



Informe de una Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe

Del 14 al 16 de julio, 2009
Ciudad de Panamá, Panamá



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



International Association of Physicians in AIDS Care

Informe de una Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe

Del 14 al 16 de julio, 2009
Ciudad de Panamá, Panamá



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
“Informe de una Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe”
Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33181-1

I. Título

1. HOMOSEXUALIDAD MASCULINA
2. CONDUCTA SEXUAL
3. PROMOCIÓN DE LA SALUD
4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – prevención y control
5. AMERICA LATINA - etnología
6. PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD
7. SERVICIOS DE SALUD
8. VULNERABILIDAD EN SALUD
9. REGION DEL CARIBE

NLM WD308

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones.

Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de VIH/SIDA, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2009

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud. Más información: <http://www.paho.org>

Descripción del Documento

El presente documento resume las discusiones y recomendaciones más significativas surgidas de la “Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe”.

La Consulta Regional se llevó a cabo en la Ciudad de Panamá del 14 al 16 de julio del 2009 y su coordinación estuvo a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Fondo de población de las Naciones Unidas (FPNU), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS); y la Asociación Internacional de Médicos en el cuidado del SIDA (IAPAC). Esta consulta Regional fue posible gracias al apoyo financiero de GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit).

Más de 50 expertos de los Estados Unidos, América Latina y el Caribe participaron en la consulta y contribuyeron con sus conocimientos y experiencia a crear una serie de herramientas que servirán como guías de planificación e implementación de actividades de promoción de la salud y de cuidados para HSH en la región.

Antecedentes

A principios del año 2008, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) – un grupo de directores de programas nacionales de SIDA de 21 países de la Región de América Latina y el Caribe (ALC) – celebraron una reunión de consulta en Brasil con el objetivo de identificar lineamientos generales de acción para un plan regional estratégico con la intención de mejorar la calidad de vida y salud global de las comunidades lésbicas, transexuales, bisexuales, gays y otros HSH. Durante dicho encuentro los participantes acordaron que una línea central de acción debía estar focalizada en la provisión de servicios de cuidados de la salud de alta calidad y accesibles.

En el mes de noviembre del año 2008, un grupo de expertos en provisión de cuidados clínicos se reunieron en la ciudad de Acapulco, México, y propusieron lineamientos generales para responder a las necesidades en la salud de las comunidades HSH en América Latina. Las recomendaciones que surgieron de ambos encuentros dieron lugar a la “Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe” que tuvo lugar en la ciudad de Panamá, Panamá, del 14 al 16 de julio del año 2009. Las mismas recomendaciones constituyeron las bases para la preparación de los documentos de trabajo utilizados en la Consulta Regional, que fue la primera reunión de semejante magnitud celebrada sobre este tema en las Américas, siguiendo a consultas similares en Europa (en Eslovenia, Mayo 2008) y Asia (en Hong Kong, Febrero 2009).

Más de 50 expertos en diferentes especialidades, disciplinas y campos de la promoción y cuidado de la salud de los Estados Unidos, América Latina y el Caribe aceptaron la invitación a participar en la Consulta Regional en la Ciudad de Panamá. Con anterioridad a la reunión cada uno de ellos recibió documentos de trabajo en formato de borradores. Como consecuencia, con antelación a la reunión, muchos de dichos expertos ya habían realizado importantes aportes y sugerencias. Durante la reunión, este grupo de expertos, junto con oficiales técnicos de las agencias de las Naciones Unidas y otras partes interesadas, trabajaron intensamente para repasar y revisar los documentos de trabajo que servirían como anteproyecto para desarrollar el producto principal de la reunión: una serie de herramientas e instrumentos útiles para llevar adelante la planificación e implementación de la promoción de la salud y las actividades de cuidados de la salud para las comunidades HSH en la Región ALC.

A continuación algunas advertencias importantes:

- 1) Las herramientas bajo discusión fueron aquellas primariamente diseñadas para uso en el marco del cuidado de la salud. Sin embargo, hubo un llamado de atención durante la reunión que estableció que aquellas actividades no debían estar desconectadas de otras estrategias y servicios sociales y programas de alcance, sino ser una parte integral de ellos; y
- 2) La Consulta Regional se enfocó principalmente en hombres gay y bisexuales como puntos de referencia para comunidades HSH. Los participantes acordaron que las futuras consultas debían enfocarse en otras poblaciones cuyas necesidades no fueran tratadas adecuadamente en la reunión, tales como necesidades particulares de cuidados de la salud en comunidades transexuales. Las futuras reuniones deberían incluir un rango de representación aún más grande de tales comunidades (como por ejemplo, comunidades transexuales) a fin de establecer recomendaciones apropiadas y relevantes y desarrollar herramientas e instrumentos más específicos para dichas comunidades.

Justificación para un Plan Regional para Mejorar la Promoción de la Salud y el Cuidado de la Salud para las Comunidades HSH

La pandemia del VIH ha ayudado a poner de relieve la falta de cuidados y apoyo para las comunidades de HSH. A pesar de la evidencia existente de que la epidemia del VIH en el Hemisferio Norte se encuentra mayormente concentrada en ciertas poblaciones tales como HSH, trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables y no inyectables, pocos países han tomado medidas proactivas para enfrentar esta situación y establecer y promover servicios de cuidados de la salud apropiados que tiendan a satisfacer las necesidades de estos grupos específicos.

Es un imperativo para la salud pública contribuir a desarrollar ambientes propicios en los cuales todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto y donde los servicios de salud estén dirigidos hacia las distintas realidades que enfrentan los HSH. Mientras que este desafío se ha vuelto un claro objetivo desde la perspectiva de la pandemia del VIH, un patrón similar de exclusión y discriminación de HSH se manifiesta en la experiencia de estos, independientemente del VIH.

La información disponible muestra que los HSH se encuentran afectados de manera desproporcionada por las enfermedades de transmisión sexual, en particular por el VIH, con tasas de infección que son de cinco a 10 veces más altas que las de la población en general en la mayoría de las grandes ciudades de la Región ALC. Sin embargo, los programas dirigidos a los HSH reciben menos del 1% del total del gasto por VIH en América Latina y el Caribe, a pesar de que estos hombres representan el 25% de los 1,7 millones de personas que viven con VIH/SIDA.

Otros temas frecuentes relacionados con la salud que afectan desproporcionadamente a las comunidades HSH incluyen problemas de salud mental, abuso de drogas y alcohol, estrés crónico, ansiedad y depresión como resultado de la hostilidad, intimidación y otras formas de ignorancia, estigma y discriminación. De hecho, la conjunción de la ignorancia, estigma y discriminación ha jugado un papel significativo no sólo en la afectación de la salud de los HSH en América Latina y el Caribe sino también en la restricción del acceso a los servicios de salud. Sumado a las formas de exclusión manifiestas de los servicios de salud - que varían de país en país en la Región de ALC - los servicios existentes son por lo general realizados por personal con poca o ninguna experiencia en las necesidades de salud exclusivas de los HSH, entre quienes según el presente documento, debemos incluir tanto a hombres homosexuales y bisexuales como a hombres que no se autocalifican como gays pero que tienen sexo con otros hombres.

Es un imperativo para la salud pública contribuir a desarrollar ambientes propicios en los cuales todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto y donde los servicios de salud estén dirigidos hacia las distintas realidades que enfrentan los HSH. Mientras que este desafío se ha vuelto un claro objetivo desde la perspectiva de la pandemia del VIH, un patrón similar de exclusión y discriminación de HSH se manifiesta en la experiencia de estos, independientemente del VIH. Estas barreras hacen imprescindible que se enfoque de manera

más amplia el “cuidado de la salud” en el tratamiento de las necesidades de las comunidades HSH y que no se limiten únicamente a la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH.

Como principio fundamental, se debe acordar que todos los individuos juegan un papel valioso en una sociedad sana sin importar la orientación sexual real o percibida o la identidad de género. Desafortunadamente el prejuicio sexual y la represión han impedido y restringido los derechos humanos y el reconocimiento de las minorías sexuales en la Región de ALC, incluyendo el acceso al cuidado de la salud universal y no discriminatorio.

En consecuencia, desarrollar ambientes de cuidado de la salud inclusivos en donde todos los individuos sean tratados con respeto y provistos de servicios de alta calidad¹ no debería considerarse como una opción sino como un requerimiento de los sistemas de salud. Para satisfacer completamente las necesidades de salud de las diferentes poblaciones de HSH, los sistemas y servicios de salud requieren reformas para que los recursos se distribuyan adecuada y equitativamente y se implementen políticas sistemáticas que cumplan apropiadamente con las necesidades de las comunidades de HSH. La suma de todos estos esfuerzos debe servir para eliminar la discriminación contra los HSH en el acceso y promoción de servicios de salud apropiados y por lo tanto debe ayudar a reducir la ignorancia, estigma y discriminación en términos sociales más amplios, más allá del sistema de salud.

Las políticas públicas por lo general están basadas en suposiciones que reflejan las percepciones, actitudes y valores de toda la sociedad. Dichas construcciones sociales y la manera en la que influyen en la toma de decisiones sobre cómo, dónde y para quién se asignan los recursos sociales además de para quién construimos servicios públicos accesibles, tienden a dejar de lado a ciertos grupos vulnerables. Al mismo tiempo, sin embargo, estos recursos y servicios pueden convertirse en “símbolos” de reivindicación que permitan que los grupos vulnerables excluidos desarrollen capacidades y defiendan sus respectivas causas y necesidades.

Las autoridades del sector de la Salud, así como los proveedores de la salud y cualquier otra parte interesada deberían ser conscientes de las estructuras sociales que están por debajo de los diseños de la política de salud y de las decisiones de los servicios de salud, así como de sus propias actitudes y comportamientos que puedan acentuar las disparidades, el aumento de vulnerabilidad y la violación de los derechos humanos. El desarrollo de esta “conciencia crítica” entre los planificadores de la salud y los proveedores de cuidados de la salud es un paso esencial para dar marcha atrás en las prácticas perjudiciales y de exclusión de la salud pública, además de ayudar a constituir sistemas de salud más equitativos.

Por consiguiente, la provisión de servicios de salud inclusivos y efectivos para las comunidades de HSH en América Latina y el Caribe requerirá no sólo de una distribución más equitativa de los recursos para servicios apropiados sino también de un cambio consciente de actitudes y prácticas entre los planificadores del sistema de salud y proveedores del cuidado de la salud como líderes de cambio.

1. El Instituto de Medicina define la calidad de la atención como "el grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados deseados en salud y sean compatibles con los conocimientos profesionales actuales". Los componentes del sistema de calidad de atención de salud son la seguridad, la eficacia, concentración en el paciente, y la puntualidad. EE.UU. El Departamento de Salud y Servicios Humanos, Agencia para la Investigación y la Calidad. *National Healthcare Quality Report 2005*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

Acceso de HSH a Cuidados Integrales

Este tipo de discusiones sobre poblaciones desatendidas exige un entendimiento claro y conceptual de los HSH como un grupo particular y vulnerable que requiere atención y servicios que reflejen apropiadamente sus necesidades particulares (o “población meta”).

Schneider e Ingram² definen al “grupo meta” como un grupo que es o será objeto de una política, intervención, programa o proyecto particular. Por lo general, dichas poblaciones meta son socialmente construidas y dicha construcción se basa en valores, símbolos o imágenes que tiene un grupo respecto de otro. Esta definición de “grupo meta” sirve como instrumento en la identificación de “problemas de políticas” y la “agenda de políticas” y en la prestación de intervenciones y soluciones. Esto se debe a que estos símbolos e imágenes permanecen “consagrados” en la política pública. La política pública comunica qué individuos o grupos merecen qué tipo de beneficios e información y en consecuencia qué tipo de participación es deseable y apropiada.

Además, la definición de “HSH” como “población meta” conlleva el problema de definir a los “HSH” como una construcción sociológica que hace referencia a una población diversa de individuos cuyos rasgos comunes principales son el género y las atracciones sexuales y deseos de sus compañeros sexuales y tal vez nada más. En otras palabras, no cuenta de manera intrínseca para las amplias diferencias de identidad (como por ejemplo, etnicidad, clase, edad, idioma y otros factores) que también son importantes en el marco de las experiencias y comportamientos sexuales. Desarrollar recomendaciones a medida y proponer intervenciones estándar es muy difícil, casi imposible, y existe una tensión entre la noción de HSH como un grupo colectivo y entre la diversidad marcada entre los HSH.

Dado que las actividades sexuales entre las personas del mismo sexo son aún mal vistas socialmente en la Región de ALC (aunque ha existido una tendencia a despenalizar la homosexualidad, particularmente en América Latina), es probable que la actividad sexual entre personas del mismo sexo permanezca oculta, y ocurra de manera clandestina y en consecuencia no sea revelada en lo más mínimo a los proveedores del cuidado de la salud. Esta realidad contribuye a la diseminación de estereotipos y simplificaciones absurdas, poniendo en peligro la recolección de información sobre la salud que puede contribuir a un mejor entendimiento de las complejidades de las poblaciones de HSH.

Entre la población de HSH existe un grupo particular, los hombres gay, quienes en términos generales, admiten una orientación sexual hacia otros hombres y reconocen sus atracciones y deseos – dado un ambiente social relativamente seguro - y se enorgullecen públicamente de su identidad y relaciones. Sin embargo, otros HSH, incluyendo aquellos que tienen sexo tanto con hombres como con mujeres, no comparten estas actitudes. Este tipo de apertura y revelación pública no ocurre con regularidad entre los hombres casados con mujeres pero que son sexualmente activos con otros hombres, o entre hombres que sólo tienen sexo con otros hombres pero que no lo reconocen, y/o entre hombres que están socialmente aislados (como por ejemplo, en cárceles) y sin acceso a compañeros sexuales del otro sexo y por consiguiente mantienen sexo con otros hombres.

2. Schneider A, Ingram H. Construcción Social de poblaciones meta: implicancias para las políticas y política. *Crítica a la Ciencia Política Norteamericana*. 1993; 87(2): 334-347.

Para poder ocuparse de esta dificultad práctica de la “identidad oculta”, sería útil describir a la población meta como “hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres”, endosando el consenso alcanzado por la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays (ILGA) sobre el uso del término HSH. La moción fue aceptada por los participantes en el encuentro en la Ciudad de Panamá ya que dicha descripción provee tanto una identidad grupal así como también una definición abarcadora de que es necesaria desarrollar estrategias diversas y complementarias a fin de expandir el acceso a un cuidado de la salud más amplio. Las intervenciones extramurales y de alcance de los servicios de cuidados de la salud pueden servir para incrementar su utilización por parte de los hombres gay. Por otro lado, para llegar a otros HSH puede ser necesario un enfoque consistente en la expansión de estrategias de cobertura y provisión de espacios seguros.

Determinantes de Salud de Hombres Gay y otros HSH: Diseño y Funcionamiento de los Sistemas de Salud

Al igual que en cualquier otra población humana, la salud de los HSH se encuentra asociada y/o afectada por una gran variedad de factores que en términos generales pueden agruparse de la siguiente manera:

- Biológicos: herencia, estado nutricional, condiciones físicas, enfermedades existentes, secuelas y afecciones previas;
- No-Biológicos: educación, ingresos, etnicidad/racismo, identidad sexual/heterosexismo, idioma, redes de apoyo social, condiciones propicias para la autoprotección y el autocuidado;
- Diseño del Sistema de Cuidado de Salud: políticas y características de entrega que afectan los costos, inversiones y patrones de utilización; y
- Funcionamiento del Sistema de Salud: procesos, aportes, rendimiento, eficiencia, y equidad.

La población de HSH comparte muchos de los determinantes de la salud de la población masculina en general (como por ejemplo códigos de género asociados a comportamientos de búsqueda de cuidado de la salud). Sin embargo, algunos factores específicos son más relevantes para la salud de los HSH, tales como políticas públicas homo-negativas, valores sociales fuertemente ligados a tradiciones de tipo patriarcales y heterosexistas; discriminación, intimidación, y acoso en espacios públicos; alienación y exclusión de grupos sociales de referencia; y homofobia en espacios públicos tanto externos como internos.

Hay que agregar que otros factores de comportamiento juegan un rol sumamente importante en el alcance y mantenimiento de la salud de hombres gay y otros HSH – actividad física, uso de alcohol y tabaco, hábitos de alimentación y descanso y susceptibilidad a enfermedades infecciosas, entre otros.

El diseño y acción de los sistemas de salud juegan un papel crítico en el alcance y mantenimiento de la salud de hombres gay y otros HSH. Los sistemas de salud de la Región de ALC tienen algunas características específicas que pueden mejorar o bloquear los comportamientos de búsqueda de salud y la utilización de los servicios de cuidado de la salud en hombres gay y otros HSH. Entre otros, los que se mencionan a continuación son comunes:

- Están generalmente diseñados para proporcionar respuestas curativas/reparadoras con un limitado énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Tienden a privilegiar la provisión de cuidados a niveles especializados;
- Dan atención limitada en lo que a salud sexual respecta, la cual generalmente se reduce a salud reproductiva;
- Presta poca atención a las necesidades del cuidado de la salud de todos los hombres adultos, incluso dentro de los programas y servicios de salud reproductiva;
- Sus prioridades pueden estar afectadas por valores, intereses y creencias de los decisores;
- Sus vínculos funcionales con otros sectores (tales como educación, justicia, bienestar y trabajo) no siempre están claramente definidos;
- Poseen pocas, limitadas o nulas precauciones para tratar el impacto que tienen en la salud la discriminación, la intimidación y otras prácticas estigmatizantes y discriminatorias.
- Capacidad inadecuada para tratar con sexualidades no heterosexuales;
- Serias limitaciones para proporcionar servicios para jóvenes menores (como por ejemplo orientación, testeo); y
- Poseen pocas, limitadas o nulas precauciones para facilitar el acceso de hombres que trabajan y que tienen un horario de trabajo por lo general incompatible con los horarios disponibles de los servicios de cuidado de la salud.

Algunas de dichas características pueden representar barreras que hacen que los hombres en general y los hombres homosexuales en particular no puedan acceder a los servicios de rutina que son esenciales para la prevención, cuidado y tratamiento del VIH, y para cualquier otro cuidado de su salud y bienestar. En consecuencia, las acciones específicas y concretas para asegurar un acceso más amplio a una atención inclusiva y de calidad, deberían ser tomadas de manera que traten de forma efectiva las barreras percibidas y reales en la recepción de los servicios de cuidado de la salud y los recursos para mejorar la salud en general.

...las acciones específicas y concretas para asegurar un acceso más amplio a una atención inclusiva y de calidad, deberían ser tomadas de manera que traten de forma efectiva las barreras percibidas y reales en la recepción de los servicios de cuidado de la salud y los recursos para mejorar la salud en general.

Acciones Estratégicas para Lograr Servicios de Inclusión y Calidad Enfocados en HSH

La creación de clínicas dedicadas exclusivamente a las necesidades de los HSH podría parecer una solución concreta para tratar las limitaciones

que resultan del diseño y funcionamiento del sistema de salud (como por ejemplo, una barrera que no permita que se trate a los HSH limite la utilización de servicios ya existentes). Mientras que esta solución puede ser útil en algunas situaciones, puede resultar de alcance muy limitado y efectivo y quizás sólo realizable en lugares donde el estigma, la discriminación y/o el miedo a la intimidación y violencia no representen una seria barrera para usuarios potenciales. Un enfoque más práctico y efectivo podría ser expandir la cobertura para hombres jóvenes y adultos en general y en el contexto de servicios de cuidado de la salud más abarcadores. Estos

servicios podrían incorporar orientaciones estratégicas, acciones e intervenciones que sean esenciales para los HSH. Lo anteriormente dicho requiere de un diseño cuidadoso de servicios que garantice lo siguiente:

- Los encargados de proporcionar el servicio deben ser concientes de que los usuarios pueden requerir alguna atención específica debido a sus actividades sexuales, orientación y/o identidad;
- Los encargados de proporcionar el servicio deben estar familiarizados con un grupo de algoritmos fundamentales para el manejo de las necesidades e inquietudes más comunes de la salud (incluidas las emocionales y mentales) de los HSH.
- Los usuarios de los servicios de cuidado de la salud masculinos perciben y reconocen estos espacios como seguros, de protección y de inclusión;
- Las necesidades del usuario se satisfacen a través de enfoques integrales que incluyen intervenciones educativas, exámenes de laboratorio, y referencia a otros servicios apropiados; y
- Los servicios están abiertos a la diversidad que existe en la población masculina.

Quizás el elemento más relevante que impide la provisión de servicios integrales y de alta calidad para hombres gay y otros HSH, sea la constelación de actitudes y comportamientos negativos que generalmente derivan de la ignorancia, fundamentalismo y el heterosexismo patriarcal que disminuye y descalifica a las personas que practican actividades no-heterosexuales.

Los hombres jóvenes también deben ser tomados en cuenta y en aquellos lugares en los cuales existen servicios de cuidado de la salud abarcadores para jóvenes, el grupo de algoritmos fundamentales debe ser utilizado para el manejo de las necesidades de cuidado de la salud comunes de HSH jóvenes (JHSH). Dichos algoritmos deberían ser una parte fundamental en la rutina de provisión de servicios de salud para jóvenes como así también deberían ser aplicados cada vez que los proveedores de servicios de salud identifiquen la necesidad de hacerlo o cuando los usuarios de dichos servicios los soliciten de forma explícita.

En algunos lugares, el punto de entrada para la provisión de atención integral de HSH podría ser Salud Familiar, Planificación Familiar o cualquier otro servicio de cuidado de salud reproductiva. Si bien la utilización de este enfoque puede hacer más dificultoso identificar individuos que mantienen actividades sexuales con personas del mismo sexo, el hecho de que un número importante de HSH también mantenga sexo con mujeres, exige que el grupo de acciones estratégicas propuestas anteriormente resulten un beneficio indirecto para la población femenina.

Quizás el elemento más relevante que impide la provisión de servicios integrales y de alta calidad para hombres gay y otros HSH, sea la constelación de actitudes y comportamientos negativos que generalmente derivan de la ignorancia, fundamentalismo y el heterosexismo patriarcal que disminuye y descalifica a las personas que practican actividades no-heterosexuales. Estas actitudes y comportamientos negativos son comúnmente denominados

“homofobia”. Las expresiones homofóbicas van desde gestos de desaprobación y comentarios desagradables hasta la discriminación abierta y en algunos casos a la violencia. Los proveedores de cuidados de la salud no están exentos de la influencia del dominio de la homofobia lo que podría resultar:

- Reducción de la cobertura de a población de HSH debido a que las personas que la proveen se niegan a ocuparse de las necesidades y preocupaciones de los HSH;
- Impedimento al acceso voluntario de los miembros de la comunidad gay y población de HSH en general ya que se sentirán no reconocidos en un ambiente abierto, de inclusión, amigable y seguro; e
- Interferencia con su utilización, ya que los HSH no quieren ser victimizados nueva y repetidamente con más estigmatizaciones y discriminación.

En consecuencia, los servicios de salud de alta calidad para HSH deben ser de inclusivos, sin prejuicios y libres de estigma, discriminación y homofobia. Dicha inclusión sólo podrá ser alcanzada mediante estrategias designadas para sensibilizar y educar a los proveedores y a cualquier otro miembro del personal de salud para que acepten, respeten la diversidad, comprendan y ayuden a los hombres gay, a otros HSH, a HSH jóvenes y indefinitiva a toda la diversidad sexual. Las estrategias críticas se basan en una capacitación integral en sexualidad humana, familiarización e interacción con miembros de comunidades sexualmente diversas y un entendimiento del costo emocional, social y sobre la salud que tiene la falta de acciones contra la homofobia. Muchas organizaciones que han logrado proporcionar estos tipos de ambientes de inclusión han afianzado estas prácticas y valores en:

- Acuerdos de provisión de servicios;
- Códigos de conducta para el personal;
- Políticas y visión organizacional; y
- Desarrollo profesional y aprendizaje grupal constante.

Mientras que estas prácticas no siempre son posibles o factibles y pueden variar de un ambiente a otro según las leyes, regulaciones, y otras realidades locales, las prácticas de tipo organizativas pueden ayudar a asegurar que la inclusión esté en estrecha relación con la cultura organizativa y no está limitada por preferencias o actitudes individuales.

Proyecto para la Provisión de Cuidado Integral para Hombres Gay y Otros HSH en América Latina y el Caribe

Una de las herramientas discutidas y adaptadas durante esta Consulta Regional fue el “Proyecto para la Provisión de Cuidado Integral para Hombres Gay y Otros Hombres que Tienen Sexo Con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe” (de aquí en adelante "Proyecto") que describe la secuencia de eventos que deberían ocurrir de manera ideal cuando un hombre gay u otro HSH asiste a un establecimiento de cuidado de la salud solicitando asesoramiento o atención por una necesidad o preocupación específica. Los participantes seleccionaron un grupo de temas relacionados con la salud que son de gran importancia para la “población meta” y establecieron algoritmos para guiar las acciones de los proveedores de cuidados y de otro tipo de personal en los servicios de cuidado de la salud.

El Proyecto incluye las secciones que se describen a continuación:

- El primer encuentro, que es el de llegada a un establecimiento de cuidados de la salud y las acciones necesarias para obtener información y datos sobre los comportamientos sexuales de los usuarios masculinos de manera que se puedan guiar las acciones subsiguientes;
- La primera evaluación clínica, focalizada en lineamientos sobre la elaboración de una historia clínica exhaustiva y un examen físico para lograr establecer de la mejor manera las necesidades y preocupaciones de salud; y
- Algoritmos de manejo clínico que proveen lineamientos específicos sobre el riesgo e infección por VIH; salud anal y rectal; ITS, uso, abuso, y dependencia de sustancias, temas relacionados con la salud mental; inquietudes sexuales y consecuencias de la violencia sexual.

En gran medida, la relevancia y particularidades de todos estos temas para los HSH jóvenes fueron analizados cuidadosamente por un grupo de trabajo adhoc y un gran número de sus recomendaciones aparecen a lo largo del presente informe de la Consulta Regional.

En términos de recomendaciones específicas, los participantes formularon una serie de puntos concretos relacionados con varios sectores del Proyecto que fueron analizados e incorporados según correspondiera.

EL PRIMER ENCUENTRO

En lugares donde se ofrecen servicios para HSH, ha existido una tendencia a centrarse casi exclusivamente en el cuidado y tratamiento del VIH y otras ITS, y a ofrecer dichos servicios separadamente de la atención primaria de la salud. Teniendo en cuenta las mejores prácticas, la manera de avanzar en la mayoría de los entornos será prestar servicios que sean más integrales y se enmarquen en ambientes de inclusión. Por ejemplo, entre estos ambientes se pueden mencionar clínicas de atención primaria de la salud con servicios para hombres, servicios de cuidados integrales para jóvenes y centros de salud familiar y comunitaria (por ejemplo dispensarios comunitarios). Las clínicas especializadas para HSH pueden ser una opción en lugares donde los hombres que asisten no se sientan amenazados por el estigma y la discriminación.

Teniendo en cuenta las mejores prácticas, la manera de avanzar en la mayoría de los entornos será prestar servicios que sean más integrales y se enmarquen en ambientes de inclusión.

Independientemente del ambiente, el lugar donde se lleve a cabo el primer encuentro y la atmósfera que lo enmarque son cruciales para los eventos subsecuentes en la provisión del cuidado integral. Concientes de la importancia de esta primera interacción de encuentro, los participantes subrayaron algunas recomendaciones clave entre las que se incluyeron:

- El apoyo de la comunidad de HSH es esencial para conducir un alcance efectivo y así aumentar la utilización del servicio;

- Las indicaciones claras y visibles de que los servicios que se ofrecen son amigables para los HSH (como por ejemplo letreros y carteles donde se lean los derechos del paciente) contribuyen a generar confianza en el usuario;
- Las discusiones entre los pacientes y el personal en la sala de espera deben ser tratadas como confidenciales (como por ejemplo mantener una distancia apropiada entre la mesa de entrada y el área de asientos de la sala de espera);
- Fomentar la asistencia en parejas a fin de demostrar apoyo, y/o estimular uso de servicios, demostrar solidaridad y brindar sensación de seguridad (como por ejemplo, sugerir acompañamiento por parejas de mujeres en ambientes claramente homofóbicos).
- La selección del personal debería incluir la evaluación de actitudes apropiadas para interactuar con la “población meta”, y
- Las horas de disponibilidad deberían concordar con las necesidades de los HSH - se podrían ofrecer servicios fuera de horarios (como por ejemplo disponibilidad de material de consulta y educativos).

LA PRIMERA EVALUACIÓN CLÍNICA

Los participantes destacaron que durante la evaluación de las historias de los pacientes, el personal de salud debería estar preparado para discutir franca y abiertamente la orientación sexual del paciente o el comportamiento(s) sexuales siendo al mismo tiempo cuidadoso y respetuoso. Asimismo, durante la primera evaluación clínica, el personal de salud debería alentar a todos los HSH a hacerse el análisis del VIH dos veces por año y un examen ano-rectal una vez al año.

ALGORITMOS DE MANEJO CLÍNICO

Riesgo e Infección por VIH

Los participantes se refirieron, a información actualizada que claramente indica que la infección del VIH sigue afectando de forma desproporcionada a los hombres gay y otros HSH. La prevalencia del VIH puede ser más alta entre los HSH que entre la población en general. Sin embargo, el tratamiento está al alcance de menos de una quinta parte de la población de HSH infectada por VIH. En consecuencia, son cruciales los esfuerzos para promocionar y facilitar el diagnóstico temprano de la infección por VIH y el inicio temprano de la terapia antirretroviral entre los HSH. Además, las actividades de reducción de riesgos deben ser un componente crucial del “conjunto de intervenciones esenciales para el cuidado del VIH”, en particular entre los HSH y los HSH jóvenes. Lo antedicho incluye:

- Proporcionar información precisa, concisa, sin prejuicios y directa para asegurar la completa comprensión de la noción de riesgo a la exposición al VIH y el valor del examen e iniciación temprana del tratamiento;
- Plantear preguntas directas pertinentes durante el proceso de evaluación de riesgos de VIH de manera respetuosa y centradas en prácticas sexuales que pueden incrementar dicho riesgo (relaciones sexuales por vía anal sin protección, ‘fisting’ [una práctica sexual que incluye insertar una mano dentro del recto], compartir juguetes sexuales);
- Cuando se sugiera la realización de la prueba de VIH y se aclare que se está proponiendo porque existe riesgo potencial de exposición al VIH y no por el hecho de que sea gay o bisexual o haya tenido sexo con hombres; y

- Dar apoyo a quienes decidan voluntariamente comunicar los resultados de la prueba de VIH a otros, en particular si son sus compañeros sexuales.

Las recomendaciones de la terapia antirretroviral están relacionadas con los estándares internacionales, con el algoritmo propuesto tomando en consideración las necesidades específicas y desafíos que enfrentan los hombres gay y otros HSH.

Infecciones de Transmisión Sexual

Debido a que el documento del Proyecto no fue ideado para suplantar a los algoritmos ya existentes sobre cuidado de ITS para los países de América Latina y el Caribe, sólo se discuten las ITS más descuidadas y relevantes. Por ejemplo, se ha puesto énfasis sobre la ubicación extragenital de manifestaciones infecciosas (como por ejemplo orofaríngeas, anales y rectales). Los participantes marcaron la naturaleza asintomática de ciertas ITS como un factor que debería ayudar para alentar a realizarse al menos un examen de ITS por año entre los hombres sexualmente activos que hayan mantenido actividades sexuales sin protección.

Salud Ano-Rectal

Los exámenes anales deberían formar parte de los exámenes físicos de rutina. Las prácticas sexuales entre las poblaciones de HSH tales como fisting, anilingus [práctica sexual que consiste en el contacto entre la boca y el ano] y enemas, deben ser discutidas abiertamente para así evaluar los riesgos de lesiones e infecciones. Se deberán identificar y tratar las lesiones precancerígenas y tumores. Se debe proveer información con buenos fundamentos y sin prejuicios.

Pueden surgir desafíos considerables entre los trabajadores del cuidado de la salud quienes no están familiarizados con las actividades sexuales asociadas que pudieran resultar nocivas para la salud anal. Esta falta de conocimientos puede comprometer la capacidad del médico de llevar a cabo dicho examen de manera sensible y respetuosa.

Los médicos deberían recibir entrenamiento para realizar exámenes anales y ser sensibilizados acerca del hecho de que para algunos HSH el área anal es considerada como un órgano sexual. Por lo tanto, se pueden asociar condiciones e infecciones específicas con la actividad sexual en lugar de asociarlas únicamente con problemas relacionados con la evacuación intestinal.

Los participantes hicieron notar, sin embargo, que toda discusión sobre la salud sexual de los HSH debería evitar tratar el cuerpo como a una colección de “orificios y conductos” relacionados con actividad sexual. Los médicos deberían ser fuertemente motivados para que vean a sus pacientes de manera holística y no los reduzcan a órganos relacionados con funciones y actividades sexuales.

Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias

Esta sección del Proyecto incluye un reconocimiento cuidadosamente escrito sobre el riesgo elevado al uso, abuso y dependencias a las sustancias entre ciertos segmentos de la población de HSH y cómo el alcohol junto con otras drogas puede incrementar la vulnerabilidad a contraer el VIH y otras ITS. Esta sección también explora de qué manera el alcohol y el uso de drogas pueden ser la expresión de problemas subyacentes tales como la ansiedad o depresión, los cuales deben ser reconocidos y tratados. El algoritmo asociado aborda también las interacciones entre las drogas antirretrovirales y las drogas recreacionales.

Preocupaciones Sexuales

La población de HSH, al igual que el resto de la población masculina, presenta preocupaciones y expresa quejas respecto de su desempeño y satisfacción sexual. Dichas preocupaciones y quejas, además del sufrimiento y dolor que causan, pueden ser la base de otras afecciones tales como la ansiedad y el temor a perpetuar patrones disfuncionales de respuesta sexual. La disfunción sexual puede ser la primera manifestación reconocible de alguna otra afección de la salud (como por ejemplo diabetes, enfermedades cardiovasculares) o el efecto colateral de alguna medicación.

Las drogas utilizadas para aumentar la respuesta sexual pueden tener efectos no deseados que se deben prevenir. Los nitratos de amilo (“poppers”) consumidos por inhalación directa con propósitos recreacionales y/o para mejorar la experiencia sexual (reducen el malestar durante el sexo anal receptivo) pueden causar síntomas cardiovasculares severos si se los toma junto con medicación para conseguir y mantener la erección.

Los participantes notaron que los profesionales que proveen cuidados de la salud, en términos generales, tienen poca experiencia en el tratamiento de las preocupaciones y quejas de índole sexual. Dicha falta de experiencia se pone en evidencia particularmente cuando los profesionales tienen que responder a quejas relacionadas con actividades no heterosexuales.

Consecuencias de la Violencia Sexual

Ya existen protocolos para mujeres que son víctimas de la violencia sexual. En el Programa, dichos protocolos existentes han sido adaptados para poder aplicarlos a situaciones en las que

hayamos sido hombres las víctimas de violencia sexual, especialmente en lo que se refiere a la prestación de profilaxis post-exposición con antiretrovirales y antibióticos (PPE), así como la prestación de apoyo emocional y social.

Hombres Jóvenes Que Tienen Sexo Con Hombres

Los participantes recomendaron que las herramientas de comunicación en salud e inclusive la selección del

personal deben dar cuenta de las diferencias relacionadas con la edad en lo que respecta a: toma autónoma de decisiones, comportamientos de búsqueda de la salud, adherencia a tratamientos, confianza en los proveedores y revelación de información personal. Ciertos aspectos culturales propios de las poblaciones jóvenes, tales como la utilización del lenguaje deberían ser tenidos en cuenta a la hora de entrenar a los profesionales sobre cómo atender las necesidades específicas de la población de HSH jóvenes.

Los jóvenes también deberían ser considerados como un segmento de la población de rápida evolución cuyas características no pueden ser descritas en forma simplista ya que la mayoría de

Los jóvenes también deberían ser considerados como un segmento de la población de rápida evolución cuyas características no pueden ser descritas en forma simplista ya que la mayoría de ellos atraviesan periodos en los que ocurren transformaciones en su comportamiento sexual y/o identidad durante la adolescencia y años de juventud.

ellos atraviesan periodos en los que ocurren transformaciones en su comportamiento sexual y/o identidad durante la adolescencia y años de juventud.

El Proyecto reconoce que no todos los HSH jóvenes mantienen relaciones sexuales con otros HSH jóvenes. Por ejemplo, existe un alto grado de actividad sexual intergeneracional en América Latina y el Caribe. El documento también menciona los factores que incrementan la vulnerabilidad de los HSH jóvenes hacia ciertas condiciones y situaciones (especialmente el suicidio y la depresión) y propone estrategias para abordar dichos factores (entre los que se incluye la intimidación homofóbica). Mientras que los algoritmos para manejo clínico no difieren en su contenido ya sea que estén dirigidos a HSH jóvenes o a HSH adultos, los participantes notaron la clara necesidad de ajustar los abordajes interpersonales y comunitarios cuando se atienden las necesidades de los jóvenes.

Implementación de las Recomendaciones

Sumadas a las contribuciones hechas para el desarrollo y revisión de los documentos técnicos, los participantes de la Consulta Regional hicieron una serie de propuestas concretas para asegurar la implementación rápida y efectiva de las recomendaciones que realizaran en la ciudad de Panamá. Dichas acciones propuestas son las que se enumeran a continuación:

- Las conclusiones más destacadas de la Consulta Regional serán promocionadas ampliamente (haciendo referencia al presente “Informe de una Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres Que Tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina”) y presentadas en eventos regionales y en discusiones virtuales mediante la utilización de Internet.
- Se creará un Comité para analizar y finalizar las diferentes secciones del Proyecto. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) Será la encargada de finalizar el Proyecto. Se recomienda que se hagan disponibles versiones en Inglés, Portugués y español.
- Previo a la finalización del Proyecto, se deberá compartir una versión en borrador con los directores de los programas nacionales de SIDA a través del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) y otros interesados de manera de poder realizar todo tipo de ajustes que realcen la importancia y relevancia del documento.
- Se llevará a cabo un estudio de viabilidad en dos ó tres países para analizar las oportunidades y barreras para implementar las recomendaciones del Proyecto en el marco de la atención primaria de la salud y en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Los estados miembros de la OPS recibirán cooperación técnica directa para la adopción/adaptación de las recomendaciones del Proyecto y establecerán metas de cobertura para los hombres gay y otros HSH.
- Un juego de documentos similares será preparado para las poblaciones transexuales y se programa una Consulta Regional para el año 2010.
- Se creará un espacio virtual para el intercambio de material de trabajo y referencia para HSH y será administrado por la OPS. Dicho espacio virtual servirá como foro para el intercambio de información técnica, centro de referencia para documentos relevantes sobre la salud de los HSH y lanzamiento de una publicación virtual sobre la Salud Sexual Masculina.

Participantes de la Consulta Regional

Francisco Javier Arellano (Programa VIH/SIDA de la Ciudad de México, Mexico)

Brigitte Aubel (APROFA, Chile)

José Arturo Bauermeister (Universidad de Michigan, USA)

Oswaldo Braga (Ministerio de Salud, Brazil)

Pablo Brítez (Organización SIGLA, Argentina)

Alejandro Brito (Letra eSe, Mexico)

Carlos Caceres (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru)

Sonja Caffé (PAHO HIV Caribbean Office, Trinidad and Tobago)

Bilali Camara (UNAIDS, Caribbean Office, Trinidad and Tobago)

Alex Carballo-Dieguez (Columbia University, New York, USA)

Rolando Cedillos (Hospital Rosales, El Salvador)

Pedro Chequer (UNAIDS, Brazil)

Raquel Child (UNFPA, Panama)

Barbara Clarke (Public Health Agency of Canada)

Eli Coleman (Universidad de Minnesota, USA)

Dimitri de Gruben (UNFPA, Panama)

Abdiel Ivan Diaz (Ministerio de Salud, Panama)

Arturo Diaz-Betancourt (Letra eSe, Mexico)

Jeff Dodds (Manitoba Health and Healthy Living, Canada)

Elisabeth Ferraz (BEMFAM, Brazil)

Joao Ferreira Pinto (Universidad de Texas, USA)

Carlos Garcia de Leon (CENSIDA, Mexico)

Enrique Gomez-Bastidas (Universidad Autonoma de Baja California, Mexico)

Alex Gonzales (Fenway Institute, USA)

Andrea Gonzalez (Programa VIH/SIDA de la Ciudad de Mexico, Mexico)

Cesar A. Gonzalez (Universidad de Minnesota, USA)

Janet Gutierrez de Ochomongo (Centro de Salud de ITS/VIH/SIDA, Guatemala)

Anthony Hron (Jamaican Network of Seropositives, Jamaica)

José Antonio Izazola (CENSIDA, Mexico)

Mario Kloenmoedig (CARIFLAGS, Curacao)

Rhonda Kropp (Agencia de Salud Pública de Canadá)

Vivian Lopez (UNICEF, Panama)

Rafael Mazin (OPS, USA)

William Miller (CDC/GAP, Guatemala)

Ken Morrison (Futures Group, USA)

Rosemarie Munhoz (ONUSIDA, Panama)

Diego Postigo (OPS, Panama)

Cristina Puentes-Markides (OPS, USA)

Rebeca Ramos (AFMES, USA)

Toni Reis (ABGLT, Brazil)

Gary Remafedi (Universidad de Minnesota, USA)

Mayra Rosa Rodriguez (CENESEX, Cuba)

Michael Ross (Universidad de Texas, USA)

Mirta Ruiz de Diaz (CEPEP, Paraguay)

Jorge Saavedra (AIDS Healthcare Foundation, The Netherlands)

Leonardo Sanchez (ASA, Dominican Republic)

Manuel Sepulveda (Consultor, UNESCO, Chile)

Diego Solares (Consultor, OPS, USA)

Cheikh Traore (UNDP)

Veriano de Souza Terto (ABIA, Brazil)

John Waters (COIN, Dominican Republic)

Kristopher Wells (Universidad de Alberta, Canada)

David Wheeler (Especialista en Enfermedades Infecciosas, USA)

José M. Zuniga (IAPAC, USA)

El coordinador general del proceso fue Rafael Mazin (OPS, USA), con el apoyo de Beatriz Garcia-Entero (OPS, USA).

Traducción al español: Job Acosta, José Zúniga.

Edición: Rafael Mazín y Beatriz García-Entero.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

ISBN 978-92-75-33181-1



9 789275 331811