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

Sobre la base de Recomendaciones de un Grupo de Expertos Reunidos en la "Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Atención a Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe" realizada del 14 al 16 de julio, 2009, en la Ciudad de Panamá, Panamá

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

IAPAC
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PHYSICIANS IN AIDS CARE

UNDP

UNFPA

unicef

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

AIDS HEALTHCARE FOUNDATION

ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA
ACNUR UNICEF PMA PNUD UNFPA UNODC OIT UNESCO OMS BANCO MUNDIAL

gtz Partner for the Future Worldwide

WAS

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

Sobre la base de Recomendaciones de un Grupo de Expertos Reunidos en la "Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Atención a Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe" realizada del 14 al 16 de julio, 2009, en la 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
"Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe"
Washington, D.C.: OPS, © 2010

ISBN: 978-92-75-33088-3 SPA- (Impreso)

I. Título

1. HOMOSEXUALIDAD MASCULINA
2. CONDUCTA SEXUAL
3. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – prevención y control
4. INFECCIONES POR VIH
5. PROMOCIÓN DE LA SALUD
6. AMÉRICA LATINA – etnología
7. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN SALUD
8. VULNERABILIDAD EN SALUD
9. REGIÓN DEL CARIBE

NLM WA300

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 reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

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.

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores.

Descripción del Documento

Este documento refleja las recomendaciones 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 fue realizada del 14 al 16 de julio, 2009, en La Ciudad de Panamá, Panamá, y fue organizada por la Organización Panamericana de Salud-OPS (Pan American Health Organization- PAHO), en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (United Nations Development Program-UNDP); la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultural (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization UNESCO); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Population Fund UNFPA); el Fondo de Emergencia para la Niñez de las Naciones Unidas (United Nations Children's Emergency Fund UNICEF); el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (Joint United Nations Program on HIV/AIDS UNAIDS); la Asociación Mundial para la Salud Sexual (World Association for Sexual Health WAS); y la Asociación Internacional de Médicos en Atención del SIDA (International Association of Physicians in AIDS Care IAPAC). La Consulta Regional fue posible gracias al apoyo financiero de GTZ (*Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit*).

Más de 50 expertos de Nortamérica, América Latina y el Caribe, participaron en la Consulta Regional y aportaron sus conocimientos y experiencia para la producción de una serie de herramientas – incluyendo este "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" – que servirán como guía para la planificación y la implementación de actividades de promoción de la salud y de cuidados para HSH en la región.

© Organización Panamericana de la Salud, 2010.

Antecedentes

A principios del 2008, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) – un grupo de directores de programas nacionales de SIDA de 21 países en América Latina y el Caribe (LAC) – realizaron una reunión de consulta en Brasil para identificar líneas de acción para un plan estratégico regional dirigido a mejorar la calidad de vida y la salud de comunidades de lesbianas, personas transgénero, bisexuales, hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Durante dicha reunión los participantes acordaron que una de las líneas de acción debería enfocarse en el acceso y la provisión de servicios de atención de cuidado de al salud de calidad.

En noviembre de 2008, otro grupo de expertos en provisión de atención clínica se reunió en la ciudad de Acapulco, México, y propuso lineamientos generales para responder a las necesidades de salud de las comunidades de HSH en América Latina. Las recomendaciones 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 fue realizada entre el 14 y el 16 de julio, 2009, en la Ciudad de Panamá, Panamá. 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 sobre este tema realizada en las Américas, siguiendo a consultas similares en Europa (Eslovenia, Mayo 2008) y Asia (Hong Kong, febrero 2009).

Más de 50 expertos en diversas especialidades, disciplinas y campos de trabajo en promoción de la salud y atención de la salud de toda América del Norte, 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 borrador. También con antelación a la reunión, muchos de estos expertos brindaron sugerencias y recomendaciones de gran valor. En la reunión, estos expertos, junto con oficiales técnicos de agencias de las Naciones Unidas (UN) y otras partes interesadas, se dedicaron a revisar los documentos de trabajo que servirían como cimientos para desarrollar el producto principal de la reunión: un conjunto de herramientas e instrumentos útiles para llevar adelante la planificación e implementación de actividades de promoción de la salud y de cuidados de la salud para comunidades de HSH en la Región LAC.

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 para subrayar que dichas actividades no debían estar desconectadas de otras estrategias, servicios sociales y programas de expansión, 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 de HSH. Los participantes acordaron que en futuras consultas deberían considerars otras poblaciones cuyas necesidades no fueran debidamente abordadas en la reunión, tales como las necesidades particulares de atención de la salud de personas transgénero. Estas otras reuniones de consulta deberían involucrar una representación amplia de interesados de estas comunidades (ej. comunidades de transgéneros) a fin de establecer recomendaciones apropiadas y relevantes, y para desarrollar herramientas e instrumentos más específicos para estos colectivos.

Abreviaturas

BH – Biometría Hemática, Recuento completo de células de la sangre
BID – Dos veces por día
CSC – Comportamiento sexual compulsivo
DE – Disfunción eréctil
ELISA – Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas
GCTH – Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
HAV – Virus de la hepatitis A
HBV – Virus de la hepatitis B
HCV – Virus de la hepatitis C
HJSH – Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres
HPV – Virus del papiloma humano
HSH – Hombres que tienen sexo con hombres
HSV – Virus del herpes simples
IM – Intramuscular
INNTR – Inhibidor nonucleosido de la transcriptasa reversa
INTR – Inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa
IO – Infección oportunista
IP – Inhibidor de la proteasa
ITS – Infecciones de transmisión sexual
LAC – América Latina y el Caribe
LGV – Linfogranuloma venéreo
MAC – Complejo Mycobacterium avium
OBC – Organización basada en la comunidad
OMS – Organización Mundial de la Salud
ONG – Organización no gubernamental
ONUSIDA –Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA)
OPS – Organización Panamericana de la Salud
PCP – Neumonía por Pneumocystis
PCR – Reacción en cadena de la polimerasa
PEP – Profilaxis posterior a la exposición
PO – Por vía oral
PPD – Derivado de proteína purificada
SIDA – Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
SSRI – (selective serotonin reuptake inhibitor) inhibidor selectivo de recaptación de serotonina
TAR – Terapia antirretroviral
TB – Tuberculosis
TEPT – Trastorno de estrés postraumático
UADD – Uso, abuso y dependencia de drogas
UDI – Usuario de drogas inyectables
VIH – Virus de la inmunodeficiencia humana

Índice

Introducción 1
Condiciones que Afectan a los HSH en la Región LAC 2
Determinantes de la Salud de HSH 9
Desafíos para la Salud de HSH 11
Comportamientos de Búsqueda de Salud y Auto-Atención de HSH 11
Planificación de Ámbitos de Atención Medica que Incluyan a HSH 13
Enfoques de Provisión de Servicios para HSH 18
Algoritmos de Manejo
- Primera Evaluación Clínica 20
- Riesgo e Infección de VIH 24
- Infecciones de Transmisión Sexual 27
- Salud Ano-rectal 29
- Uso de Sustancias y Problemas Asociados 31
- Problemas Sexuales 35
- Salud Mental y Emocional 38
- Consecuencias de la Violencia 39

Actividades de Promoción de la Salud de HSH 43
Alcance Comunitario (Outreach) para HSH 44
Consideraciones para Trabajar con HJSH 47
Conclusión 48

Bibliografía 52

Apéndices: Algoritmos de Manejo
Apéndice 1: Primera Evaluación Clínica 55
Apéndice 2: Riesgo e Infección de VIH 56
Apéndice 3: Salud Ano-rectal 57
Apéndice 4: Uso de Sustancias 58
Apéndice 5: Problemas Sexuales 59
Apéndice 6: Salud Mental y Emocional 60
Apéndice 7: Consecuencias de la Violencia 61
Apéndice 8: Interacción Comunidad-Clínica 62

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia de los servicios de atención primaria de la salud para garantizar la salud de comunidades y naciones. Además de la distribución geográfica equitativa, los servicios de atención de la salud también deben estar disponibles para una variedad de comunidades multifacéticas en ciudades, poblaciones, regiones y países en todo el mundo.

En parte debido a la ignorancia, el estigma y la homofobia, los servicios de atención de la salud, incluyendo la atención primaria de la salud, en términos generales no han sido suficientemente sensibles a las necesidades de la salud de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la Región de América Latina y el Caribe (LAC). El sector formal de la salud, incluyendo Ministerios de Salud y Administraciones del Seguro Social, a menudo carece de personal con pericia en las diversas necesidades médicas de las poblaciones de hombres gay y otros HSH. En cambio, los centros sanitarios diseñados para atender a diversos HSH, a menudo carecen de los recursos para brindar la gama completa de servicios necesarios y a menudo requieren del fortalecimiento de los servicios esenciales.

La OMS también ha reconocido la importancia de los servicios de salud sexual como componente importante de los servicios de salud disponibles para una comunidad. Los hombres gay y otros HSH tienen necesidades específicas de salud sexual, muchas de las cuales se pasan por alto en las clínicas y dispensarios convencionales. Dadas las elevadas y crecientes tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el VIH, en estas comunidades, la atención primaria de la salud de calidad y los servicios de salud sexual son extremadamente importantes para mitigar el efecto del VIH y otras enfermedades infecciosas. En particular, podrán necesitarse iniciativas de promoción de la salud enfocadas y de alcance comunitario para hacer frente al crecimiento del problema de las ITS y el VIH entre los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HJSH).

Este "Proyecto para la provisión de atención integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe" (de aquí en más denominado el "Proyecto") ha sido creado como guía para médicos clínicos y administradores de la salud en países de la Región LAC, tanto en el sector formal de la salud como también dentro de clínicas especializadas para HSH. Tiene como propósito fortalecer la capacidad de los proveedores de atención medica para tratar las necesidades medicas diferenciadas de los hombres gay y otros HSH dentro del contexto de la promoción y la provisión de atención de la salud.

La definición operativa de HSH que se utiliza en este documento abarca a todo hombre cuyas prácticas sexuales incluyan, o hayan incluido, sexo oral o anal con otro hombre, independientemente de si el individuo se reconoce como gay, bisexual, transgénero, transexual, "travesti," heterosexual, o cualquier otra denominación local que describa su comportamiento sexual.

Este Proyecto ofrece un marco para la provisión de servicios de la salud a HSH en el contexto de la Región LAC, y se aplica tanto a las instituciones de salud que se especializan en la atención de HSH como también a aquéllas que atienden a poblaciones mixtas que pueden incluir HSH. Sirve para la atención de hombres gay o bisexuales auto-identificados y otros HSH que pueden referirse a si mismos en otros términos. El documento también brinda referencias específicas a las necesidades únicas de HJSH quienes, además de los factores estresantes que se asocian con ser una minoría sexual, enfrentan desafíos adicionales debido a su edad.

Además de las cargas psicológicas de ser un HSH en la Región LAC, las ITS son una razón importante para ingresar en el sistema de la salud. Ciertas conductas de los HSH (ej. relaciones anales, particularmente sin protección de barrera) colocan a los individuos y sus comunidades en un riesgo más elevado de ITS, incluyendo la infección por el VIH. Los sistemas de salud, clínicas y protocolos de atención deberán ser estructurados para involucrar a los HSH en un ambiente seguro y acogedor, que comprenda la diversidad que existe dentro de estas comunidades y ubicaciones geográficas.

Condiciones que Afectan a los HSH en la Región LAC

Tras el devastador impacto del SIDA en las décadas del '80 y '90, especialmente dentro de la comunidad gay, parece inconcebible que un escenario similar pudiera repetirse hoy en día. Sin embargo, el estigma, el heterosexismo, la negligencia y la discriminación hacia HSH continúan alimentando esta crisis global de salud, imitando mucho de lo que ocurrió en los albores de la época del SIDA. Estos determinantes negativos de la salud no sólo contribuyen a la grave crisis de la epidemia de VIH, sino a otras numerosas crisis de salud entre los HSH, incluyendo elevadas tasas de otras ITS; elevadas tasas de ansiedad, depresión y otros problemas de la salud mental; elevadas tasas de abuso de sustancias y alcohol; y una cantidad de otros problemas de salud concomitantes.

A través del compromiso para la acción de actores nacionales en los niveles de la sociedad civil, los servicios de atención médica y la política pública, el derecho humano a la salud para los HSH y otros grupos de minorías sexuales pueden hacerse realidad en toda América Latina y el Caribe.

Estos problemas de salud entre los HSH producen un profundo impacto en la salud y el bienestar de los HSH en toda América Latina y el Caribe. La pandemia de VIH, por ejemplo, muestra estos problemas en toda su crudeza. En toda la Región LAC, los HSH tienen un 33% más de posibilidades de infectarse de VIH que la población general.

A pesar de la evidencia de que la epidemia de VIH continúa creciendo entre las poblaciones de HSH, pocos países en la Región LAC han tomado medidas proactivas para revertir esta crisis, o para establecer los servicios de atención de salud adecuados para grupos vulnerables/de alto riesgo. Para el VIH, los programas orientados a HSH abarcan menos del 1% del gasto total del VIH en la Región LAC, a pesar del hecho de que un cuarto de las personas VIH-positivas conocidas en la región son HSH. Esto refleja una tendencia general, ya que pocos recursos en la región son en general dedicados para atender y apoyar a las comunidades de HSH, con el VIH/SIDA como el último, y quizás el más agudo de los ejemplos de necesidades insatisfechas.

La clave para comprender esta negligencia y las barreras para la atención y el apoyo de los HSH en general, es el contexto de exclusión social y marginalización de los HSH en el cual se sitúan el VIH y otros problemas de la salud. A pesar de casi tres décadas de abogacía de parte de las comunidades gay en todo el mundo para lograr el reconocimiento de sus derechos y el acceso a servicios de atención de salud, incluyendo la prevención y la atención del VIH, en la mayoría de las partes del mundo los HSH todavía tienen escaso o ningún acceso ya sea a los servicios para VIH o a otros servicios generales orientados a HSH (ej. servicios de salud sexual general, programas de abuso de sustancias, servicios de salud mental).

En una nota de positiva, varias intervenciones que se basan en la evidencia han demostrado ser eficaces para combatir la diseminación del VIH entre HSH en varios entornos y países de todo el mundo a pesar de tremendas barreras sociales y de otro tipo. Se han desarrollado en diversos grados, movimientos comunitarios en todas las regiones del mundo incluida la Región LAC. Además, el Foro Global sobre HSH y VIH, una instancia de colaboración internacional entre grupos de hombres e individuos en diversos países fue recientemente formado para coordinar y enfocar los esfuerzos de abogacía.

Las acciones para mejorar la salud de las comunidades de HSH y la disponibilidad de atención de la salud adecuada son imperativos relacionados con los derechos humanos. Estos derechos humanos – a la salud, la seguridad y el bienestar – han sido logrados en diversos grados en diferentes partes del mundo. Son tanto posibles como aplicalbe. A través del compromiso para la acción de actores nacionales en los niveles de la sociedad civil, los servicios de atención médica y la política pública, el derecho humano a la salud para los HSH y otros grupos de minorías sexuales pueden hacerse realidad en toda América Latina y el Caribe.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD PARA HSH

Además de la crisis de VIH/SIDA, las comunidades de HSH enfrentan altas tasas de enfermedades mentales, incluyendo ansiedad y depresión, abuso de sustancias y alcohol, y una variedad de otros problemas de salud. Los factores de riesgo de muchos de estos problemas de la salud pueden vincularse al impacto psicológico de la exclusión social y a una falta general de acceso a los servicios adecuados de la atención de salud.

En muchos países de la Región LAC, identificarse como HSH conlleva un alto riesgo no sólo de exclusión social sino de violencia física. En Brasil, por ejemplo, cada dos o tres días una persona muere por violencia relacionada con su sexualidad, de acuerdo con el Grupo Gay da Bahia (GGB), la asociación más antigua por los derechos de los gays en Brasil. En México, esta cifra es de alrededor de dos individuos por semana. Violencia semejante es común también en cualquier otro lugar de la región, incluyendo en El Salvador, Honduras, Jamaica, Trinidad y Tobago, y otros varios países de la Región LAC. Brasil y México son los únicos dos países de la región que tienen un registro que oficialmente rastrea este tipo de violencia, cuya falta dificulta el recuento completo de niveles precisos de crímenes por odio basados en orientación sexual en la Región LAC.

Ya que sexo y otras formas de contacto íntimo entre hombres acarrea duras consecuencias sociales, estas actividades sexuales a menudo ocurren secretamente. Estas actividades pueden incluir sexo en ambientes clandestinos, compañeros anónimos y relaciones heterosexuales concurrentes, que pueden ser vistas como más aceptables y se usan para enmascarar el sexo con otros hombres.

El estigma relacionado con los HSH y la dificultad de abrir el diálogo en relación con la salud sexual para los HSH en general han dificultado los esfuerzos por promover el sexo más seguro, y establecer comunidades de confianza. Los ambientes hostiles, incluyendo la focalización de comunidades de HSH, han tenido un efecto negativo en la autoestima y han llevado el comportamiento sexual "bajo tierra." Reiteramos, esto complica los esfuerzos por contactar a miembros de las comunidades de HSH, por llevar a cabo esfuerzos de educación para involucrar a los HSH en la atención de salud de rutina.

Por estas y otras razones, es fundamental para los países y autoridades locales re-configurar sus sistemas sanitarios con el objetivo de incorporar a esta comunidad marginalizada y brindar

servicios y apoyo adecuados, adaptados a las realidades y necesidades que enfrentan los HSH. Un punto de inicio importante está en el contacto con las organizaciones de la sociedad civil que han surgido, a pesar de enormes contratiempos y sacrificios, para atender las necesidades de las comunidades de HSH en diferentes partes de la Región LAC.

MEJOR COMPRENSIÓN DE LA SALUD Y DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS HSH

A pesar de que las necesidades de atención de salud de los HSH en América Latina y el Caribe están profundamente influidas por realidades culturales, sociales, políticas y económicas de cada país, y en un nivel más localizado (ej. urbano versus rural), existe, sin embargo, un importante cuerpo global de conocimientos al que se puede acceder como punto de entrada para comprender mejor los problemas de salud de los HSH, así como también medidas para mejorar la atención médica para los HSH. Como varios médicos Americanos destacados han notado, por ejemplo, a través de su experiencia en Fenway Health (un centro de salud comunitario basado en Boston que ha sido pionero en la atención de salud de HSH y la provisión de servicios de promoción de la salud en los Estados Unidos):

> *A pesar de que la mayoría de los temas principales de atención de salud para los HSH son similares a las recomendaciones médicas de rutina para todos los hombres, independientemente de la orientación sexual o el comportamiento sexual, hay temas únicos para considerar, incluyendo pruebas de detección para los virus de la hepatitis A y B (HAV y HBV, respectivamente) y la inmunización contra ellos; estudios de rutina para ITS; estudios de rutina para determinados cánceres (ej. neoplasia relacionada con el virus del papiloma humano anal [HPV]-); evaluación del uso de drogas, alcohol y tabaco; estudios por trastornos de la salud psicológica y mental, violencia doméstica, crímenes motivados por el odio, y estrés postraumático; y ayudar a los pacientes a lidiar con el estigma asociado a ser una minoría sexual, como también los problemas sociales y psicológicos que resultan de hacer pública su orientación.*

El factor crítico, distintivo para apreciar estos problemas de salud es el contexto general del estigma y la marginalización donde se desarrollan las vidas cotidianas de los HSH, como individuos y en las comunidades. Algunos ejemplos de problemas comunes de salud, fuera del VIH/SIDA, son los siguientes:

- **Problemas de salud mental:** Debido a las fuentes múltiples de condicionamiento social negativo que enfrentan los HSH, son comunes las elevadas tasas de enfermedad mental episódica y crónica. Éstas varían desde ansiedades relacionadas con una vida cotidiana llevada en secreto; depresión y ansiedad en el largo plazo relacionadas con aislamiento social; estrés postraumático relacionado con violencia emocional o física, o la pérdida de la familia; y muchos otros efectos sobre el bienestar mental. Al combinarse con otras formas de enfermedad, como la infección del VIH, estos problemas de salud mental pueden afianzarse más y más.

- **Abuso de sustancias:** La frecuencia informada del uso de drogas y abuso de alcohol entre HSH es mayor que en la población en general. Además de los efectos directos del uso de drogas y el abuso de alcohol sobre la salud, incluyendo la adicción, existe un alto riesgo secundario de ITS y otras afecciones que pueden afectar a los HSH. El uso de drogas y abuso de alcohol se asocian con aumento de las tasas de comportamiento sexual de alto riesgo, así como también con compartir equipo de inyección infectado.

- **HPV/cánceres:** Existen alrededor de 200 tipos diferentes de HPV, de los que alrededor de 70 se relacionan con tumores ano-genitales. De estos tumores un subgrupo a menudo se asocia con la formación de lesiones intraepiteliales escamosas y carcinomas, y por lo tanto ha sido categorizado como de alto riesgo. Varios informes han demostrado que los HSH, y en especial los HSH VIH positivos, tienen una mayor incidencia de cáncer anal y lesiones premalignas.

- **ITS:** Las infecciones de transmisión sexual permanecen como un problema de salud principal para los hombres gay y otros HSH. Además de una mayor prevalencia de varias ITS comunes, dependiendo del comportamiento sexual de cada uno, también puede haber mayor riesgo de infección fuera del tracto genital, incluyendo enfermedades del recto y faringe. La mayoría de las ITS exponen al individuo a un mayor riesgo para la adquisición de otras ITS, incluyendo infección de VIH. La identificación y tratamiento de ITS en HSH es, por lo tanto, extremadamente importante, tanto para la salud del individuo como para la salud general de la comunidad.

LA DISEMINACIÓN DEL VIH/SIDA ENTRE HSH

La incapacidad de contener la diseminación global del VIH entre los HSH es un fracaso compartido por las agencias de servicios, las poblaciones y los sistemas de salud de todo el mundo. Datos recientes indican que la prevalencia del VIH entre los HSH en todo el mundo es más alta que en la población general adulta y la incidencia está creciendo, dando cuenta de por lo menos el 5-10% de las infecciones totales en todo el mundo. Estas elevadas tasas de infección por VIH entre los HSH, en los países de ingresos bajos, medios y elevados frecuentemente se asocian con elevados índices de otras ITS, enfermedades mentales, abuso de sustancias y otros problemas relacionados con la salud.

La probabilidad de infección entre HSH (probabilidad relativa) se ha comprobado más elevada en la Región LAC que en cualquier otra región del mundo. Un estudio reciente sobre VIH/SIDA en América Latina concluyó que la epidemia en la región está todavía altamente concentrada entre los HSH.

La probabilidad de infección entre HSH (probabilidad relativa) se ha comprobado más elevada en la Región LAC que en cualquier otra región del mundo. Un estudio reciente sobre VIH/SIDA en América Latina concluyó que la epidemia en la región está todavía altamente concentrada entre los HSH. En América Latina y el Caribe, aproximadamente 140,000 nuevas infecciones de VIH ocurrieron en 2007, de acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), totalizando en 1.7 millones la cantidad de personas que viven con VIH/SIDA en la Región LAC. De éstas, 63,000 personas han muerto de causas relacionadas con el VIH. Las tasas de prevalencia son 1.1% y 0.5% para el Caribe y América Latina, respectivamente.

Los hombres que tienen sexo con hombres representan al menos el 25% de las infecciones de VIH conocidas en la Región LAC, un porcentaje desproporcionado considerando el promedio global de 5-10%. Otros grupos altamente vulnerables en la región incluyen trabajadores sexuales, y en menor medida, usuarios de drogas inyectables (UDI), de los que los HSH representan proporciones considerables, lo que apunta a los múltiples riesgos que afectan a diversos subconjuntos de HSH (ej. trabajadores sexuales, UDI).

OBSTÁCULOS PARA ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y APOYO ADECUADOS PARA HSH

El estado de la atención, el tratamiento y el apoyo de las comunidades de HSH varía en toda la Región LAC. Una amplia variedad de factores afecta el acceso y la provisión, incluidos la riqueza relativa de un país, el nivel de liderazgo político, el desarrollo del activismo de la sociedad civil y, ciertamente no menos importante, el desarrollo general de los sistemas sanitarios locales y nacionales.

Existen también importantes matices en los niveles de atención y apoyo sobre la base de una amplia variedad de factores físicos y socio demográficos, tanto entre y dentro de los países, incluyendo el tamaño geográfico (ej. en distritos más pequeños o islas, los desafíos relacionados con la confidencialidad pueden dificultar los esfuerzos), y la influencia de valores más "cosmopolitas" en determinados entornos (entornos urbanos versus rurales, por ejemplo).

Mientras que es imposible enumerar por completo y describir la gran variedad de obstáculos a la atención para grupos de HSH, es de fundamental importancia tomar encuenta que esos obstáculos constituyen parte de un tapiz variado y dinámico. En sus raíces, todos los obstáculos para la atención y el apoyo comparten el contexto de exclusión social, estigma, y "otredad" que es la realidad cotidiana de las comunidades de HSH.

Lo que un individuo no-HSH verá como una "clínica bonita y moderna," por ejemplo, un miembro de la comunidad de HSH verá como un espacio potencialmente inseguro en el que palpita la amenaza inminente de juicio, escarnio, explotación o incluso violencia física. El impacto psicosocial de la exclusión cotidiana debe ser la puerta de entrada para la mejor comprensión de los obstáculos que afectan la provisión de y el acceso a la atención y el apoyo para las comunidades de HSH.

Un marcador del éxito para mejorar la atención del VIH en las comunidades de HSH es a través del progreso de un país o región en la reorientación de la provisión de servicios de salud y esfuerzos de prevención, de manera tal que más de estos servicios se construyan conscientemente desde la perspectiva del cliente HSH. La provisión de servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo adecuados debe considerar que los factores que influyen están a menudo profundamente arraigados en individuos de comunidades de HSH. Algunos ejemplos muy prácticos de servicios de salud que no están adecuadamente informados por las perspectivas de estos clientes pueden incluir, sin limitarse a ellos, los siguientes:

- Programas de prevención que sólo utilizan imágenes y mensajes que se relacionan con la actividad heterosexual, o, al mismo tiempo, mensajes de programas de prevención e imágenes orientadas a las comunidades de HSH no adecuadamente informados por las realidades locales de la comunidad de HSH (ej. uso de imágenes gráficas sexuales cuando los HSH pueden, sin embargo, ser más conservadores socialmente);
- Centros de salud u otros servicios que tienen imágenes, imágenes de bienvenida y otros carteles y símbolos que refuerzan las identidades heterosexuales exclusivamente;
- Atención sanitarias que requieren o sólo permite la identificación de "familia" y/o "familiares directos" a los individuos de la familia nuclear o heterosexual;
- El uso de formularios de información médica que requieren información que puede no ser pertinente para las comunidades de HSH (ej. estado civil), y por lo tanto refuerzan la "otredad" de los individuos HSH; y
- Servicios clínicos que se enfocan exclusivamente en factores de riesgo del comportamiento sexual, y brindan escasa o ninguna oportunidad para consejería y atención y evaluación psicológica.

En el nivel de formulación de decisiones más amplias y de política la falta de presupuestos y financiamiento suficiente orientados a tratar la epidemia de VIH en HSH, y el lenguaje mismo son a menudo obstáculos claves para el cambio. Al mismo tiempo, cambios notables en el lenguaje utilizado por quienes toman decisiones – para reflejar mayor inclusión, menor "otredad" de HSH – son a menudo una señal de progreso, una puerta de entrada para el cambio que acompaña en el nivel de asignación de recursos y políticas reales.

El uso del lenguaje, a través de la comunicación oral y escrita dentro del sistema de salud y más ampliamente entre quienes toman decisiones, debe apreciarse como un obstáculo clave para los programas eficaces de prevención, atención y tratamiento. Superar este obstáculo aplica no sólo al VIH, sino a los servicios de apoyo y atención de salud generales que potencialmente pueden afectar las vidas de HSH. Más aún, debe apreciarse como un área clave para la defensa y la promoción – tan importantes como la provisión de servicios y apoyo reales. Considere el siguiente ejemplo.

La siguiente es una declaración reciente del Ministerio de Salud de un país en la Región LAC, seguida de una revisión propuesta de la declaración. ¿Cuáles son las diferencias claves entre ambas?

Los hombres que tienen sexo con hombres no revelan enseguida su orientación sexual debido al estigma y la discriminación. Esto reduce la capacidad de este grupo de acceder a las intervenciones de tratamiento y prevención.

COMPARADA CON:

Los hombres que tienen sexo con hombres enfrentan el dilema diario del estigma y la discriminación y, por lo tanto, encuentran obstáculos importantes para acceder a los programas de tratamiento y prevención, en especial donde existe el riesgo de que se exponga/revele su identidad.

En la primera declaración, el tono del lenguaje y el peso de la acción y responsabilidad recaen en los hombros de los HSH. De esta manera, la realidad del estigma y la discriminación se neutraliza, y el obstáculo para la programación eficaz resulta ser la capacidad de los HSH para acceder a los programas. En la segunda declaración, revisada (aunque también pueda ser imperfecta), existe un esfuerzo por descargar el peso de la responsabilidad de los hombros de los HSH únicamente y llevarlo mas hacia la sociedad (responsabilidad y peso compartidos). De esta manera, la "otredad" de los HSH y las experiencias vividas se reconocen y se validan, pero no se refuerzan. El refuerzo de la "otredad" y el cambio de la responsabilidad que pasa al individuo ya pesadamente cargado por la exclusión resultarán un escollo no sólo para la prevención, la atención, el tratamiento y apoyo, sino para el cambio en el nivel de la política pública. Como tal, el lenguaje debe verse tanto como un obstáculo como una oportunidad/puerta de entrada para el cambio.

SUPERAR OBSTÁCULOS PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y APOYO PARA HSH

A pesar de la provisión de atención, tratamiento y apoyo adecuados para los HSH en la Región LAC, existen importantes acciones que pueden llevarse a los niveles de la sociedad civil, al sistema de salud y política pública para hacer impulsar respuestas ante importantes problemas de salud y derechos humanos. Este Proyecto se enfoca principalmente en acciones en el nivel de la provisión de atención de salud directa. Sin embargo, es importante para dichas recomendaciones, algoritmos y otras guías que sean colocados en el contexto de cambio social más amplio y que estén vinculados a esfuerzos de políticas públicas y sociedad civil.

- **Acciones de la Sociedad Civil:** Dentro de la sociedad civil, grupos de influencia relevantes pueden apoyar el progreso ayudando a empoderar a aquéllos con más posibilidades de abogar por y beneficiarse de la atención mejorada – las mismas comunidades de HSH. La manera más eficaz de lograrlo es a través del apoyo (moral y económico) para las organizaciones de la sociedad civil orientadas a HSH. Estas organizaciones están mejor equipadas y ubicadas para ofrecer a los grupos de HSH espacios seguros, acceso a servicios de educación, prevención e información de salud, y para continuar abogando por otros grupos interesados. Los movimientos por los derechos y la salud sexual exitosos en todo el mundo han estado enraizados en el fuerte activismo de grupo de organizaciones no-gubernamentales (ONG) de la sociedad civil. Esto no se limita a los países más ricos del mundo del norte global. Ya existen ejemplos en varios países de ingresos bajos y medios, como Brasil y México, en los cuales grupos de HSH y otros grupos de minorías sexuales han ejercido presión sobre sus gobiernos para proteger los derechos de personas VIH positivas y para expandir el apoyo y los servicios adecuados desde los primeros años de las epidemias de VIH de sus países. En toda América Latina y el Caribe, en realidad, ya sean amplios y abiertos o más reducidos y discretos, los grupos de la sociedad civil han emergido para hacer avanzar el impulso a los derechos humanos y el tratamiento y la atención eficaces para HSH y otros grupos de minorías sexuales.

- **Acciones de Sistemas de Atención de la Salud:** En el espectro de los servicios de atención de salud, tanto pública como privada, una cantidad de intervenciones sistémicas y orientadas a los servicios pueden lograr importantes resultados en la expansión del acceso a servicios de tratamiento y prevención adecuados para HSH. A menudo representan un pequeño costo nuevo para el sistema de atención de la salud e implican aumentar la concientización entre los clínicos, promotores de la salud y otros proveedores de salud acerca de los obstáculos y problemas de salud exclusivos que enfrentan diversas poblaciones de HSH. En un nivel básico por ejemplo, los clínicos deben aprender cómo escuchar a los pacientes HSH más abiertamente y sin juzgarlos, educándose mejor acerca de las recomendaciones actuales para la atención de hombres gay y otros HSH. Este Proyecto ofrece recomendaciones sustanciales y algoritmos para la atención y el apoyo de los hombres gay y otros HSH, y debe ser visto como guía por todos los médicos que brindan servicios a poblaciones de HSH en la Región LAC.

  Más allá de la provisión de servicios más adecuados para HSH, es también fundamental para el sistema sanitario avanzar hacia una orientación de atención de la salud primaria, integrando enfoques arraigados en la equidad de la salud y consideración de los determinantes sociales de la salud. Al expandir el acceso a servicios fortalecidos en el nivel primario – incluyendo re-asignación de recursos hacia este nivel de atención – los sistemas sanitarios tienen mayores posibilidades no sólo de integrar a la rutina la programación de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, sino de hacerlo de maneras que se adecuen mejor a las necesidades de poblaciones diversas que enfrentan obstáculos para acceder a los servicios de atención de salud adecuados. Ejemplos como el movimiento de centros de salud comunitaria tanto de los Estados Unidos como de Canadá y el movimiento de grupos de salud familiar de Brasil, demuestran cómo los servicios de atención de salud primaria pueden adaptarse eficazmente para suministrar servicios adecuados y de buen grado a HSH y otras comunidades a través de una perspectiva de equidad de salud. Una reorientación hacia la atención de salud primaria, como puerta de entrada para un servicio mejorado para las comunidades de HSH, está en conformidad con las pautas recientes de la OMS para la reforma del sistema de salud, y, a la vez, es una de las maneras más eficaces de alentar la equidad de salud.

- **Acciones de Política Pública:** Los gobiernos, en todos los niveles, pueden desempeñar una función única en el apoyo de los derechos humanos tratando los derechos de los HSH y otras minorías sexuales en las políticas públicas, y comprometiéndose a financiamiento para atención de salud equitativa en apoyo de servicios seguros y adecuados para las comunidades de HSH. A nivel gubernamental, esto significa, descriminalizar el contacto sexual entre hombres (donde existan dichas leyes), así como también revisar otras legislaciones que puedan contribuir al estigma y la discriminación: en áreas de políticas de trabajo, vivienda, servicio social y otras. En estas áreas es clave para la acción el hecho de que la equidad en el acceso al empleo, la vivienda y otros recursos para la vida diaria tiene un impacto directo sobre la salud de los HSH, al igual que con otros segmentos de la población.

Determinantes de la Salud de los HSH

Como en otras poblaciones humanas, la salud de los hombres gay y de otros HSH está relacionada con y afectada por una amplia gama de factores que pueden agruparse de manera muy general como:

- **Biológicos:** herencia, condición nutricional, condición física, enfermedades existentes, secuelas de condiciones previas;
- **No-biológicos:** educación, ingresos, raza/racismo, identidad sexual /heterosexismo, idioma, redes de apoyo social, condiciones conducentes a auto-protección y auto-cuidado;
- **Diseño de sistemas de atención medica:** características de provisión y política que afectan patrones de utilización, costos y gastos; y
- **El funcionamiento del sistema de cuidado de la salud:** procesos, aportes, resultados, eficacia, equidad.

En términos de buscar la salud y acceder al sistema sanitario, una variedad de percepciones individuales, de si mismo y de la comunidad circundante, afectará la aproximación de cada hombre a la toma de riesgos, la auto-atención y los comportamientos de búsqueda de salud.

Hombres gay y otros HSH comparten varios de los determinantes de salud de la población masculina en general (ej. códigos de género asociados con comportamientos de búsqueda de atención de la salud). Sin embargo, algunos factores específicos son más relevantes para la salud de los HSH, como la falta de financiamiento asignado, políticas públicas homo-negativas; valores sociales fuertemente arraigados en una tradición patriarcal, heterosexista; discriminación, acoso escolar y hostigamiento en lugares públicos; ostracismo y exclusión de los grupos sociales de referencia; y homofobia, tanto externa como internalizada. Además, otros factores de comportamiento desempeñan una función fundamental en el logro y el mantenimiento de la salud de los hombres gay y otros HSH (actividad física; uso de alcohol, tabaco y drogas; hábitos de alimentación y de sueño; y susceptibilidad a enfermedades infecciosas, entre otros).

El diseño y el rendimiento de los sistemas sanitarios desempeñan una función crítica en el logro y el mantenimiento de la salud de los hombres gay y otros HSH. En términos de buscar la salud y acceder al sistema sanitario, una variedad de percepciones individuales, de si mismo y de la comunidad circundante, afectará la aproximación de cada hombre a la toma de riesgos, la auto-atención y los comportamientos de búsqueda de salud. Los hombres difieren en su auto-identificación sexual, su atracción a los hombres y/o mujeres, el grado en el cual se sienten cómodos para revelar su identidad, orientación y preferencias, y en los comportamientos particulares en los que se involucran.

Algunos hombres se identifican como homosexuales, y pueden usar el término "gay" para describirse ante la comunidad en general. Estos individuos pueden sentirse cómodos ingresando al sistema de salud a través de una clínica que se dedica específicamente a las necesidades de salud de HSH. Los hombres gay pueden incluir a individuos que participan en un amplio espectro de relaciones sexuales, incluyendo monógamos, parejas del mismo sexo; hombres que se involucran en encuentros sexuales múltiples; e individuos que participan de una relación heterosexual, pero se involucran en encuentros discretos con el mismo sexo.

Algunos hombres también pueden identificarse a sí mismos como bisexuales. Pueden incluir a hombres que se sienten atraídos por hombres y mujeres, pero sólo se involucran en relaciones con otros hombres, como a aquéllos que son sexualmente activos con ambos. Asimismo, los hombres que se auto-identifican como heterosexuales pueden involucrarse en sexo con otros hombres, sea que reconocen o no la atracción. También existen diferencias entre los HSH en términos de auto-identificación de género, incluyendo una preferencia por vestirse como mujer, tomar hormonas suplementarias para modificar sus cuerpos y/u optar por someterse a intervenciones quirúrgicas, como aumento de mamas o cirugía de re-asignación de sexo. Estas facetas de la identidad sexual, a su vez, afectan también las actitudes/preferencias sexuales y las decisiones relacionadas con el acceso a servicios de salud de rutina.

Cada uno de estos factores puede tener un impacto en la salud general de los hombres gay y otros HSH. Como el sexo entre hombres a menudo es considerado inaceptable por muchas sociedades, la actividad sexual a menudo ocurre en secreto. Esto puede incluir sexo en ambientes clandestinos, parejas anónimas, y puede incluir relaciones heterosexuales concurrentes, que se ven como socialmente aceptables y brindan un refugio seguro ante la discriminación y/o la violencia. Además del riesgo de ITS, puede haber consecuencias emocionales graves para aquéllos cuya identidad sexual debe mantenerse en secreto por la mayor parte de sus vidas. El efecto de tener una identidad estigmatizada a menudo se denomina "estrés de la minoría," que puede ser un factor agravante para los comportamientos que comprometen la salud.

Independientemente de cómo alguien puede auto-identificar su orientación sexual, los proveedores de atención clinica deben ser cautelosos para evitar hacer presunciones sobre comportamientos sexuales, y al mismo tiempo deben estar preparados para hacer preguntas acerca de diversad actividades sexuales para determinar los niveles de riesgo de ITS, incluyendo la infección del VIH.

Desafíos para la Salud de los HSH

A pesar de que los hombres gay y otros HSH encuentran varios de los mismos problemas sanitarios que el resto de la población, existen una cantidad de problemas relacionados con la salud particulares de sus experiencias. Los centros de salud y clínicas que atienden a HSH deben estar preparados para tratar estos problemas en un ambiente seguro, de apoyo y terapéutico. A diferencia de las poblaciones no HSH, los HSH pueden experimentar ITS que se manifiestan a través de síntomas anales, rectales, orofaríngeos y/o genitales, y pueden resultar tanto de trauma local como de organismos patogénicos.

Las infecciones transmitidas sexualmente podrán ser altamente sintomáticas antes de que un hombre esté listo para presentarse para recibir atención, dados el temor o la vergüenza que se asocian con revelar su orientación sexual o la presencia de síntomas sexualmente orientados. No es poco común que los HSH se presenten con ITS de larga data, como verrugas o sífilis latente, ya que pueden haber postergado la atención clínica por extensos períodos o pueden haber decidido no revelar su orientación sexual en encuentros previos con el sistema de salud.

Los síntomas psicológicos, incluidos la depresión, ansiedad e ideación suicida son más frecuentes en la población de HSH. Los clínicos deben estar al tanto del estrés emocional o psicológico oculto que puede existir en el comienzo de una visita médica y deben ser sensibles ante el contexto subyacente de discriminación y exclusión en el que los gays y otros que experimentan de día a día. En un nivel sistémico, los centros y proveedores de salud deben estar preparados para tratar las necesidades psicológicas de sus clientes.

Los HSH, en especial los hombres mayores, también pueden presentarse con condiciones médicas crónicas, ya sea como diagnóstico establecido, como nuevos síntomas que requieren evaluación o como complicaciones confusas de ITS o distrés psicológico que los llevaron al centro de salud. Si la condición crónica era el motivo de la visita, el clínico debe estar preparado para tratar todos los aspectos de la salud del paciente. Es importante que los clínicos y el sistema sanitario estén preparados para un alto nivel de complejidad al tratar la salud y las necesidades de algunos pacientes HSH, y por lo tanto las visitas clínicas deberán ser tan flexibles como sea posible en términos de programación, asignación de tiempo y adaptación al diagnóstico que pueda realizarse durante la detección.

Comportamientos de Búsqueda de Salud y Auto-Cuidado de los HSH

Es probable que exista una amplia gama de comportamientos de búsqueda medica entre los HSH de cualquier comunidad dada. Probablemente los clientes incluyan tanto a los "worried well" (pacientes no infectados pero preocupados), quienes se presentan para una evaluación incluso de síntomas o problemas menores, como a los que evitan el sistema de salud a menos que estén gravemente enfermos. Algunos de estos comportamientos podrán ser culturales, pero otros pueden relacionarse con el nivel de comodidad de un hombre respecto de participar de la atención. Los hombres que están cómodos con su sexualidad y que tienen una buena relación con sus médicos tienden más a buscar atención en un ambiente que atienda a HSH, mientras que los que tienen conflictos y temores acerca de su identidad sexual, encuentros sexuales y/o presencia de ITS, evitarán acudir a los servicios.

La edad del individuo también podrá influir en su capacidad y su deseo de acceder al sistema de salud. Los HJSH por ejemplo tienen menos probabilidades de utilizar prácticas preventivas como prioridad, y a menudo tienen gran temor de revelar su identidad sexual o el hecho de estar "cuestionando" su orientación sexual. Los clínicos y los centros médicos que atienden a HJSH, incluyendo a hombres jóvenes que puede parecer que están cuestionando o que abiertamente expresan que cuestionan su sexualidad, deben estar preparados para tratar las necesidades complejas de estos individuos. Los clínicos deben esforzarse por construir una relación de confianza y no valorativa, ya que esto puede tener un impacto profundo para alentar el futuro contacto con el sistema de salud como también para mitigar comportamientos potencialmente nocivos relacionados con malestar emocional y psicológico.

En el contexto de la visita medica, o 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.

De forma similar, habrá una variedad de comportamientos de auto-cuidado entre clientes HSH en general. Nuevamente, algunos de ellos podrán ser culturales pero algunas diferencias pueden relacionarse con la autoestima, el nivel de educación en salud y/o el grupo etario, racial o de lenguaje. Se debe alentar a los nuevos clientes a tomar mayor responsabilidad por su propia salud pero es importante que esto no se realice de manera acusadora ni crítica. La búsqueda de servicios de salud también debe enfatizarse independientemente de los pasos realizados para tratar la condición que se presenta (es decir, que se trata de algo más que simplemente tratar la condición, si hay alguna).

En el contexto de la visita medica, o 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. Si están disponibles, los programas de educación de salud del centro médico pueden diseñarse para tratar la auto-atención desde la perspectiva única de los hombres gay u otros HSH, incluyendo información acerca de cómo desarrollar mecanismos saludables para lidiar con factores de estrés de minoría como la homofobia y el heterosexismo. Un objetivo secundario importante de la mayoría de las visitas será alentar a cada individuo a asumir mayor responsabilidad por su propia salud y a utilizar al personal del centro médico como guias y consejeros.

Planificando Espacios de Atención de la Salud que Incluyan a los HSH

Una gran cantidad de factores contribuyen a la disparidad en los niveles y la calidad de los servicios provistos a los hombres gay y otros HSH dentro del sector de la atención de salud en la Región LAC. Estos factores incluyen homofobia implícita y explícita entre los profesionales de la salud, falta de espacios apropiados y amigables para HSH dentro de los sistemas de salud y el contexto general de homofobia en la sociedad a gran escala. Estos factores ayudan a explicar por qué los hombres gay y otros HSH en la región son más altamente sensibles a la experiencia de su primer encuentro con el ámbito de la atención de salud, particularmente en torno a

problemas como ambientes seguros y estándares de confidencialidad. Este tema es especialmente cierto para los HJSH que luchan con el estigma ampliamente diseminado asociado con su identidad sexual emergente.

La decisión del cliente acerca de si revelar información crítica para la atención puede depender de una variedad de claves/señales externas que interpreta en el centro de salud. Sus observaciones pueden incluir si la señalización, fotografías y otros elementos visuales del servicio son acogedores y si incluyen a los HSH o si son hetero-céntricos; si el protocolo para la recopilación de información personal permite la discreción o si requiere la revelación de información personal; y otros factores. Finalmente, estos factores pueden hacer la diferencia entre que un paciente sea abierto y sincero con un clínico, permitiendo la provisión de servicios integrales y relevantes versus la provisión de servicios que son guiados por información incompleta facilitada por un paciente que retiene información relevante.

Otros puntos a considerar se relacionan con la comprensión de que los hombres gay y otros HSH necesariamente tendrán diferentes necesidades en materia de salud de los de hombres que mantienen sexo exclusivamente con mujeres. Si no se llenan los vacíos de conocimiento entre los profesionales de la salud y no se reorientan los espacios de atención para que sean inclusivos de los HSH, los obstáculos persistirán para proveer atención adecuada y de calidad a HSH y HJSH.

Es fundamental que los proveedores y los planificadores de sistemas sanitarios entiendan que con tan solo brindar acceso a servicios inclusivos de HSH, no se garantizará su utilización. Los proveedores de servicios existentes en toda la Región LAC deben trabajar para suprimir la expresión de actitudes tradicionales que son nocivas para la salud de los HSH, y deben facilitar la capacitación del personal para atender las necesidades de salud de las minorías sexuales, garantizando estándares de calidad elevados, respeto y dignidad.

Involucrar a HSH en la planificación y provisión de servicios sanitarios puede ser una parte importante de la planificación e implementación de la provisión de servicios inclusivos para HSH. Los aportes de comunidades organizadas de hombres gay y otros HSH también pueden ser indispensables al tomar decisiones acerca de carteles de clínicas, horas de operación y expansión de servicios (ej. en algunos ámbitos culturales, una clínica que brinda una gama más amplia de servicios sanitarios para hombres, como manejo de disfunciones sexuales, podrá ser más eficaz para atraer una mayor cantidad de HSH). Estos esfuerzos también envían un mensaje importante a los HSH acerca de que los proveedores de salud valoran las opiniones de grupos diversos, que los hombres gay y HSH son más que simplemente los "sujetos" de atención, y que el proveedor se compromete con la salud de la colectividad en general.

En aquellos sitios en los que se ofrecen servicios dirigidos a hombres gay y/u otros HSH, ha habido una tendencia a enfocarse casi exclusivamente en el manejo clínico del VIH o de otras ITS, y a ofrecer estos servicios separados de una atención primaria de la salud primaria que es más amplia e interal. Sin dejar de tener en cuenta las mejores prácticas, el camino a seguir en la mayoría de los casos será proveer servicios más integrales en ambientes inclusivos. Un ejemplo de lo que puede hacerse para promover instituciones más amigables para los HSH es el caso de México, donde una nueva estrategia implica la certificación de los servicios de atención de VIH como "Instituciones Libres de Homofobia."

A continuación se mencionan las áreas fundamentales que requieren atención al re-orientar los servicios de salud para que puedan ofrecer servicios integrales para los hombres gay y otros HSH:

AMBIENTE

El ambiente en la clínica debe permitir a los clientes HSH sentirse seguros, aceptados y valorados. Las zonas de espera deben ser cómodas, con asientos suficientes para los clientes que están en espera de ser atendidos. De ser posible, debe haber espacio suficiente para que algunos individuos puedan sentarse solos, mientras que otros pueden desear conversar en pequeños grupos puedan hacerlo. Las conversaciones con el personal de recepción deberán ser realizadas fuera del alcance de escucha de otros clientes en la zona de espera.

Los carteles, logos y folletos deben estar diseñados de tal forma que los HSH reconozcan que los servicios han sido diseñados con sus necesidades tomadas en consideración. Mientras que en ciertos locales pueda no ser adecuado en varios contextos exhibir abiertamente imágenes de parejas del mismo sexo/HSH, se puede promover un ambiente inclusivo no exhibiendo imágenes de parejas hombre-mujer, especialmente si esas imágenes transmiten la idea de que solamente las relaciones heterosexuales son bien vistas ahí. También debe darse especial consideración para asegurar que todas las etapas de la vida se representan gráficamente y en la información escrita (ej. los HJSH quizás no se vean reflejados en materiales que se orientan a HSH mayores).

Deben colocarse en un lugar visible una declaración de confidencialidad, una declaración de no-discriminación, y/o una "carta de derechos" del paciente. Dependiendo del ambiente puede resultar útil declarar claramente que se prohíbe estrictamente la discriminación contra personas de cualquier orientación sexual, como también otros factores como edad, raza e idioma.

Parte de la protección del derecho de un paciente a la privacidad puede ser delegar la provisión de servicios de atención de salud a profesionales de la salud capacitados en mayor profundidad o con experiencia en HSH (ej. restringiendo el área a estudiantes de medicina cuando o donde sea posible y adecuado). Separar el punto/puerta de entrada del punto/puerta de salida también puede ser útil para evitar vistas incómodas entre pacientes, alentando potencialmente a aquéllos con una mayor necesidad de privacidad a acceder a los servicios.

CONSULTORIOS

Cada consultorio debe estar equipado como mínimo con una mesa para exploración física y dos sillas, que permitan una conversación extendida, si es necesario, y un examen físico completo. Debe haber disponible equipo adecuado, incluyendo un tensiómetro, otoscopio/oftalmoscopio, estetoscopio, guantes para examen, gel lubricante, y fuentes de iluminación adicionales, según sea necesario. Todos los consultorios deben tener puertas que se cierren completamente y deben tener barreras para impedir la transmisión de sonidos a otras partes de la clínica.

Es posible que exhibir en el consultorio imágenes u objetos que indiquen el hecho de ser amigables para los HSH pudiera alentar una mayor apertura para compartir información muy personal que es crítica para la atención, pero esto depende altamente del contexto social, la ubicación geográfica y otros factores. Sin embargo, es de suma importancia mantener un equilibrio entre los objetos e imágenes específicos de los pacientes heterosexuales y de los HSH. En algunos lugares que se orientan principalmente a HSH que no se identifican como gay, sería más sensato mantener una neutralidad en cuanto a la orientación sexual al decidir qué imágenes y objetos exhibir.

LIMPIEZA

Como en cualquier otra institución de salud, la clínica debe limpiarse a diario incluyendo una limpieza antiséptica de todos los equipos y superficies. Debe eliminarse toda la basura a diario y las jeringas y otros objetos punzantes o cortante deben eliminarse en contenedores adecuados. Debe haber facilidades adecuadas para que el personal y los clientes tengan acceso a inodoros y lavabos, con adecuado suministro de agua, jabón y toallas de papel. Los lavabos deben estar disponibles para que el personal se lave las manos entre pacientes.

HORARIOS Y DISPONIBILIDAD

Las horas de operación se adecuarán a las necesidades de los clientes, con disposiciones establecidas para su seguridad y la seguridad y disponibilidad del personal. El horario debe ser consistente y estar claramente designado en el edificio, en mensajes fuera del horario de atención, y en los artículos de promoción. Es necesario desarrollar una política para la provisión de atención después de hora, especialmente si el personal de la clínica no está disponible para brindar atención después de horas. Debe darse especial consideración a garantizar que los horarios de funcionamiento se adecuen a las necesidades de los HJSH, en cuanto a que no entren en conflicto con el horario escolar.

SISTEMA DE PROGRAMACIÓN DE CITAS

Debe usarse un sistema consistente para programar las visitas de los clientes a la clínica y para garantizar que se asigne el tiempo suficiente para cada cliente. Este sistema incluirá un grado de flexibilidad para ajustar la duración del horario de la consulta para acomodar complejidades que puedan surgir durante la misma. El personal debe capacitarse para no presuponer acerca de las necesidades de salud de un cliente y para considerar las numerosas vallas que los HSH con frecuencia tienen que sortear antes de presentarse para su atención. En ocasiones, garantizar la equidad de la atención significará priorizar a los HSH al otorgar las citas. Ya sea que se utilice un sistema manual o electrónico, será importante capacitar al personal acerca de su uso para lograr este objetivo.

SISTEMA TELEFÓNICO

Ya sea que se emplee un sistema con un solo teléfono o uno con extensiones, es necesario capacitar al personal acerca de las políticas del uso del teléfono. Deben designarse horarios de disponibilidad consistentes, con instrucciones bien definidas en una máquina contestadora en cuanto a las políticas fuera de horarios de atención, incluyendo el manejo de las urgencias. Deberá utilizarse un registro telefónico para llevar un registro de todos los mensajes telefónicos para el personal.

SELECCIÓN DEL PERSONAL

Entre los criterios de selección de los miembros del personal, incluyendo a los clínicos, el personal de recepción y de apoyo, el personal de seguridad y otros contratistas, deberán estar dispuestos a trabajar en contacto cercano con hombres gay y otros HSH. El estigma encubierto o declarado ya son suficientemente problemáticos en la vida diaria. Hallar estigma dentro de la clínica puede resultar particularmente destructivo, en especial porque puede desalentar a los HSH a presentarse o retornar para su atención.

Herramientas tales como entrevistas informales e instrumentos de sondeo pueden usarse como métodos para identificar creencias discriminatorias. En un ámbito que está introduciendo recientemente servicios específicos para HSH, los miembros del personal que no se sientan

cómodos trabajando con gays u otros HSH deben ser advertidos de que su responsabilidad es ajustarse a las nuevas políticas y requisitos o buscar empleo en otro lugar, lo que potencialmente puede incluir el traslado a una división que no tenga responsabilidades por la provisión de servicios específicos a HSH.

Como parte del proceso de selección de miembros del personal, es necesario que los solicitantes sean puestos al corriente de que el ámbito de la atención de la salud no debe usarse como sitio para perseguir o promocionar ideologías (ej. proselitismo religioso). Esta prohibición debe articularse claramente, por política escrita para el personal como motivo de acción disciplinaria o terminación potencial del empleo.

Un centro o clínica de la salud debe tratar de contratar personal que sea reflexivo sobre la comunidad a la que atiende. Esto puede incluir contratar activamente HSH y/o individuos transgéneros u hombres gay para provisión de servicio directo o atención en el área de recepción. Más que sólo indicar un ambiente no-discriminatorio y acogedor, al hacerlo se mejora la calidad de la atención y la provisión de servicios al capitalizar las habilidades y los conocimientos exclusivamente pertinentes del personal.

CAPACITACIÓN

Como no todos los miembros del personal llegan con un buen sentido de los problemas que enfrentan los hombres gay y otros HSH, deberá desarrollarse un currículo de capacitación para ayudar a estos nuevos miembros del personal a atender mejor a sus clientes. El respeto y la sensibilidad de parte de la gerencia de la clínica y los miembros del personal más experimentados serán fundamentales para establecer el tono exacto en la clínica. Podrán programarse reuniones de personal periódicas para tratar casos complejos, tanto clínicos como sociales, durante los que podrán proponerse y tratarse temas específicos de HSH.

La vinculación como un primer encuentro

En algunos países, los centros de atención de la salud no puede ser el lugar ideal para el "primer encuentro" con todos los miembros de la población. programas de extensión comunitaria pueden representar el primer encuentro - un esfuerzo para llevar a cabo un examen inicial en lugares seguros y espacios.

Algunos ejemplos de este tipo de primer encuentro incluyen:

- La participación de las mujeres o los hombres como compañeros para los HSH para llegar a centros clínicos, a fin de disipar cualquier temor de ser "marginado" como HSH.
- Ofrecer incentivos para alentar a los HSH a asistir (por ejemplo, lubricante y / o los condones gratis, especialmente en lugares en los que son difíciles de encontrar, e Internet inalámbrico gratis).
- Apertura de entornos sociales (por ejemplo, bares, cafés, saunas) en horas alternas para la provicion de exámenes de salud y servicios en un lugar donde los HSH ya puede sentirse cómodos.
- Exploración de nuevas tecnologías como los nuevos medios de comunicación social que puede ser especialmente popular entre los jóvenes (por ejemplo, sitios de web social y sexual y teléfonos móviles) para promover la salud sexual.

Existen muchas condiciones para que las evaluaciones basicas y el tratamiento puedan tener lugar de manera eficaz y eficiente en el entorno comunitario y podría ayudar a reducir las cargas sobre la configuración de el sistema de salud.

Para más información sobre este tema, consulte la página 44 de este proyecto, en la sección titulada "Alcance Comunitario (Outreach) para HSH."

Aunque la capacitación interdisciplinaria es importante en programas de clínicas pequeñas, tener funciones bien definidas en el personal ayuda a los clientes a saber qué esperar durante cada fase de su visita. Los miembros del personal que informan incomodidad al recibir a los clientes HSH deben ser capacitados sobre cómo y cuándo referir a los clientes a proveedores alternativos o instituciones para atención de la salud que sean amigables para HSH.

LOS JÓVENES Y LOS ESPACIOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

A semejanza de sus pares mayores, los HJSH informan tener muchas de las mismas expectativas sobre los ámbitos de atención de la salud. Ellos también requieren espacios que les brinden privacidad y provean servicios con respeto y confidencialidad. También existe la expectativa de que las instalaciones estén limpias y que sus proveedores de atención medica estén bien capacitados y sean abiertos con ellos acerca de inquietudes y problemas en materia de salud sexual.

Existen algunos desafíos exclusivos de los HSH más jóvenes. Una de las consideraciones claves para los proveedores es el hecho de que la atención de salud pertinente a HSH para los HJSH se da en el contexto particular del desarrollo emocional, físico y psicológico de los años de la adolescencia y la juventud. Los proveedores que trabajan con HJSH requieren importante capacitación para asegurar que son capaces de comunicarse con HJSH acerca de temas relacionados con identidad y comportamiento sexual, y situar estos temas en el contexto de su etapa de la vida/del desarrollo. Si los proveedores no están preparados para facilitar dicha comunicación, esto supone un obstáculo que evita que los HJSH reciban servicios de atención de salud y/o educación en prevención adecuados a sus necesidades reales.

Otro motivo de preocupación para los HJSH es el de la edad legal de consentimiento para actividades sexuales según lo establezcan sus respectivos países. Los HJSH a menudo se preocupan de que si su actividad sexual consensual es determinada como ilegal por las leyes locales, sea por virtud de una práctica específica (ej. actividades con el mismo sexo) o de la edad a la que ocurrió la práctica, y de si los proveedores de atención de salud pudieran estar obligados a reportarlos a la justicia local o a funcionarios del servicio social.

En algunos casos la actividad sexual puede describirse como el resultado de la violencia sexual, o el proveedor puede sospechar que hay un grado de violencia sexual involucrado (ej. violación, coacción, u otras formas de presión). En tales casos, puede haber líneas muy poco claras e inquietantes en cuanto a las obligaciones de los clínicos sobre la confidencialidad del cliente versus otras obligaciones legales. Estos temas y consideraciones se discuten en mayor detalle comenzando en la página 39 de este documento, en la sección intitulada: “Consecuencias de la Violencia.”

Los HJSH también pueden tener inquietudes en cuanto a su propia capacidad de consentimiento legal para requerir y recibir atención sobre la base de su edad, y si los proveedores de atención están dispuestos a ofrecer servicios de salud sexual en tales circunstancias. Los ámbitos de atención de la salud y los médicos deben establecer un protocolo para circunstancias relacionadas con temas de la edad legal de consentimiento. Dadas las limitaciones económicas de los HJSH, estos también pueden sentirse cohibidos para acceder a los servicios de atención de la salud por temor a que no puedan hacerse cargo de los exámenes médicos ni del tratamiento provisto posteriormente.

Tanto para el asunto de la edad de consentimiento como de los costos relacionados con atención y tratamiento médico, los ámbitos de atención de salud deben asegurar que la información acerca de estos temas esté disponible de inmediato para que estas barreras potenciales para los HJSH que buscan salud se eliminen o al menos se reduzcan. Los ámbitos de la salud tienen que procurar espacios amigables para los jóvenes dentro de sus comunidades, donde puedan promocionar sus servicios como accesibles, junto con toda condición que deba cumplirse de acuerdo con las leyes locales.

Enfoques para la Provisión de Servicios a HSH

Existe una diversidad de temas para tomar en cuenta al determinar los enfoques para la provisión de servicios a HSH, que incluyen:

- **Seguridad.** La institución donde se brinda la atención debe ser segura, limpia, acogedora y estar adecuadamente diseñada y equipada para atender a los pacientes. Debe encontrarse en un lugar de fácil acceso para la población objetivo, sea urbano, semi-urbano o rural. De ser posible, debe estar en o cerca de líneas de transporte público y tener aparcamiento adecuado. El acceso a la institución debe estar bien iluminado, bien mantenido y no debe solicitarse a los clientes que esperen en áreas aisladas o inseguras para acceder a la clínica ni pasen por ellas. La entrada a la clínica debe ser segura y contar con una puerta con cerrojo, un guardia de seguridad, y/o una entrada de doble puerta, según corresponda. Dado el estigma asociado con los HSH en algunos países de la Región LAC, no se debe permitir que ingresen a la clínica o edificio individuos sin autorización. El personal de seguridad tiene que estar capacitado para ser sensible a las necesidades e inquietudes de los HSH, y para proteger la seguridad de los clientes y del personal. Si fuera posible, el personal de la clínica llevará gafetes de identificación durante el horario de la clínica, pero según la ubicación de la clínica/centro, no deben realizarse solicitudes que comprometan la seguridad del personal. De ser posible, podrá obtenerse un sistema de seguridad que limite la entrada a sólo al personal autorizado a áreas privadas.

- **Permisos y licencias.** Dado el estigma que puede ser dirigido contra una clínica que trata a hombres gay y otros HSH, cada programa debe garantizar que se cumplan todas las leyes y que todos los permisos para la operación de una institución de salud se hayan obtenido y actualizado. Esto puede incluir permisos de los propietarios del edificio de acuerdo con estatutos y regulaciones municipales, estatales y federales. Debe contarse con un seguro con cobertura suficiente para proteger las instalaciones, al personal y/o a la gerencia.

- **Confidencialidad.** Un ambiente que en el que se respeta la confidencialidad de cada cliente es crucial para una institución que atiende a HSH. Es necesario enfatizar la confidencialidad en todos los niveles, incluyendo liderazgo, personal, contratistas y cualquier persona asociada a la clínica. Habrá que desarrollar una declaración de política de confidencialidad y cada miembro del personal firmará un acuerdo de confidencialidad, que se mantiene archivado. Toda persona con acceso potencial a archivos y/o información del cliente también firmará un acuerdo. Los individuos aceptarán mantener confidencial la presencia de un cliente en la clínica o servicio, las comunicaciones verbales y los contenidos de registros médicos, incluyendo resultados de laboratorio, estudios y otras comunicaciones.

- **Expedientes Clínicos.** Se implementará un sistema de archivos para asegurar que la información médica del cliente esté seguramente organizada y almacenada. Los registros se mantendrán alejados del tránsito de clientes y visitantes y estarán disponibles sólo para el personal involucrado en la atención de los clientes y programación/admisión. Los registros no deben ser accesibles a individuos no autorizados ni durante los horarios de la clínica ni después de horas.

- **Pago de servicios.** Muchas clínicas se financian con donaciones, algunas cuentan con financiación completa del gobierno y no se cobran honorarios ni otros servicios, mientras que otras cuentan con algún tipo de pago por servicios prestados. Ya sea que los servicios sean gratuitos, estén cubiertos por seguro, sean ofrecidos en una escala móvil de honorarios o requieran de un co-pago, la política de pagos será transparente y consistente. Se llevarán registros detallados de las transacciones económicas, el dinero será manejado por una cantidad limitada de miembros del personal y los clientes se sentirán cómodos y confiados de que sus fondos están siendo manejados cuidadosamente. Un cliente que percibe que sus fondos están siendo manejados de manera descuidada sentirá como si esa misma actitud se aplicara a los servicios prestados. Se dará consideración específica a la manera en que las estructuras de honorarios pueden estar evitando que los HJSH accedan a los servicios de atención y tratamiento, y a si pueden establecerse o no escalas de honorarios que derivarían en una mayor toma de servicios de parte de HJSH.

- **Control de Infecciones.** Los clientes y el personal de un centro de salud o clínica pueden estar en riesgo de infecciones que a menudo se transmiten en instalaciones de atención de salud. Cada institución de atención medica debe tomar precauciones especiales para proteger a todos de la exposición a patógenos mientras trabajan o reciben servicios en la institución. Los principales tipos de exposiciones factibles de ser encontradas en el centro de salud incluyen a los organismos transmitidos a través del aire (tuberculosis [TB] y gripe) y los transmitidos vía contacto mano-mano o vía superficies contaminadas. Cada institución debe desarrollar una política de control de infección, que debe revisarse anualmente. Se realizarán las previsiones necesarias para garantizar que los clientes y el personal puedan lavarse las manos tras utilizar el cuarto de baño y entre contactos con cada cliente. El personal y los clientes deben estar capacitados sobre cómo manejar los síntomas respiratorios agudos o crónicos en el centro de salud, incluyendo consideraciones para una llamada telefónica preliminar antes de la visita, una entrada separada, una habitación designada y el uso de máscaras para los pacientes con cuadros que se presentan con tos. El personal debe ser instruido para evitar presentarse a trabajar mientras que tenga una enfermedad aguda, y debe desarrollarse una cultura laboral que no desaliente ni castigue la ausencia por enfermedad.

- **Vínculos con otros recursos.** Podrá requerirse a una clínica que brinda servicios a HSH que refiera clientes para servicios adicionales no disponibles en esa clínica o servicio. Es probable que los resultados sanitarios y la satisfacción del cliente mejoren si ya han sido desarrolladas relaciones con proveedores claves de otros servicios. El liderazgo de la clínica debe planificar invertir tiempo para crear estas relaciones y trabajar para asegurar que los clientes HSH se traten con respeto y profesionalmente. Los programas que no satisfacen las necesidades de clientes referidos pueden dejarse de lado a favor de programas que son receptivos de la clientela de HSH. Otros recursos incluyen: atención de emergencia, especialistas médicos y

quirúrgicos, especialistas en adicciones, especialistas en salud mental y consejería, refugios y ayuda para alimentos, organizaciones que abogan por los HSH, y los oficiales responsables por el cumplimiento de la ley. Por cierto, las relaciones que puedan ser creadas entre la gerencia de la clínica y líderes políticos, cívicos y espirituales posiblemente resulten de ayuda para reducir el estigma y mejorar los servicios en general para HSH.

- **Promoción.** La institución de salud podrá desear promoverse a sí misma y a sus servicios en la comunidad para llegar a los HSH que necesitan servicios. Los esfuerzos de promoción deberán lograr un equilibrio entre llegar a la audiencia objetivo y evitar exacerbar a la comunidad más amplia, aumentando el estigma en los entornos de la clínica. La promoción verbal entre miembros de organizaciones vinculadas o afiliadas es con frecuencia el medio más eficaz y confidencial para atraer nuevos clientes.

Algoritmos de Manejo

PRIMERA EVALUACIÓN CLÍNICA

A continuación se describen los diversos componentes y requisitos para realizar una primera evaluación clínica, de alta calidad:

Cita

Los clientes deben poder hacer una cita en persona, por teléfono o por otros métodos; deben tener la posibilidad de llegar físicamente a la clínica; y deben ser recibidos y evaluados en el horario indicado.

Llegada y registro

Los clientes son recibidos por un miembro del personal sin una espera prolongada. El papeleo necesario puede completarse en privacidad y los miembros del personal están disponibles para responder preguntas de manera confidencial. Las conversaciones acerca de información sensible se evitan en la ventanilla de registro o en la misma sala de espera. Los clientes en general están compenetrados con el estigma y el rechazo en el ámbito sanitario, por lo que una cálida bienvenida de parte del personal de seguridad y administración podrá ser muy tranquilizadora incluso antes de que el cliente vea al clínico. Los materiales en exhibición en la sala de espera también pueden marcar el tono de lo que el cliente puede esperar del personal.

Muchos HSH necesitan regresar al trabajo o a actividades sociales, pero en especial los HJSH tienen presiones sobre su tiempo y es menos probable que tengan paciencia y aguarden durante un período prolongado. Deberá darse consideración al establecimiento de un proceso que los lleve de manera veloz desde el proceso de llegada hasta el proceso de admisión, quizás incluso dándoles prioridad sobre los pacientes mayores.

Admisión

La conversación inicial para un nuevo cliente puede suceder con cualquiera de entre una cantidad de profesionales, dependiendo del ámbito de la clínica y del modelo de atención. En algunos casos, podrá ser con un consejero o trabajador social, en otros un enfermero mientras que en otros el cliente verá un médico inicialmente. En cualquiera de los casos, la primera conversación marcará el tono de todas las demás interacciones, lo que quiere decir que es extremadamente importante. Los clientes se compenetran con el nivel de comodidad de parte del proveedor, incluyendo el

lenguaje corporal, el uso de terminología y el nivel de interés percibido en su salud. Los clínicos que son respetuosos, genuinos y están cómodos con el cliente probablemente rompan alguna de las barreras iniciales y por lo tanto tengan una interacción más fructífera.

Independientemente del clínico, la admisión inicial tratará la(s) razón(es) de la visita, comenzar a identificar potenciales subtextos o agendas ocultas y la necesidad de atención urgente o emergente. En ausencia de emergencias médicas o de salud mental, el ritmo del resto de la visita (o visitas) podrá estar dictado por la comodidad del cliente y el tiempo disponible. En muchos casos, la evaluación inicial realmente requiere de más de una visita, por lo que no hay que sacrificar el desarrollo de una relación de comunicación entre el clínico y el cliente para completar todas las categorías de la historia clínica y el examen físico. Todas las conversaciones deben suceder en un ámbito privado con garantía verbal de que otros no pueden escuchar las conversaciones.

Los HJSH suelen manifestar de manera consistente ciertas frustraciones durante el proceso de admisión del paciente; estas frustraciones se refieren a que los médicos suelen hacer suposiciones acerca de los comportamientos sexuales de los HJSH. Los HJSH podrán desarrollar cierta resistencia si los planteamientos acerca de sus prácticas sexuales muestran una presunción de que tienen un riesgo mayor que a sus pares heterosexuales. En segundo lugar, los HJSH manifiestan resistencia a los médicos que de inmediato asumen que los HJSH que buscan atención es por la presencia de una infección de VIH. Mientras los HJSH bien pueden estar ante un mayor riesgo de adquirir VIH, se debe advertir a los médicos que eviten iniciar su interacción con un paciente de manera tal que el VIH se convierta en el foco principal o único. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres están en general más preocupados por temas relacionados con su orientación sexual y asuntos de salud mental asociados relacionados con una exitosa inclusión social e integración, y no tanto con cuestiones específicas acerca de la infección por VIH.

Historia Clínica
Se obtendrá y documentará una historia clínica detallada. La historia clínica incluirá: padecimientos y síntomas actuales, condiciones crónicas y medicamentos usados en la actualidad, historia clínica pasada, cirugías y medicaciones anteriores y alergias. Obtenga la historia clínica familiar, antecedentes de viajes, como también el historial de uso de drogas, tabaco y cigarrillo a través de cuestionarios de detección estandarizados. Se documentarán también las vacunas recibidas.

Evaluación de Salud Mental
Se obtendrá una historia clínica psiquiátrica detallada, incluyendo diagnósticos psiquiátricos, hospitalizaciones y medicamentos. Se realizarán preguntas delicadas, respetuosamente, acerca del humor y el estado mental actual del cliente, como también sobre problemas que pueda tener acerca de su propio estado emocional. Podrá utilizarse una herramienta de detección breve, de una página, para obtener evidencias de depresión o trastornos afectivos.

Los hombres gay y otros HSH experimentan problemas de salud mental, desde depresión hasta ideas suicidas, en niveles aparentemente más altos que sus pares heterosexuales. Para los HJSH que intentan comprender su orientación sexual, podrán ser más vulnerables a involucrarse en un comportamiento riesgoso como manera de obtener aceptación y validación de sus compañeros sexuales. Se deberán realizar esfuerzos especiales para determinar dónde se encuentra un HJSH en términos del desarrollo de su identidad sexual y la medida en que ha aceptado e incorporado esta identidad en su vida diaria. Además de obtener información acerca de su estado de salud mental los médicos también deberán determinar si un HJSH está usando

(o considerando) las drogas o el alcohol como medio para lidiar con sus problemas de salud mental o en luchas por reconciliarse con su sexualidad.

Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres también tienen desafíos exclusivos como resultado del acoso el hostigamiento y la violencia, experimentados en el ámbito escolar y abuso o presiones familiares que puedan experimentar en su hogar. Se alienta a los médicos a preguntar a los jóvenes acerca de sus experiencias tanto en el ámbito del hogar como de la escuela (materia preferida, eventos deportivos, etc.) como medio para evaluar el estado de la salud mental.

Historia Clínica Sexual

A pesar de que gran cantidad de hombres gay y otros HSH están dispuestos a tratar todos los aspectos de su sexualidad, otros podrán necesitar algún tiempo para establecer una relación de comunicación con sus médicos antes de revelar muchos detalles de su historial sexual. Mientras los detalles de la historia clinica sexual siguen siendo importantes, no es fundamental reunir la mayoría de ellos en la primera visita, si la revisión de estos detalles es incómoda para el cliente. En última instancia, el clínico deberá comprender las preferencias sexuales del cliente, los tipos de actividad sexual e historial de ITS. Es importante documentar antes de evaluar para ITS, incluyendo infección de VIH.

Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres pueden estar menos abiertos a tratar su sexualidad ya que han tenido menos tiempo para definir claramente, o sentirse cómodos con sus propias identidades. A menudo es más posible que estén aislados de las comunidades y modelos de conducta de HSH positivos y en consecuencia tienen un sentido disminuido de auto-estima relacionado con su orientación sexual; así, los HJSH pueden experimentar sentimientos más profundos de negación o represión de su sexualidad. Sin embargo, y quizás principalmente debido a un historial de discriminación y homofobia institucional durante regímenes represivos, existen algunos países de América Latina donde es más probable que los HJSH revelen y se sientan más cómodos acerca de su orientación sexual que los HSH mayores. Los médicos deben reforzar el hecho de que los comportamientos homosexuales son formas de expresión sexual normales y aceptables. Este refuerzo de una figura de modelo de conducta socialmente aceptada puede ayudar a los pacientes HJSH que tienen dificultades para reconocer sus emociones, pensamientos, comportamientos o riesgos asociados.

Para los HJSH que se sienten cómodos auto-definiéndose como tales, se advierte a los médicos que no supongan que la actividad sexual de los HJSH es exclusivamente con otros hombres. Existen estudios que informan que algunos HJSH pueden involucrarse con mujeres y tienen más posibilidades que sus pares heterosexuales de involucrarse en relaciones vaginales sin protección que derivan en embarazos no deseados.

Detección de violencia

Los hombres que tienen sexo con hombres corren riesgo de lesiones físicas y emocionales de violencia. Es fundamental la detección libre de prejuicios de violencia previa o actual. El acoso escolar y la violencia hacia las minorías sexuales es común y los HJSH pueden correr riesgo de lesiones por dicha violencia. Los temas de violencia y violencia sexual se tratan con más detalle en la página 39 de este documento en la sección intitulada: “Consecuencias de la Violencia.”

Examen Físico

Un examen físico es un componente necesario de la evaluación completa. Un entorno privado, cómodo, en un consultorio, con los equipos adecuados permite un examen completo sin ropas, con

cortinas según sea necesario. El examen incluirá signos vitales, como temperatura, frecuencia del pulso y presión sanguínea. Se debe obtener el peso basal. El examen de cabeza y cuello incluirá un examen cuidadoso de boca, dientes y encías, garganta, cuello (incluyendo nódulos linfáticos) y cráneo.

El examen cubrirá pulmones y corazón, abdomen, incluyendo agrandamiento de hígado y bazo, nódulos linfáticos (axilares e inguinales) y extremidades. Se inspeccionará la piel buscando erupciones y otras lesiones. Se inspeccionarán los genitales por signos de ITS. Debe prestarse especial atención al glande retrayendo el prepucio si no hay circuncisión, el cuerpo del pene, el pubis, los testículos y el perineo. Se aconseja la realización de exámenes ano-rectales para todos los HSH. Se debe inspeccionar el ano y realizar un examen rectal digital para palpar la glándula prostática y para buscar masas en el canal anal y recto distal. También se recomienda la realización de exámenes digitales de próstata a todos los HSH a partir de los 50.

Es necesario prestar atención especial a HJSH que experimentan un grado más elevado de violencia física y sexual. Todo signo físico de violencia puede ser una oportunidad para asegurarse de que el paciente recibe más servicios excesivos para ayudar a tratar dichos problemas. Se deben considerar los signos de desgarramiento o hematomas, incluyendo la presencia de fisuras anales, como indicación de penetración forzada.

Diagnóstico Presuntivo
Al final del examen, se dará al cliente la oportunidad de vestirse y posteriormente de reunirse con el clínico en un entorno tranquilo para conversar acerca de la evaluación, el diagnóstico preliminar, las preocupaciones adicionales de parte del clínico y las recomendaciones para un plan de diagnóstico confirmatorio y tratamiento. Se dará al cliente la oportunidad de formular preguntas, y el cliente y el clínico en conjunto acordarán los siguientes pasos.

Pruebas de Laboratorio
A continuación, las recomendaciones de pruebas de laboratorio para hombres gay y otros HSH:

- *Pruebas dirigidas a síntoma o síndrome:* Los estudios de laboratorio, radiográficos y/u otros deben ordenarse de acuerdo con el diagnóstico que se considera. Los obstáculos para otras pruebas pueden incluir limitaciones económicas, transporte o estigma percibido con la búsqueda de servicio en otros ámbitos. Deberá desarrollarse un plan para incluir dichos estudios que pueden realizarse de manera factible.

- *Pruebas de detección:* Se ordenarán algunas pruebas para los HSH sobre la base de la enfermedad que se está considerando y de los comportamientos de riesgo obtenidos en el historial. Estos podrán incluir detección por varias ITS, tales como la infección del VIH y sífilis, HBV y virus de la hepatitis C (HCV), y, si hay disponibilidad, pruebas de detección (hisopo directo u orina) para clamidia y gonorrea. Se ofrecerán a los hombres que tienen sexo con hombres todas las vacunas disponibles (ej. HAV y HBV), especialmente en ámbitos donde no hay detección disponible. Se informará al cliente acerca de todos los estudios que se están considerando, con una breve descripción de las razones de las pruebas recomendadas. El cliente tendrá la posibilidad de decidir no realizarse algunas de las pruebas recomendadas.

Tratamiento de Urgencia
Tras presentar la base lógica del tratamiento empírico o definitivo de las afecciones descubiertas en la evaluación inicial, el cliente tendrá la oportunidad de aceptar la terapia indicada. Se

presentarán al cliente brevemente los riesgos potenciales, beneficios y alternativas antes de su administración. Una vez suministrada, la medicación, dosis y vía de administración deben quedar documentadas en los registros del paciente.

Planificación de la visita de seguimiento
Antes de dar de alta al cliente, el clínico discutirá brevemente los planes de seguimiento. Se establecerá una cita de seguimiento para revisar estudios de laboratorio y otros estudios diagnósticos y/o para revisar una respuesta a la terapia. Se ofrecerán al cliente indicaciones para una terapia más urgente y éste deberá ser informado acerca de las políticas para las emergencias fuera del horario de la clínica. La planificación del seguimiento incluirá referencias a otros profesionales dentro de la clínica o especialistas fuera de ella. Estos podrán incluir profesionales de salud mental, de abuso de sustancias, trabajo social y nutrición. Siempre que sea posible, el cliente estará acompañado por el médico u otro miembro del personal de la clínica, que lo presente a otros miembros del personal según se indique, y cree un ambiente cómodo para el cliente.

Refiérase al Apéndice 1 – Algoritmos de Manejo: Primera Evaluación Clínica.

RIESGO E INFECCIÓN POR EL VIH

Evaluación del riesgo y ofrecimiento de prueba de VIH
La actividad sexual es un componente saludable de la vida de una persona. Los proveedores deben adoptar, promover y ejemplificar una interacción empática y acrítica con los clientes. Esto implica consideración tanto para las expresiones verbales como no-verbales.

Se considerará todo individuo sexualmente activo para la detección basal por infección del VIH. Dado el elevado riesgo de transmisión del VIH entre los HSH, los exámenes de rutina se recomiendan por lo menos dos veces por año. Los exámenes más frecuentes se recomiendan para individuos que se involucran en comportamientos de alto riesgo. Los comportamientos de alto riesgo pueden incluir relaciones sexuales sin condón, con compañeros que son desconocidos, usuarios de drogas, transaccionales o serodiscordantes no-primarios, sean hombres o mujeres.

La consejería y pruebas de VIH podrán ser ofrecidas por varios profesionales, desde trabajadores de la salud de la comunidad hasta médicos. Los procedimientos de capacitación para estar certificados para hacer pruebas de VIH varían según los países. Más aún, los médicos deben referirse a las pautas de consejería anteriores a las pruebas específicas de sus países respectivos.

Se ofrecerá a los individuos que se presume son VIH negativos una prueba de VIH cuando se presentan con síntomas relacionados a una infección oportunista (IO). Cuando se halla que los individuos son VIH positivos, se alienta al proveedor a seguir un algoritmo de manejo de ITS (refiérase a la página 27 de este Programa, en la sección intitulada: “Infecciones de Transmisión Sexual”). Se recomienda el uso de listas de control para garantizar la calidad constante en la evaluación de riesgos. Al completar una evaluación de riesgos, los proveedores deben ofrecer a los clientes una prueba de VIH. Los clientes, sin embargo, podrán elegir no realizarse la prueba.

Información Necesaria Previa a la Prueba
Antes de administrar una prueba de VIH, los proveedores deberán explicar:

- la base racional de la prueba, el tipo de prueba que se utilizará y el significado de un resultado positivo/negativo;
- que si se maneja con terapia antirretroviral (TAR) y atención clínica de calidad, la infección del VIH puede controlarse como una afección crónica;
- que el resultado de la prueba es confidencial y la revelación de un resultado positivo es necesaria para enlistarse en el tratamiento;
- se anima a los clientes a hacer preguntas en cuanto al proceso de la prueba; y
- que los clientes pueden optar por no realizarse la prueba sin que ello repercuta en otros servicios de atención.

Realización de la Prueba
La detección se realizará con un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) o prueba rápida. La confirmación de un resultado positivo se realizará con un Western blot o con una prueba rápida adicional si no hay disponibilidad de Western blot. Los resultados se comunicarán lo antes posible, ya que existe evidencia creciente de que un porcentaje importante de personas a las que se les hicieron pruebas de VIH no regresan por los resultados.

Consejería posterior a la prueba
La consejería es crucial después de la prueba, independientemente de los resultados de la misma. A continuación se listan recomendaciones para el seguimiento posterior a la prueba del proveedor:

- *Prueba Negativa:* Explique el resultado y brinde consejería para reducir los riesgos. Si recientemente estuvo ante un alto riesgo y/o se sospecha de VIH agudo, considere la realización de pruebas virológicas y anime la realización de examen por ITS. Si se sospecha una infección de VIH, deberá brindarse consejería adicional a los pacientes, se los deberá someter a revisión para recuento de CD4 y carga viral y alentar para que regresen para realizarse pruebas dentro de las seis semanas de un resultado negativo. Según su relevancia por país, informe al paciente sobre la profilaxis posterior a la exposición (post-exposure prophylaxis PEP) y cómo puede obtenerse, en caso de que ocurra un evento de riesgo posteriormente – independientemente de las condiciones que condujeron a una posible exposición (ej. limitar el acceso a PEP sólo a víctimas de violencia sexual no es suficiente).

- *Prueba Positiva:* Explique los resultados; brinde apoyo y acceso a la consejería. Brinde acceso a atención de salud mental y atención médica con experiencia en VIH. Informe los casos según lo indiquen las regulaciones nacionales, pero asegúrese de informar al paciente sobre los requisitos de información y la manera en que se manejará esta información, acentuando temas de confiabilidad y no-revelación. Es necesario alentar a los Hombres que Tienen Sexo con Hombres a brindar información acerca de sus compañeros sexuales para poder realizarles pruebas a los contactos. Comprender la naturaleza de los individuos que son parejas, de manera respetuosa será importante para obtener una lista exhaustiva de posibles contactos.

Además, se suministrarán a los individuos lubricantes y condones gratuitos.

Admisión para atención del VIH
Los pacientes deben estar al tanto de las opciones de tratamiento disponibles para ellos (y del derecho a optar por salirse del tratamiento), y los pacientes deben ser puestos al tanto de sus derechos como personas que viven con VIH (el derecho al empleo, la educación, la vivienda,

atención medica, etc.). También se brindará a los pacientes (o se los referirá) consejería acerca del sistema sanitario del país para personas que viven con VIH – cómo funciona, quién lo brinda, cómo se puede acceder al mismo, etc.

Se requieren referencias urgentes a la atención del VIH ante la presencia de enfermedad aguda, enfermedad retroviral aguda sospechada y cuando existe evidencia de supresión inmunológica marcada. Los marcadores de supresión inmunológica pueden incluir aftas, pérdida de peso, IO conocidas y anormalidades neurológicas. La diarrea crónica que se extiende durante más de un mes debe incluirse en la lista de marcadores de supresión inmunológica.

Los mensajes de prevención se repetirán en este momento (incluyendo información acerca de infección múltiple), y se alentará a los individuos a que reconsideren su lista de contactos para asegurarse de que todos los posibles contactos hayan sido notificados para ser examinados. Se reforzará la prevención positiva, y la prevención de una mayor diseminación del VIH. Más aún, es fundamental brindar consejería inicial extensiva y educación para los individuos acerca de la infección del VIH, con una amplia oportunidad para el cliente de que se respondan sus preguntas y que se le otorguen derechos para comenzar un patrón de auto-educación por vida.

A continuación se listan recomendaciones relacionadas con la evaluación inicial del individuo infectado de VIH:

- Insista en decirle desde el inicio que el VIH no es una enfermedad mortal, si se comienza a tiempo con TAR
- Brinde apoyo emocional en un ambiente acogedor
- Asegure la admisión con una demora mínima, en una ubicación conveniente
- Realice triage por indicaciones de urgencias médicas o psicológicas
- Realice un historial inicial y un examen físico
- Realice pruebas basales de laboratorio, incluyendo: BH, química, análisis de orina, recuento de CD4, RPR, HBsAg, HBsAb, HBcAb, HCV Ab, HAAb, Anticuerpos de Toxoplasma IgG, PPD (si está disponible, incluya G6pd y VIH-1 RNA PCR cuantitativo)
- Realice revisión adicional por ITS según los protocolos de ITS
- Oriente al paciente acerca de navegar el sistema de salud, el personal del centro de salud y los servicios de apoyo adicional disponibles
- Oriente al paciente acerca de redes de personas que viven con VIH/SIDA
- Brinde información sobre la importancia de informar a los compañeros sexuales o alentarlos a que se hagan las pruebas

Según las pautas de tratamiento nacionales, se debe ofrecer a los HSH VIH-positivos profilaxis para IO, incluyendo profilaxis para TB, Neumonía por Pneumocystis (PCP), y Complejo Mycobacterium avium (MAC), basado en el recuento de CD4, enfermedad(es) previa(s) o síndrome clínico. También se debe revisar a estos pacientes por otras IO comunes y enfermedades (ej. linfomas, Enfermedad de Hodgkin, sarcomas). Además, habrá que ofrecer a los pacientes todas las vacunas disponibles, incluyendo vacunas HAV y HBV.

Es necesario evaluar a los pacientes para determinar su buena disposición para ART, su capacidad para permanecer en el tratamiento y su voluntad de comenzar el tratamiento – con el fin de apoyar al paciente en intervenciones conductuales y clínicas que han demostrado potenciar la adhesión al tratamiento en el largo plazo. Deberán realizarse consideraciones en cuanto a la adhesión en el

curso de desarrollar un régimen de tratamiento con la debida consideración y planificación de cómo el tratamiento podría afectar la seguridad/confidencialidad personal. Una vez realizadas estas consideraciones, y en línea con pautas nacionales de tratamiento, se ofrecerá ART temprana en casos de presencia de IO, coinfección VIH/TB, o si existe enfermedad retroviral aguda.

Refiérase al Apéndice 2 – Algoritmos de Manejo: Riesgo e Infección de VIH.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual continúan siendo un problema de salud importante para los hombres gay y otros HSH. Además de una mayor prevalencia de varias ITS en la comunidad de HSH, dependiendo de los comportamientos sexuales, un HSH, puede estar en riesgo de infecciones fuera del tracto genital, como enfermedad rectal y faríngea. Muchas ITS colocan al individuo ante un mayor riesgo de adquirir las ITS adicionales, incluyendo infección de VIH. Es importante la identificación y el tratamiento de las ITS en los hombres gay y otros HSH tanto por la salud del individuo como por la salud general de la comunidad.

Toda persona que se presente con una ITS deberá ser examinada por otras ITS, incluyendo infección de VIH. Los contactos sexuales de individuos con una ITS deberán referirse para detección y tratamiento. Las infecciones de transmisión sexual se sospechan con frecuencia cuando un individuo se presenta con uno de una pequeña cantidad de síndromes de ITS. Esto puede incluir:

- Uretritis: Dolor en la micción y/o descarga uretral
- Ulceración genital: Úlceras o vesículas
- Proctitis: Defecación dolorosa, urgencia rectal o una descarga rectal
- Faringitis
- Prostatitis
- Inflamación escrotal
- Nódulos linfáticos inguinales inflamados (bubones)
- Lesiones dermatológicas tipo verrugas

Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica, provocada por la espiroqueta, *Treponema pallidum*. La enfermedad ha sido dividida en dos etapas, temprana y tardía, sobre la base de los síntomas y/o duración de la infección presunta. La sífilis temprana incluye sífilis primaria y secundaria y enfermedad latente temprana. La sífilis tardía incluye etapas latente, tardía (mayor a 2 años) y terciaria de la enfermedad.

Sífilis Primaria

- Presencia de una úlcera genital o extra-genital indolora
- Puede ser diagnosticada por examen de campo oscuro de raspado de úlcera
- RPR o VDRL pueden ser negativas en esta etapa

Sífilis Secundaria

- Enfermedad sistémica que puede incluir fiebre, erupción, adenopatía o lesiones en la membrana mucosa
- La erupción con frecuencia involucra palmas y plantas

- Pruebas treponémicas, como RPR y VDRL son normalmente muy reactivas
- RPR o VDRL positivas necesitan confirmación con una prueba treponémica (FTA)

Sífilis Latente

- Individuo asintomático con evidencia serológica de sífilis
- Latente temprana es infección de menos de 2 años
- Latente tardía es infección mayor a 2 años

Sífilis Terciaria

- La Neurosífilis puede incluir lesión meningovascular, demencia o goma
- La sífilis terciaria puede involucrar el corazón, la piel y muchos otros órganos
- El tratamiento de la sífilis es normalmente la penicilina. Las terapias alternativas para los individuos alérgicos a la penicilina incluyen doxiciclina, tetraciclina y eritromicina.

Gonorrea

La Gonorrea puede presentarse en los HSH como uretritis, proctitis o faringitis. Puede ser abrupta en el inicio, es altamente contagiosa y, si no se trata, puede provocar síntomas en el largo plazo como fibrosis y destrucción de tejidos. El diagnóstico en general se realiza por presentación clínica, demostración de diplococos grams-negativos intracelulares en las secreciones o por cultivo. La gonorrea temprana puede provocar extensión local al epidídimo, o enfermedad diseminada, caracterizada por fiebre, artritis y teno-sinovitis, y una erupción dermatológica pustular. La bacteria en ocasiones puede verse en las secreciones pustulares.

Es importante notar que en algunos hombres la gonorrea puede ser asintomática, lo que significa que no experimentan incomodidad subjetiva como disuria y descarga uretral. Esto significa que mientras están infectados la actividad sexual se continúa. Por lo tanto, todo esfuerzo por controlar la gonorrea debe reconocer la presencia de esta reserva potencialmente importante para la diseminación continua de esta enfermedad.

El tratamiento para esta infección en general incluye cefixima oral o spectinomicina o ceftriaxona intramuscular. Debido a la aparición de resistencia, no se debe confiar en la ciprofloxacina para tratar la gonorrea.

Clamidia

La clamidia a menudo se presenta con síntomas similares a la gonorrea (uretritis, proctitis y faringitis), aunque suele ser más suave, con pruritos e irritación en lugar de dolor real. La clamidia también puede conducir a epididimitis y fibrosis de uretra y recto en el largo plazo. El diagnóstico en general se realiza por presentación clínica o prueba rápida de cultivo de material de la uretra o recto. Las infecciones por clamidia por lo general se tratan con doxiciclina o azitromicina.

Herpes simplex

El virus del herpes simplex (HSV) en general se presenta como producto de vesículas y/o ulceraciones dolorosas en el labio (con mayor frecuencia HSV-1) o en el área ano genital (con mayor frecuencia HSV-2). Se caracteriza por un brote inicial, que puede incluir síntomas sistémicos, incluyendo adenopatía, fiebre y neuropatía local, pero las lesiones casi siempre se resuelven. Algunos individuos experimentan recurrencia de las lesiones, aunque en general son más suaves. Las lesiones asociadas con una recurrencia pueden durar entre 3-10 días. A pesar de que el herpes simplex no puede curarse, las lesiones se resuelven con mayor rapidez cuando

se tratan con aciclovirus, o una droga relacionada. El índice de recurrencia para los brotes locales y la incidencia de presencia viral pueden reducirse con dosis diarias de estas drogas.

Linfogranuloma venéreo
El Linfogranuloma venéreo (LGV) es una ITS provocada por un sub-tipo de Clamidia, que por lo general deriva en adenopatía femoral y/o inguinal inflamada. En general se presenta una ulceración genital aunque suele desaparecer para cuando el individuo busca atención médica. El linfogranuloma venéreo puede asociarse con los HSH. El LGV no tratado puede derivar en fibrosis rectal, formación de fístula y predisponer a infecciones bacteriales. Las pruebas diagnósticas son a menudo difíciles, cuando se sospecha, los individuos son tratados empíricamente con doxiciclina o eritromicina.

Chancroide
El chancroide es una enfermedad de úlcera genital provocada por el *Hemophilus ducreyi*. En general se asocia con una ulceración genital dolorosa o peri-anal y adenopatía inguinal acompañante. Como el diagnóstico es a menudo difícil, el chancroide se trata empíricamente en la aparición de úlcera genital sin evidencia de sífilis o HSV. El tratamiento puede incluir azitromicina, ceftriaxona, ciprofloxacina o eritromicina.

Virus del papiloma humano
Los subtipos del virus del papiloma humano han demostrado ser la causa de verrugas venéreas. Estas verrugas pueden encontrarse en cualquier parte de los genitales, el ano y la piel circundante y también pueden encontrarse dentro del canal anal. Otros subtipos de HPV se asocian con mayor riesgo de displasia anal y cáncer anal. Las verrugas venéreas relacionadas con el virus del papiloma humano son conocidas como condiloma acuminado y deben diferenciarse de otras causas de pápulas urogenitales, como molusco contagioso y lesiones sifilíticas secundarias, llamadas condiloma lata. El Condiloma acuminado en general se trata con medidas locales incluyendo crioterapia, tratamiento irritante local o agentes localmente inmunomodulatorios.

Manejo sindrómico
Los algoritmos más recientes de la OMS deben guiar el manejo de los síndromes de ITS comunes. Refiérase a "Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections" ("Pautas para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual) (OMS, 2003).

SALUD ANO-RECTAL

Todos los HSH que acceden a los servicios sanitarios deben ser animados a someterse a un examen ano-rectal. El examen ano-rectal no debe ser el foco de un examen clínico de un HSH; sino que debe ser uno de los varios procedimientos que deben realizarse en una rutina médica holística y con visión positiva sobre la sexualidad. Los trabajadores de la salud deben ser educados y estar familiarizados con las actividades sexuales que pueden derivar en resultados ano-rectales adversos. Hay que capacitar y sensibilizar a los médicos ante el hecho de que el área ano-rectal es considerada un órgano sexual por algunos HSH, ya que no todos los HSH se involucran en sexo anal receptivo. Por lo tanto, las infecciones y condiciones específicas pueden relacionarse con actividad sexual fuera de las condiciones asociadas con la función biológica.

Aunque debe presentarse como un procedimiento de rutina, es necesario respetar la decisión de un cliente de no aceptarlo. Debido a la naturaleza del examen ano-rectal, es importante

reconocer que el paciente puede decidir posponer el procedimiento por motivos relacionados con higiene o deseo de informarse más. Más aún, puede haber una gran cantidad de resistencia entre los HSH para someterse a una examen ano-rectal – se requerirá más para alentar a los HSH a hacer que estos exámenes sean parte de su atención de salud general.

Presiones estructurales en el sistema de salud pueden limitar la capacidad de un médico de tomarse el tiempo necesario para realizar consejería de salud ano-rectal. Con capacidad adecuada, los miembros de la comunidad y otros proveedores de atención medica pueden asumir la responsabilidad de este trabajo. Por lo tanto, se alienta una mayor educación de los trabajadores de atención de salud y pares sobre los beneficios de someterse a un examen ano-rectal como parte de una evaluación de salud integral. Deben desarrollarse materiales educativos impresos específicos para los HSH sobre salud ano-rectal y los procedimientos de un examen ano-rectal. Los proveedores de atención medica también pueden adoptar prácticas para ayudar a superar parte de la vergüenza que puede asociarse con un examen ano-rectal, y animar una mayor adopción de este examen. Los proveedores de atención medica, por ejemplo, deben emplear la posición de costado para disminuir la incomodidad física y emocional del paciente.

En el contexto de un examen ano-rectal, el proveedor de salud deberá preguntar al paciente acerca de:

- Uso constante de condón
- Uso de duchas rectales o enemas (de venta libre o caseras)
- Uso constante de lubricantes en base a agua en el sexo anal
- Uso de objetos extraños y otras prácticas de inserción (ej. Consoladores, puño)
- Problemas previos de salud ano-rectal
- Uso de drogas y otras sustancias durante el sexo anal

El examen ano-rectal debe enfocarse en la identificación de:

- Lesiones cerca del ano o de la mucosa anal
- Dolor agudo cerca del ano
- Secreciones en y alrededor del ano o recto
- Enfermedades o síntomas hemorroidales
- Trombosis hemorroidal
- Fisuras o fístulas anales
- Objetos extraños en el ano o recto
- Cáncer en el ano o recto
- Complicaciones por prácticas sexuales que involucran trauma al ano o recto (ej. Sangrado post-penetración)
- Lesiones intestinales
- Úlceras alrededor de ano o recto
- Incontinencia ano-rectal

Tras el examen y tratamiento ano-rectal de enfermedades o afecciones identificadas, los HSH deberán ser orientados acerca de la importancia de la lubricación, limpieza y el uso de condones para disminuir las posibilidades de desgarros y minimizar el riesgo de transmitir enfermedades durante el sexo anal. Deben ser informados de que como el ano no produce lubricación, y la piel y el tejido anal tienen tendencia a desgarrarse cuando están secos, la lubricación previa a la

penetración es fundamental. El lubricante debe ser en base a agua o "compatible con condones de látex," y no con base de aceite porque dichos lubricantes destruyen los condones de látex, y deben evitarse los lubricantes que contienen espermicida nonoxonil-9.

Existen otros temas que debe tratar un proveedor de atención medica, incluyendo: la importancia de lavar la región anal antes y después del sexo anal, que reduce la cantidad de bacterias que podrían diseminarse de compañero a compañero, pero que también puede eliminar parte de la protección natural que el cuerpo tiene contra las infecciones; la función que desempeñan los condones para prevenir la diseminación de ITS cuando se usan antes de cualquier contacto; y una advertencia en relación con el uso excesivo de enemas, que pueden destruir el equilibrio normal y saludable de bacterias en el tracto intestinal inferior.

Refiérase al Apéndice 3 – Salud Ano-rectal.

USO DE SUSTANCIAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS

Los hombres que tienen sexo con hombres pueden utilizar una variedad de sustancias en el curso de su vida. Las sustancias pueden incluir tabaco, alcohol, medicaciones prescriptas o drogas ilegales. De forma similar a otros adultos y adolescentes, los HSH pueden presentarse con síntomas o complicaciones que sugieren uso de sustancias. El uso de sustancias se relaciona con la disponibilidad, el precio, el acceso y el mercadeo, como así también con normas y políticas en relación con su uso en una sociedad en particular. Además, a nivel personal, el uso de sustancias puede ser una respuesta a estresores sociales y ambientales como el estigma experimentado por los HSH, como también una estrategia para lidiar con el distrés psicológico, incluyendo depresión, ansiedad y otros síntomas de enfermedad mental. Los hombres que tienen sexo con hombres también pueden usar sustancias como potenciadores/facilitadores sexuales durante el sexo. El uso de sustancias de parte de un individuo antes de o durante la relación sexual puede aumentar los riesgos de adquirir VIH o ITS por disminución de sus inhibidores como también de su capacidad de negociar el uso de condones exitosamente. Entre los individuos VIH-positivos, el uso de alcohol y drogas también puede interferir con la adhesión al tratamiento del VIH y/o debilitar la eficacia de la terapia antirretroviral. El uso de alcohol también se vincula con la violencia íntima e interpersonal, entre hombres y mujeres heterosexuales, como también en HSH.

Detección y Reconocimiento

Dada la elevada prevalencia del uso de sustancias (particularmente de alcohol y tabaco) entre HSH, y el hecho de que varios clientes sin dependencia pueden beneficiarse de una intervención breve para reducir el uso de sustancias, los proveedores de atención medica someterán a revisión a todos los clientes independientemente de si muestran signos que sugieran un trastorno por uso de sustancias y proveerán un ambiente de apoyo, basado en la atención, acrítico, donde puedan realizar preguntas relacionadas con dicho uso. Las preguntas exploratorias relacionadas con el uso de sustancias deberán insertarse en la entrevista médica.

Una detección inicial incluye preguntas relacionadas con el uso de tabaco, alcohol y medicaciones recetadas de los últimos 12 meses y más reciente, como también el uso de drogas ilícitas ("street drugs") cubriendo la cantidad y la frecuencia como así también el uso de drogas inyectables. La OMS ha desarrollado y validado herramientas de detección y son capaces de identificar diferentes niveles de riesgo relacionado con el uso de alcohol y sustancias (ej. Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol - Alcohol Use Disorders Identification

Test [AUDIT]); Prueba de Detección de Participación en el Uso de Alcohol, Cigarrillo, Sustancias - Alcohol, Smoking, Substance Involvement Detección Test [ASSIST]).

Dependiendo de puntajes del cuestionario, se puede realizar una breve intervención, un breve tratamiento o referencia a tratamiento. Se dirigen a evaluar la motivación para el cambio, tratar maneras de reducir el uso de sustancias, desarrollar un plan y brindar consejos acríticos al cliente. Cuando se detectan problemas con drogas específicas, se debe suministrar al cliente la información adecuada, a través de una charla directa o folletos escritos. Los clientes con signos de dependencia (y puntaje elevado en el instrumento exploratorio) pueden ser referidos a servicios especializados donde existan y acepten HSH.

Toxicidad y Abstinencia
Durante la evaluación inicial del cliente, el clínico debe estar compenetrado con los signos de intoxicación por drogas o alcohol o abstinencia. Los signos pueden incluir sedación excesiva, agitación, confusión o delirio. Los individuos que están agudamente intoxicados, que tengan una sobredosis o que estén en abstinencia aguda, deben recibir atención médica urgente e inmediata. El tratamiento post-crisis deberá ser sensible a HSH.

Examen
De manera similar al examen de historia clínica, el examen físico debe incluir una evaluación de las circunstancias psicológicas y emocionales que pueden conducir a los individuos a usar drogas, sean legales o ilegales, cuando los clínicos están capacitados y preparados para hacerlo. Durante el examen físico, el clínico también debe estar atento a signos de algún tipo de complicaciones por el uso de drogas, incluyendo cambios sutiles de estado mental, cambios en el tejido nasal (mucosa) o en hueso y cartílago (tabique) que sugiera uso de drogas intra-nasales, abscesos en la piel o inflamación superficial (tromboflebitis), que sugieran sitios de inyección infectados. Las manchas amarillas en la piel (ictericia) pueden sugerir hepatitis (inducida por droga o no). Los soplos en el corazón también pueden sugerir inflamación de la cubierta interna del corazón (endocarditis). Los individuos que abusan de las drogas pueden tener un mayor riesgo de contraer ITS, especialmente si se involucran en actividad sexual extrema a cambio de drogas. Los proveedores de atención medica deben alentar la detección de VIH/ITS entre HSH que informan un historial previo de sustancias inyectables o de sexo en combinación con uso de sustancias.

Prueba de Drogas
Pueden usarse exámenes de sangre y orina para detectar sustancias que no eran aparentes en el historial y el examen originales. Sin embargo, estas pruebas pueden no estar disponibles para los servicios de atención medica en todos los países y sus costos pueden ser prohibitivos en la práctica clínica. Estas pruebas deben utilizarse sólo si conducirán a una mejor atención clínica y no son necesarias para manejar trastornos por uso de sustancias.

Derechos Humanos y Temas Legales
Aunque el uso de tabaco y alcohol por lo general es legal para los adultos, el uso de otras drogas puede ser ilegal en la mayoría de los países de la Región LAC. Las multas por el uso también variarán, y en muchos casos ser atrapado en posesión de o usando una sustancia ilegal puede poner a los HSH en contacto con los sistemas del orden, judicial y penal, donde ser un HSH puede acarrear consecuencias muy graves, incluyendo profunda discriminación y violencia física. Los proveedores de atención medica deben garantizar los derechos humanos de todos los clientes y tratarlos con dignidad y respeto, independientemente de las razones o situaciones

donde haya ocurrido el uso de sustancias. La confidencialidad de los registros médicos es fundamental. El apoyo y la atención del clínico es a menudo uno de los únicos espacios seguros donde un individuo puede recibir información crítica acerca del impacto del uso de sustancias, pero también puede iniciar los pasos necesarios para tratar ese uso y algunas de las causas subyacentes del uso.

Los clínicos y el personal deben hacer todo lo posible por proteger la confidencialidad, como también la seguridad física y emocional de sus clientes. Es necesario garantizar a los HSH la atención clínica y, siempre que sea posible, se les deben proveer terapias sustitutivas/de reemplazo y/o estrategias para reducir el daño. Este es un tema específicamente importante para los HJSH que pueden involucrarse en el uso de sustancias y hacerlo de manera ilegal.

Tratamiento para dependencia

Aunque la mayoría de los clientes se beneficiarán de una breve intervención donde se justifica el sometimiento a revisión, provista por un profesional capacitado sin especialización en temas de abuso de sustancias, cuando se establece un diagnóstico de dependencia, podrá requerirse la participación de profesionales capacitados y especializados. Se realizarán referencias después de tratarlo con el individuo y con su consentimiento previo. El clínico debe ser capaz de brindar información exacta y completa acerca de centros locales de tratamiento. Un tratamiento y proceso de consentimiento detallados maximizarán la aceptación de los clientes y protegerán su confidencialidad.

Los servicios para tratamiento de drogas deben seleccionarse sobre la base de las habilidades de clínicos y personal en dichos centros, su capacidad de brindar un ambiente libre de estigma y no-homofóbico, y su buena disposición de ser sensibles a las necesidades de la población de HSH. En muchas áreas de la Región LAC, puede haber muy pocos centros de tratamiento de dependencia y puede no haber ninguno que sea sensible a las necesidades de los hombres gay y otros HSH. Intentar el tratamiento de dependencias en un centro de afiliación religiosa, por ejemplo, podrá resultar hostil para los HSH, y puede hacer más daño que bien.

La Metadona y la buprenorfina son tratamientos eficaces para la dependencia de opioides, y deben estar disponibles donde se abusa de los opiatos. En muchos países de la Región LAC, la dependencia de estimulantes como la cocaína y las anfetaminas no puede ser tratada con terapias de reemplazo, ya que no hay medicaciones que puedan usarse como terapias sustitutas. La terapia de reemplazo de la nicotina es una opción eficaz, junto con intervenciones conductuales. Para el alcohol, no existe terapia de reemplazo eficaz. Algunas medicaciones usadas para el tratamiento de dependencia del alcohol están disponibles, pero su eficacia y efectividad son limitadas.

No existe una solución sencilla para un hombre gay u otros HSH en necesidad de tratamiento de dependencia de sustancias en un área sin un centro de salud mental o especializado que sea sensible a las necesidades de la población de HSH. En situaciones en las que no hay disponibles tratamientos sensibles a los HSH, es responsabilidad del sector de la salud/o profesiones relacionadas con la salud ofrecer talleres de asistencia técnica y de capacitación para construir capacidades para lidiar con los clientes HSH y otros con trastornos de uso de sustancias. Más aún, cada HSH debería ser libre para decidir si buscar tratamiento en un centro disponible, si intentar un tratamiento con alguien que sea sensible a los asuntos de HSH aunque con competencias limitadas en tratamiento de dependencia de drogas o si abstenerse de realizar tratamiento. Los grupos de autoayuda formados entre HSH sólo están disponibles en algunos países y pueden apoyar la recuperación.

Modificación de conductas y reducción de daños
La modificación de la conducta, provista a través de intervenciones breves y tratamiento breve para uso de sustancias nocivas, es eficaz y puede beneficiar a una gran cantidad de clientes que no satisfacen los criterios para la dependencia de sustancias.

Otro grupo de clientes podrá no estar motivado ni dispuesto a abandonar el uso de sustancias o buscar tratamiento, incluso cuando satisfacen los criterios para tratamiento de sustancias. Sin embargo, en especial cuando existe el uso de drogas inyectables o de otros patrones de uso inseguro de sustancias, acceder a los servicios tales como programa de intercambio de agujas, servicios de expansión de baja exigencia, no son sólo eficaces sino que también pueden facilitar más adelante la aceptación del tratamiento. Por lo tanto, se recomiendan los vínculos con servicios semejantes, a pesar de que se reconoce que algunos servicios de reducción de daños aún son ilegales en muchos países.

El tratamiento y la recuperación de la dependencia de sustancias son similares a otras afecciones médicas crónicas, que requieren seguimiento en el largo plazo, incluyen períodos de recaida y con éxitos medidos en un período de años. Los proveedores de atención medica que atienden a HSH deben ser consientes de los desafíos enfrentados por sus clientes y comprender la naturaleza crónica de la dependencia. Los servicios de salud con una población sustancial de pacientes con problemas de uso de sustancias deben contar con personal con conocimientos acerca de la atención relacionada con el uso de sustancias. La terapia grupal e individual, y la atención de apoyo durante los relapsos podrán proveerse en colaboración con centros de tratamiento de drogas más formales.

Los individuos pueden enfrentarse a una cantidad de obstáculos para tener conductas más saludables durante su vida de uso de sustancias. Estos obstáculos pueden incluir disparadores de conducta en los ambientes de los clientes, tales como limitado apoyo social, disponibilidad de recursos en lugares sociales, y/o invitaciones a usar sustancias de miembros de sus redes sociales. Más aún, los clientes podrán necesitar superar disparadores biomédicos tales como la abstinencia de drogas. Los proveedores de atención medica deben aplicar un enfoque de reducción de daños, brindando interacciones acríticas con HSH y estrategias para superar estos disparadores.

Finalmente, los proveedores de atención medica deben estar al tanto de que los cambios en las prácticas de uso de sustancias pueden conducir a repercusiones en otros dominios de las vidas de los individuos, incluyendo lidiar con y superar el estigma social. Es necesario proveer estrategias para superar tales "nuevos estigmas" y hacer posible que los HSH mantengan estilos de vida más saludables.

Refiérase al Apéndice 4 – Algoritmos de Manejo: Uso de Sustancias.

PROBLEMAS SEXUALES

Existen problemas sexuales entre los hombres gay y otros HSH que pueden ser tratados en ámbitos de la atención de salud. Los centros medicos que ofrecen servicios a poblaciones de HSH deben crear un ambiente solidario, no-amenazante y acrítico, tanto a través del contacto interpersonal (ej. en el consultorio o en la consejería con el proveedor de atención, o en el teléfono) y a través del ambiente y exhibiciones visuales (ej. en exhibiciones de mercadeo, folletos, entrada principal). Los proveedores pueden causar un impacto positivo y que incluso

altere la vida en los pacientes HSH educándose a sí mismos acerca de las distintivas necesidades de los pacientes HSH, y luego siendo sensibles a esos problemas.

Identidad/orientación/revelación sexual

La aclaración y auto-aceptación de una identidad gay, bisexual o transgénero a menudo evoluciona gradualmente a lo largo de varios años. La orientación/identidad sexual es compleja y multidimensional. No existe un proceso único para revelarse a uno mismo, y revelarse ante otros es un desafío complejo, dinámico y de toda la vida. Mientras que el comportamiento sexual existe a lo largo de un continuo, y puede por lo tanto describirse y tratarse más concretamente, la identidad sexual es más matizada y puede cambiar dependiendo del individuo, el grupo o red con el cual el individuo HSH interactúa. Uno puede, por lo tanto, presentar una diversa gama de "identidades," dependiendo de si uno está interactuando con pares, empleadores, familiares, proveedores de atención medica y otros. Otros determinantes de la salud también afectarán esta presentación de identidad, incluyendo el estatus socioeconómico, la raza, etnicidad, cultura y otros factores. Es importante para los proveedores de atención medica ser sensibles a este fenómeno, pero no hacer suposiciones acerca de cómo y cuándo el individuo decide auto-identificarse.

Los hombres gay y otros HSH a menudo internalizarán el estigma y prejuicio social en relación con la identidad y los comportamientos sexuales; esto puede conducir a la vergüenza, el aislamiento y/o a confusión. El apoyo social puede reducir estos sentimientos y promover la formación de una identidad más positiva.

Existe un amplio espectro de mecanismos de manejo para los HSH a medida que se revelan y se reconcilian con su identidad no-heterosexual. Los mecanismos de manejo pueden incluir parecer más estereotípicamente heterosexuales, involucrarse romántica y sexualmente con compañeros del mismo sexo, evitar/sublimar la sexualidad (búsqueda de actividades no relacionadas con la sexualidad que validarán la autoestima, tal como mayores logros académicos), e involucrarse en conductas no saludables (uso de drogas/alcohol, comportamiento sexual compulsivo) como un medio de distracción de lo que el individuo considera sentimientos inaceptables. Los clínicos de los centros de salud que se ocupan de poblaciones de HSH pueden evaluar la etapa de auto-concientización del cliente y contribuir con mayor eficacia a este proceso haciendo lo siguiente:

- Permanecer abiertos a modelos flexibles, no-binarios de género y sexualidad con todos los pacientes; no todos inicialmente comparten su orientación sexual y/o identidad de género. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres son más proclives que sus pares mayores a estar luchando con sentimientos negativos internalizados acerca de su orientación y aislamiento social ya que su identidad sexual todavía se encuentra en desarrollo.
- Evitar suposiciones basadas en estereotipos convencionales de cómo deben lucir y comportarse los HSH.
- Comprender el proceso de revelación y considerar en qué parte de ese proceso puede estar una persona, qué factores pueden estar afectando su sentido del yo, y cómo esto puede estar afectando las decisiones de su vida.
- Desarrollar conciencia de cómo la edad, la raza, etnicidad, cultura, clase, posición económica y religión pueden afectar las circunstancias de un paciente y la perspectiva de su género y sexualidad y el proceso de revelación.

- Ser conscientes de y sensibles a la intolerancia y la estigmatización que los HSH y sus familias experimentan en la vida cotidiana y del estrés que coloca sobre ellos.
- Escuchar cómo los pacientes se describen a sí mismos; luego, reflejar su lenguaje y utilizar lenguaje imparcial para describir y tratar temas sexuales. Las variaciones en la identidad/orientación ocurren naturalmente y tienen derecho a una total protección de los derechos humanos. Las formas de "terapia reparativa" son no-éticas y, por lo tanto, los HSH no deben ser animados a cambiar su orientación sexual, sino a expresarla de manera segura y responsable.
- Comunicar que los comportamientos sexuales tales como la homosexualidad son expresiones positivas de género y sexualidad.
- Evaluar el nivel de auto-estima de un paciente y cómo puede estar relacionado con la homofobia internalizada.
- Evaluar la conexión a o el aislamiento de un paciente de recursos de la comunidad y la comunidad abierta de HSH.
- Permanecer positivo al hablar con los pacientes acerca de su sexualidad. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres tienden a ignorar el hecho de que sus comunidades de HSH han sido históricamente una población muy resiliente. A pesar de los esfuerzos por suprimir y/o eliminar la expresión de la homosexualidad, los HSH continúan sobreviviendo y muchos prosperan. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres deben entender que muchos de los desafíos que enfrentan pueden ser mitigados con el tiempo y pueden continuar fácilmente prosperando socialmente.
- Incluir preguntas específicas no-ambiguas acerca de la sexualidad en los formularios de admisión y en la formulación de la historia clínica, exámenes y debates.
- Afirmar el verdadero sentido del yo del paciente y/o su deseo de encontrar su verdadera identidad.
- Tener referencias a grupos de apoyo afirmativos de los HSH, organizaciones de la comunidad, proveedores de la salud y de la salud mental profesionales especializados; información sobre recursos y organizaciones de la comunidad de HSH relevantes; leer materiales sobre temas de salud relevantes y recursos de apoyo; recursos para amigos y miembros de la familia de HSH.

Funcionamiento y disfunción sexual

Los hombres gay y otros HSH enfrentan muchos de los mismos temas en relación con la disfunción sexual que enfrentan los hombres heterosexuales, pero también tienen algunos desafíos exclusivos que un clínico bien informado puede tratar. Una relación segura y positiva clínico-paciente permitirá la evaluación de los aspectos tanto físico como emocional de la salud sexual del cliente.

Disfunción eréctil

Se trata de una afección común entre los hombres, independientemente de la orientación sexual. Puede ser provocada por problemas psicogénicos (la DE de inicio más rápido se asocia a éstos), medicaciones, afecciones médicas (la DE de inicio más gradual se asocia a éstos), o una combinación de todos. La pérdida de erecciones espontáneas (tales como las experimentadas en la mañana al despertar) a menudo indica una causa orgánica. Revisar completamente el uso de drogas prescriptas, recreativas y de venta libre de un paciente, además de su uso de alcohol, puede ayudar a identificar una causa farmacológica fácilmente reversible de la DE.

El examen físico debe enfocarse en los sistemas endócrino (testicular, tiroideo), vascular (pulsos periféricos), y neurológico (pituitaria: campos visuales, tórax; cerebro: reflejo cremastérico). El

examen de laboratorio debe incluir prueba de la función tiroidea, prueba de tolerancia a la glucosa, prueba de lípidos, prueba de prolactina, y pruebas de niveles de testosterona. Se recomienda la referencia a un urólogo en caso de que no se identifique ninguna causa obvia. El tratamiento incluye inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE)-5 tales como sildenafil, inyecciones de prostaglandina, dispositivos de aspiración, y/o implante peneano.

Dado que el uso de condón puede empeorar la DE, los pacientes con esta afección son más proclives a involucrarse en sexo sin protección. Por último, como el uso de nitrato de amilo ("poppers") y cocaína puede ser más elevado en la población de HSH, los pacientes en tratamiento con inhibidores de PDE-5 deben ser advertidos acerca de los efectos letales de tomar estas drogas en forma concomitante.

Afecciones eyaculatorias
La eyaculación precoz puede tratarse con ejercicios conductuales para entrenar al paciente a demorar la eyaculación o con medicaciones tales como los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina (SSRIs). La eyaculación retrógrada y la retardada, por el contrario, a menudo se asocian con el uso de SSRI y pueden mejorarse disminuyendo la dosis de esta medicación o discontinuando su uso.

Afecciones Anales
Las hemorroides y fisuras comúnmente interferirán con el sexo anal receptivo y pueden tratarse con terapias tópicas, ablandadores de material fecal, baños de asiento y consultas quirúrgicas. Las técnicas de relajación y los dilatadores anales pueden indicarse a pacientes que tienen problemas físicamente para tolerar el sexo anal.

Comportamiento sexual compulsivo
Los hombres que tienen sexo con hombres están en riesgo de comportamiento sexual compulsivo (compulsive sexual behavior - CSC) que involucra impulsos sexuales, fantasías sexuales y comportamientos sexuales que son recurrentes, intensos y una interferencia perturbadora del funcionamiento cotidiano de la persona. Los individuos con CSC a menudo perciben su comportamiento sexual como excesivo, pero no son capaces de controlarlo; actúan de manera impulsiva y/o están llenos de pensamientos intrusivos, obsesivos y comportamientos impulsados. Estas ansias interferirán con el desarrollo del funcionamiento social, ocupacional, interpersonal y de relaciones íntimas. El comportamiento sexual compulsivo no necesita involucrar a otra persona, (ej. compulsión con pornografía), ni requiere que el individuo experimente un orgasmo. Con respecto a los HSH, los comportamientos sexuales compulsivos con elevado riesgo de transmisión de VIH son especialmente importantes de tratar. El tratamiento del CSC a menudo requiere de una referencia a un especialista calificado

Vulnerabilidades Exclusivas
La amenaza de repercusiones legales, familiares y sociales puede dejar a los HSH vulnerables a la coacción y explotación, particularmente cuando se asocia con otros factores como la pobreza, el racismo y la falta de vivienda. Además, los HSH que buscan la validación de o intimidad con otros hombres pueden estar más inclinados a involucrarse en comportamientos que los ponen en riesgo de infección del VIH y otros resultados adversos de la salud sexual. Estos asuntos están todavía más exacerbados para los HJSH que son aún más vulnerables que sus pares mayores.

Para los HJSH que se sienten más cómodos auto-definiéndose como tales, se advierte a los médicos acerca de suponer que la actividad sexual de los HJSH es exclusiva con otros hombres. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres pueden experimentar con mujeres como manera de confirmar su atracción hacia otros hombres, o en un esfuerzo por suprimir su atracción hacia otros hombres. Cualquiera sea la motivación, ciertos estudios indican que los HJSH son más proclives que sus pares heterosexuales a involucrarse en un episodio de relación vaginal sin protección que deriva en un embarazo no deseado. Debe hacerse todo lo posible para explicar los beneficios contraceptivos del uso de condones para los HJSH además de la información provista acerca de la prevención de ITS/VIH.

Refiérase al Apéndice 5 – Algoritmos de Manejo: Problemas Sexuales.

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

La homosexualidad no es un trastorno mental o social. Sin embargo, está ampliamente desaprobada y juzgada como un trastorno. Las circunstancias sociales y culturales resultantes en las que los HSH viven a menudo conducen al estigma y la discriminación, la baja auto-estima, la soledad, la exclusión y el aislamiento social en su curso de vida. Como resultado, los hombres gay y otros HSH pueden estar ante un elevado riesgo de desarrollar y manifestar síntomas de enfermedad mental; sin embargo, estos síntomas disminuirán si los HSH tienen un mayor acceso a redes sociales de apoyo y/o participación en grupos comunitarios.

Los servicios sanitarios que se enfocan en la salud de HSH deben ofrecer servicios de detección, diagnósticos y terapéuticos de salud conductual que sean tanto accesibles como eficaces. La depresión, ansiedad, disturbios del sueño, el acoso/acoso escolar, trastornos de ajuste, trastornos bipolares, y trastornos de estrés post-traumático (TEPT) son problemas de salud conductual comunes que afectan a las poblaciones de HSH, especialmente a aquéllos que viven con VIH/SIDA. Entre los HSH VIH-positivos, la presencia de síntomas o trastornos de enfermedad mental pueden exacerbar el estrés relacionado con VIH y disminuir el acceso a atención de calidad, como también reducir la adhesión al tratamiento.

Detección y diagnóstico

Los problemas de salud emocional y conductual se dan en proporciones lo suficientemente altas tanto en la población general como en las de HSH como para justificar la revisión como parte de la atención primaria general. Dado que los pacientes HSH, y especialmente los pacientes VIH-positivos tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades psiquiátricas, la detección debe repetirse anualmente, o con anterioridad si ocurren cambios de vida importantes (tales como la muerte de un compañero, diagnóstico de VIH, u otra enfermedad crónica). Se debe realizar la evaluación de malestar emocional, de problemas sexuales y de aislamiento social, ya que son factores de riesgo que pueden conducir a síntomas de salud mental.

Una entrevista clínica detallada y sensible puede identificar síntomas de salud mental o contextos de riesgo. En algunos casos, donde hay ausencia de personal capacitado para llevar adelante estas entrevistas clínicas, los proveedores de atención medica usarán herramientas de evaluación simples que han sido desarrolladas en diversos idiomas, y han sido validadas culturalmente para detectar síntomas de depresión, ansiedad, SEPT, y trastorno bipolar entre HSH latinos. A pesar de que estas herramientas pueden no ser completamente válidas en la Región LAC, en varios ámbitos serán altamente útiles o podrán ser adaptadas localmente.

Los pacientes con evaluaciones positivas deben ser referidos de manera oportuna para tratamiento adecuado, como se indica a continuación. En muchos casos, especialmente cuando la gravedad de la enfermedad es leve o la detección de la enfermedad es temprana, el tratamiento puede ser iniciado y hasta mantenido por proveedores de atención primaria. Los pacientes que hablan con su(s) proveedor(es) de atención primaria pueden estar demasiado avergonzados para declararles expresamente su problema y sus inquietudes de salud conductual. En estos casos, es fundamental una eficaz comunicación clínico-paciente. Los proveedores que trabajan con hombres gay y otros HSH deben ser empáticos y compasivos, y deben enfocarse en establecer la confianza y en fomentar la franqueza con estos pacientes para permitir un diagnóstico adecuado y referencia a proveedores de atención de la salud conductual.

Tratamiento

Con los hombres gay y otros HSH, es especialmente importante para los planes de tratamiento enfocarse en ayudar a los pacientes a lograr una identidad positiva, para mejorar la autoestima y para construir un sistema de apoyo. Especialmente con los HSH con enfermedad mental grave y/o HSH VIH-positivos, con frecuencia se necesita un enfoque de disciplinas múltiples hacia la atención de la salud conductual, que consiste en un proveedor de atención primaria, un trabajador social médico, terapeuta y psico-farmacólogo. En ámbitos donde la referencia a los servicios de la salud conductual pueden ser desafiantes debido a recursos limitados o estigma resaltado, utilizar organizaciones de la comunidad relevantes (ej. específicas de HSH) organizaciones con base en la comunidad (CBOs), redes sociales, y grupos de apoyo puede resultar beneficioso. Cuando sea adecuado, los proveedores de atención medica también pueden brindar referencias a los servicios de medicina tradicionales y alternativos. Proveer tratamiento de salud conductual en el mismo sitio donde los pacientes reciben su atención médica puede ayudar a combatir este estigma.

Refiérase al Apéndice 6 – Algoritmos de Manejo: Salud Mental y Emocional.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

Debido al estigma, los prejuicios y, en algunos países, las leyes, los hombres gay y otros HSH tienen mayor tendencia que la población general a ser o a convertirse en víctimas de la violencia. Esto es a menudo más dominante cuando/donde se combinan múltiples formas de exclusión social aumentando las probabilidades de violencia. Los factores que pueden aumentar la incidencia de violencia contra HSH pueden incluir discriminación sobre la base de raza o etnicidad; exclusión sobre la base de clase, pobreza o falta de vivienda; y/u otros factores sociales. Por lo tanto, los proveedores de atención medica deben volverse más sensibles a problemas de diversidad dentro de las poblaciones de HSH sobre la base de estos factores diversos, y estar al tanto de cómo la "ubicación social" de un individuo puede ser un factor en esta experiencia de exclusión o violencia. Los centros sanitarios que ofrecen servicios a HSH con frecuencia necesitarán evaluar y tratar a hombres que han sido víctimas de la violencia, incluyendo ataques sexuales. Esta violencia o ataques sexuales pueden ser recientes, pasados o recurrentes.

Detección

Se debe sospechar violencia y ataque sexual cuando un individuo se presenta al tratamiento tras un supuesto ataque, o cuando se descubren indicaciones o declaraciones en la historia clínica o el

examen físico que sugieren violencia reciente, pasada o actual. Además de esta evidencia directa o indirecta, los HSH deben ser sometidos a pruebas de detección por un historial de violencia doméstica o no-doméstica. Los proveedores de atención madica deben permanecer con la mente abierta y reconocer que el origen de la violencia y/o ataque sexual puede estar en el entorno familiar, con compañero(s) sexual(es), en la escuela o en el entorno laboral o en cualquier otro lugar.

En ocasiones, y a menudo debido al estigma y a un sentido exacerbado de necesidad de permanecer discreto acerca de la identidad sexual propia, podrá establecerse un historial de violencia y/o ataque sexual que incluye múltiples entornos y/o perpetradores. Es fundamental para los proveedores de la salud no llegar a un diagnóstico rápido y concreto acerca de la existencia/experiencia/formas de violencia y abuso sexual, y al mismo tiempo tener el cuidado de no presionar a los clientes a revelar o tratar incidentes o situaciones altamente delicados. En muchos casos, las historias o instancias de violencia/abuso complejas sólo podrán revelarse con el tiempo, y una vez que se estableció una sólida relación de comunicación entre el cliente y su(s) proveedor(es) de atención medica.

En casos de violencia y/o ataque sexual pasados o actuales, es fundamental para los clínicos tratar las opciones disponibles de consejería, apoyo legal y otras formas de apoyo. Los proveedores de atención medica deben garantizar los derechos humanos de todos los clientes y tratarlos con dignidad y respeto, y brindar empatía a los clientes para asegurar una revelación franca de cómo, por qué, cuándo y dónde ocurrió un incidente violento. Dada la limitada legislación contra los delitos de odio o ataques por personas del mismo sexo en varios países de la Región LAC la atención y apoyo del clínico es a menudo uno de los únicos espacios en los que un individuo puede tratar episodios violentos, y puede ser un recurso importante para garantizar su seguridad. Las siguientes sub-secciones tratan temas relacionados con la detección, el tratamiento y apoyo de HSH en el contexto de un caso reciente o emergente de violencia o ataque sexual.

Referencia

Se debe evaluar de inmediato a todos los clientes por evidencia de lesiones emergentes, ya sean físicas o psiquiátricas. Si son actuales, el cliente debe ser llevado de manera segura a un ámbito donde se puedan tratar de inmediato estas lesiones; este proceso debe tratarse y negociarse con el cliente para hacer frente a asuntos relacionados con la confidencialidad y la seguridad. Si el cliente permanecerá en la institución para evaluación y tratamiento, se le debe garantizar a él y los familiares o amigos que lo acompañan que estarán seguros mientras estén en la clínica para evaluación y tratamiento, que su confidencialidad estará salvaguardada, y que se tratarán sus necesidades de salud física y emocional.

Es importante para los clínicos y otro personal del centro sanitario estar al tanto de que mientras que un cliente puede sentirse cómodo con los servicios y el ambiente de un centro sanitario en particular, con frecuencia podrá estar muy ansioso o temeroso de otros lugares, particularmente si son desconocidos. El apoyo y la confianza son particularmente importantes en tales instancias, y el personal debe estar capacitado para identificar resistencia o una tendencia a disminuir la importancia de una lesión urgente como signo potencial de ansiedad o temor.

Evaluación Inicial

La realización de la historia clínica y del examen físico debe llevarse a cabo en un ambiente cómodo para la víctima, y uno que respete el distrés que pueda sentir. Aunque la evaluación requerirá incluir preguntas difíciles y un examen exhaustivo del cuerpo, deberá hacerse lo

posible por evitarle mayor distrés a la víctima. Si la víctima desea estar acompañada, se puede permitir a un familiar, compañero o amigo estar presente de manera tranquila durante la evaluación. El factor clave es apoyar al cliente para que sea un participante activo al decidir los detalles del examen, y lo que lo hará sentirse más cómodo.

Historia Clínica
La historia clínica incluirá detalles acerca del ataque y el/los atacante(s). El cliente debe estar seguro de que estos detalles se requieren sólo como medio para asistir en el diagnóstico clínico del impacto y los riesgos para la salud, y no se utilizarán para buscar ni iniciar acciones contra el/los atacante(s), excepto si el mismo cliente desea iniciar una acción contra el/los atacante(s). Esto es esencial para asegurar al cliente que no expondrá a otros, y para reducir el temor de las repercusiones que pueda tener. Al mismo tiempo, el clínico debe estar al tanto de todos los requerimientos legales que tendrá para informar instancias de violencia y/o ataque sexual y debe ser abierto y honesto con el cliente acerca de dichos requerimientos.

Se debe prestar atención especial a las áreas del ataque sexual, incluyendo contacto oral, genital y rectal. Deberá revisarse la historia clínica anterior, incluyendo medicaciones y alergias. Es preciso documentar la presencia de cualquier infección concurrente, tal como VIH o hepatitis, como también, las ITS previas o existentes, y la actividad sexual previa o reciente, si se anticipa una acción legal.

Exámenes
En un ámbito privado, cómodo, se desvestirá y examinará al paciente por completo. La reunión de muestras para evidencia forense dependerá de si el clínico tiene el poder para o la autorización para hacerlo y deberá realizarse de acuerdo con el protocolo local. La piel se debe inspeccionar con sumo cuidado por hematomas, abrasiones y laceraciones. Las áreas de la boca, genital y anal se deben inspeccionar por evidencia de trauma.

Pruebas de Laboratorio
En ausencia de trauma y lesión de órganos internos graves, las pruebas de laboratorio estarán principalmente dirigidas hacia la exclusión de una ITS pre-existente. Si se elige, se tomarán muestras de garganta, genitales y rectales por gonorrea y Clamidia, y muestras de sangre por RPR, VIH Elisa o prueba rápida, niveles de anticuerpos de HBV t HCV y serología HSV.

Terapia empírica
Las víctimas de ataque sexual reciente a menudo se tratan empíricamente por determinadas ITS. La terapia incluye: ceftriaxona 125 mg IM para gonorrea; azitromicina 1 gramo PO o doxiciclina 100 mg PO BID x 7 días para Clamidia; y metronidazola 2 gramos PO para tricomoniasis. Para aquellos individuos que no son inmunes al HBV, se debe iniciar la vacuna de tres partes, con la primera vacuna dada dentro de las primeras 72 horas.

Profilaxis para post-exposición a VIH
Si el ataque sexual ocurrió menos de 72 horas antes de la evaluación, se deberá explicar y ofrecer PEP a la víctima de manera consistente con los protocolos existentes de PEP. Idealmente, las drogas deben ofrecerse dentro de las primeras 4 horas de la ocurrencia, o posteriormente lo antes posible dentro de la ventana de eficacia de 72 horas. Las drogas disponibles en la farmacia del país o la comunidad dictarán la elección de drogas. Los individuos que reciben PEP deben ser monitoreados de cerca durante el curso de la terapia de PEP y se recomiendan exámenes de seguimiento.

Consideraciones legales

Una evaluación médica o psicológica de una víctima de violencia o ataque sexual puede considerarse parte de un conjunto de evidencias para un caso legal, que puede ser presentado después del caso. Se deben mantener registros completos y exactos de la evaluación. Además, el clínico y el personal de la clínica deben estar al tanto de las leyes locales y nacionales que rigen la evaluación de víctimas de violación o violencia. Algunos países tienen un trato específico del protocolo con una evaluación post-violación; sin embargo, a menudo sólo se refieren a víctimas mujeres. Si debe reunirse evidencia forense, el protocolo clínico debe incluir asuntos relacionados con los equipos de laboratorio utilizados, los laboratorios elegidos, la cadena de custodia y el informe a la policía.

Refiérase al Apéndice 7 –Algoritmos de Manejo: Consecuencias de la Violencia.

Actividades de Promoción de la Salud de HSH

Además de tratar los problemas de salud que condujeron a un hombre a la clínica, los centros sanitarios que atienden a hombres gay y otros HSH deben incorporar esfuerzos de promoción de la salud a sus prácticas de rutina. La información factual estará disponible para los clientes en un lenguaje comprensible y creíble. La información podrá suministrarse a través de panfletos escritos, folletos o boletines de noticias, o puede comunicarse verbalmente durante o tras la visita médica y durante actividades grupales apoyadas por la institución. Particularmente si el cliente se convierte en un paciente de largo plazo en la institución de salud, puede desarrollarse un enfoque más longitudinal para la promoción de la salud, y probablemente incluya todos estos elementos.

Por lo general, los HJSH cuentan con menos habilidades de prevención y son incluso menos proclives a interesarse por información de promoción de la salud ya que tienden a estar más enfocados en los desafíos de reconciliarse con su identidad y orientación sexual.

Es necesario realizar esfuerzos de promoción de la salud en el contexto de su provisión a una población de minoría sexual expuesta a estresores únicos dentro de la sociedad. Ayudar a hombres gay y otros HSH a comprender los efectos de la homofobia y el heterosexismo sobre su salud puede ser una importante herramienta para hacer que los HSH busquen mecanismos de manejo más saludables, y para construir redes de educadores pares en la comunidad. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres son también bien atendidos al recibir información de atención de la salud dentro de este mismo contexto ya que bien puede evitar el establecimiento de mecanismos de manejo insalubres antes de que las dependencias se instalen, y evitar otros comportamientos nocivos/riesgosos.

Además de los clínicos, el personal del centro de salud debe incluir a individuos con excelentes destrezas de comunicación, que se relacionan bien con clientes HSH y se vinculan bien de manera cómoda durante sus visitas. Incluso las comunicaciones breves acerca de temas relacionados con la salud, cuando las presenta un profesional de la salud de confianza, pueden hacer una diferencia en algunas conductas de la salud. El personal puede organizar grupos de apoyo regulares que atraigan a algunos de los clientes, y los elementos de los debates de los

grupos de apoyo pueden incluir capacitación en promoción de la salud.

Los temas de las actividades de promoción de la salud deben incluir prevención de ITS, incluyendo VIH, y especialmente uso de condón. Algunas sesiones y materiales se enfocarán en los peligros del tabaco, las drogas ilícitas y el uso excesivo de alcohol. Se deben alentar las vacunas y los controles regulares de salud. Otros esfuerzos de promoción de la salud y sesiones grupales pueden tratar las habilidades de relaciones y negociación, nutrición, ejercicio y otros temas relacionados con la búsqueda de la salud y la prevención de enfermedades. Los hombres que tienen sexo con hombres en algunos países de la Región LAC se beneficiarán de comprender algunos de los aspectos legales de ser gay u otros HSH en la región y cómo se auto-protegen con y de los responsables del orden público.

Los clientes de centros sanitarios también deben ser animados a comunicar las actividades de promoción de la salud dentro de la mayor comunidad de HSH en su región y abogar dentro de otras instituciones medica por un enfoque similar en la promoción de la salud entre los hombres gay y otros HSH.

Por lo general, los HJSH cuentan con menos habilidades de prevención y son incluso menos proclives a interesarse por información de promoción de la salud ya que tienden a estar más enfocados en los desafíos de reconciliarse con su identidad y orientación sexual. El personal de los centros de salud debe asegurar que las comunicaciones con HJSH sean respetuosas y que los desafíos tradicionales de comunicación entre jóvenes y adultos no impidan la provisión de salud. Los jóvenes no quieren que los hagan sentir como que los adultos les hablan en forma condescendiente; quieren que los adultos escuchen sin juzgar su preocupaciones, y no quieren que sus asuntos sean descartados ni disminuidos.

Alcance Comunitario (Outreach) para HSH

Existen cantidades de razones para considerar las actividades de alcance comunitario antes de las consultas de salud en la clínica, incluyendo que ayudan a vincular la atención clínica con la población de la comunidad.
Las ventajas de las actividades de alcance comunitario incluyen:

- Búsqueda de servicios más eficaz y costos menores
- El uso de servicios de médicos para afecciones de la salud más graves, ya que una cantidad importante de exámenes y consejería pueden ser realizados por consejeros y no requieren de una enfermera o un médico
- La alta prevalencia de enfermedad silenciosa (asintomática) en la presencia de infección de VIH e ITSy la necesidad de lograr la concientización sobre ITS y VIH
- Realizar evaluaciones en la comunidad y conservar a la clínica como confirmación y tratamiento de casos detectados; y la posibilidad de tratamiento de campo empírico, con los casos complicados referidos a la clínica
- Expandir la clientela y la zona de influencia geográfica de la clínica
- Llevar servicios y consejería en clínicas móviles/callejeras a los sitios de comportamiento de riesgo y focos comunitarios
- Utilizar animadores/promotores de la comunidad (que traduzcan la terminología médica en terminología comunitaria y vice versa) para ayudar en la interacción con

personal clínico; y utilizando el alcance de los pares o voluntarios para llevar o presentar a miembros de la comunidad a la clínica y para servir de interface entre las clínicas y la comunidad
- Integrar instituciones de la sociedad civil existentes, incluyendo ONG y CBO, escuelas y otras instituciones educativas al sistema de atención medica
- Reducir las disparidades de clase y socioeconómicas donde los individuos en desventaja pueden ver las clínicas como sitios sólo para atención de los privilegiados o atención para condiciones que ponen en riesgo la vida
- Brindar servicios sanitarios de expansión amplía la provisión de necesidades psicológicas, nutricionales y otras que pueden impactar recíprocamente la gama completa de los determinantes de la salud

Lo ideal sería que los encuentros sanitarios con HSH pudieran conceptualizarse como un continuo o en una serie de etapas, comenzando con la evaluación de necesidades y una evaluación de vacíos sanitarios en la población de interés. La primera etapa de los encuentros de salud comienza con una evaluación de necesidades, evaluación del ámbito comunitario o examen de datos epidemiológicos, cuando éstos estén disponibles. La segunda etapa del encuentro de salud implica educación de expansión comunitaria en relación con comportamientos de riesgo y la disponibilidad de pruebas y tratamiento, referencias y fuentes de apoyo para las condiciones de interés. La tercera etapa implica llevar los servicios básicos como consejería, exámenes y detección a la comunidad en la forma de unidades móviles, clínicas callejeras y servicios clínicos temporarios en momentos particulares en lugares de la comunidad (ej. bares, saunas, burdeles, fiestas en casas, grupos de jóvenes para pruebas de VIH/ITS).

La expansión medica a la comunidad puede ofrecer a la clínica una población revisada que luego asistirá a la clínica para confirmación, pruebas de diagnóstico adicionales y tratamiento de casos complejos. También puede ofrecer una oportunidad para proveer innovaciones informadas por evidencia y mejores prácticas en prevención de enfermedades de HSH, evaluación de programa e intervención.

Existe la necesidad de asegurar adecuada garantía de calidad y ética de detección y pruebas de expansión a la comunidad, incluyendo mecanismos de referencia claros y vínculos entre servicios y organizaciones. La selección y capacitación adecuadas de trabajadores para la expansión, y normas y comportamiento profesional responsable en ámbitos comunitarios, deben ocurrir independientemente de si los trabajadores son voluntarios o remunerados.

Cuando las comunidades están estigmatizadas y están "bajo tierra," la expansión cuenta con ventajas particulares. Los trabajadores de expansión medica pueden ir a escenarios específicos (ej. zonas de cruceros, fiestas) e integrar la prevención y la atención (ej. entregando condones y facilitando la consejería y los exámenes al mismo tiempo). Pueden facilitar la reducción de barreras sociales a los servicios; como también educar a una población oculta acerca de la ubicación de las clínicas callejeras o clínicas móviles, disponibilidad de vacunas adecuadas, recursos comunitarios y signos y síntomas de enfermedades que podrían revelar la presencia de una enfermedad silenciosa. El uso de enfoques de mapeo del riesgo en escenarios locales es especialmente útil para determinar la expansión en ubicaciones de clínicas móviles y callejeras.

El alcance es importante para salvar las distancias entre la comunidad y los servicios de salud basados en la clínica. Donde la población puede sentirse alienada de la atención médica y de salud,

los educadores pares pueden ser de gran importancia para proveer información verbal sobre la confidencialidad de la clínica o el anonimato de las pruebas, y la importancia de la atención médica para la enfermedad clínicamente silenciosa. Además, los educadores pares y trabajadores de expansión podrán acompañar a los clientes a las clínicas y ayudarlos en su registro y presentación al personal clínico. Esto también puede incluir actuar como un promotor hacia el cliente explicándoles y traduciéndoles información médica en términos de la comunidad.

Donde existe un elevado uso de la Internet y otras tecnologías de comunicación (ej. teléfonos celulares) de parte de los HSH, la Internet y los celulares pueden adoptarse para los mensajes de expansión proveyendo información medica, detalles clínicos, citas en línea, y vínculos a sitios de información de la salud y la prevención. En caso de brote de enfermedad (ej. sífilis, LGV), también se ha demostrado que estas tecnologías son útiles en la provisión de información sobre síntomas y comportamientos de riesgo para los hombres gay y otros HSH. La provisión de cupones impresos para tratamiento y condones/lubricantes gratuitos también podrá facilitar el reclutamiento de HSH en clínicas. Las tecnologías electrónicas ofrecen oportunidades particulares de innovación para llegar a poblaciones estigmatizadas como los HSH, ya que se puede acceder a la información en un contexto de anonimato.

En el largo plazo, facilitar una adecuada atención medica y asistencia a la clínica debe basarse en una expansión eficaz basada en la escuela, que incluye educación en atención medica con consideración especial a la etnicidad, raza, el género, la diversidad sexual y los derechos humanos

Existen modelos de alcance comunitario en los que se accede a redes para dar capacitación a miembros comunitarios, quienes posteriormente reclutan a otros contactos. Tales enfoques proactivos podrán facilitar el desarrollo comunitario y dar una oportunidad para recibir retroalimentación actual sobre asuntos sanitarios de interés para la comunidad. Dichos enfoques son útiles para grupos vulnerables tales como trabajadores sexuales vulnerables o individuos transgéneros, y migrantes y otras poblaciones móviles.

Dichos enfoques requieren que los trabajadores/clínicos de alcance a la comunidad reciban capacitación de manera que estén al tanto de estrategias para hallar hombres que utilizan, por ejemplo, lugares de sexo público para encontrarse con sus parejas. Será muy importante para legitimizar dichos esfuerzos el aval de la comunidad para estas actividades de expansión. Estos esfuerzos, entonces, se enfocan en el lugar más que en cómo los hombres se identifican a sí mismos sexualmente.

En el largo plazo, facilitar una adecuada atención medica y asistencia a la clínica debe basarse en una expansión eficaz basada en la escuela, que incluye educación en atención medica con consideración especial a la etnicidad, raza, el género, la diversidad sexual y los derechos humanos, como se enfatiza en la Declaración de la Ciudad de México sobre Educación Sexual en América Latina y el Caribe ("México City Declaration on Sex Education in América Latina and the Caribe"), de 2008.

Asociarse con ONG y CBO con experiencia en el trato con HSH y sub-poblaciones ocultas relacionadas, tales como trabajadores sexuales comerciales e individuos transgéneros puede

facilitar un continuo en la educación, prevención, detección y tratamiento sanitarios que incorpora las comunidades y las instituciones de la sociedad civil al sector de la salud. Esto, a su vez, ayuda a otorgar el poder a los individuos para reducción de sus riesgos, auto-atención y comportamientos de búsqueda de la salud. Los esfuerzos de atención medica y comunitaria deben servir como fuentes de referencia cruzada para facilitar tanto el acceso a como la retención en la atención medica.

En forma similar, debe otorgarse reconocimiento a los ambientes que han sido exitosos en atraer y mantener contactos con gays y otras poblaciones de HSH, incluyendo a aquéllos que colocan a los HSH en el contexto más amplio de todos los hombres, como también ámbitos que colocan a los HJSH en el contexto más amplio de los recursos amigables para jóvenes. Un enfoque apropiado puede ser ofrecer servicios a grupos vulnerables dentro de una clínica de salud comunitaria más amplia para ser menos políticamente contenciosos para la comunidad dominante.

Refiérase al Apéndice 8: Interacción Comunidad-Clínica.

Consideraciones para Trabajar con HJSH

Los programas específicos de expansión y servicios de apoyo orientados a HJSH deben tratar las siguientes consideraciones:

- **Adoptar la tecnología:** La Internet puede servir como una poderosa herramienta para permitirles a los HJSH acceder a información y recursos sobre asuntos de salud pública. Por lo tanto, es importante asegurar que las bibliotecas públicas y de las escuelas no usen programas de software que filtren sitios web para HJSH o restrinjan el acceso a información sobre sexualidad saludable. Para muchos jóvenes, la Internet es una cuerda de salvamento virtual de apoyo. Sin embargo, no todos los jóvenes cuentan con acceso confidencial a computadores y/o a la Internet. Por lo tanto también deben brindarse recursos y servicios de otro tipo para garantizar que los esfuerzos de expansión no se basan en clases ni sólo atienden a aquellos jóvenes que tienen los medios económicos y/o geográficos para acceder a ellos. En los países de la Región LAC, los cafés con Internet son una opción económica para que los HJSH accedan a la Internet, y deben considerarse como útiles herramientas educativas.
- **Formar redes con proveedores de servicios profesionales:** Ayudar a educar a los profesionales de la salud pública locales, a trabajadores sociales, enfermeros, maestros, orientadores y profesionales médicos acerca de los problemas de HJSH. Para muchos jóvenes, estos profesionales serán la primera línea de apoyo que buscan cuando surgen preguntas o dificultades. Las organizaciones de salud pública pueden trabajar con estos profesionales para garantizar que comprendan y respeten pautas de confidencialidad y códigos de conducta ética pertinentes a trabajar con HJSH.
- **Tratar los asuntos que se relacionan con el transporte:** para muchos jóvenes, tanto en ámbitos rurales como urbanos, el transporte es el obstáculo más significante para el servicio. Los programas deben considerar la provisión de estipendios para viajes, becas, transportes compartidos, ómnibus de alquiler o un sistema travel buddy. Los programas exitosos diseñados para satisfacer las necesidades de HJSH deben tratar las limitaciones de viaje si desean lograr los resultados y objetivos designados.

- **Desarrollar conjuntos de recursos inclusivos:** Se anima a las organizaciones a trabajar con bibliotecas públicas o escuelas locales para garantizar que sus ejemplares son inclusivos de temas y problemas de los HJSH. A menudo los libros con temas de HJSH son censurados o son deficientes. Esto impide que los jóvenes accedan a información que describe sus vidas y comunidades. Sin acceso a la Internet, las bibliotecas pueden ser como un oasis para gran cantidad de HJSH.
- **Evaluar los programas nuevos y existentes:** se han realizado investigaciones limitadas sobre las necesidades y experiencias de los HJSH que acceden a los servicios de atención medica. Por lo tanto, es importante crear una base de datos de prácticas ejemplares que pueden ayudar a informar a la práctica futura, influir en el desarrollo de políticas y facilitar oportunidades de financiamiento orientado.
- **Crear alianzas locales:** Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres a menudo valoran su independencia y autonomía. Muchos jóvenes pueden ser escépticos de las intervenciones externas. Para ayudar a tratar estas barreras para el servicio, las organizaciones deben tratar de construir sociedades comunitarias locales y estrategias "caseras" diseñadas para satisfacer las necesidades de HJSH. Una manera de construir estas alianzas es asociarse con colegios, universidades o grupos comunitarios locales para desarrollar grupos de apoyo a los HJSH. Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres de comunidades locales y aledañas pueden ser animados a asistir a estos programas, que también pueden convertirse en sitios para intervención de salud pública primaria y apoyo a la expansión.

En todos los programas, es especialmente importante siempre mantener la confidencialidad y el anonimato de una persona. Los procesos de revelación y de reconciliación son únicos para cada individuo, y se ven afectados por una amplia variedad de factores sociales e individuales. Muchas comunidades rurales y etno-culturales están con frecuencia tejidas sólidamente y bien conectadas. Como resultado, muchos HJSH dudan de acceder a apoyos y servicios por temor de que se esparza la voz acerca de ellos. Enfatizar la confidencialidad y mantener el anonimato puede ayudar a disuadir estos temores y, a su vez, a alentar a los jóvenes a buscar fuentes de apoyo. Quizás por encima de todo, el aspecto más importante es simplemente estar visible. La mera presencia de programas de apoyo, servicios y HSH adultos y modelos de funciones aliados puede aportar a los jóvenes un sentido de esperanza y posibilidad para su futuro. Incluso si la juventud jamás asiste a estos programas sabrán que hay apoyos disponibles en caso de que los necesiten.

Las estrategias recomendadas para diseñar programas de expansión específicos para VIH orientados a HJSH indican que dicha programación debe ser:

- Conducida por pares, con las decisiones de los programas tomadas por HJSH;
- Explícita acerca de las prácticas sexuales y el uso de condones (ej. materiales que traten cómo usar condones para la relación anal)
- Culturalmente relevante e inclusiva de temas tales como raza, etnicidad, género (ej. los mensajes tienen sentido para poblaciones etno-culturales particulares y reconocen la diversidad dentro de la diversidad);
- Continua y realizada en espacios seguros, no-homofóbicos (ej. las actividades grupales se realizan en un lugar designado por HJSH);
- A la medida de los asuntos y percepciones de los HJSH sobre el riesgo de VIH (ej. los grupos de discusión se utilizan para comprender los factores culturales y comunitarios

específicos que conducen a conductas de alto riesgo); y
- Enfocada en la construcción de destrezas (ej. enseñar a HJSH cómo negociar prácticas de sexo más seguras y/o habilidades de negación).

Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres con orígenes de minorías culturales y étnicas diversas también enfrentan mayores factores de riesgo diversos que pueden exponerlos a mayores factores de riesgo. En cantidad de ámbitos culturales, la homosexualidad se ve como un "trastorno social", una "enfermedad" o un fenómeno distintivo "Occidental" o "Caucásico". Este punto de vista cultural coloca una enorme presión sobre los jóvenes en estos contextos que pueden estar revelándose o reconciliándose con una identidad no-heterosexual y/o VIH-positiva.

Conclusión

La población de HSH comparte muchos de los determinantes de salud de la población masculina en general (ej. códigos de género asociados con comportamientos de búsqueda de atención medica). Sin embargo, algunos factores específicos son más relevantes para la salud de los HSH, tales como políticas públicas homo-negativas; valores sociales fuertemente enraizados en una tradición patriarcal, heterosexista; discriminación, acoso escolar y acoso en espacios públicos; alienación y exclusión de grupos sociales de referencia; y homofobia, tanto externa como internalizada.

Además, otros factores de comportamiento desempeñan una función crítica en el logro y el mantenimiento de la salud de hombres gay y otros HSH – la actividad física, el uso de alcohol y tabaco, los hábitos de dieta y sueño y la susceptibilidad a enfermedades infecciosas (ej. VIH), entre otros.

El diseño y rendimiento de los sistemas de salud desempeñan una función crítica en el logro y el mantenimiento de la salud de hombres gay y otros HSH. Los sistemas de atención medica en la Región LAC tienen algunas características específicas que pueden potenciar u ofuscar comportamientos de búsqueda medica y la utilización de servicios de atención medica de parte de hombres gay y otros HSH. Entre otras, las siguientes son frecuentes:

- Generalmente diseñadas para proveer respuestas curativas/reparativas con énfasis limitado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Tienden a privilegiar la provisión de atención en niveles especializados;
- Brindan atención limitada a la salud sexual, que en general se reduce a resultados reproductivos;
- Prestan atención inadecuada a las necesidades de atención medica de todos los adultos hombres, incluso dentro de programas de servicios y salud reproductiva;
- Sus prioridades pueden verse afectadas por valores, intereses y creencias de quienes toman las decisiones;
- Sus vínculos funcionales con otros sectores (ej. educación, justicia, asistencia social, trabajo) no siempre están claramente definidos;
- No tienen ninguna, pocas o muy estrechas disposiciones para lidiar con el impacto de la discriminación, el acoso y otras prácticas discriminatorias y estigmatizantes sobre la salud;
- Inadecuada capacidad para tratar con sexualidades no-heterosexuales;

- Limitaciones graves para brindar servicios para jóvenes por debajo de la edad (ej. consejería, pruebas); y
- Ninguna, pocas o muy estrechas disposiciones para facilitar el acceso de los hombres al trabajo, que tiene, en general, horarios de trabajo incompatibles con los horarios de provisión de servicios de atención medica.

Algunas de estas características pueden representar barreras que impiden que los hombres en general y los hombres homosexuales en particular accedan a servicios de rutina esenciales para la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH, y para la atención general de su salud y bienestar. En consecuencia, las acciones específicas y concretas para asegurar el acceso ampliado a la atención inclusiva y de calidad deben emprenderse de maneras que traten eficazmente las barreras reales y supuestas a recibir servicios de atención y tratamiento sanitario, y recursos para mejorar la salud en general.

LOGRAR SERVICIOS INCLUSIVOS Y DE CALIDAD ENFOCADOS EN HSH

El establecimiento de clínicas dedicadas exclusivamente a las necesidades de HSH parecería una solución concreta para tratar con las limitaciones que derivan del diseño y rendimiento del sistema sanitario general (ej. uno que o impide que se atienda a HSH o presenta barreras para que los HSH usen los servicios existentes). Mientras que esta solución puede resultar útil en algunas situaciones, resultará de alcance y eficacia muy limitados, y quizás sólo factible en sitios donde el estigma, la discriminación y el temor a la intimidación y la violencia no representan una barrera grave para los usuarios potenciales. Un enfoque más práctico y a la vez eficaz puede ser expandir la cobertura para los hombres jóvenes y adultos en general, y en el contexto más exhaustivo de los servicios de atención medica para hombres. Estos servicios pueden incorporar orientaciones estratégicas, acciones e intervenciones esenciales para los HSH. Esto requiere un diseño cuidadoso del servicio diseñado para garantizar que:

Quizás, el elemento más relevante que impide la provisión de servicios inclusivos y de alta calidad para hombres gay y otros HSH es la constelación de actitudes negativas y comportamientos, en general, que surgen de la ignorancia, el fundamentalismo y el heterosexismo patriarcal que disminuyen y descalifican a las personas que se involucran en actividades no heterosexuales.

- Los proveedores están al tanto de que el usuario del servicio puede requerir alguna atención específica debido a sus actividades, orientación y/o identidad sexual;
- Los proveedores están familiarizados con un conjunto de algoritmos centrales para el manejo de los problemas más comunes de atención medica (incluyendo de salud mental) y necesidades de los HSH;
- Los usuarios de servicios de atención medica para hombres perciben y reconocen estos espacios como seguros, de apoyo e inclusivos;
- Las necesidades de los usuarios se satisfacen a través de enfoques integrales que incluyen intervenciones educativas, exámenes de laboratorio y referencias a otros servicios adecuados; y
- Los servicios están abiertos a la diversidad que existe dentro de la población masculina.

Los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres también deben considerarse y en los lugares en los que existen servicios de atención de la salud integrales, amigables para jóvenes, el conjunto de algoritmos centrales para el manejo de necesidades comunes de atención medica de HJSH) debe estar funcionando. Estos algoritmos deben ser una parte esencial de la provisión de servicios sanitarios para jóvenes y aplicados siempre que los proveedores de servicios sanitarios identifiquen la necesidad de hacerlo o cuando los usuarios de estos servicios los soliciten explícitamente.

En algunos lugares el punto de entrada para la provisión de atención integral a HSH pueden ser los servicios de atención de salud reproductiva y sexual, salud familiar, de planificación familiar u otros. Incluso si el uso de este enfoque hiciera más difícil la identificación de individuos que se involucran en actividades sexuales con el mismo sexo, el hecho de que una importante cantidad de HSH también tenga sexo con mujeres exige que el conjunto propuesto de acciones estratégicas cuente con un beneficio "extra" para la población femenina.

Quizás, el elemento más relevante que impide la provisión de servicios inclusivos y de alta calidad para hombres gay y otros HSH es la constelación de actitudes negativas y comportamientos, en general, que surgen de la ignorancia, el fundamentalismo y el heterosexismo patriarcal que disminuyen y descalifican a las personas que se involucran en actividades no heterosexuales. Estas actitudes y comportamientos negativos se definen comúnmente como "homofobia." Las expresiones homofóbicas varían desde gestos desaprobadores e insultos humillantes a discriminación abierta, y en ocasiones hasta violencia. Los proveedores de atención medica no están exentos de la influencia de la homofobia dominante y ésta puede:

- Reducir la cobertura de las poblaciones de HSH porque los proveedores se niegan a ocuparse de los problemas y necesidades de los HSH;
- Impedir el acceso voluntario de miembros de la comunidad sexual y poblaciones de HSH en general ya que se sentirán y serán incapaces de ser reconocidos en ámbitos abiertos, inclusivos, amigables y seguros; e
- Impedir más la utilización, porque los HSH no desean ser re-victimizados al enfrentar más estigmatización y discriminación.

En consecuencia, los servicios sanitarios de alta calidad para HSH deben ser inclusivos, no críticos y estar libres de estigma, discriminación y homofobia. Esta inclusividad sólo puede lograrse a través de estrategias diseñadas para sensibilizar y educar a los proveedores y a otros miembros del personal a aceptar, ser respetuosos de la diversidad, empáticos y que apoyen a los hombres gay, otros HSH/HJSH, y a todo el continuo de diversidad sexual. Estas estrategias críticas se basan en capacitación exhaustiva sobre sexualidad humana, familiaridad e interacción con miembros de comunidades sexualmente diversas, y una comprensión del costo emocional, sanitario y social de la inacción contra la homofobia. Muchas organizaciones que han logrado ambientes inclusivos como estos han afianzado estas prácticas y valores en:

- Acuerdos con proveedores de servicios;
- Códigos de conducta del personal;
- Políticas organizacionales y declaraciones de visión; y
- Desarrollo profesional continuo y aprendizaje grupal.

Mientras que estas prácticas pueden no resultar siempre posibles o ejecutables, y variarán de ámbito en ámbito según las leyes, regulaciones y otras realidades locales, las prácticas de toda la organización tales como éstas pueden ayudar a garantizar que la inclusividad se afiance en la cultura de la organización y no quede limitada a preferencias o actitudes individuales.

Bibliografía

LITERATURA GRIS

Alma Ata Declaration, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, September 1978.

Association of Ontario Health Centres (AOHC). Paths of Inequity, Vehicles for Change: Taking Action on the Social Determinants of Health. Association of Ontario Health Centres, Toronto, 2006.

Foundation for SIDA Research (amfAR). HSH, VIH, and the Road to Universal Access - How Far Have We Come? Foundation for SIDA Research, New York, 2008.

Gay and Lesbian Medical Association (GLMA). Healthy People 2010 - Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. Gay and Lesbian Medical Association, San Francisco, 2001.

Joint United Nations Program on VIH/SIDA (UNSIDA). VIH and Sex Between Men: Policy Brief. Joint United Nations Program on VIH/SIDA, Geneva, 2006.

Joint United Nations Program on VIH/SIDA (UNSIDA)/World Health Organization (OMS). Report on the Global SIDA Pandemic, 2008. Joint United Nations Program on VIH/SIDA/World Health Organization, Geneva, 2008.

México City Declaration on Sex Education in América Latina and the Caribe, 1st Meeting of Ministers of Health and Education to Stop VIH and ITS in América Latina and the Caribe, México City, August 2008.

National Association of Community Health Centres (NACHC). Reaching Out to "Other" Special Populations: Providing Services to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. National Association of Community Health Centers, Washington, DC, 2007.

US Department of Health and Human Services (DHHS). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Healthcare Quality Report 2005. US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, USA, 2006.

World Health Organization (WHO). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, World Health Organization, Geneva, 2002.

World Health Organization (WHO). Commission of Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva, 2008.

World Health Organization (WHO). World Health Report, Primary Health Care (Now More Than Ever), World Health Organization, Geneva, 2008.

World Health Organization (WHO). World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health (WHO CSDOH). Report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva, 2008.

World Health Organization (WHO). Resolution of the 62nd World Health Assembly: Primary Health Care, Including Health System Strengthening. World Health Organization, Geneva, May 2009.

Bibliografía *(continuación)*

LITERATURA REVISADA POR PARES

Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, et al. Culturally competent health care systems. A systematic review. *Am J Prev Med.* 2003;24:68-79.

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care.* 2006;18:5-13.

Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, and Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med.* 2007;4:e339.

Bastos F, Caceres C, Galvao J, Veras MA, and Castilho EA. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology.* 2008;37:729-737.

Beehler JP. Confronting the culture of medicine: gay men's experiences with primary care physicians. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association.* 2001;5:135.

Bell R. ABC of sexual health: homosexual men and women. *BMJ.* 1999;318:452-455.

Bonvicini KA, Perlin MJ. The same but different: clinician-patient communication with gay and lesbian clients. *Patient Education & Counseling.* 2003;51:112-122.

Caceres C, Konda K, Pecheny M, et al. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sex Transm Infect.* 2006;82(Suppl 3):iii3-iii9.

Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* 1982;306: 639-645.

Cole SW, Kemeny ME, Taylor SE, et al. Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology.* 1996;15:243-251.

Coleman, E. Developmental stages of coming out. *J Homosex.* 1982:31-43.

Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev.* 1980;37:653-698.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1998;260:1743-1748.

Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, et al. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:487-493.

Garafalo R, Harper GW. Not all adolescents are the same: addressing the unique needs of gay and bisexual youth. *Adolesc Med.* 2003;14:595-611.

Grimshaw J, Eccles, Thomas R, et al. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guidance dissemination and implementation strategies 1966 -1998. *J Gen Intern Med.* 2006;21:S14-S20.

Harper GW, Schneider M. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: a challenge for community psychology. *Am J Community Psychol.* 2003;31:243-252.

Irwin H. Doctor-patient communication competency. *Austr J Communication.* 1991;18:14-31.

Bibliografía *(continuación)*

Kimmel SB, Mahalik JR. Body image concerns of gay men: the roles of minority stress and conformity to masculine norms. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:1185-1190.

Klein J, McNulty M, Flatau CN. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:676-682.

Knight D. Health care screening for men who have sex with men. *Am Fam Physician.* 2004;69:2149-2156.

Makadon HJ, Mayer KH, Garofalo R. Optimizing primary care for men who have sex with men. *JAMA.* 2006;296:2362-2365.

Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental heath in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin.* 2003;129:67497.

Mills TC, Paul J, Stall R, et al. Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Am J Psychiatry.* 2004;161:278-285.

Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med.* 1987;2: 346-355.

Pitt E, Dolan-Soto D. Clinical considerations in working with victims of same-sex domestic violence. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association.* 2001;5:163-169.

Remafedi G. Suicide and sexual orientation: nearing the end of controversy? *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:885-886.

Remafedi G. Fundamental issues in the care of homosexual youth. *Med Clin North Am.* 1990;74:1169-1179.

Ryan C, Futterman D. Lesbian and gay youth: care and counseling. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews.* 1997;8:207-374.

Saavedra J, Izazola-Licea JA, Beyrer C. Sex between men in the context of HIV. *Journal of the International AIDS Society.* 2008;11:9.

Samargia L, Saewyc EM, Elliott BA. Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *Journal of School Nursing.* 2006;22:17-24.

Savin-Williams RC. A critique of research on sexual-minority youths. *J Adolesc.* 2001;24:5-13.

Schneider A, Ingram H. Social construction of target populations: implications for politics and policy. *American Political Science Review.* 1993;87:334-347.

Spiro H. What is empathy? Can it be taught? *Ann Intern Med.* 1992;116:843-846.

Stall R, Paul JP, Greenwood G, *et al.* Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Addiction.* 2001;96:1589-1601.

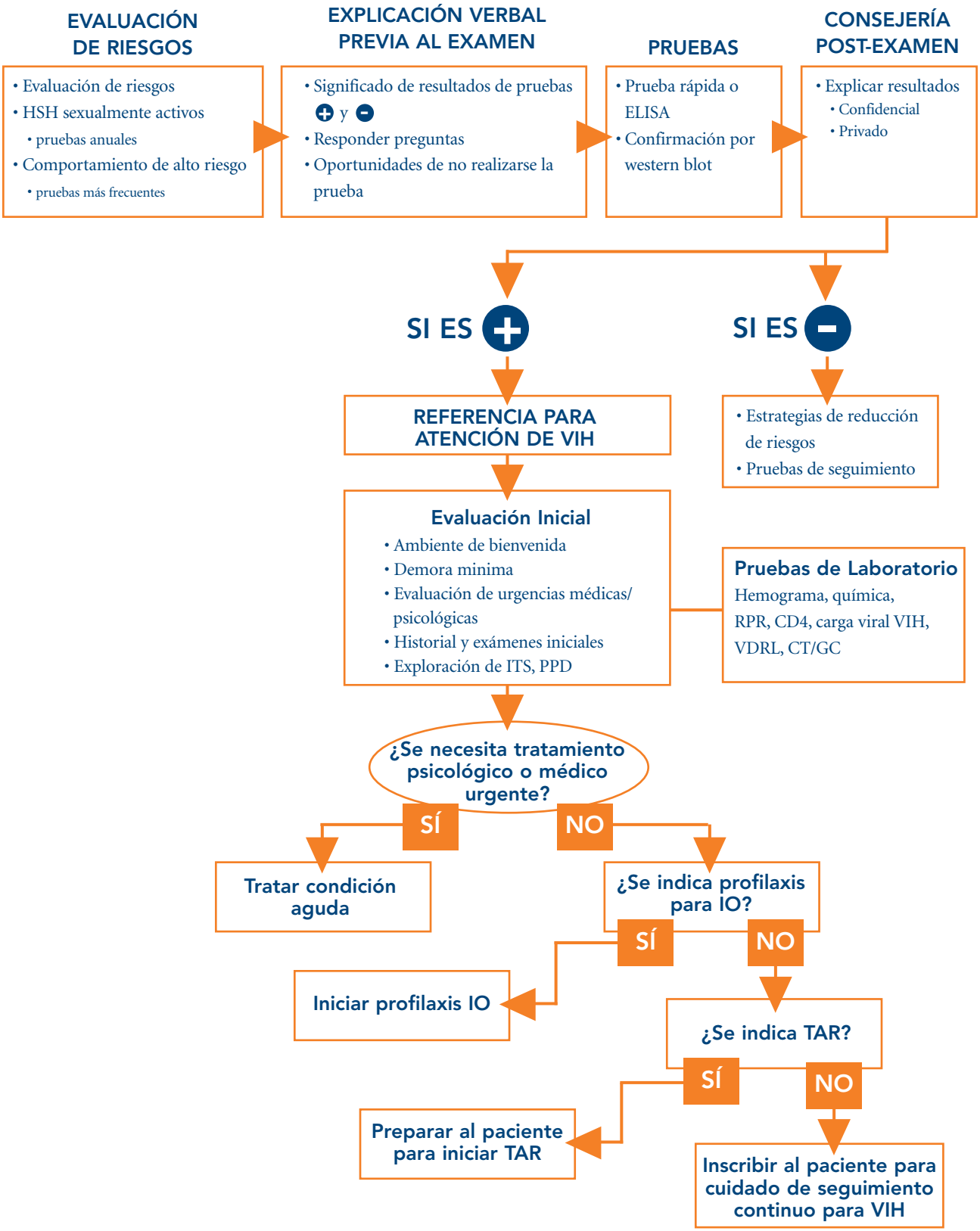
Swearingen SG, Klausner JD. Sildenafil use, sexual risk behavior, and risk for sexually transmitted diseases, including HIV infection. *Am J Med.* 2005;118:571-577.

Williamson I. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research.* 2000;15:97-107.

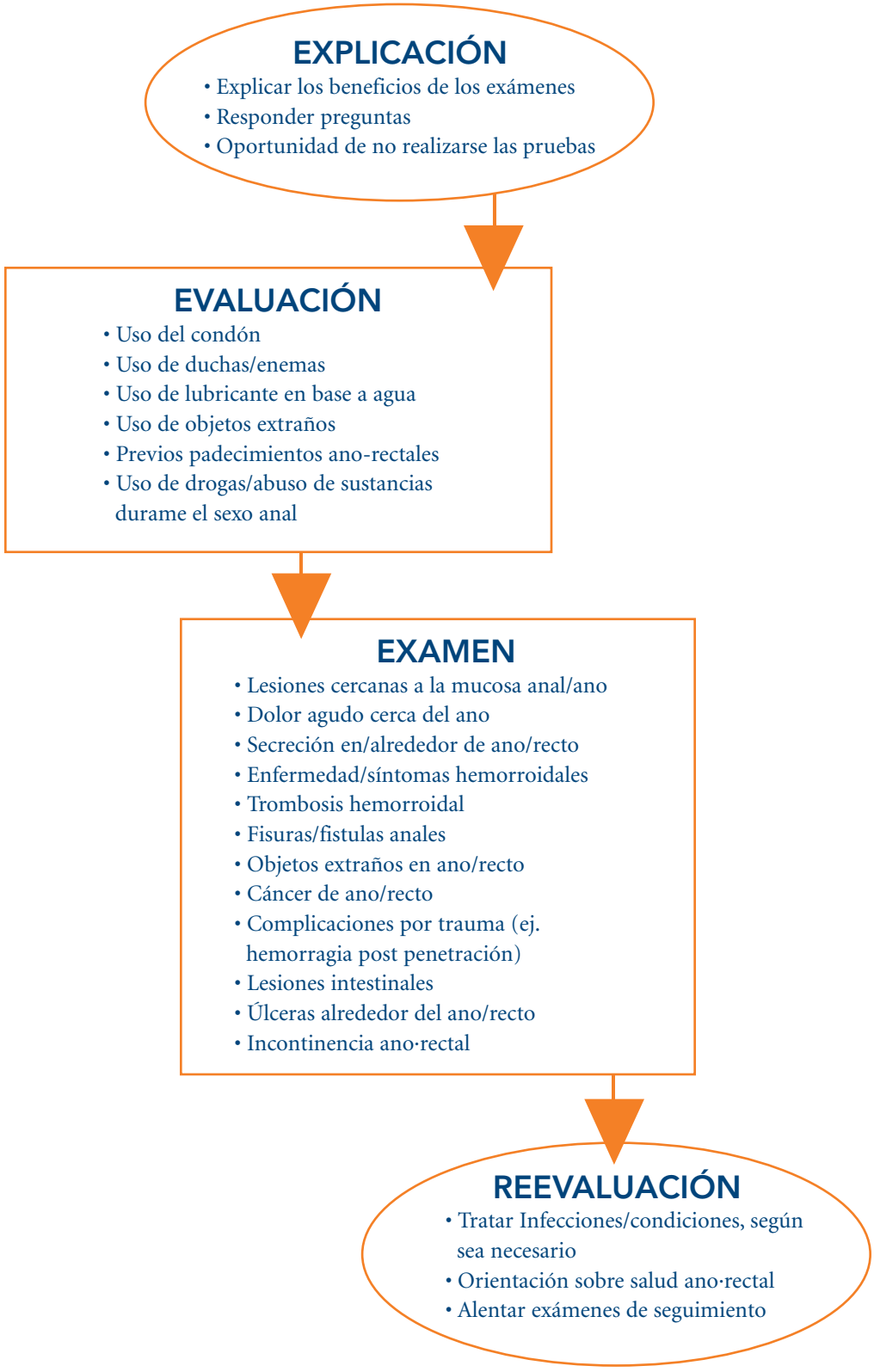
Anexo 1: Primera Evaluación Clínica

* Anual para todos los HSH, bianual para HSH>50.

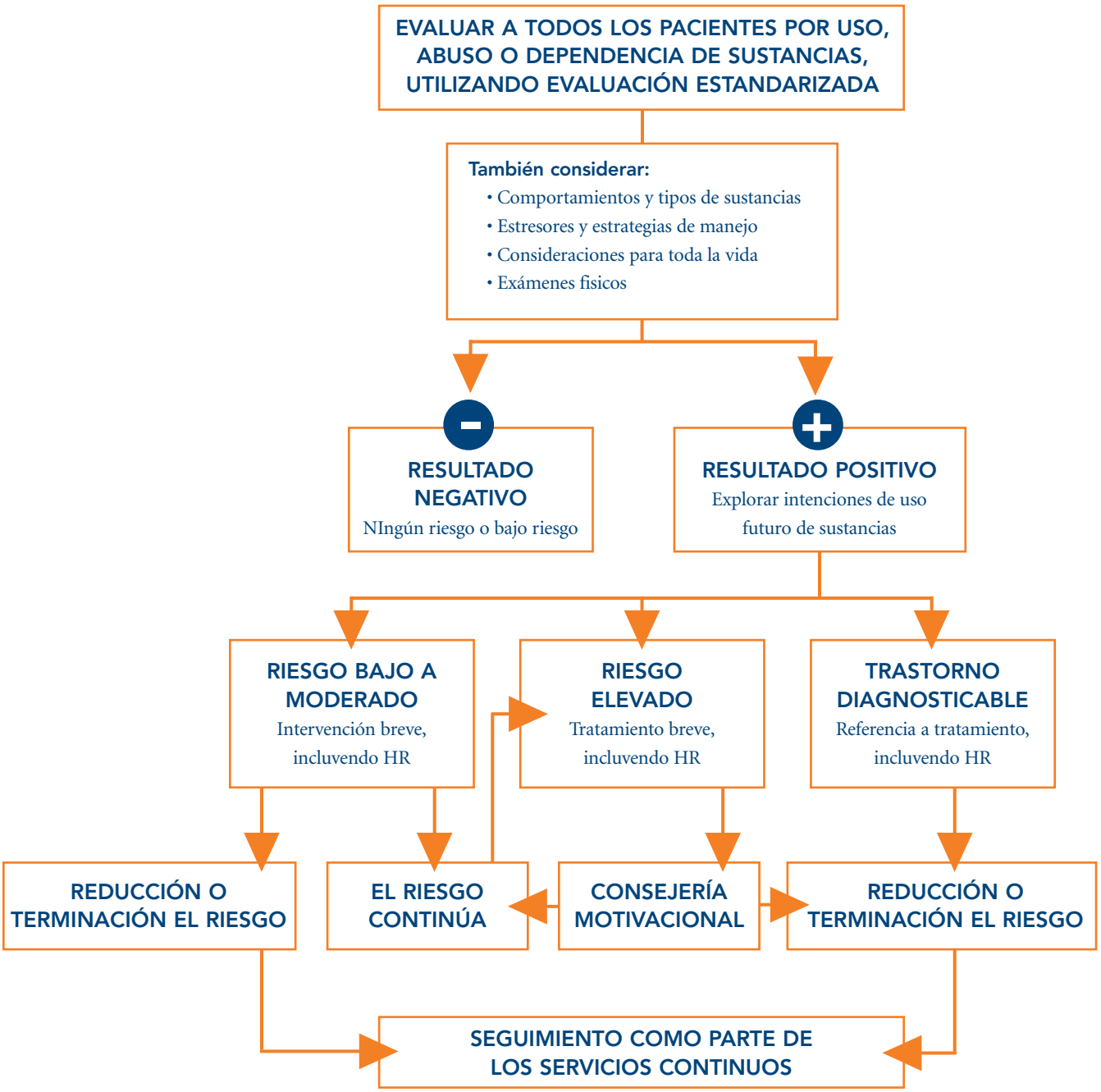
Anexo 2: Infección y Riesgo por el VIH



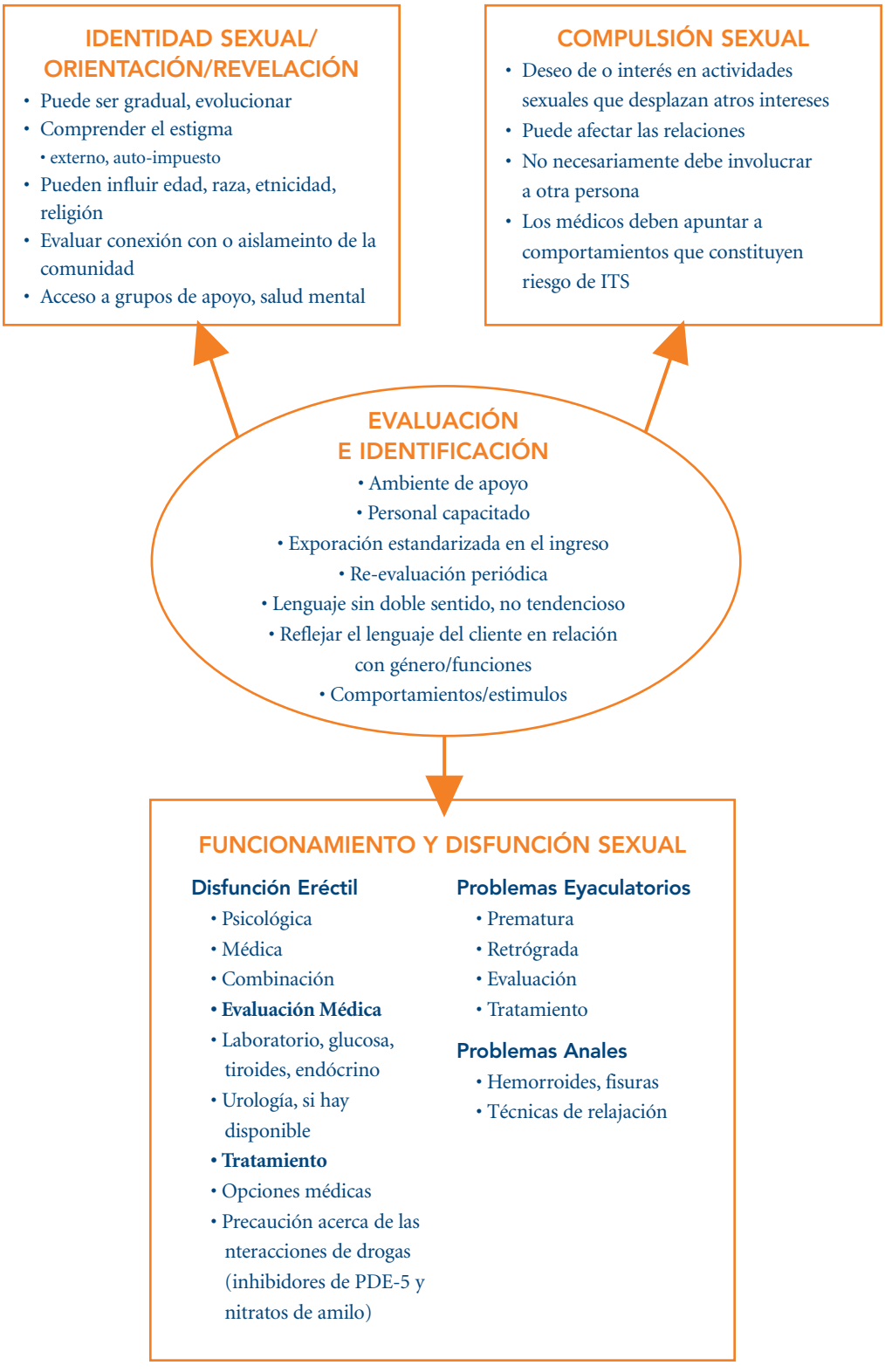
Anexo 3: Salud Ano-Rectal



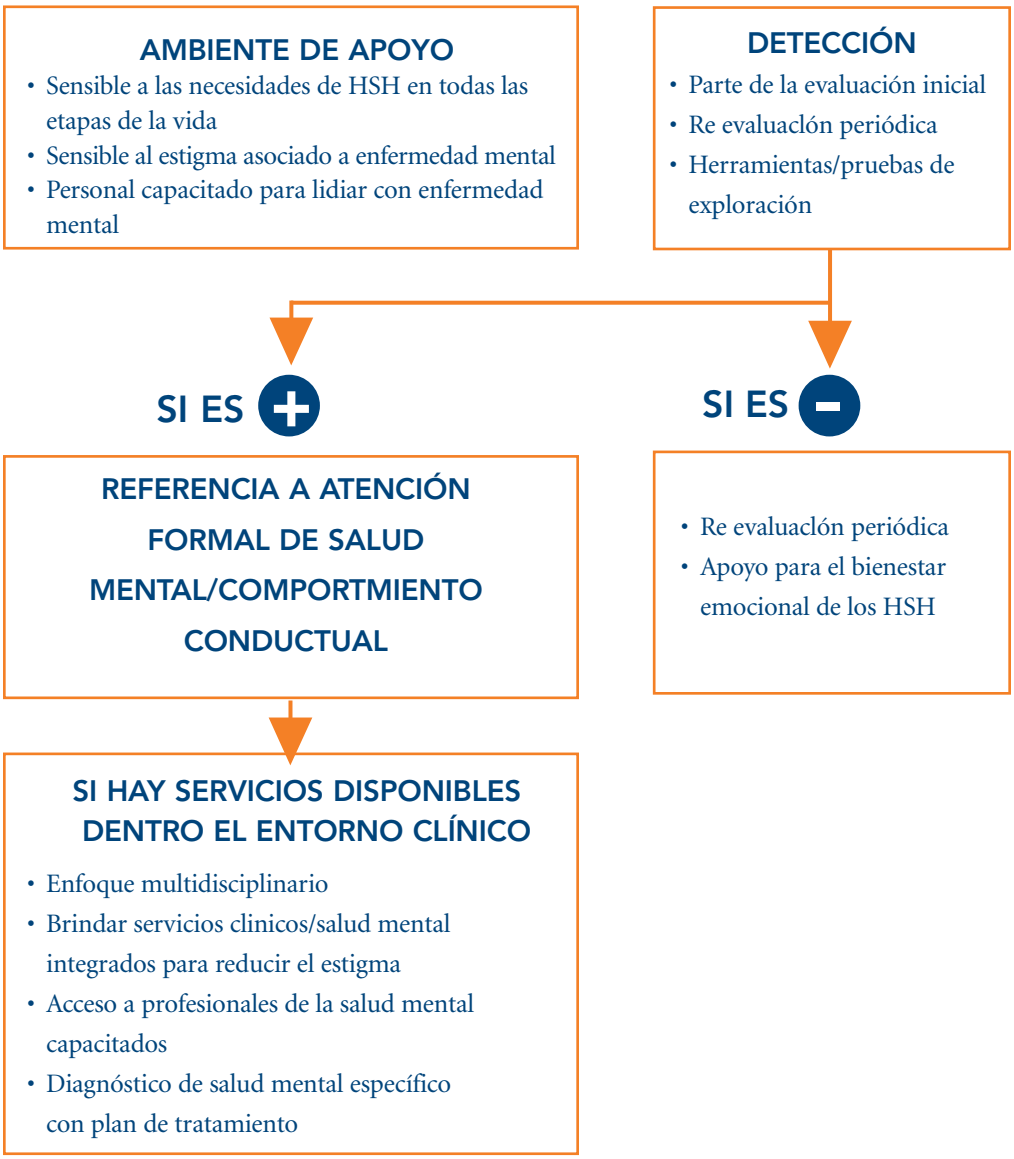
Anexo 4: Uso de Sustancias



Anexo 5: Problemas Sexuales

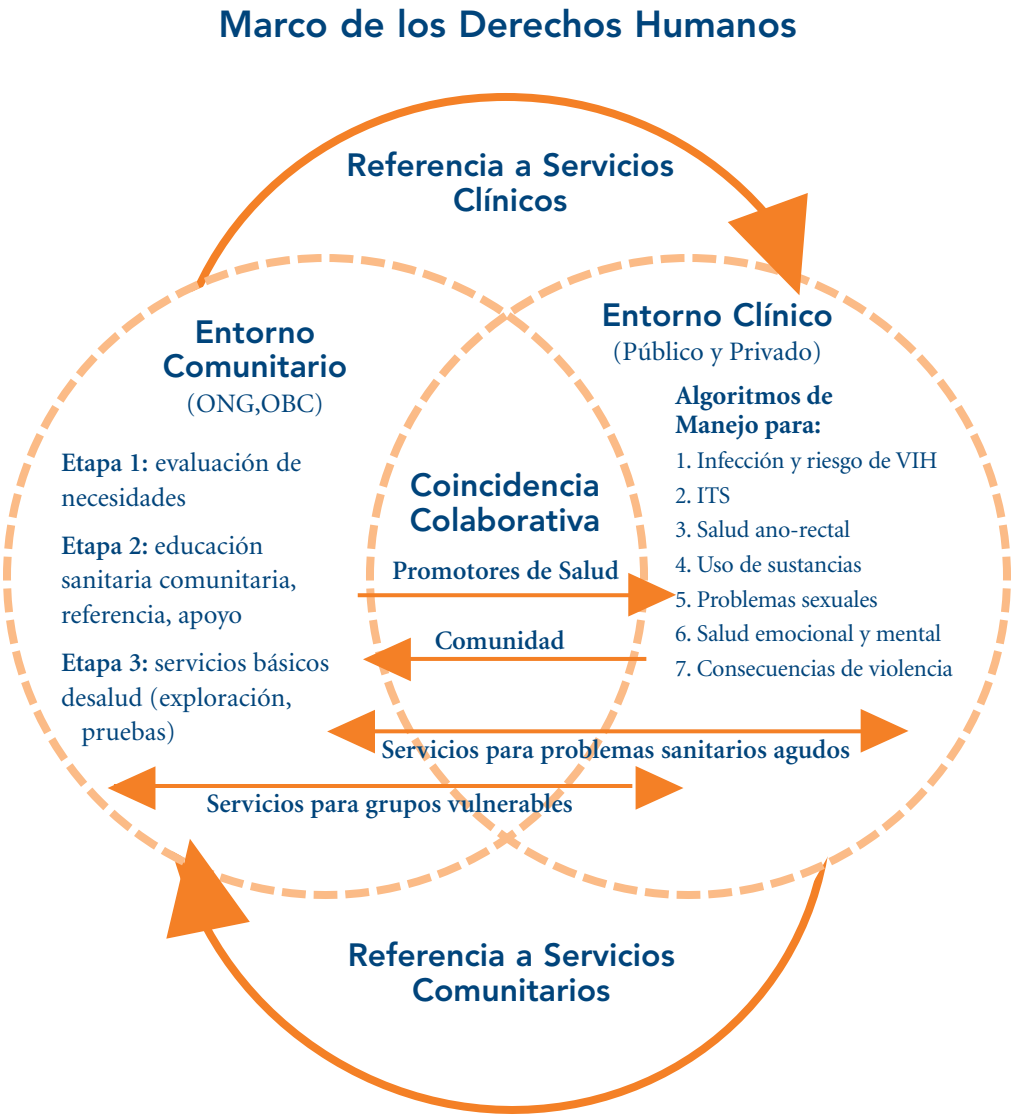


Anexo 6: Salud Emocional y Mental



Anexo 7: Consecuencias de la Violencia

Anexo 8: Interacción Comunidad-Clínica



Participantes de la Consulta Regional

Francisco Javier Arellano (Programa VIH/SIDA de la Ciudad de México, México)
Brigitte Aubel (APROFA, Chile)
José Arturo Bauermeister (University of Michigan, EE.UU.)
Oswaldo Braga (Ministerio de Salud, Brasil)
Pablo Brítez (Organización SIGLA, Argentina)
Alejandro Brito (Letra eSe, México)
Carlos Caceres (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú)
Sonja Caffe (PAHO VIH Caribe Office, Trinidad y Tobago)
Bilali Camara (UNSIDA, Caribe Office, Trinidad y Tobago)
Alex Carballo-Dieguez (Columbia University, New York, EE.UU.)
Rolando Cedillos (Hospital Rosales, El Salvador)
Pedro Chequer (UNSIDA, Brasil)
Raquel Child (UNFPA, Panamá)
Barbara Clarke (Agencia de Salud Pública de Canadá)
Eli Coleman (University of Minnesota, EE.UU.)
Dimitri de Gruben (UNFPA, Panamá)
Abdiel Ivan Diaz (Ministerio de Salud, Panamá)
Arturo Diaz-Betancourt (Letra eSe, México)
Jeff Dodds (Manitoba Health and Health Living, Canadá)
Elisabeth Ferraz (BEMFAM, Brasil)
Joao Ferreira Pinto (University of Texas, El Paso, EE.UU.)
Carlos Garcia de Leon (CENSIDA, México)
Enrique Gomez-Bastidas (Universidad Autónoma de Baja California, México)
Alex Gonzales (Fenway Institute, Boston, EE.UU.)
Andrea Gonzalez (Programa VIH/SIDA de la Ciudad de México, México)
Cesar A. Gonzalez (University of Minnesota, EE.UU.)
Janet Gutierrez de Ochomongo (Centro de Salud de ITS/VIH/SIDA, Guatemala)
Anthony Hron (Jamaican Network of Seropositives, Jamaica)
José Antonio Izazola (CENSIDA, México)
Mario Kloenmoedig (CARIFLAGS, Curacao)
Rhonda Kropp (Agencia de Salud Pública de Canadá)
Vivian Lopez (UNICEF, Panamá)
Rafael Mazin (PAHO, Washington, DC, EE.UU.)
Edgardo Javier Medina, (Asociacion Kukulcan, Honduras)
William Miller (CDC/GAP, Guatemala)
Ken Morrison (Futures Group, EE.UU.)
Rosemarie Munhoz (UNSIDA, Panamá)
Diego Postigo (PAHO, Panamá)
Cristina Puentes-Markides (PAHO, Washington, DC, EE.UU.)
Rebeca Ramos (AFMES, EE.UU.)
Toni Reis (ABGLT, Brasil)
Gary Remafedi (University of Minnesota, EE.UU.)
Mayra Rosa Rodriguez (CENESEX, Cuba)
Michael Ross (University of Texas, EE.UU.)
Mirta Ruiz de Diaz (CEPEP, Paraguay)
Jorge Saavedra (AHF AIDS Healthcare Foundation)
Leonardo Sanchez (ASA, República Dominicana)
Manuel Sepulveda (Consultor, UNESCO, Chile)
Diego Solares (Consultor, PAHO, EE.UU.)
Cheikh Traore (UNDP, EE.UU.)
Veriano de Souza Terto (ABIA, Brasil)
John Waters (COIN, República Dominicana)
Kristopher Wells (University of Alberta, Canadá)
David Wheeler (Consultor, IAPAC, EE.UU.)
José M. Zuniga (IAPAC, Washington, DC, EE.UU.)

El coordinador general del proceso fue Rafael Mazin (PAHO, Washington, DC, EE.UU.), con el apoyo de Beatriz Garcia-Entero (PAHO, Washington, DC, EE.UU.). Los individuos que contribuyeron a esbozar y finalizar este documento incluyen a Rafael Mazin (PAHO, Washington, DC, EE.UU.), David Wheeler (Consultor, IAPAC, EE.UU.), Don des Jarlais (Consultor, IAPAC, EE.UU.), José Arturo Bauermeister (University of Michigan, EE.UU.), y José M. Zuniga (IAPAC, Washington, DC, EE.UU.), con el apoyo de Job Acosta (IAPAC, Washington, DC, EE.UU.) y Scott Wolfe (Consultor, IAPAC, Canadá). Maristela Monteiro (PAHO, Washington, DC, EE.UU.) contribuyó a la revisión de la sección Uso de Sustancias

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ISBN 978-92-75-33088-3