

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES. ESTUDIO ECOLÓGICO

Autor: Christian Miguel Escalante Sánchez, Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia, Grupo de Investigación “salud Colectiva”, Bogotá D.C-Colombia, cmescalantes@unal.edu.co, 314 2911053.

Coautores: Michel Rojo Toledano, Estomatólogo, Universidad de la Habana. Vicedecano académico, Facultad de estomatología, Universidad de la Habana.

John Harold Estrada Montoya, Odontólogo, Magíster y PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Director de Departamento de Salud Colectiva y Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45–30 Edificio 210, Ciudad Universitaria – Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jhestradam@unal.edu.co o jhestradam@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tienen 19 veces más probabilidades de infectarse con VIH que la población general. Factores estructurales como estigma, discriminación, violencia por identidad de género, penalización de la homosexualidad y la condena religiosa obstaculizan el acceso y utilización de los servicios integrales en VIH. **Propósito:** Establecer la prevalencia de VIH en HSH en las 10 subregiones epidemiológicas de ONUSIDA. **Materiales y Métodos:** Estudio ecológico a partir de fuentes secundarias publicadas entre 2004-2014, calculando prevalencias con un modelo lineal de ponderación de promedios ajustadas según el tamaño muestral de los estudios. **Resultados:** se identificaron cuatro patrones regionales. América Latina **(16,4%)** el Caribe **(9,28%)** y Oceanía **(22,15%)** con predominio en HSH de +900% de afectación respecto a la población general; Europa oriental y Asia central **(0,74%)** y América del Norte **(25,5%)** con epidemias direccionadas por uso de drogas inyectables con +8.000%. África meridional y oriental **(1,92%)** y

Subsahariana **(18,03%)**, donde las epidemias entre HSH ocurren paralelas en la población general +280%. Oriente **(5,47%)** sur y sureste de Asia **(13,71%)** y Europa occidental y central **(7,56%)** con epidemias donde la propagación es mayor en heterosexuales con +900%. **Conclusiones:** Entre HSH las conductas sexuales son heterogéneas, dinámicas y cambiantes determinando su alta vulnerabilidad. No todos los HSH aceptan mensajes directos de prevención y requieren aproximaciones elípticas y estrategias de intervención elaboradas bajo el respeto, la equidad de género y revalorización de la sexualidad homoerótica que permita el ejercicio de las diversas orientaciones sexuales.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tienen 19 veces más probabilidad de infectarse con el VIH que la población general, lo que representa que los HSH carguen con un peso desproporcionado en la epidemia tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Factores estructurales, como el estigma, la discriminación y la violencia por orientación sexual e identidad de género, la criminalización y penalización de prácticas sexuales entre hombres, más la condena social y religiosa imperante en muchos países, contribuyen a obstaculizar la disponibilidad, el acceso y utilización de los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH entre los HSH, con consecuencias devastadoras ^(1,2).

La categoría “**Hombres que tienen Sexo con Hombres**” (HSH) nace por la necesidad de priorizar fondos en poblaciones de alta vulnerabilidad sin denigrar su identidad, a mediados de la década de los 90, impulsado por una iniciativa del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta. Debido a varios factores, incluyendo aspectos políticos que pretendían mantener enmascarada a esta subpoblación, en Latinoamérica la categoría HSH se empezó a difundir en estudios y publicaciones científicas solo hasta finales de la década de los 90 y a partir del año 2000 son variadas y numerosas las fuentes que se pueden encontrar utilizando esta categoría. Se refiere al comportamiento y no a la identidad u orientación sexual. El término HSH puede incluir a hombres gay identificados

y no auto identificados, hombres bisexuales, hombres que tienen sexo *ocasional* con otros hombre, y los trabajadores sexuales hombres, ente otros. A pesar de la elevada prevalencia y la alta vulnerabilidad los HSH han sido poco estudiados, han recibido poco financiamiento y pocos servicios en la respuesta global al VIH y al Sida ⁽³⁻⁵⁾.

La mediana de la prevalencia del VIH en los HSH supera el **1%** en todas las regiones del mundo y es sistemáticamente mayor que la prevalencia en los hombres heterosexuales en general. La población de HSH se ha convertido en un factor crucial que aporta la actual configuración creciente de la epidemia junto con otras poblaciones claves como los/las usuarios (as) de drogas endovenosas (UDE), las mujeres transgeneristas y los/las trabajadores (as) sexuales (TS) y por este motivo se hace indispensable profundizar mediante estudios cualitativos en el conocimiento de los aspectos estructurales que condicionan su mayor vulnerabilidad a la epidemia ⁽⁶⁾.

Para dar respuesta a esta necesidad, la mayor parte de los estudios de prevalencia realizados con poblaciones vulnerables, ocultas o con prácticas estigmatizadas y por ello de difícil acceso a los investigadores, se han realizado siguiendo metodologías de estimación del tamaño poblacional y muestreo que a pesar de pretender ser aleatorias, terminan convirtiéndose en intencionales no probabilísticas o de conveniencia, lo cual no ha permitido hasta ahora establecer con precisión si la cifra de prevalencia informada por muchos de los estudios disponibles para examen está sobre representada o sub representada frente al comportamiento real de la epidemia en este subgrupo ^(7,8).

Para acceder a poblaciones con estas características, se han propuesto varios métodos de investigación, pero todos han presentado dificultades prácticas asociadas a la condición propia de los grupos de difícil identificación y todas presentaban dos sesgos comunes: no lograban una muestra inicial aleatoria y los resultados no representaban totalmente a la subpoblación estudiada (6). La aprobada internacionalmente y utilizada actualmente para estudiar el comportamiento de la epidemia en los HSH, fue propuesta en 1994 por Broadhead y Heckathorn conocida como *muestreo dirigido por entrevistados*, o RDS (por sus iniciales en inglés Respondent Driven Sampling). Este método asume que los mejores individuos para acceder a una población oculta son los que pertenecen a la población que se piensa acceder. Estas primeras personas que son

contactadas para iniciar el estudio se conocen con el nombre de *semillas*, quienes tienen el reto de contactar personas conocidas dentro de sus redes sociales para que a su vez ingresen al estudio. El método RDS plantea una aproximación muestral tipo cadena de referencia incorporando además las teorías de redes sociales para obtener un tamaño de la muestra representativo de la población objeto de estudio y para reducir el sesgo ya comentado ⁽¹⁰⁾. La ventaja más importante que presenta este método es que puede acceder a individuos que no acuden a centros de apoyo institucional, clínicas, sitios de encuentro social y a personas de estratos socio económicos bajos, lo cual cobra importancia al observar que la mayoría de casos de VIH/SIDA en población HSH se reportan en el grupo más afectado por la pobreza. El reclutamiento en cadena permite que, al expandirse a diferentes niveles y dentro de redes diferentes, la muestra se componga de un grupo poblacional grande y variado y pudiera considerarse como muestreo aleatorio ^(11–14).

Los HSH siempre han tenido un papel clave en la epidemia mundial del VIH (2,10). El grupo de HSH está muy descuidado en varias regiones del mundo, incluida Latinoamérica. Son hombres muy difíciles de identificar y en la mayoría de los casos el tamaño poblacional es excepcionalmente difícil de estimar como se intentó explicar anteriormente. La pandemia de VIH en el subgrupo HSH puede calificarse de devastadora, considerando que este continúa siendo el grupo en situación de mayor vulnerabilidad y por ende requiere una respuesta social clara, efectiva y bien establecida, pues la pandemia en ellos se ha configurado bajo el paradigma del estigma, la discriminación y la exclusión social.

Por ello es necesario tener conocimiento de la prevalencia de la población HSH mundialmente, para dar cuenta de la magnitud y la proyección de la epidemia en los últimos años, interpretada bajo los patrones de comportamiento no sexuales que están llevando a los altos índices de prevalencia en esta población, para permitir generar las posibles explicaciones de la vulnerabilidad y las cifras inaceptablemente altas frente a la pandemia entre los HSH.

La situación anteriormente planteada, convierte a la epidemia del VIH entre los HSH en un verdadero problema de salud pública, lo que genera como propósito de esta investigación establecer la prevalencia de VIH en este subgrupo a nivel mundial en cada una de las subregiones epidemiológicas establecidas por ONUSIDA, a partir de la literatura publicada en estudios de la última década.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación corresponde con un estudio epidemiológico de tipo ecológico exploratorio que agrupó información a partir de la consulta y triangulación de fuentes secundarias de información de estudios publicados en revistas debidamente evaluadas, que dieran cuenta de la prevalencia de la infección por VIH en la población HSH. Las características de inclusión de los estudios fueron: texto completo y/o resumen que revelaran el dato de la prevalencia de VIH que comprenda los periodos de 2004-2014 en el subgrupo HSH de cualquier parte del mundo.

Se extrajo la información cualitativa y cuantitativa de la literatura encontrada agrupada por las subregiones establecidas por ONUSIDA; la manipulación, análisis e interpretación de los datos extraídos se dio mediante un modelo estadístico lineal preciso de ponderación de promedios que se ejecuta bajo la premisa de que las observaciones o datos recolectados no tienen la misma importancia relativa. Para hacer presente este hecho en la búsqueda de un “centro” que representará a los datos, fue necesario asignar a cada uno de éstos, una ponderación (peso o coeficiente) que represente su importancia dentro de la muestra, es decir, en el cálculo de las prevalencias encontradas se les asignó un peso de acuerdo a la muestra recolectada, según la fórmula:

$$\hat{p} = \frac{\sum_{i=1}^m n_i \cdot p_i}{\sum_{i=1}^m n_i}$$

RESULTADOS

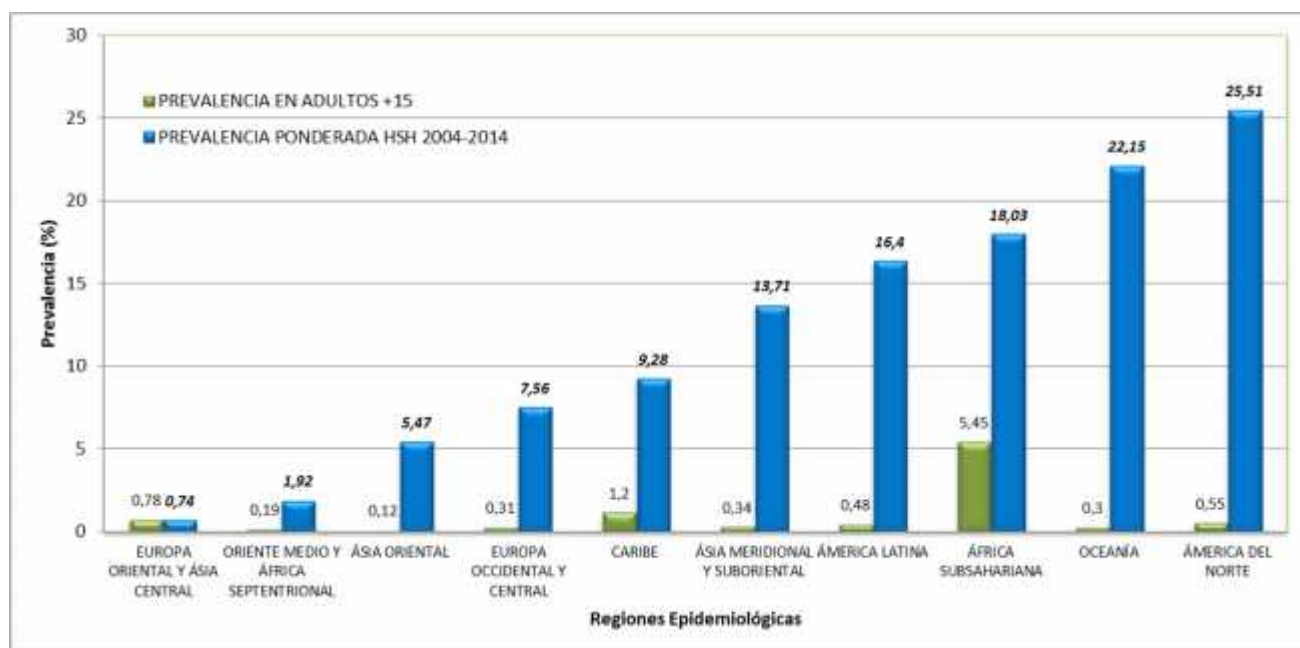
Se identificaron cuatro patrones regionales a nivel mundial, como un marco para la caracterización de las epidemias de VIH en HSH en un contexto epidemiológico amplio que involucra los determinantes estructurales propios de países de ingresos medios y bajos, teniendo en cuenta los patrones epidémicos en todas las poblaciones claves y la población en general. El primer marco ocurre en América del Sur y Centroamérica **(16,4%)**, Caribe **(9,28%)** y Oceanía **(22,15%)**; la epidemia en estas regiones en la última década se caracterizó por el predominio en los HSH, estos hombres son los mayores contribuyentes a la prevalencia del VIH en la población general que tiene tasas globales de la infección muy bajas. En estos países, la prevalencia del VIH en los HSH es mayor del 10% y mucho más alta que en la población general. En el segundo escenario, característico en Europa oriental y Asia central **(0,74%)** y América del Norte **(25,5%)** regiones de altos ingresos, en donde las epidemias entre los HSH se encontraban dentro de las epidemias de VIH impulsadas principalmente por el uso de drogas inyectables y no inyectables. Las epidemias en HSH que ocurren simultáneamente a las epidemias generalizadas en las personas heterosexuales, fueron generalmente evidentes en África meridional, oriental **(1,92%)** y Subsahariana **(18,03%)**, y aquí los hombres presentan un riesgo sustancial de adquisición del VIH tanto de parejas femeninas y masculinas. Y, por último Asia oriental **(5,47%)**, Asia sur y sureste **(13,71%)** y Europa occidental y central **(7,56%)** en donde la propagación compleja y creciente está direccionada por prácticas heterosexuales, trabajo sexual masculino y femenino, y el uso de drogas inyectables.

Entre los HSH, el riesgo del VIH está altamente correlacionado con tener sexo anal receptivo sin protección, probablemente debido a la muy alta probabilidad de transmisión por el acto asociado con esta vía de exposición, sobrecargada por los factores estructurales, como el estigma, la discriminación y la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género y la criminalización de las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo,

Análisis de resultados empleando el método de promedios ponderados para ajuste de prevalencias.

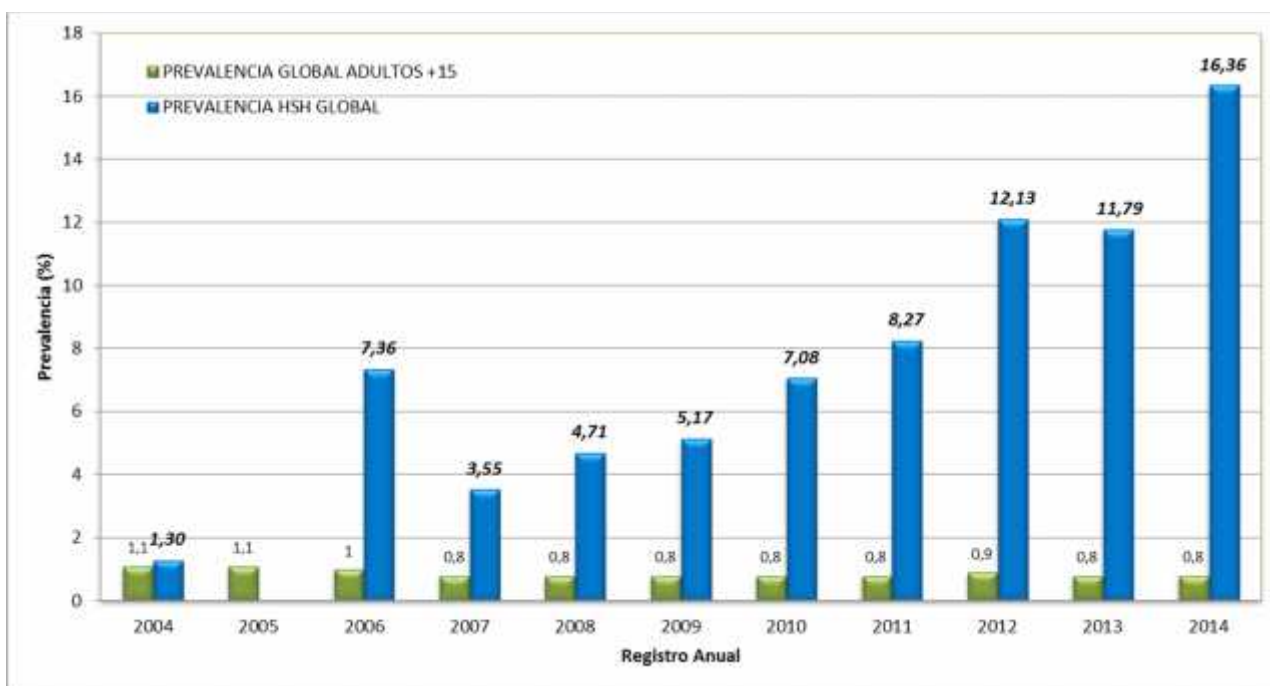
Contrastando con los resultados anteriores, la manipulación de los datos de prevalencias con el modelo estadístico de ponderación de promedios generó dos análisis según el

comportamiento de los datos, el primero con un panorama regional de la epidemia entre los HSH frente a la población general, manipulando 296 datos de prevalencias reveladas por fuentes secundarias en el periodo de 2004 a 2014 con las todas la metodologías de muestreo de poblaciones claves probalísticas y no probalísticas, que permiten ver de lejos el comportamiento explosivo de la epidemia de VIH en los HSH en las diez regiones comparada con la población general. Se observa aquí que nueve de las diez regiones epidemiológicas, muestran una prevalencia en los HSH mucho mayor que la población general, siendo las regiones de América del Norte y Oceanía las más afectada con una prevalencia de **25,5%** y **22,15%** respectivamente, y la menos afectada no superada por la prevalencia de VIH general la región de Oriente Medio y África del Norte con una prevalencia de **1,9%**. La región en donde la prevalencia en la población adulta general superó la de la población HSH fue en Europa Oriental y Asia central (Grafica 1).



Gráfica 1: Prevalencia ponderada de VIH en HSH por regiones comparada con la prevalencia en adultos entre 15 a 49 años reportada por ONUSIDA, 2004-2014. Las prevalencias obtenidas para los HSH de 2004 ha 2014 de fuentes secundarias reportadas por la literatura mundial, se trabajaron con promedios ponderados para obtener un total para cada región epidemiológica, la prevalencia en la población adulta general mayor de 15 años se obtuvo de informes anuales de la situación mundial de VIH de ONISIDA, 2004-2014, promediando la acumulada por esta década.

El segundo modelo permitió analizar el comportamiento anual de la pandemia en los HSH desde 2004 hasta 2014, se seleccionaron 47 estudios ubicados en este periodo que emplearan la metodología de aproximación a la muestra con RDS, sabiendo de la aceptación del método internacionalmente para acceder de manera correcta a poblaciones ocultas y vulnerables frente a la infección, logrando muestras más representativas. De estos estudios clasificados por años a los cuales también se les trato con el método de promedios ponderados, se logró obtener la prevalencia mundial de VIH por año en los HSH, la cual fue contrastada con la global informada por ONUSIDA para la población adulta general, como se puede observar en la Gráfica 2. Se aprecia en ella, que las prevalencias reveladas con la metodología más aceptada para los HSH, estuvieron por encima de la general en la población adulta en toda la década, excepción de 2005, de donde no se obtuvo dato. En la gráfica se puede apreciar el crecimiento exponencial de la pandemia del VIH entre los HSH en todo el mundo durante toda la década, a diferencia en la epidemia en la población adulta general muy tendiente a estabilizarse a partir del año 2007.



Gráfica 2: Prevalencia ponderada Global De VIH en HSH comparada prevalencia mundial reportada por ONUSIDA en población adulta general, 2004-2014 Las prevalencias de VIH en los HSH se obtuvieron únicamente de estudios con metodología de aproximación RDS y se calcularon los datos por año con promedios ponderados. La prevalencia global en la población adulta general se extrajo de los reportes anuales de UNUSIDA de 2004 a 2014.

DISCUSIÓN

El alto riesgo de la infección por VIH entre los HSH está dirigido por una compleja interacción entre factores biológicos, sociales, económicos y políticos, que formulan la vulnerabilidad de los HSH frente a la infección por VIH. Se discutirá acerca de lo que pone a la población HSH en un riesgo mayor frente a la población adulta general. Los HSH como una población oculta, vulnerable y estigmatizada frente a la infección por VIH, es de difícil acceso a la investigación; por ello es muy rígido comprender las dinámicas, comportamientos y conductas tan diversas y cambiantes, además de que no existe un marco conocido de muestreo, así que el tamaño real de la población es desconocido, pretendiendo en algunos estudios de intencionalizar el tamaño muestral, con metodología no probabilística o de conveniencia. Esto hace pensar que las prevalencias informadas para esta población de HSH pueden estar sobrerrepresentadas o subrepresentadas en relación con el comportamiento real de la epidemia en este subgrupo; sin embargo, sí se conoce que su tamaño es menor al de la población de hombres heterosexuales, lo que genera repercusiones de mayor proporción e impacto entre ellos. Sin datos confiables, el VIH entre los HSH se convierte en una epidemia invisible.

Adicionalmente, los efectos perjudiciales de factores estructurales como el estigma, la homofobia, la discriminación, la criminalización y la sobrecarga sociocultural han sido bien documentados por la literatura en el referente global, donde las tasas de infección por VIH entre los HSH en grandes centros urbanos de países de altos y medios ingresos son inaceptablemente altas, y en algunos lugares y zonas que no se pensaba podría llegar a afectarse, va en un continuo crecimiento. ¿Qué producen las situaciones de estigma, homofobia, discriminación y exclusión social en las tasas de la infección de los HSH? Estas atizan la transmisión del VIH, pues primero se convierten en barreras que limitan el acceso adecuado a los servicios de salud integrales, y segundo obligan a los HSH a incurrir en encuentros sexuales bajo la clandestinidad, donde la vergüenza y el secreto exacerban el riesgo frente a la infección. Los HSH podrían esconder sus preferencias sexuales debido al miedo al rechazo, humillación pública, burla por parte del personal de salud ⁽¹⁵⁾, sentir presión de tener hijos ⁽¹⁶⁾ y chantaje ⁽¹⁷⁾, entre otras

razones. La extorsión, la humillación y la violencia contra los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, incluyendo violación basada en la orientación sexual y la identidad de género, se ha documentado muy bien en los estudios analizados. Los niveles altos de violencia física, psicológica o la violencia sexual contra los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres han sido reportados en todo el mundo. ¿A qué conduce la penalización de la Homosexualidad y las prácticas sexuales entre varones? Hasta mayo de 2009, en ochenta estados miembros de las Naciones Unidas, (incluyendo cinco naciones cuyas leyes castigan con pena de muerte) se ejecutaban penas criminales por actos sexuales consentidos entre adultos del mismo sexo; sometiendo a la epidemia con estas medidas coercitivas a la clandestinidad, lo que afecta directamente la capacidad cognitiva y emocional de los HSH de tomar medidas preventivas frente a la situación de riesgo ⁽¹⁸⁾, el panorama de la situación de penalización de homosexualidad a 2013, En total, setenta y ocho países penalizan las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, con siete países exigiendo la pena de muerte. En los últimos años, ha surgido una nueva legislación penal que incluye el castigo excesivamente amplio a la expresión pública de preferencias o identidades sexuales de personas del mismo sexo, así como la distribución de información relativa a las relaciones entre hombres En algunos países, las leyes también prohíben las organizaciones que representan o apoyan lesbianas, gays, bisexuales o personas transgénero ⁽¹⁹⁾.

Estas leyes punitivas se basan en el estigma, e incitan aún más, a la discriminación y la violación de derechos humanos hacia los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con los hombres. Algunos de los países que penalizan el encuentro sexual entre hombres son Malawi, Zambia, Jamaica ⁽¹⁹⁾ Nigeria y Uganda ^(20,21), con 14 y 10 años de prisión, y con pena de muerte en países como Mauritania, Sudán y Yemen. China, Guatemala y Ucrania no penalizan la homosexualidad ⁽¹⁹⁾. Las violaciones a los Derechos Humanos contra los HSH crean un ambiente hostil que compromete seriamente la habilidad de los servicios de VIH para alcanzar a las comunidades en alto riesgo. La sobrecarga sociocultural y la punitiva social y religiosa, es otra situación que apoya la condena de manera diferente con actos de discriminación y prejuicios contra la homosexualidad; por ejemplo, la práctica del Islam en Bangladesh e Indonesia, el catolicismo en Filipinas, el

cristianismo en Nueva Zelanda y las tradiciones culturales y las normas en la India, China y Hong Kong parece estar contribuyendo a la situación de marginación de los hombres que tienen sexo con hombres. Se pensaría que si la religión influenciara los comportamientos y conductas sexuales, las prevalencia en muchos países de oriente sería de cero; mejor dicho no existiría ninguna identidad sexual no natural.

Por otra parte, en los HSH las conductas sexuales de riesgo son influenciadas por factores que exacerban la relación directa con la infección, los sitios de homosocialización gay que concentra parte importante de la población HSH, se propician encuentros sexuales en ocasiones múltiples bajo el uso de drogas inyectables y no inyectables, en donde el intercambio de una misma aguja y estar bajo los efectos de los alucinógenos o el alcohol, compromete la capacidad cognitiva y emocional de los sujetos a la hora de optar por conductas preventivas, es decir, bajo este contexto, la comprensión del sexo no protegido y sus implicaciones en los HSH, son tan variados como las mismas personas y cambian de acuerdo a las circunstancias. Sumado a todo lo expresado hasta aquí, y en oposición a los modelos preventivos y el desempeño de los servicios de salud para VIH, se puede comprender que para una población como los HSH, diversa, dinámica y cambiante, los modelos rígidos y estáticos se quedan cortos al momento de intervenir y contener su crecimiento; sin importar los ingresos del país y la inyección del capital para el modelo, en los HSH la prevención entra prontamente en fatiga, y es cuando se dispara el pico epidémico, reemergiendo la infección. Se promueve entonces, el discurso que propende por la ampliación de la cobertura de los servicios de calidad del VIH y las aproximaciones elípticas a los HSH ⁽⁶⁾, teniendo presente las implicaciones de los mensajes directos y contundentes. Las campañas de información focalizadas y claras que de manera adecuada atienden el riesgo de transmisión del VIH entre los hombres, son herramientas efectivas y necesarias para la prevención del VIH.

Las aproximaciones anteriormente descritas, hablan de las vulnerabilidades de los HSH frente a la infección desde sus claras necesidades sexuales; para cerrar la discusión y tratar de fortalecer la idea de vulnerabilidad, muchos estudios cualitativos, han intentado

ahondar en aquellos aspectos que llevan a que algunos o muchos de los hombres pertenecientes a la población HSH practiquen encuentros sexuales no protegidos, más allá de experiencias relacionadas solamente con las relaciones sexuales, como pueden ser la reafirmación de la autoestima y del sentimiento propio de ser atractivo para las demás personas, así como el peso que tienen los sentimientos de soledad emocional y la búsqueda de compensación de este hecho con la necesidad de conectar e intimar con otros HSH, el hecho de sentirse enamorados, la visualización del riesgo como una fuente de placer y el deseo de rebelarse contra reglas establecidas.

A este componente complejo se les agrupa en las necesidades no sexuales o psicológicas de los HSH, de tipo afectivo o socioemocional ⁽⁶⁾. Explicaciones a esta dinámica ocurren cuando no se utiliza condón durante los encuentros sexuales entre hombres, muy ligada al ideario de la pérdida de la erección, el deseo de estar con una persona motivado por una fuerte atracción física, La necesidad de sentir pasión y la oportunidad de conectar con una pareja particularmente deseable a veces facilitada por el consumo de alcohol y/o drogas, también puede llevar encuentros sexuales no protegidos entre HSH.

Ciertos motivos como la edad, raza y la idea de no tener atractivos físicos, ponen en desventaja a los HSH, temiendo perder un posible encuentro sexual con la pareja deseable, conduciéndoles a prácticas sexuales no protegidas, inicialmente para alimentar su autoestima. Los sentimientos de vacío y soledad en los HSH se llenan con la búsqueda de encuentros sexuales ocasionales no protegidos, sentimientos que inducen a estados de baja autoestima y se convierten en mecanismos potenciales de depresión que podrían explicar la transmisión de VIH.

Según lo expresado hasta aquí, la construcción de conductas y patrones de comportamiento bajo creencias y supuestos personales basados en la intuición de manera generalizada, llevan a los HSH a considerar que el uso del condón impide la posibilidad de unirse totalmente con la otra persona, no usar el condón fortalece la unión íntima emocional, demuestra el sentimiento de amor y confianza generada por el vínculo entre los dos. Estas acciones se ven involucradas en situaciones de riesgo que representan para estos hombres cierto grado de excitación, asociado al hecho de haber cometido un acto prohibido: entonces el riesgo se convierte en un elemento de placer.

Lo que podría convertirse en razones para incurrir en situaciones de penetración anal receptiva sin protección.

CONCLUSIONES

Esta investigación evidencia la tendencia al aumento desproporcionado del VIH entre los HSH en todo el mundo, aún en regiones que no se creían afectadas y otras que ya habían pasado el pico epidémico, como el caso del mundo occidental, oriental y Europeo con economías fuertes. El comportamiento creciente de VIH entre los HSH influye en las tasas de crecimiento de la epidemia heterosexual, ejemplo de las regiones de África subsahariana, América latina y el Caribe, porque muchos de estos hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres.

Es necesario reconocer las necesidades sexuales y no sexuales de los HSH ya que existe la dificultad de la incorporación de medidas preventivas frente al VIH en los encuentros sexuales entre ellos, ya que ocurren en contextos particulares, cambiantes y muchas veces criminalizados, que configuran su actual y creciente vulnerabilidad. No todos los HSH están listos para mensajes directos y contundentes de prevención y se requieren mensajes o aproximaciones elípticas y estrategias de intervención elaboradas bajo un discurso que promueva el respeto y la equidad de género lo que permitirá la revalorización de su sexualidad y la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones homoeróticas, permitiendo que los HSH internalicen mejores percepciones sobre el valor de su vida y por ende se esfuercen más en conservarla

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA.INFORME MUNDIAL, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. "ONUSIDA/JC2502/1/S".
2. ONUSIDA. Consulta regional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe. Ginebra: Autor; 1999.
3. Cáceres C, Pecheny M,Terto V, editores.SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Lima:

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina; 2002.

4. Cáceres C, Konda K, Pecheny M, Chatterjee A, Lyster R. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sex Transm Inf.* 2006; 82:iii3-iii9.
5. Arrivillaga M, Useche B, et al. (2011). *SIDA Y SOCIEDAD, críticas y desafíos frente a la epidemia*. Ediciones Aurora, 2011. Bogotá, D.C: 2011.
6. Estrada M, J-H. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 13 (26): 44-57, enero-junio de 2014.
7. Heckathorn, D. Respondent-Driven Sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*. 1997; 44(2): 174–99.
8. Mantecón A, Juan M, Calafat A, Becoña E & Román E. Respondent-Driven sampling: un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. *Adicciones*. 2008; 20(2): 161–70.
9. Broadhead R & Heckathorn D. AIDS prevention outreach among injection drug users: Agency problems and new approaches. *Social Problems*. 1994; 41, 473–95.
10. Ramírez-Valles, Jesús; Heckathorn; Douglas; Vázquez, Raquel; Díaz, Rafael y Campbell, Richard. *From networks to populations: the development and application of respondent driven sampling among IDU and Latino gay men*. *AIDS and behavior*. Dordrecht, The Netherlands; 2005. 9: 387 – 402.
11. Ramírez-Valles J, Heckathorn, D, Vázquez R; Díaz R & Campbell R. From networks to populations: the development and application of respondent driven sampling among IDU and Latino gay men. *AIDS and behavior*. 2005; 9, 387-402.
12. Ramírez-Valles J, Heckathorn D, Vázquez R, Díaz R & Campbell R. The fit between theory and data in Respondent Driven Sampling: Response to Heimer. *AIDS and behavior*. 2005; 9, 4, 409-14.
13. Yeka W, Maibani-Michie G, Prybylski D & Colby D. Application of respondent driven sampling to collect baseline data on FSWs and MSM for HIV risk reduction interventions in two urban centres in Papua New Guinea. *Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2006; 83, 7.
14. Kendall C, Kerr L, Gondim R, Werneck G, Macena R & Kerr M. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*. 2008; 12, s97–s104.
15. Smith A, Tapsoba P, Peshu N, Sanders E, Jaffe H. Men have sex with men and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2009; 347:416-22.
16. Murray S and Roscoe W. *Boy-Wives and female husbands. Studies of African Homosexualities*. New York: St. Martin's Press; 1998.
17. Baral S, Trapence G, Montimedi F et al. HIV prevalence, risk for VIH Infection, and Human Rights Among Men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia and Botswana. *Plos ONE*. 2009; 4(3):e4997.
18. Ottosson D. State-sponsored Homophobia: A World Survey of Law Prohibiting Same Sex Activity between Consenting Adults. Accessed on January 12, 2010.
19. State Sponsored Homophobia, 4th Edition. (2010). International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. Accessed on line: Available at: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_state_Sponsored_Homophobia_2010.pdf. Accessed May 23, 2010.
20. Drew O, Sherrard J. Sexually transmitted infections in the older woman. *Menopause Int*. 2008; 14(3):134–135. doi:10.1258/mi.2008.008020.

21. Negin J, Nemser B, Cumming R, Leleraï E, Ben Amor Y, Pronyk P. HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. *AIDS Behav.* 2012; 16(1):63–68. doi: 10.1007/s10461-011-9994-y