante de la misma. Igualmente para usted, al participar en esta

investigación y hacerse la prueba mencionada, le servirá para conocer a tiempo si usted tiene la infección y podrá acceder tempranamente a su tratamiento y control, mejorando sus condiciones futuras de salud. Usted no tendrá que pagar nada por participar en esta investigación y se compromete con nosotros a ser muy sincero(a) en sus respuestas. Adicionalmente la información obtenida permitirá que se proyecte a futuro según las necesidades encontradas como parte de la búsqueda activa focal integral del VIH y su Atención Integral.

El presente documento le informará sobre los procedimientos a seguir para el desarrollo de la investigación, los riesgos que conllevaría para usted, e información adicional que usted debe conocer. Si tiene preguntas frente a este documento o encuentra palabras que no son claras para usted, por favor informe a los/las investigadores/as y ellos/ellas estarán gustosos/as de responder a todas sus preguntas.

## **PROCEDIMIENTOS:**

Para participar en esta investigación, usted solo requiere tener disposición de hacerlo y ser mayor de edad. Su participación durará aproximadamente dos (2) horas (una hora por dos ocasiones, la primera para la asesoría inicial resolución del cuestionario y toma de muestra de sangre, y la segunda para recibir su resultado y nueva asesoría) en la primera etapa y en el caso que se requiera tiempo adicional se lo consultaremos previamente; si el resultado de su prueba de sangre es positivo confirmado y usted acepta y cumple con los criterios de la segunda etapa, su participación en ésta será de seguimiento constante por al menos los primeros 12 meses. Si usted está de acuerdo, usted recibirá inicialmente una asesoría (que podrá ser colectiva y/o individualizada) sobre la prueba de laboratorio que se le practicará; seguidamente deberá contestar unas preguntas con respecto a características generales como edad, raza, escolaridad, estado

civil, procedencia y ubicación, así como algunos antecedentes relacionados con su vida sexual y enfermedades y sobre sus conocimientos, creencias y actitudes relacionadas con el VIH/SIDA, todo lo anterior de manera confidencial y reservada: seguidamente se le realizará la prueba de laboratorio para VIH que consiste en una toma de muestra de sangre de una vena de su brazo (aproximadamente 5 mililitros equivalentes a una cucharadita dulcera) c por punción (pinchazo del dedo índice para la obtención de aproximadamente 50 micro litros de sangre equivalentes a 1gota) por parte de una auxiliar o profesional de laboratorio; la muestra de sangre se destinará solamente para procesamiento en el laboratorio y obtención de resultado para diagnóstico de VIH, asegurando que no tendrán otra finalidad diferente; estos procedimientos se efectuarán de manera inmediata y en el mismo sitio o mediante el envío de la muestra al laboratorio. Posteriormente sus resultados le serán entregados a usted de manera confidencial y durante una última sesión breve de asesoría individualizada: si su resultado de VIH es "positivo" (indicándola sospecha de presencia de esta infección), usted tendrá como beneficios, el ofrecimiento de una primera Atención Integral (con médico especialista, psicólogo, enfermera y trabajadora social), al final de la cual se habrá confirmado o descartado su diagnóstico (acudiendo además a otras pruebas especiales de laboratorio) y se le habrá orientado para continuar voluntariamente en la segunda fase del estudio en la cual usted tendrá seguimiento y Atención Integral contratación antirretroviral si usted lo requiere, lo acepta y se dispone a cumplirlo, todo lo cual será garantizado por al menos los primeros 12 meses después del ingreso a la atención integral e inicio del tratamiento antirretroviral No obstante, si usted no acepta el ofrecimiento de Atención Integral y tratamiento, o solicita retiro del protocolo, se remitirá al ente territorial o institución del sistema de seguridad social en salud que le corresponda, en el momento que mejor le convenga así mismo, después de los 12 meses del diagnóstico, seguimiento e inicio de tratamiento antirretroviral, usted podrá continuar dentro del programa de Atención Integral o podrá ser orientado y remitido al ente territorial o institución del sistema de seguridad social en salud que le corresponda. Si su resultado VIH es

negativo, también le será entregado y como beneficio se le brindarán las mejores recomendaciones para su prevención en el futuro. La información nueva que resulte de este estudio o de otros similares, también se le transmitirá a usted posteriormente.

## **RIESGOS E INCOMODIDADES**

Para la primera fase, este estudio representa un riesgo mínimo para usted, este riesgo consiste en la toma de muestra de sangre de una vena de su brazo o punción del dedo índice, esto podrá causarle un breve dolor y/o molestia, e incluso la aparición de un enrojecimiento en la piel; sin embargo, las posibilidades de presentarse estos inconvenientes son mínimos y pasajeros pues la persona que toma la muestra es experta en su labor.

Igualmente el proceso de la entrevista puede causarle malestar e incomodidad porque usted estará hablando de su historia personal. Sin embargo, todas estas posibles incomodidades serán mínimas pues todas las preguntas serán realizadas por personal autorizado bajo las mejores condiciones de privacidad y confidencialidad.

Solo para los participantes que resulten VIH positivos confirmados y que apliquen para la segunda fase, ciertos riesgos o incomodidades pueden asociarse con su participación en el estudio, en lo relacionado con el tratamiento que corresponde a la combinación de medicamentos que usted recibiría (que son los más frecuentemente utilizados y aprobados en Colombia y que se ha demostrado su gran efectividad y seguridad para el mejoramiento de la salud de las personas con VIH/Sida: podrían causarle algunas molestias, incomodidades o efectos secundarios, la mayoría de las veces transitorios y solo en las primeras dos a tres semanas, los cuales le serían detalladamente explicados cuando se considere que le convendría iniciarlos, una vez que se haya producido el ingreso a la Atención

Integral, donde en todos los casos, se dispondría de una atención médica muy rápida para decidir si se continúa o no con el tratamiento. Cuando sea necesario dentro del seguimiento asu Atención Integral, se tomarían también muestras de sangre en el brazo (aproximadamente 5-10 centímetros cúbicos, equivalentes a una cucharadita dulcera por cada evaluación), similares a la primera que se le tomará en la primera etapa. No obstante la ocurrencia de imprevistos escapa a la responsabilidad de la Corporación de Lucha Contra el Sida y la Universidad del Cauca y teniendo en cuenta que la toma de medicamentos ya registrados y aprobados en Colombia, usados bajo prescripción médica para el mejoramiento de su salud, tienen en este proyecto unos riesgos menores que los que tendría al tomarlos por su cuenta o si se tratara de medicamentos no suministrados por un servicio farmacéutico habilitado y perteneciente a una institución con sistema de gestión de calidad certificado, garantizará para todos los casos, la disponibilidad de tratamiento y manejo apropiados de cualquier daño o lesión que le afecte a usted, y que hayan sido causados directamente por esta investigación.

Aunque los riesgos de los procedimientos anteriormente mencionados son mínimos, usted tiene la posibilidad de interrumpir su participación en esta investigación en cualquier momento.

#### **COMPENSACIÓN POR CUALQUIER LESIÓN PRODUCTO DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:**

Si bien, como participante del estudio, los riesgos para su salud son mínimos, se hará cargo de cualquier lesión que se derive directamente de su participación en esta investigación.

#### **BENEFICIOS PARA USTED Y PARA OTRAS PERSONAS:**

Los beneficios para usted serán los siguientes:

- a) Conocer oportunamente su estado de salud frente al VIH.
- b) En caso de ser VIH positivo podrá acceder tempranamente a su Atención Integral y tratamiento para controlar la infección y evitar el desarrollo de la enfermedad.
- c) En caso de ser VIH positivo, es altamente probable que sus condiciones relacionadas con el VIH- Sida mejoren con el tratamiento prescrito. Sin embargo, este posible beneficio puede disminuir o desaparecer si usted llegase a interrumpir sin previo aviso, consulta o de común acuerdo con el personal de salud encargado de la investigación.
- d) Cualquiera que sea la información y el conocimiento adquirido de este estudio de investigación, que pueda ser importante para su salud, le será compartida oportunamente.

Adicionalmente la información obtenida de los participantes permitirá que la CORPORACIÓN proyecte según las necesidades encontradas un mejor servicio como parte de la Atención Integral y/o actualización académica que redunde en beneficio de la comunidad.

**COSTOS PARA USTED:**

No se generará ningún costo para usted, en caso de que decida participar en el estudio los costos que se produzcan por ello serán asumidos por LA CORPORACIÓN, incluyendo los exámenes de laboratorio y tratamiento de la infección por el VIH.

**PAGO POR PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN:**

Usted no recibirá ningún tipo de remuneración por participar en este estudio. Es importante que sepa que por participaren esta investigación no recibirá pago sin embargo se le hará el diagnóstico y en caso que resulte con alguna alteración se le ofrecerá el tratamiento más adecuado para su salud acorde a las guías institucionales, así mismo si usted resulta VIH positivo, usted no tendrá que pagar nada por participar en esta investigación y se compromete con nosotros a asistir

cumplidamente a los controles ya las citas con los profesionales que se le indiquen; siempre le estaremos informando sobre su estado de salud.

**ALTERNATIVAS:**

Usted tiene como alternativa no participar en el estudio.

**CONFIDENCIALIDAD:**

Con la firma de este consentimiento informado usted autoriza a los investigadores a tener acceso a la información suministrada por usted en el cuestionario inicial, así como a su historia clínica (si resulta VIH positivo e ingresa a la Atención Integral) y obtener la información estrictamente requerida en el estudio. Los investigadores respetarán la confidencialidad de su información acorde a las regulaciones legales establecidas para ello, ya previamente conocidas y aceptadas por usted desde su ingreso al estudio y al Programa de Atención Integral. Usted puede tener la seguridad de que la información que usted suministre se mantendrá bajo absoluta confidencialidad y no será relacionada en ningún momento con su nombre ante terceros, manteniendo así en secreto la información que usted nos proporcione. Para cumplir con esto le garantizamos que dentro de la investigación y para fines únicamente estadísticos, del cuestionario que usted conteste sólo se tomará su código asignado, pero no sus datos personales; adicionalmente, a esta información no podrán acceder personas diferentes a los investigadores del estudio. Igualmente, en ningún caso su nombre aparecerá en publicación alguna que resulte. Además, dicha información podrá ser utilizada para otros estudios relacionados y desarrollados por los mismos investigadores de éste, previa aprobación del Comité de Ética que autorizó esta investigación; en dicho caso, los investigadores no podrán tener acceso a su nombre, únicamente a sus respuestas.

## **SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA:**

Su participación en este estudio es voluntaria, usted tiene el derecho a decidir no participar o a retirarse del estudio en cualquier momento. Su participación en la investigación podría también ser interrumpida por los/as investigadores/as en cualquier momento sin que ello requiera de su consentimiento. Si usted decide participar en esta investigación en forma libre y voluntaria, bajo las condiciones antes mencionadas, por favor firme ó coloque la huella (solamente en caso de no saber o no poder firmar) de su dedo índice derecho en el espacio correspondiente. No firme este documento a menos de que usted haya tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas satisfactorias a sus dudas. Usted recibirá una copia del presente documento el cual consta de cuatro (4) páginas. Si usted decide no participar, respetaremos su decisión y, como alternativa, le ofreceremos las mejores recomendaciones para su salud.

## **A QUIÉN CONTACTAR PARA RESPONDER A SUS PREGUNTAS:**

Si usted tiene preguntas o preocupaciones relacionadas con el estudio, siéntase libre de solicitar información adicional a los/as investigadores del estudio, o si en algún momento usted siente que ha sufrido una lesión producto de su participación en esta investigación no dude en contactar a la Dra. María Virginia Pinzón; igualmente, el Comité de Ética para investigación en humanos de la UNIVERSIDAD DEL CAUCA, estará disponible para cualquier inquietud, sugerencia, queja o reclamo que a usted se le presente sobre este trabajo.

## **DECISIÓN DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:**

Doy constancia de que he entendido este documento, el cual está escrito en español. El estudio me ha sido explicado de manera satisfactoria y todas mis preguntas en relación a los procedimientos del estudio, posibles riesgos y malestares me fueron respondidas. En caso de tener preguntas en un futuro con relación al estudio, o en el caso de sufrir alguna lesión como resultado directo de



mi participación en esta investigación, deberé contactar a la persona adecuada para cada caso como me fue indicado anteriormente en este documento. Basado(a) en la información recibida y entendida, acepto y autorizo voluntariamente mi participación en este estudio.

Nombre y Firma

---

## ANEXO C. PRESUPUESTO



### PRESUPUESTO ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN FACTORES DE RIESGO Y FRECUENCIA PARA VIH/SIDA EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES EN LA CIUDAD DE POPAYÁN 2011 – 2012.

Tabla 10. Presupuesto

<b>RUBROS</b>	Función dentro del proyecto	Tiempo en horas por semana	V/hora	Valor /tiempo mensual	Especie	CONTRAPARTIDA
<b>PERSONAL</b>				<b>Especie</b>	Total tiempo 4 meses	
Mag. María Virginia Pinzón	Asesor	4		\$620.000	\$620.000	
Estudiante de Pregrado. Alicia Astudillo	Coinvestigador	4	\$7.000	112.000	448.000	
Estudiante de Pregrado. Lali Burbano	Coinvestigador	4	\$7.000	112.000	448.000	
Estudiante de Pregrado. Yasmin Hoyos	Coinvestigador	4	\$7.000	112.000	448.000	
Estudiante de Pregrado. Nancy Ibarra	Coinvestigador	4	\$7.000	112.000	448.000	
Estudiante de Pregrado. JhonnyPomeo	Coinvestigador	4	\$7.000	112.000	448.000	
<b>TOTAL</b>				<b>\$1.180.000</b>	<b>2.860.000</b>	
<b>EQUIPO</b>			Efectivo			
Computadores	Para la redacción y elaboración del anteproyecto		\$800.000			
Videobeam	Para las sustentaciones del proyecto ante los asesores		\$700.000			
USB	Para guardar la información y		\$40.000			

	usarla en diferentes computadores					
Extensión (multitoma)	Para la conexión de los diferentes equipos a utilizar		\$25.000			
<b>TOTAL</b>			<b>\$1.565.000</b>			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Presupuesto

<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>			Efectivo			
Fotocopias de encuestas	Para la elaboración de las encuestas		\$90.000			
Papelería	Para la presentación de trabajos escritos		70.000			
Impresiones	Para dar los resultados, información y dar entrega al trabajo		100.000			
<b>TOTAL</b>			<b>\$260.000</b>			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12 Comunicación y Transporte

<b>COMUNICACIONES Y TRANSPORTE</b>	Costo unitario	Cantidad				
Transporte urbano	\$1.500	320	\$480.000			
Horas de internet	\$1.000	150	150.000			
<b>TOTAL</b>			<b>\$630.000</b>			
Costos adicionales del trabajo						\$10.000.000

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13 Tabla resumen de presupuesto

				<b>CONTRAPARTIDA</b>
TOTAL PERSONAL			<b>2.860.000</b>	
TOTAL EQUIPO		<b>\$1.565.000</b>		
TOTAL MATERIALES Y SUMINISTROS		<b>260.000</b>		
TOTAL COMUNICACIONES Y TRANSPORTE		<b>630.000</b>		
COSTOS ADICIONALES				<b>\$10.000.000</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>2.455.000</b>	<b>2.860.000</b>	<b>10.000.000</b>

Fuente: Elaboración propia

## ANEXO D. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Grafica 5. Cronograma de actividades

MES/ SEMANA	SEPTIEMBRE DE 2011				OCTUBRE DE 2011				NOVIEMBRE DE 2011				DICIEMBRE DE 2011				ENERO DE 2011			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>FASE INICIAL DEL PROYECTO</b>																				
Asesorías																				
Revisión bibliográfica																				
Planteamiento Problema y Justificación																				
Elaboración objetivos																				
Primera sustentación																				
<b>FASE DE MARCO TEORICO</b>																				
Asesoría																				
Segunda sustentación																				
<b>FASE DE DISEÑO METODOLOGICO</b>																				
Realización de variables																				
Tipo de estudio, diseño población y muestra																				
Aspectos éticos																				
Realización de consentimiento informado																				
Diseño del instrumento																				
Asesoría sobre cronograma y presupuestos																				
<b>Sustentación final ANTEPROYECTO</b>																				

Grafica 6. Cronograma

Septiembre 2011 a Diciembre de 2012

Mes Actividades	DESCRIPCION	Septie	Octubr	Novien	Diciem	Enero	Febrer	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agoeto	Septie	Octubr	Novien	Diciem	
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14	Mes 15	Mes 16	
Actividad 1. PROYECTO DE INVESTIGACION	FASE INICIAL DEL PROYECTO																	
	Asesorías																	
	Revisión bibliográfica Planteamiento Problema y Justificación																	
	Elaboración objetivos																	
	Primera sustentación																	
	FASE DE MARCO TEORICO																	
	Asesoría																	
	Segunda sustentación																	
	FASE DE DISEÑO METODOLOGICO																	
	Realización de variables																	
	Tipo de estudio, diseño población y muestra																	
	Aspectos éticos																	
	Realización de consentimiento informado																	
	Diseño del instrumento																	
	Asesoría sobre cronograma y presupuestos																	
	Sustentación final ANTEPROYECTO																	
Actividad 2. REVISION COMITÉ DE ETICA	Presentación documento con soportes																	
Actividad 3. TRABAJO DE CAMPO	Diligenciar y seleccionar encuestas																	
	Realizar prueba rápida de VIH y entregar resultados. Remitir al paciente positivo																	
	Codificar e ingresar datos al programa																	
Actividad 4. ANALISIS DE RESULTADOS	Realización de tablas, diagramas, análisis de resultados.																	
Actividad 5. DOCUMENTO FINAL	Preparación documento final, revisión dejurados, presentación																	