

Acceso a servicios de prevención del VIH y actitudes sobre estrategias emergentes:

Una encuesta mundial acerca de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y sus prestadores de atención médica



Julio de 2011



Acceso a servicios de prevención del VIH y actitudes sobre estrategias emergentes: Una encuesta mundial acerca de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y sus prestadores de atención médica

Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF)

Patrick Wilson, Ph.D.
Glenn-Milo Santos, M.P.H.
Pato Hebert, M.F.A.
George Ayala, Psy.D.

Julio de 2011

Índice

Sección	Página
Resumen ejecutivo	- 3 -
1. Introducción	- 7 -
2. Mediciones de la encuesta.....	- 11 -
3. Características de la muestra	- 12 -
4. Resultados.....	- 14 -
5. Conclusión y recomendaciones.....	- 30 -
Apéndice: Métodos	- 37 -
Referencias	- 47 -

Resumen ejecutivo

A medida que las tasas de infección del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) aumentan a escala mundial, las organizaciones de reivindicación y salud pública recomiendan una combinación de paquetes de tratamiento y prevención del VIH dirigidos a poblaciones de HSH. Este enfoque combinado para la prevención del VIH integra un aumento de intervenciones conductuales, intervenciones biomédicas prometedoras y enfoques estructurales y comunitarios. En este diálogo, ha cobrado importancia el potencial de las nuevas estrategias biomédicas de prevención del VIH, incluidas la profilaxis antes de la exposición (*pre-exposure prophylaxis*, PrEP) y los geles microbicidas rectales.

La PrEP es la primera intervención biomédica para la prevención del VIH que ha demostrado eficacia para reducir los riesgos del VIH entre los HSH. Por lo tanto, se la ha recibido con gran interés y entusiasmo. A medida que los ensayos de eficacia de la PrEP se implementan en varias partes del mundo, resulta importante examinar las actitudes respecto a las tecnologías de prevención emergentes entre los HSH en el contexto de la falta de acceso actual a los servicios de prevención del VIH básicos y comprobados. Debemos asegurarnos de que los HSH tengan un lugar significativo en el diálogo sobre cómo determinar el futuro de la prevención del VIH para comprender el potencial de las intervenciones de prevención existentes y emergentes en su totalidad.

Teniendo esto en cuenta, el Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF) buscó difundir las voces de los HSH de todo el mundo y destacar faltas clave en los esfuerzos mundiales para brindar a los HSH servicios de prevención del VIH fundados en la evidencia. También queríamos proporcionar a los HSH y a sus prestadores información y herramientas que los HSH necesitan para permanecer sanos. Para lograr esto, el MSMGF implementó una encuesta mundial en línea dirigida a los HSH y sus prestadores de atención médica a través de nuestras amplias redes mundiales. La encuesta se centró en obtener información acerca del acceso a servicios de prevención del VIH y la participación en estos; actitudes y conocimientos sobre la PrEP y otras intervenciones de prevención emergentes; y percepciones sobre la homofobia internalizada y externa.

La encuesta se realizó desde el 24 de junio hasta el 17 de agosto de 2010. Un total de 5.066 HSH y prestadores accedieron a la encuesta en línea en inglés, español, francés, ruso o chino, y la respondieron. La mayoría de las encuestas se completaron en inglés (46%) o en chino (40%). Una gran parte de los encuestados (56%) informaron ser de Asia/Pacífico (es decir, de Asia Central, del Este, del Sur, del Sureste y de las Islas del Pacífico), 14% de América del Norte, 11% de América del Sur, América Central y el Caribe, 7% de Australia/Nueva Zelanda, 6% de Europa (Oriental y Occidental), 4% de África (África Oriental, Occidental, del Norte y Sur de África) y el 1% de Oriente Medio. La edad media de los participantes fue de 34,3 años (alcance: 14 a 86 años). La mayoría de los participantes eran hombres (96%). Más de 1.000 participantes (21% de la muestra) eran prestadores de salud. La mayoría de los participantes (71%) informaron ser VIH negativo, mientras que un 22% informó ser VIH positivo.

Las mediciones usadas en la encuesta representaban las doce áreas temáticas clave que se detallan a continuación: 1) estigmas aparentes/homofobia externa, 2) homofobia internalizada, 3) autoestima, 4) acceso a servicios básicos de prevención del VIH, 5) acceso a tecnologías de prevención del VIH emergentes, 6) conocimiento de las estrategias de prevención emergentes, 7) deseo de obtener información sobre las estrategias de prevención emergentes, 8) conocimientos sobre la PrEP, 9) actitudes respecto a la PrEP, 10) participación en actividades de prevención del VIH, 11) exposición a los mensajes de prevención del VIH y 12) sedes de organizaciones en las que se obtiene material de prevención del VIH.

Analizamos los datos recopilados en varias etapas: creación de variables de resumen (usando promedios y resultados totales) para las doce mediciones clave; análisis de las diferencias entre los grupos (es decir, región y edad) en cada uno de los doce componentes clave medidos en la encuesta usando análisis de varianza; y realización de análisis multivariable para examinar pronosticadores independientes de acceso a servicios de prevención del VIH y participación en estos.

En esta encuesta mundial, observamos que el acceso a servicios básicos de prevención del VIH (que incluye profilácticos gratuitos, lubricantes compatibles con profilácticos e intervenciones educativas y conductuales del VIH) no se ha difundido ampliamente entre los HSH. Hubo importantes variaciones regionales relacionadas con el acceso a la prevención del VIH y la participación en esta iniciativa con tasas más bajas registradas en Asia/Pacífico, Oriente Medio, África y América del Sur, América Central o el Caribe (es decir, regiones con ingresos bajos fuera de América del Norte, Europa y Australia/Nueva Zelanda).

Además, nuestros datos sugieren que los HSH jóvenes carecen de acceso a servicios de prevención del VIH y tienen menos conocimientos de estrategias de prevención que las poblaciones de mayor edad. Esto es muy problemático, particularmente dados los aumentos en la prevalencia y la incidencia del VIH entre HSH jóvenes de todo el mundo.

Nuestros datos también muestran que los HSH y sus prestadores de salud tienen sentimientos de temor y falta de claridad acerca de las estrategias emergentes de prevención del VIH, tales como la PrEP. En todas las regiones, los conocimientos sobre la PrEP y otras estrategias emergentes eran escasos; los participantes, en promedio, solo respondieron correctamente 2 de los 6 incisos de conocimiento acerca de la PrEP. Estos resultados son de alguna manera entendibles ya que la organización de esta encuesta, desde junio hasta agosto de 2010, fue anterior a la difusión pública en diciembre de 2010 de los resultados del primer estudio de eficacia de PrEP en HSH, iPrEx. Y lo que es importante, estos sentimientos de temor y esta falta de conocimiento se ven compensados por un fuerte deseo de obtener más información acerca de las estrategias emergentes. Abordar esta falta de conocimiento entre los HSH será fundamental durante la divulgación de la PrEP y otras intervenciones biomédicas fuera del entorno de la investigación.

Además, los HSH de nuestra muestra informaron tasas dispares de estigma y homofobia entre regiones, lo cual está significativamente asociado con los bajos niveles de acceso a las estrategias básicas de prevención del VIH en nuestro análisis. Participantes de numerosas regiones informaron niveles alarmantes de homofobia externa: los participantes de África informaron los niveles más altos, seguidos por el Caribe y América del Sur y Central, Asia/Pacífico y Oriente Medio. América del Norte, Europa y Australia/Nueva Zelanda registraron los niveles más bajos de homofobia externa, en orden descendente. En regiones donde la homofobia externa es alta, se necesitan esfuerzos para combatir la discriminación y el estigma social a fin de reducir los obstáculos para los servicios fundamentales de prevención del VIH.

Los resultados de la encuesta indican cuatro recomendaciones clave para los sistemas de salud pública, prestadores y defensores relacionados con el VIH/SIDA e investigadores:

- I. Dada la eficacia documentada de estrategias básicas de prevención del VIH, debe hacerse más para promover el acceso universal a la prevención básica del VIH entre los HSH en todo el mundo, sobre todo en Oriente Medio y Asia/Pacífico. Para contener la transmisión del VIH con éxito, se necesitan control y esfuerzos sostenidos para garantizar que los HSH tengan acceso a un conjunto integral de estrategias de prevención.

2. Se necesitan campañas de información orientadas para promover conciencia acerca de la PrEP y otras estrategias emergentes entre los HSH y sus prestadores antes de implementar dichas estrategias. Mediante esta iniciativa es probable que aumente la aceptabilidad de la PrEP y se convierta en una intervención de salud pública más viable.
3. Es indispensable abordar el estigma en torno a la homosexualidad y los hombres homosexuales que impide tener conductas saludables y acceso a los servicios de salud. Las condiciones estructurales, tales como la homofobia externa y el estigma, deben abordarse para promover un acceso sin restricciones a los servicios de prevención del VIH que aumente la salud de las comunidades de HSH en todo el mundo.
4. Resulta esencial prestar particular atención a las necesidades de prevención del VIH de los HSH jóvenes. En todas las regiones del mundo, los HSH jóvenes informan que tienen un acceso más restringido a estrategias de prevención básicas y emergentes, y tienen un menor conocimiento de estas estrategias que los HSH mayores. Dadas las crecientes tasas de nuevas infecciones del VIH entre los HSH jóvenes, resulta imperativo mitigar esta desigualdad del acceso a la salud.

I. Introducción

Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) se ven afectados de manera desproporcionada por el VIH en todo el mundo. Se estima que los HSH son 19,3 veces más propensos a tener una infección del VIH que la población general en países con ingresos medios y bajos.¹ La creciente cantidad de infecciones del VIH entre los HSH también se ha documentado en regiones de ingresos altos como América del Norte, Europa Occidental y Australia, donde los HSH representan la mayor parte de las nuevas infecciones.² El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que el sexo entre hombres puede representar hasta el 10% de todas las infecciones del VIH de todo el mundo.³

Además, los HSH enfrentan un sinnúmero de otros desafíos que afectan negativamente su salud, lo que incluye el estigma social y la discriminación. Actualmente, la actividad sexual entre dos adultos del mismo sexo anuentes está penalizada en casi 80 países. Muchos HSH experimentan hostilidad, acoso y violencia de sus familiares y pares, lo cual está vinculado al aumento del riesgo de autoagresión, conductas sexuales riesgosas, pensamientos suicidas y consumo de sustancias.^{1, 4} La homofobia, el estigma, la discriminación y la criminalización también impiden y debilitan el acceso a servicios relacionados con el VIH, y exacerban aún más la pandemia del VIH entre HSH.⁵

Dado el sinfín de problemas que enfrentan los HSH, se reconoce cada vez más que se necesitan enfoques combinados (paquetes que implementan estrategias conductuales, biomédicas, e intervenciones estructurales y comunitarias en conjunto).^{6, 7, 8} Es importante combinar enfoques de prevención ya que un enfoque único en un factor estructural, comunitario, grupal o individual que aumente la transmisión del VIH no redundará en resultados significativos en la prevención del VIH a largo plazo. Por ejemplo, los HSH no obtendrán los máximos beneficios de las intervenciones biomédicas o conductuales si persisten las graves injusticias en el acceso a la atención médica básica o si los recursos se utilizan de manera insuficiente debido al aislamiento social provocado por el estigma, la discriminación o la criminalización.⁶

Disponibilidad de servicios de prevención del VIH

A pesar de que los HSH de todo el mundo experimentan una pesada carga debido a la enfermedad del VIH, se estima que solo un 1,2% de todos los fondos para la prevención del VIH está orientado a los HSH.⁹ Los servicios de prevención del VIH solo llegan a 1 de cada 10 HSH en todo el mundo y, lamentablemente, la escasa influencia de la prevención del VIH básica y comprobada y de servicios relacionados para los HSH es más evidente en países con ingresos medios y bajos.^{10, 11} En estas regiones de recursos limitados, las estimaciones muestran que solo el 31% de los HSH se realizó el análisis del VIH en los últimos 12 meses; el 33% tuvo acceso a información sobre el VIH; el 44% tenía conocimientos precisos sobre el VIH; y solo el 54% usó profilácticos la última vez que tuvo sexo anal con otro hombre.¹² En algunas regiones, los mensajes de prevención del VIH se han centrado exclusivamente en la transmisión heterosexual, lo que genera los conceptos erróneos de que el sexo entre hombres presenta pocos o ningún riesgo de transmisión del VIH.^{13, 14} Hasta la fecha, a tres décadas de la pandemia del VIH, el aumento y la difusión de estrategias básicas e intervenciones comprobadas para reducir la transmisión del VIH siguen siendo escasos para los HSH, particularmente fuera de los países con ingresos altos.

En los últimos años, se demostró que las nuevas intervenciones biomédicas reducen eficazmente la transmisión de VIH; un creciente conjunto de evidencias muestra la prometedora utilidad de los medicamentos antirretrovirales (ARV), los geles microbicidas locales y la circuncisión para prevenir nuevas infecciones del VIH. La distribución e implementación de estas intervenciones biomédicas junto con otros métodos básicos de prevención del VIH con un sólido fundamento de evidencia (ej., profilácticos, lubricantes compatibles con profilácticos, intervenciones educativas y conductuales del VIH) fortalecerá aún más los esfuerzos por controlar la propagación de infecciones del VIH.

El uso de los ARV como una estrategia de prevención del VIH se ha evaluado entre distintas poblaciones. Los investigadores y los prestadores de atención médica que tratan con ARV a mujeres con VIH y a sus recién nacidos redujeron considerablemente el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo en más del 90%.¹⁵ Smith y colegas¹⁶ han demostrado que los ARV disminuyen el riesgo de infección del VIH si se administran dentro de las 72 horas de la profilaxis después de la exposición (*post-exposure prophylaxis*, PEP) a personas expuestas a sangre o fluidos de una persona que se sepa que tiene VIH. Cuando se trata con ARV a heterosexuales VIH positivo, la probabilidad de transmisión sexual del VIH a su pareja VIH negativo se reduce considerablemente, según la evidencia experimental y epidemiológica del ensayo clínico HPTN 052.¹⁷ Abdool Karim y colegas¹⁸ han demostrado que un gel microbicida vaginal local que contiene el ARV tenofovir reduce el riesgo de infección del VIH entre las mujeres. Finalmente,

se están realizando investigaciones para examinar si los geles microbicidas rectales que contienen ARV serían eficaces para prevenir el VIH; el estudio 017 de la Red de Ensayos de Microbicidas (Microbicide Trials Network, MTN) comenzará a analizar microbicidas rectales en 2012 con centros de estudio en Perú, Tailandia, Sudáfrica y los Estados Unidos.¹⁹

Recientemente, ARV administrados a individuos VIH negativo antes de la exposición (PrEP) demostraron reducir con eficacia el riesgo de contraer el VIH entre los HSH y las transgéneros femeninas en un ensayo clínico aleatorizado y controlado, iPrEx. Este estudio se llevó a cabo entre casi 2.500 HSH y transgéneros femeninas en Brasil, Ecuador, Perú, Sudáfrica, Tailandia y Estados Unidos. El estudio iPrEx reveló que el uso de la PrEP estaba asociada a una reducción de la infección del VIH del 44% cuando se la administró con un paquete de estrategias integrales de prevención del VIH que incluye profilácticos, análisis del VIH y de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento sobre la reducción de riesgos.²⁰ Otro ensayo sobre la eficacia de PrEP entre las mujeres se interrumpió tempranamente ya que fue evidente que la PrEP no demostró reducir nuevas infecciones del VIH entre las mujeres que participaron del ensayo.²¹ También se están realizando otros ensayos sobre la eficacia y la viabilidad de la PrEP entre varias poblaciones en todas las regiones del mundo, incluidos el estudio PartnersPrEP en Kenya y Uganda y el ensayo CDC 4370 en Tailandia.

El resultado del estudio de PrEP del iPrEx es la primera intervención biomédica que se ha evaluado y demostrado como efectiva entre los HSH, un grupo que ha llevado la desproporcionada carga del VIH desde el inicio de la pandemia. Por lo tanto, el uso de la PrEP como estrategia de prevención se ha recibido con gran atención y entusiasmo por parte de los sistemas de salud pública, los grupos comunitarios y de defensa relacionados con el VIH/SIDA y los medios de comunicación. Muchos grupos de interés coinciden en que la PrEP podría recomendarse para individuos con un alto riesgo de exposición al VIH, que puede incluir HSH, consumidores de drogas inyectables (CDI), poblaciones de minorías étnicas y otros grupos vulnerables. El fuerte interés en la PrEP llevó a muchas organizaciones de salud pública a analizar los resultados del iPrEx y a dar respaldo en cuanto a las implicancias de los resultados.¹⁶ Para saber si la PrEP será una estrategia de intervención viable y aceptable para los HSH, debe llevarse a cabo una investigación integral a fin de evaluar los conocimientos, las actitudes y las creencias respecto al uso de la PrEP por parte de los HSH y sus prestadores de atención médica. Además, resulta importante medir el nivel cobertura y evaluar las faltas en los servicios de prevención del VIH comprobados y existentes ya que es probable que la PrEP y otras estrategias biomédicas se implementen como parte de un paquete integral junto con estas estrategias existentes.

Objetivos del informe

El Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF) buscó explorar las percepciones que los HSH y sus prestadores de atención médica tienen respecto a las estrategias emergentes de prevención del VIH y describir los factores relacionados con el acceso a las estrategias básicas de prevención comprobadas. Mientras se consideran las estrategias biomédicas, también es importante evaluar hasta qué grado las estrategias de prevención del VIH comprobadas se han difundido y son accesibles a los HSH de todo el mundo.

Los objetivos de este informe son los siguientes: 1) brindar una plataforma para las voces de los HSH de todo el mundo y ayudar a garantizar su inclusión en las discusiones sobre la prevención del VIH para sus propias comunidades; 2) destacar faltas clave en los esfuerzos para prestar a los HSH servicios básicos de prevención del VIH; 3) evaluar pronosticadores de acceso a estos servicios y participación en ellos; e 4) identificar posibles problemas y desafíos que requieren mayor atención mientras divulgamos las estrategias de prevención emergentes. Para ello, el MSMGF se empeña en promover la salud y el bienestar de los HSH y de sus comunidades en todo el mundo.

2. Mediciones de la encuesta

Las mediciones usadas en la encuesta representaban doce áreas temáticas claves: 1) estigmas aparentes/homofobia externa, 2) homofobia internalizada, 3) autoestima, 4) acceso a servicios básicos de prevención del VIH, 5) acceso a tecnologías de prevención del VIH emergentes, 6) conocimiento de las tecnologías emergentes, 7) deseo de obtener información sobre las tecnologías emergentes, 8) conocimientos sobre la PrEP, 9) actitudes respecto a la PrEP, 10) participación en actividades de prevención del VIH, 11) exposición a los mensajes de prevención del VIH y 12) sedes de organizaciones en las que se obtiene materiales de prevención del VIH. Los métodos usados para desarrollar estas medidas, sus componentes y su coherencia interna se describen en la sección apéndice de este informe. También se recopilaron datos sobre las características demográficas, el historial de análisis de VIH, el estado del VIH declarado y las conductas sexuales.

3. Características de la muestra

La muestra que se usó para este proyecto está compuesta por un grupo heterogéneo de hombres homosexuales, otros HSH y prestadores de atención médica que trabajan con HSH. Los HSH y los prestadores que participaron en la encuesta se reclutaron mediante las amplias redes y vínculos de MSMGF con organizaciones comunitarias, de defensa, salud y servicio social. Se enviaron correos electrónicos en forma masiva mediante estas redes con un vínculo a la dirección del sitio web SurveyMonkey.com, donde se realizó la encuesta. En total, 5.066 personas accedieron a la encuesta y respondieron las preguntas desde el 24 de junio hasta el 17 de agosto de 2010.

La mayoría de los participantes (70%) se enteró de la encuesta mediante un mensaje de correo electrónico. Una menor cantidad afirmó haberse enterado de la encuesta mediante listas de distribución (9%), el sitio web de MSMGF (5%), anuncios publicitarios (5%), organizaciones para las cuales el participante trabajaba o en las que era voluntario (4%) o de boca en boca/por recomendación de otra persona (3%).

La mayoría de las encuestas se completaron en inglés (46%) o en chino (40%). Aproximadamente, un 10% de las encuestas se completaron en español, un 2% en francés y un 1% en ruso. Si bien había diversidad regional en la muestra, una porción considerable (56% o 2.822) informó ser de Asia/Pacífico (es decir, de Asia Central, del Este, del Sur, del Sureste y las Islas del Pacífico). El 14% (708) provenía de América del Norte, el 11% (528) de América del Sur/Central o el Caribe, el 7% (374) de Australia/Nueva Zelanda, el 6% (304) de Europa (Oriental y Occidental), el 4% (214) de África (África del Norte, del Sur, Oriental y Occidental) y el 1% (52) de Oriente Medio. Estas categorías regionales se agruparon en categorías subregionales adicionales. Cuando se llevó a cabo la encuesta, se solicitó a los participantes que seleccionen su región de la siguiente lista: América del Norte, América Central, América del Sur, Caribe, Europa Occidental, Europa Oriental, Oriente Medio, Asia Central, Asia del Sur, Asia del Sureste, Islas del Pacífico, Australia, Norte de África, África Occidental, África Oriental y Sur de África. Para los fines de este análisis, luego estas subregiones se agruparon en siete regiones más amplias que aparecen en la totalidad de este informe: América del Norte, América del Sur/Central y el Caribe, Asia/Pacífico (Asia Central, del Sur y Sureste de Asia, y las Islas del Pacífico), África (Sur de África, África Oriental, África Occidental y Norte de África), Europa (Oriental y Occidental), Oriente Medio, y Australia y Nueva Zelanda.

La edad media de los participantes fue de 34,3 años (alcance: 14 a 86 años); el 21% tenía entre 14 y 24 años, el 52% entre 25 y 40 años y el 28% entre 41 y 86. La mayoría de los participantes (96%) eran hombres, mientras que el 3% eran mujeres, el 0,7% eran transgéneros y el 0,3% eran intersexuales. La mayoría de los participantes (79%, o 3.933) se identificó como HSH, el resto eran HSH que también eran prestadores (14% o 718) o prestadores que no eran HSH (7% o 337). Un total de 1.055 o el 21% de la muestra eran prestadores de servicios de VIH. Los participantes se describieron como “homosexuales” (58%), “bisexuales” (7%), “heterosexuales” (2%) y “otros” (33%). La mayoría de los participantes (71%) informó ser VIH negativo; el 22% informó ser VIH positivo, el 4% no conocía su estado de VIH y el 3% se negó a responder. De quienes eran VIH positivo, el 12% había recibido un diagnóstico menos de un año antes de realizar la encuesta, el 26% conocía su estado de VIH positivo desde hace 1 a 5 años, el 19% desde hace 6 a 10 años, el 14% desde hace 11 a 15 años, y el 12% desde hace 16 a 20 años. El 16% de los participantes VIH positivo informó haber recibido un diagnóstico 20 años antes o más. El 79% de los participantes VIH positivo señaló que tomaba medicamentos (es decir, ARV) para tratar su infección del VIH.

La muestra era heterogénea con respecto a ingresos y vivienda, y algo menos diversa respecto a la educación. El 17% de los participantes de la encuesta indicó que no tenía ingresos o que tenía ingresos muy bajos/empobrecidos. Una gran cantidad de participantes afirmó tener ingresos medios o bajos o ser de clase trabajadora (35%) o tener ingresos medios o ser de clase media (42%). Solo el 6% de los participantes informó tener ingresos altos o ser de clase alta. La muestra tenía un alto nivel de educación; aproximadamente un 99% informó haber recibido educación secundaria como mínimo, el 61% educación superior y el 24% educación de posgrado. Con respecto a la vivienda, el 76% de los participantes afirmó tener un lugar estable donde vivir, el 22% dijo no tener un lugar estable donde vivir y el 2% indicó no tener un lugar donde vivir.

La mayoría de los participantes de la encuesta indicaron que eran sexualmente activos. El 67% informó haber tenido relaciones sexuales con 2 o más parejas el año pasado, mientras que el 26% informó haber tenido relaciones sexuales solo con 1 pareja el año pasado. El 8% indicó no haber tenido relaciones sexuales el año pasado. Una mayoría de participantes (53%) se identificó como “soltero” y el 32% informó tener una pareja amorosa masculina. El 7% indicó estar casado con hombres y el 5% estaban casados con mujeres. Finalmente, la mayoría de los participantes (87%) afirmó haber tenido relaciones sexuales solo con hombres, el 9% afirmó haber tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres, el 2% afirmó haber tenido relaciones sexuales solo con mujeres y el 2% afirmó no haber tenido relaciones sexuales con nadie.

4. Resultados

FRECUENCIA DE ACCESO A ÁREAS DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH BÁSICOS Y EMERGENTES

La frecuencia de los incisos sobre acceso a los servicios de prevención del VIH básicos y emergentes reveló importantes desigualdades en los tipos de servicios a los que los participantes indicaron tener acceso. Es necesario tener en cuenta que una gran mayoría de los participantes no pudo acceder fácilmente a ningún servicio de prevención del VIH. Sin embargo, se afirmó que algunos servicios eran “de más fácil acceso” que otros.

Los servicios de prevención del VIH básicos recomendados por ONUSIDA y el Banco Mundial, por ejemplo, el análisis de enfermedades de transmisión sexual (ETS), el asesoramiento de VIH, y tratamiento de ETS, se destacaron por ser de fácil acceso según el 53%, el 51% y el 47% de los participantes, respectivamente. El acceso al tratamiento del VIH, sin embargo, fue bastante bajo: solo el 36% informó que era de fácil acceso, mientras que el 27% dijo que “estaba disponible pero era casi imposible acceder a él”, “no estaba disponible” o que “nunca habían escuchado acerca de esto”. Se informó que otros servicios básicos tales como profilácticos gratuitos y lubricantes fueron de fácil acceso según el 44% y el 29% de los participantes, respectivamente. Solo un 30% de los participantes, aproximadamente, informó tener fácil acceso a cada uno de los siguientes servicios básicos de prevención del VIH: intervenciones conductuales del VIH/SIDA, material educativo del VIH, servicios de salud mental, atención médica gratuita o de bajo costo, campañas en los medios de comunicación centradas en reducir el VIH y leyes o políticas para garantizar el acceso a la prevención del VIH.

Casi la mitad de los participantes (48%) informó tener fácil acceso a análisis de VIH gratuitos; sin embargo, los programas de educación sexual no fueron de tan fácil acceso: solo un cuarto indicó tener fácil acceso a ellos. Las campañas para reducir la homofobia en los medios de comunicación no estuvieron ampliamente difundidas: la mitad de los encuestados informó que las campañas contra la homofobia no estaban disponibles (30%) o eran desconocidas (20%). De igual manera, no era fácil acceder a las instalaciones sanitarias para los HSH: la mitad (52%) informó que no estaban disponibles (27%) o eran desconocidas (25%). El acceso a los servicios por consumo de drogas también era bajo:

solo el 16% de los participantes informó tener fácil acceso y menos de la mitad (43%) informó no haber tenido *ningún* acceso a programas de intercambio de agujas. Por último, solo aproximadamente un cuarto (24%) de los participantes indicó que los programas de tratamiento por consumo de drogas eran de fácil acceso.

Con respecto al conocimiento y acceso a las **estrategias de prevención del VIH emergentes**, en todos los casos, excepto por la circuncisión, pocos opinaron que eran de fácil acceso. Por ejemplo, la PEP fue descrita como de fácil acceso por solo el 18% de los participantes. El 35% indicó nunca haber escuchado nada acerca de la PEP. De igual manera, el 39% indicó nunca haber escuchado nada acerca de la PrEP y el 44% de los HSH nunca habían escuchado acerca de los microbicidas locales para la prevención del VIH. La circuncisión representó la única estrategia biomédica de prevención del VIH a la que muchos participantes tuvieron acceso: el 50% informó que era de fácil acceso y solo el 10% de los participantes no había escuchado nada acerca de la circuncisión como estrategia biomédica.

FRECUENCIA DE LAS ACTITUDES HACIA LAS ÁREAS DE LA PrEP

Las actitudes hacia los incisos sobre la PrEP sirvieron para evaluar las opiniones negativas y positivas acerca del uso de las PrEP en diversos ámbitos. Estos ámbitos incluían el financiero, los riesgos de la salud y los riesgos sexuales, entre otros. En todos los incisos, el resultado clave fue la falta de opinión e información que los participantes tenían acerca de la PrEP. Para la mayoría de los incisos, la mayor parte (37-64%) de las respuestas fue “No sé”. El resultado es revelador porque destaca la escasez de información disponible sobre la PrEP que ayude a los participantes a formar una opinión acerca de la PrEP. Fuera de la prevalencia de la respuesta “No sé”, hubo otros resultados específicos de cada inciso. Por ejemplo, el 35% de los participantes coincidió (ya sea “totalmente de acuerdo” o “algo de acuerdo”) en que los HSH deberían usar la PrEP para prevenir la infección del VIH. Sin embargo, el 30% de los participantes coincidió en que la PrEP costará demasiado dinero. Con respecto a la seguridad, es evidente que los participantes tienen sentimientos encontrados respecto a la PrEP. La mayoría (64%) informó no saber si la PrEP era segura, mientras que el 20% no creía que fuera segura. El 58% dijo que el dinero debería destinarse a investigaciones para poder comprender mejor la PrEP como una estrategia de prevención del VIH para los HSH. Aproximadamente, cuatro de diez participantes (38%) pensaron que debido a la PrEP, más HSH dejarán de usar profilácticos al tener relaciones sexuales; muy pocos (16%) sintieron que tenía el potencial de ser una estrategia más efectiva para prevenir el VIH que el uso del profiláctico.

COMPARACIONES CLAVES DEL GRUPO

REGIÓN

Como se muestra en la Tabla I a continuación, se encontraron importantes diferencias por región en cada uno de los componentes principales. Los valores F de cada componente pueden interpretarse en términos de la magnitud de las diferencias entre grupos (es decir, cuanto más alto el valor F, mayor las diferencias de media entre regiones). Los análisis de varianza (Analysis of variance, ANOVA) revelaron que los participantes de África informaron percibir los niveles más altos de estigma y homofobia de todas las regiones. Después de África, el segundo lugar de niveles más altos de estigma y homofobia externa se informaron en Oriente Medio, Asia/Pacífico, América Central y América del Sur y el Caribe; todos ellos informaron niveles relativamente iguales para estos indicadores. A estas regiones le siguieron Europa y América del Norte, y finalmente Australia/Nueva Zelanda, donde se informaron los niveles más bajos de estigma y homofobia externa de todas las regiones. Con respecto a la homofobia internalizada, los hombres de África y Asia/Pacífico informaron los niveles más altos de homofobia internalizada, con números que oscilan aproximadamente en el mismo orden. A África y Asia les siguió un grupo de regiones que oscilan todas en la categoría media de puntuaciones, entre ellos, Medio Oriente, América Central y América del Sur y el Caribe. Los niveles más bajos de homofobia internalizada se encontraron en Europa, América del Norte y Australia/Nueva Zelanda. Por último, los hombres de Asia, del Medio Oriente, y de África obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en autoestima que los hombres de Europa, Australia/Nueva Zelanda, América del Norte, América Central/América de Sur y el Caribe.

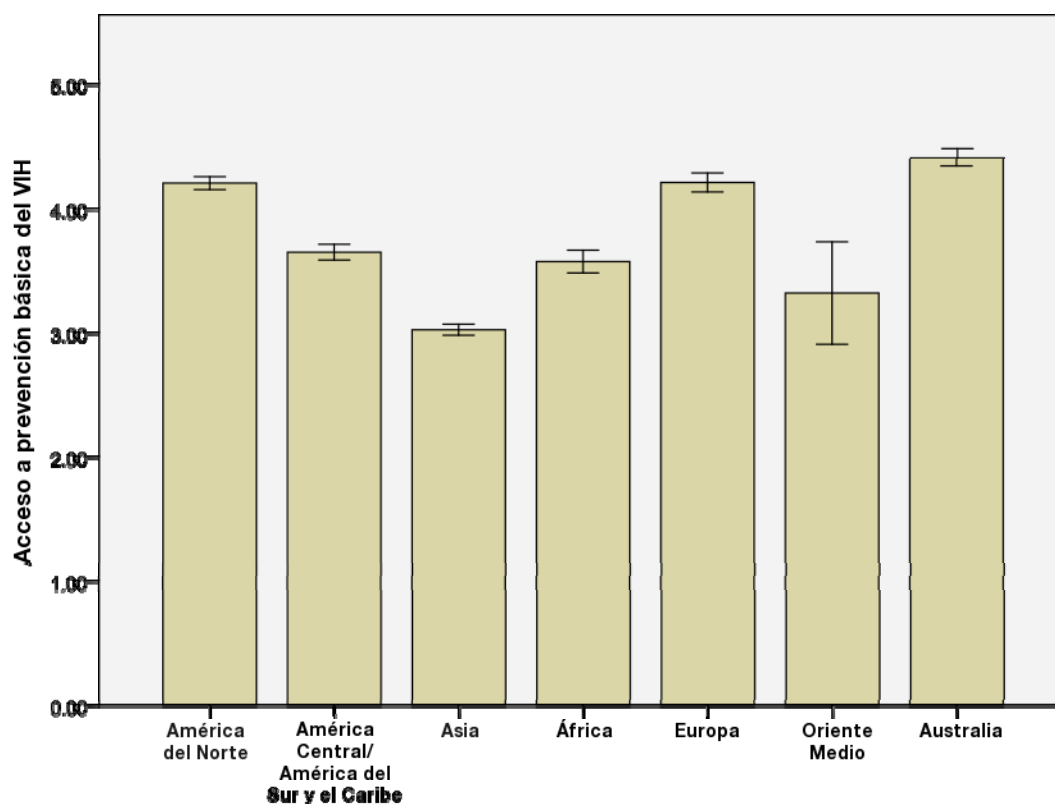
Tabla 1: COMPARACIONES DE LOS COMPONENTES CLAVE POR REGIÓN

Componente	América del Norte		América Central/América del Sur y el Caribe		Asia/Pacífico		África		Europa		Oriente Medio		Australia/Nueva Zelanda		Valor F	p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
<i>Homofobia aparente (1-4 ; de menor a mayor homofobia aparente)</i>	2,07	0,68	2,59	0,70	2,57	0,71	2,86	0,87	1,99	0,73	2,52	0,80	1,72	0,58	115,16	0,000
<i>Homofobia internalizada (1-4 ; de menor a mayor homofobia internalizada)</i>	1,38	0,45	1,54	0,60	1,97	0,68	1,82	0,66	1,33	0,37	1,69	0,60	1,42	0,50	112,46	0,000
<i>Autoestima (1-4 ; de menor a mayor autoestima)</i>	3,79	0,37	3,81	0,33	3,53	0,49	3,68	0,40	3,72	0,45	3,59	0,55	3,75	0,41	40,37	0,000
<i>Acceso a prevención emergente (1-5; de menor a mayor acceso)</i>	3,27	1,04	2,48	1,01	2,32	1,08	2,82	0,83	3,04	0,94	2,69	0,92	3,13	1,16	81,53	0,000
<i>Conocimiento de la prevención emergente (1-4; de menor a mayor conocimiento)</i>	2,90	0,78	2,48	0,79	2,05	0,68	2,64	0,73	2,91	0,77	2,61	0,85	2,49	0,79	138,54	0,000

Resultados

Componente	América del Norte		América Central/América del Sur y el Caribe		Asia/Pacífico		África		Europa		Oriente Medio		Australia/Nueva Zelanda		Valor F	p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
Deseo de obtener información sobre las tecnologías emergentes (1-4 ; de menor a mayor deseo)	3,08	0,78	3,74	0,46	3,70	0,50	3,58	0,64	2,76	0,80	3,39	0,77	2,92	0,73	193,56	0,000
Incisos correctos de conocimiento sobre la PrEP (0-6 ; de menor a mayor cantidad de respuestas correctas)	2,99	1,76	2,07	1,81	1,36	1,56	2,37	1,99	3,48	1,83	1,64	1,50	2,33	1,69	99,19	0,000
Actitudes sobre la PrEP (1-4 ; de actitud menos favorable a más favorable)	2,43	0,72	2,57	0,75	2,74	0,70	2,67	0,62	2,26	0,63	2,42	0,64	2,43	0,69	23,30	0,000
Mensajes de prevención del VIH (0-5 ; de menor a mayor exposición)	3,97	1,31	4,09	1,32	3,34	1,70	4,23	1,30	4,09	1,20	2,45	1,99	3,27	1,41	29,67	0,000
Prevención del VIH en sedes de organizaciones (0-5 ; de menor a mayor cantidad de sedes de organizaciones)	2,34	0,98	2,18	0,94	1,23	1,25	2,02	1,16	2,21	0,90	1,25	1,25	2,21	0,99	103,58	0,000

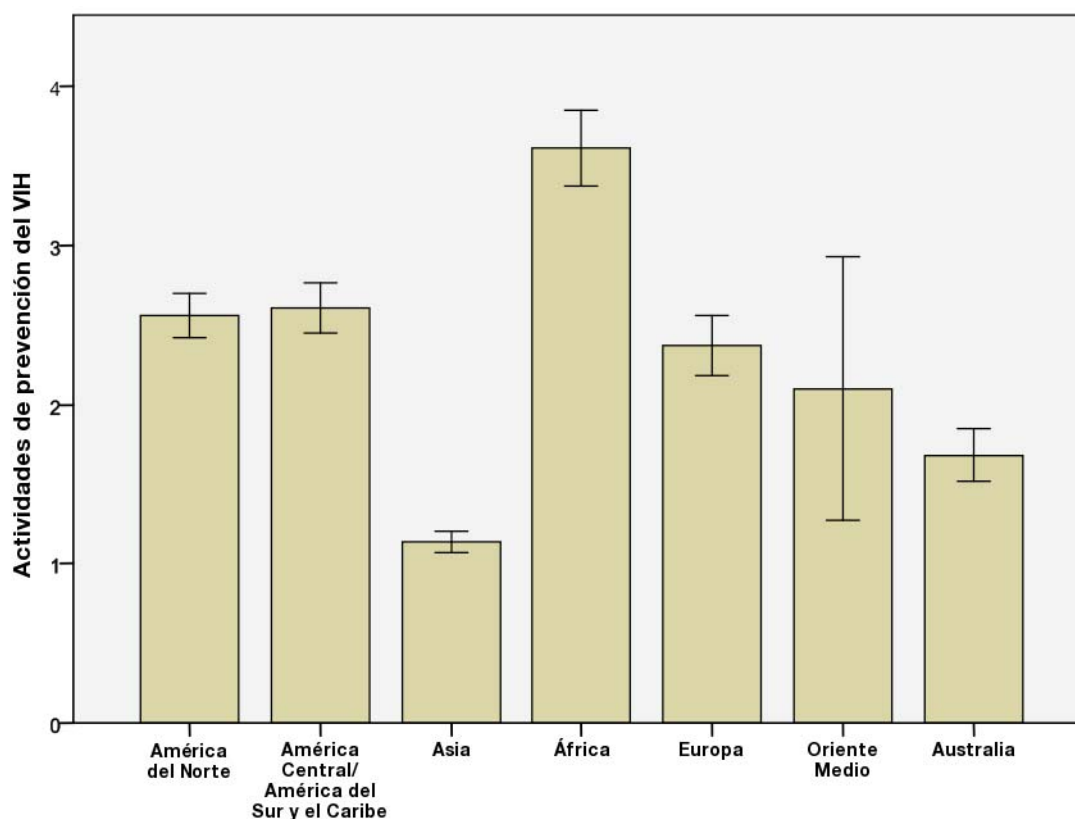
Los niveles de conocimiento acerca de las estrategias de prevención del VIH emergentes también variaron por región, como también el deseo de obtener más información acerca de estas estrategias y actitudes hacia la PrEP. Los participantes de Asia/Pacífico informaron tener los niveles más bajos de conocimiento acerca de las tecnologías de prevención del VIH emergentes, seguidos por los participantes de América Central/América del Sur y el Caribe, Australia/Nueva Zelanda, Oriente Medio y África. Los participantes de América del Norte y Europa informaron tener niveles significativamente más altos de conocimiento sobre la prevención emergente que los participantes de todas las demás regiones. Si bien los participantes de África, Asia/Pacífico, y América Central/América del Sur y el Caribe tenían menos conocimientos sobre las tecnologías emergentes que sus contrapartes de América del Norte y Europa, demostraron niveles significativamente más altos respecto al deseo de obtener información sobre las prevenciones emergentes que los participantes de todas las demás regiones. Un patrón similar al de los resultados sobre el conocimiento de tecnologías de prevención del VIH emergentes se observó en los incisos sobre la PrEP: los participantes de Asia/Pacífico y de Oriente Medio respondieron una cantidad significativamente inferior de incisos sobre conocimiento sobre la PrEP en forma correcta que los participantes de otras regiones. Los participantes de América Central/América del Sur y el Caribe, Australia/Nueva Zelanda y África respondieron correctamente una cantidad significativamente superior de incisos que los participantes de Asia/Pacífico y Oriente Medio, pero dieron muchas menos respuestas correctas en incisos de conocimiento sobre la PrEP en relación con los participantes de América del Norte y Europa, quienes tuvieron los mayores niveles de conocimiento. Por último, los participantes de Europa tuvieron las actitudes menos favorables hacia la PrEP en comparación con los participantes de otras regiones, seguidos por Oriente Medio, Australia/Nueva Zelanda y América del Norte.

FIGURA I: ACCESO A ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH BÁSICAS POR REGIÓN

Nota: Las barras reflejan un puntaje promedio de una medición de 18 incisos que evalúa el acceso a servicios de prevención del VIH básicos (medidos en una escala de Likert de 5 puntos) para cada región. Una calificación de "5" indica alta accesibilidad ("Esto es de fácil acceso en mi comunidad") y una calificación de "1" indicaba baja accesibilidad ("Nunca he escuchado acerca de esto"). Los corchetes reflejan el intervalo de confianza del 95% para los puntajes promedio. Los puntajes promedio entre regiones son significativamente diferentes en términos estadísticos en ANOVA ($p < 0,001$). Se puede encontrar una lista completa de estos servicios de prevención del VIH básicos en la sección Métodos del Apéndice.

Como puede observarse en el Gráfico I, hubo una variación importante en el acceso a estrategias básicas de prevención del VIH entre regiones. Los participantes de Australia/Nueva Zelanda, Europa y América del Norte registraron los niveles más altos de acceso a las tecnologías de prevención del VIH básicas. Los participantes de África o América Central/América del Sur y el Caribe registraron niveles de acceso a las estrategias de prevención del VIH básicas que eran significativamente más bajos que los de los participantes de Australia/Nueva Zelanda, Europa y América del Norte. Los participantes de Asia/Pacífico y Oriente Medio informaron un acceso significativamente inferior que el de los participantes de todas las demás regiones.

Además, hubo variaciones regionales significativas en cuanto a la participación en actividades de prevención del VIH. Como se muestra en el gráfico 2, los participantes de África registraron el nivel más alto de participación en actividades de prevención del VIH. A estos le siguieron los participantes de Oriente Medio, Europa, América del Norte, y América Central/América del Sur y el Caribe, quienes tenían niveles aproximadamente iguales de participación. Los participantes de Asia/Pacífico y Australia/Nueva Zelanda informaron tener los niveles más bajos de participación en la prevención del VIH. Además, los encuestados en Oriente Medio, Australia/Nueva Zelanda y Asia/Pacífico informaron tener una exposición significativamente inferior a los mensajes de prevención recibidos en diferentes sedes de organizaciones en relación a los encuestados de África, América Central/América del Sur y el Caribe, Europa y América del Norte (Tabla I, fila 9). De igual manera, los participantes de Asia/Pacífico, Oriente Medio y África informaron obtener materiales de prevención del VIH de un número significativamente inferior de sedes de organizaciones en comparación con otras regiones (Tabla I, fila 10).

FIGURA 2: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL VIH POR REGIÓN

Nota: Las barras reflejan un puntaje total de una medición de 5 incisos que evalúa la participación en diversas actividades de prevención de VIH según diferentes grupos etarios. Las opciones de respuesta incluían “Sí, he participado en esto” y “No, no he participado en esto.” Los puntajes más altos indicaron una mayor participación en actividades de prevención del VIH. Los corchetes reflejan el intervalo de confianza del 95% para los puntajes. Los puntajes promedio entre regiones son significativamente diferentes en términos estadísticos en ANOVA ($p < 0,001$).

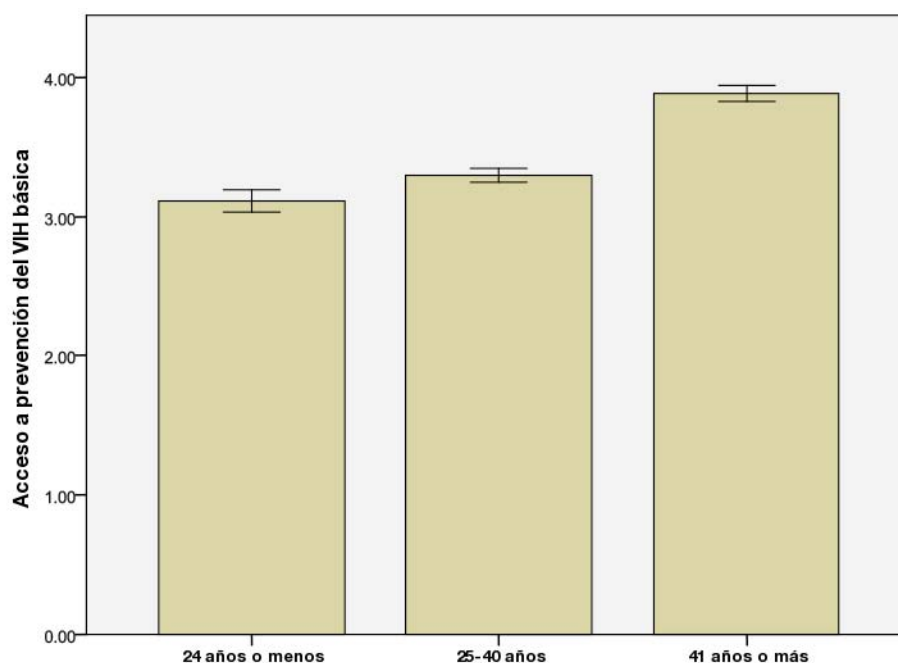
GRUPO ETARIO

Como se muestra en la Tabla 2, se encontraron importantes diferencias entre los grupos etarios en cada uno de los componentes del estudio. Los valores F indican el lugar donde hubo grandes diferencias entre los grupos etarios (p. ej., acceso a la prevención básica, conocimientos sobre la prevención emergente). En general, los grupos de menor edad parecen estar en una situación más desfavorable en cuanto a factores psicológicos, acceso a la prevención del VIH (Gráfico 3) y compromiso con la prevención del VIH en comparación con el grupo de mayor edad. Por ejemplo, los participantes de 41 años o mayores tenían significativamente menos estigmas aparentes, menor homofobia internalizada y mayor autoestima en comparación con los participantes de 24 años y menores y con aquellos de entre 25 y 40 años. Los participantes más jóvenes (24 años o menos) informaron significativamente haber experimentado más homofobia internalizada y menor autoestima que los pertenecientes a los dos grupos etarios mayores. Los participantes mayores (41 años o más) también tenían el mayor conocimiento sobre las estrategias emergentes y la mayor cantidad de incisos correctos sobre conocimiento de la PrEP en relación con los otros grupos etarios. Los participantes más jóvenes (24 años o menos) mostraron el nivel más bajo de conocimiento sobre las estrategias emergentes y la menor cantidad de incisos correctos sobre la PrEP. Sin embargo, los participantes más jóvenes (40 años de edad y menos) informaron un nivel de deseo de obtener más información sobre las estrategias de prevención emergentes significativamente más alto y expresaron actitudes más favorables acerca de la PrEP en comparación con los participantes de 41 años de edad y mayores.

Tabla 2: COMPARACIONES DE LOS COMPONENTES CLAVE POR EDAD

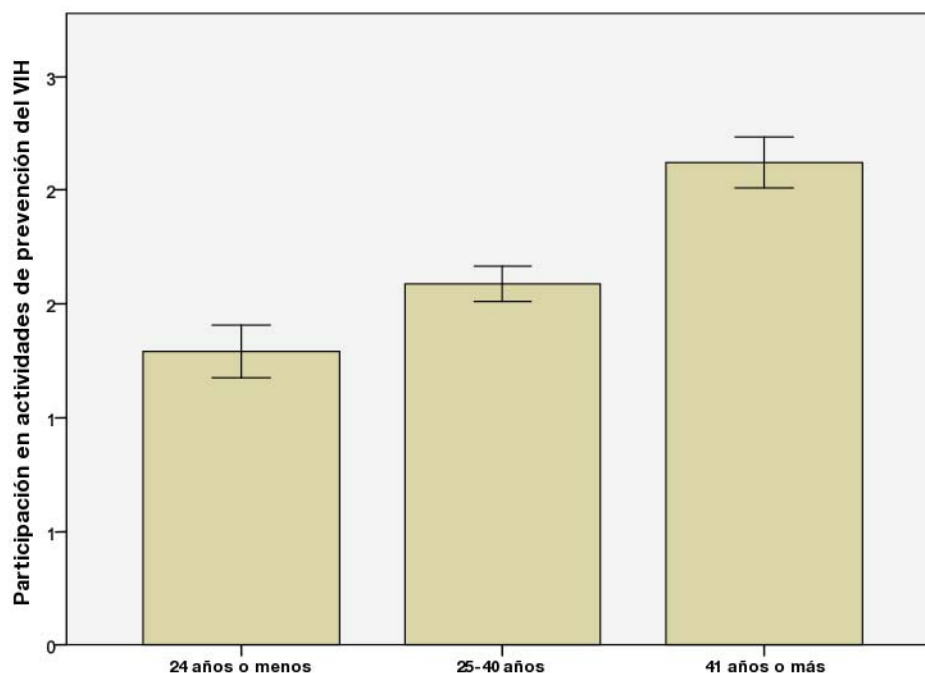
Componente (alcance)	24 años o menos		25-40 años		41 años o más		Valor F	p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
<i>Homofobia aparente</i> (1-4 ; de menor a mayor homofobia aparente)	2,50	0,73	2,47	0,76	2,27	0,76	23,24	0,000
<i>Homofobia internalizada</i> (1-4 ; de menor a mayor homofobia internalizada)	1,95	0,67	1,80	0,65	1,55	0,62	61,15	0,000
<i>Autoestima</i> (1-4 ; de menor a mayor autoestima)	3,51	0,49	3,61	0,47	3,75	0,39	49,26	0,000
<i>Acceso a prevención emergente</i> (1-5 ; de menor a mayor acceso)	2,23	1,03	2,50	1,08	2,90	1,15	74,55	0,000
<i>Conocimientos sobre la prevención emergente</i> (1-4 ; de menor a mayor conocimiento)	2,00	0,67	2,20	0,73	2,61	0,83	141,61	0,000
<i>Deseo de obtener información sobre las tecnologías emergentes</i> (1-4 ; de menor a mayor deseo)	3,69	0,49	3,60	0,60	3,24	,078	120,07	0,000

Componente (alcance)	24 años o menos		25-40 años		41 años o más		Valor F	p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
<i>Incisos correctos de conocimiento sobre la PrEP (0-6 ; de menor a mayor cantidad de respuestas correctas)</i>	1,41	1,61	1,89	1,87	2,71	1,90	85,51	0,000
<i>Actitudes sobre la PrEP (1-4; de actitud menos favorable a más favorable)</i>	2,70	0,71	2,63	0,71	2,51	0,72	11,51	0,000
<i>Mensajes de prevención del VIH (0-5 ; de menor a mayor exposición)</i>	3,36	1,65	3,51	1,60	3,85	1,46	20,73	0,000
<i>Prevención del VIH en sedes de organizaciones (0-5 ; de menor a mayor cantidad de sedes de organizaciones)</i>	1,32	1,28	1,60	1,24	1,97	1,14	54,91	0,000

FIGURA 3: ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH POR GRUPO ETARIO

Nota: Las barras reflejan un puntaje promedio de una medición de 18 incisos que evalúa el acceso a servicios de prevención del VIH básicos (medidos en una escala de Likert de 5 puntos) para cada región. Los corchetes reflejan el intervalo de confianza del 95% para los puntajes promedio. Los puntajes más altos indican un mayor acceso a los servicios de prevención del VIH básicos. Los puntajes promedio entre grupos etarios son significativamente diferentes en términos estadísticos en ANOVA ($p < 0,001$).

Como se muestra en las figuras anteriores, los participantes que tenían 24 años o menos indicaban tener un acceso significativamente menor a los servicios de prevención del HIV emergente que los dos grupos etarios mayores; los participantes de 41 años o menores informaron tener mayor acceso. Finalmente, los participantes de 24 años y menores indicaron tener la participación más baja en actividades de prevención del HIV (vea la Figura 4), el nivel más bajo de mensajes de prevención recibidos en las distintas sedes de organizaciones y el acceso a la menor cantidad de sedes de organizaciones en las que adquirieron materiales de prevención del VIH en comparación con los participantes de entre 25 y 40 años y de 41 años o mayores. El grupo de mayor edad (41 años y mayores) informó tener el nivel más alto de participación en actividades de prevención y el mayor nivel de acceso a mensajes de prevención del HIV y a sedes de organizaciones.

FIGURA 4: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL VIH POR GRUPO ETARIO

Nota: Las barras reflejan un puntaje total de una medición de 5 incisos que evalúa la participación en diversas actividades de prevención del VIH según diferentes grupos etarios. Los corchetes reflejan el intervalo de confianza del 95% para los puntajes. Los puntajes más altos indicaron una mayor participación en actividades de prevención del VIH. Los puntajes promedio entre grupos etarios son significativamente diferentes en términos estadísticos en ANOVA ($p < 0,001$).

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE PARA PREDECIR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y LA PARTICIPACIÓN EN ELLOS

Usamos análisis de regresión múltiple para evaluar qué variables demográficas y de conocimientos, actitud y comportamiento (knowledge, attitude and behavior, KAB) eran pronosticadores independientes de acceso a los servicios de prevención del VIH básicos (Tabla 3) y en actividades de prevención del VIH (Tabla 4). El apéndice Métodos describe la selección del modelo de regresión y el proceso de elaboración del modelo en forma detallada.

El modelo para predecir el acceso a las estrategias de prevención básicas del VIH (Tabla 3) incluyó las siguientes variables: estigmas aparentes/homofobia externa, homofobia internalizada, deseo de obtener más información sobre la prevención emergente, conocimiento acerca de la PrEP, participación en

actividades de prevención del VIH, recepción de los mensajes de prevención, sedes de organización en las que se obtuvieron materiales de prevención del VIH, estado del VIH, situación habitacional inestable/estable y edad. El mayor acceso a los servicios de prevención del VIH se correlaciona positivamente con los participantes que reciben mensajes de prevención del VIH, tienen acceso a sedes de organizaciones que difunden la prevención del VIH, se involucran en actividades de prevención del VIH, tienen más conocimiento acerca de la PrEP, son VIH positivo, tienen una vivienda estable y son mayores de edad. Por el contrario, el acceso a los servicios de prevención del VIH es inversamente proporcional a los HSH que tienen mayor percepción de homofobia externa, más deseo de obtener información acerca de las tecnologías de prevención emergentes. También se observó menor acceso a los servicios de prevención del VIH entre los HSH que informaron percibir niveles más altos de homofobia internalizada, aunque esta relación no alcanzó importancia estadística. En nuestros análisis, los pronosticadores más sólidos de acceso a los servicios de prevención del VIH son la homofobia externa aparente ($\beta = -0,29$) y la cantidad de sedes en las que se obtienen materiales de prevención del VIH ($\beta = 0,25$). En general, las variables de este modelo explicaron el 43% de la varianza en el acceso a la prevención.

Tabla 3: VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y KAB PARA PREDECIR EL ACCESO A LA PREVENCIÓN DEL VIH BÁSICA

<i>Variables independientes</i>	Beta	Error estándar	P
<i>Homofobia aparente</i>	-0,29	0,03	0,000
<i>Homofobia internalizada</i>	-0,04	0,03	>0,05
<i>Deseo de obtener información sobre la prevención emergente</i>	-0,15	0,03	0,000

<i>Conocimiento sobre la PrEP</i>	0,09	0,01	0,000
<i>Participación en actividades de prevención del VIH</i>	0,13	0,01	0,000
<i>Mensajes de prevención del VIH</i>	0,13	0,01	0,000
<i>Prevención del VIH en sedes de organizaciones</i>	0,25	0,02	0,000
<i>Estado de VIH</i>	0,05	0,04	0,022
<i>Situación habitacional</i>	0,09	0,04	0,000
<i>Edad</i>	-0,05	0,02	0,019
<i>Nota: Los coeficientes beta indican aumento (si beta es positivo) o disminución (si beta es negativo) de los resultados para el acceso a las medidas básicas de prevención del VIH, relacionados con todos los aumentos de las unidades en los pronosticadores (es decir, variables KAB y demográficas). Por ejemplo, un aumento de 1 punto en un puntaje de homofobia aparente está relacionado con una disminución aproximada de 0,29 en el resultado de prevención básica del VIH. Los pronosticadores con valores $p < 0,05$ se consideran estadísticamente importantes (es decir, que es probable que el efecto observado del pronosticador no sea por azar).</i>			

La Tabla 4 presenta modelos que predicen la participación en la prevención del VIH. Las variables que se muestran a continuación eran pronosticadores independientes de participación en actividades de prevención del VIH: estigmas aparentes/homofobia externa, homofobia internalizada, autoestima, acceso a la prevención básica del VIH, acceso a estrategias emergentes de prevención del VIH, conocimiento sobre la PrEP, ser un prestador, estado del VIH y nivel de educación. La mayor participación en los servicios de prevención del VIH se asocia positivamente con los HSH que tienen mayor acceso a la prevención básica del VIH, mayor acceso a métodos de prevención del VIH emergentes, más conocimientos sobre la PrEP, mayor percepción de homofobia externa, mayor autoestima y que son VIH positivo.

Ser un prestador de servicios médicos fue el pronosticador más sólido de participación en servicios de prevención del VIH ($\beta = 0,28$), seguido por el acceso a la prevención básica ($\beta = 0,23$). Juntas, estas variables representan el 30% de la varianza en la participación en actividades de prevención.

Tabla 4: VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y KAB PARA PREDECIR LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL VIH

--

Variables independientes	Beta	Error estándar	p
<i>Homofobia aparente</i>	0,15	0,05	0,000
<i>Homofobia internalizada</i>	-0,11	0,06	0,000
<i>Autoestima</i>	0,06	0,09	0,017
<i>Acceso a prevención básica del VIH</i>	0,23	0,05	0,000
<i>Acceso a prevención del VIH emergente</i>	0,13	0,04	0,000
<i>Conocimiento sobre la PrEP</i>	0,10	0,02	0,000
<i>Ser un prestador de salud</i>	0,28	0,10	0,000
<i>Estado de VIH</i>	0,07	0,08	0,002
<i>Nivel de educación</i>	-0,05	0,04	0,038

Nota: Los coeficientes beta indican aumento (si beta es positivo) o disminución (si beta es negativo) de los puntajes para la medición de la participación en las actividades de prevención del VIH, relacionados con todos los aumentos de las unidades en los pronosticadores (es decir, variables KAB y demográficas). Por ejemplo, un aumento de 1 punto en el puntaje de acceso a la prevención del VIH básica está relacionado con un aumento de 0,23 en el puntaje de la participación en actividades de prevención del VIH. Los pronosticadores con valores $p < 0,05$ se consideran estadísticamente importantes (es decir, que es probable que el efecto observado del pronosticador no sea por azar).

5. Conclusión y recomendaciones

CONCLUSIÓN

En esta nueva era de pandemia del VIH, resulta importante que los sistemas de salud pública y los defensores de la salud de los HSH comprendan claramente cuánto hemos avanzado, así como los puntos que no hemos logrado alcanzar, en nuestros esfuerzos por reducir el impacto del VIH en los HSH. Este momento en la pandemia del VIH también es una oportunidad para preguntarnos: ¿estamos proporcionando a los HSH de todas las regiones del mundo las herramientas de prevención *comprobadas* necesarias para protegerse y proteger a sus comunidades? Los resultados de este estudio muestran que la respuesta a esta pregunta es, sin lugar a dudas, “No”.

Nuestro estudio muestra que el acceso a las herramientas de prevención del VIH básicas y comprobadas no está ampliamente difundido entre los HSH y sus prestadores en todo el mundo. En general, tan solo aproximadamente la mitad de nuestros participantes informaron tener fácil acceso al asesoramiento y los análisis del VIH/ETS y solo un tercio informó tener fácil acceso al tratamiento del VIH. Además, los profilácticos gratuitos fueron de fácil acceso solo para el 44% de los HSH y los lubricantes eran de fácil acceso solo para el 29%. Esta cobertura no es suficiente ni aceptable. La encuesta también mostró que existen importantes variaciones regionales en el acceso a las estrategias de prevención del VIH básicas y en la participación de la prevención del VIH. El acceso a las estrategias de prevención y la participación en ellas fueron más bajas en las regiones con ingresos medios y bajos: Asia/Pacífico, Oriente Medio, Caribe y América del Sur/América Central, y África, mientras que los más altos se registraron en Australia/Nueva Zelanda, América del Norte y Europa. Este resultado concuerda con otras actividades de evaluación mundiales en las que se descubrió la escasa influencia de intervenciones para la prevención del VIH básicas en regiones con ingresos medios y bajos.^{1, 11, 12, 22}. Se hacen necesarias medidas vigilantes y urgentes para aumentar universalmente la distribución de estas estrategias de prevención comprobadas.

Además, la mayoría de los HSH y sus prestadores informaron tener conocimientos precisos y concientización de las estrategias emergentes de prevención del VIH muy limitados. Consecuentemente, los participantes expresaron sentimientos de temor y falta de claridad acerca de las nuevas

intervenciones, como la PrEP. La mayoría de los participantes afirmaron no saber cómo se sentían respecto al costo, la seguridad y la eficacia de la PrEP. Nuestra encuesta descubrió que los conocimientos sobre la PrEP y otras estrategias emergentes eran escasos entre los HSH en todas las regiones. Como se esperaba, los niveles de conocimiento más altos en los HSH se registraron en las regiones de ingresos altos; en América del Norte y Europa Occidental, los participantes, en promedio, respondieron correctamente tres de cada seis preguntas de conocimiento sobre la PrEP. Por el contrario, los participantes de Asia/Pacífico y Oriente Medio respondieron correctamente en el menor número de incisos, que equivale aproximadamente al 1,4 y al 1,6 de cada 6, respectivamente. El interés en las nuevas estrategias fue más elevado en regiones con ingresos medios y bajos fuera de Australia/Nueva Zelanda, América del Norte y Europa Occidental. Y lo que es importante, aunque los participantes en general demostraron tener pocos conocimientos sobre la PrEP y otras estrategias emergentes, los HSH de todo el mundo informaron tener un gran deseo de obtener más información sobre las estrategias emergentes en general; los HSH en el estudio parecen ser receptivos a los nuevos enfoques y buscan obtener más información sobre la manera en la que estas intervenciones pueden proteger su salud.

La encuesta destaca una grave insuficiencia en los esfuerzos mundiales para proporcionar a los HSH y a sus proveedores acceso a las herramientas eficaces y emergentes para la prevención del VIH e información acerca de ellas. Es para tener en cuenta que los HSH y sus proveedores de Asia/Pacífico y Oriente Medio tienen el menor acceso a las intervenciones básicas de prevención del VIH, el menor conocimiento sobre las intervenciones del VIH emergentes y el mayor interés en las intervenciones de prevención emergentes, en relación con los HSH en otras partes del mundo. Este resultado destaca la necesidad de esfuerzos a gran escala destinados a la difusión de herramientas de prevención del VIH (incluida información) en los distintos países de estas regiones.

Asimismo, nuestros datos muestran que la homofobia externa continúa influyendo negativamente en los HSH y alterando la prestación de servicios de prevención del VIH a esta población vulnerable. Los niveles más altos de homofobia externa aparente se registraron en África, Asia/Pacífico, el Caribe, América Central/América del Sur y Oriente Medio. En estas regiones, era más probable que los hombres respondan “De acuerdo” (a diferencia de “En desacuerdo,” o “Totalmente en desacuerdo”) a los enunciados que indicaban homofobia institucional y comunitaria (p. ej., “La mayoría de los empleadores no contratan homosexuales/HSH”). Estos resultados reflejan las difíciles realidades que actualmente enfrentan los HSH, muchos de los cuales viven en entornos hostiles y represivos donde las conductas sexuales consentidas entre individuos del mismo sexo están estigmatizadas, criminalizadas o

sujetas a castigos.²³ Los análisis muestran que la homofobia externa aparente predice de manera independiente un menor acceso a las estrategias básicas de prevención del VIH. Además, los estigmas aparentes/la homofobia externa demostró ser el componente más sólido para predecir el acceso a las estrategias de prevención del VIH básicas. Nuestros resultados han puesto de relieve la influencia prejudicial de la homofobia externa para el acceso a importantes servicios de atención pública para los HSH y destacaron la necesidad urgente de contrarrestar la influencia perjudicial de la homofobia. Sin embargo, es de igual importancia el hecho de que también descubrimos que los HSH informaron en general tener bajos niveles de homofobia internalizada; estos factores, que contribuyen a la resistencia de los HSH frente a la discriminación y el aislamiento, requieren mayor exploración e investigación.

Nuestro estudio también descubrió que los HSH jóvenes experimentan una falta de acceso a la prevención y al conocimiento sobre estrategias emergentes en relación con poblaciones mayores. Los participantes mayores informaron un mayor acceso y participación que los participantes más jóvenes. En nuestro modelo de regresión, la edad también fue un pronosticador importante de acceso a las estrategias de prevención del VIH; los grupos de menor edad se asociaron de manera independiente con la disminución de acceso. Además, los HSH menores de 25 años de edad informaron tener los niveles más altos de homofobia externa y homofobia internalizada en nuestro estudio. Es probable que estos jóvenes estén experimentando acoso, rechazo, violencia y aislamiento social: factores que podrían impedir su acceso a la prevención del VIH. De hecho, existe un conjunto de evidencias que sugiere que los jóvenes homosexuales, bisexuales y transgéneros que experimentan discriminación social están expuestos a un mayor riesgo de autoagresión y comportamientos sexuales riesgosos, lo que se traduce en oportunidades perdidas y falta de acceso a los servicios de prevención del VIH para este grupo demográfico vulnerable.^{24, 25} No es de extrañar que en muchos países del mundo, la incidencia del VIH entre HSH jóvenes esté aumentando, lo que sugiere que los HSH jóvenes, que posiblemente tienen la mayor necesidad de herramientas de prevención son los que tienen el menor acceso.

La aparición de herramientas de intervención nuevas y eficaces para la prevención del VIH es emocionante y da esperanzas, tan necesarias para los HSH, quienes han llevado la desproporcionada carga de la pandemia desde su inicio. La amplia variedad de herramientas, en constante aumento, para combatir la propagación del VIH debe considerarse con cuidadoso optimismo; es poco probable que la PrEP, los microbicidas y otras estrategias biomédicas emergentes sean 100% eficaces por sí mismas, y está comprobado que las intervenciones básicas para la prevención del VIH son necesarias, pero insuficientes, para eliminar el VIH. Por lo tanto, estos enfoques deben combinarse e implementarse juntos para generar sinergias; si bien integrar eficientemente estos enfoques sea posiblemente un

desafío, resulta una tarea de suma importancia. En áreas en las que el acceso y la cobertura de intervenciones del VIH comprobadas son insuficientes o incompletas es fundamental acelerar la implementación de estas estrategias para difundir sus beneficios a los HSH. También se necesita la influencia de la atención médica y la atención optimizada para los HSH; para esto, se requiere una lucha contra los obstáculos estructurales para el acceso, entre ellos, la homofobia, la discriminación, el estigma y la criminalización. Los vínculos entre estos obstáculos y el interés por las estrategias básicas de prevención del VIH no son fáciles y quienes buscan prevenir el VIH entre los HSH deben abordar estos factores para lograr verdaderamente un efecto importante y a largo plazo.

Por último, la respuesta mundial al VIH también debe incorporar componentes orientados hacia el usuario y principios éticos basados en los derechos humanos. Debe darse prioridad a la evaluación, implementación y desarrollo de políticas y programas, y a la participación y al compromiso de los HSH en todas las etapas y los niveles de investigación. Finalmente, las estrategias tienen su mayor impacto cuando son guiadas o implementadas por miembros de la comunidad para la cual están destinadas. Es más probable tener éxito cuando los miembros de esa comunidad actúan por motivación propia y se les brinda la libertad y los recursos para participar en procedimientos de promoción de la salud en cuyo desarrollo trabajaron.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Existen importantes limitaciones en esta encuesta que deben tenerse en cuenta. Primero, la muestra no es representativa de todos los HSH o sus prestadores de salud. Las regiones del mundo no estuvieron representadas equitativamente en esta encuesta. De hecho, más de la mitad (56%) de los participantes eran de Asia/Pacífico y menos del 5% era de África (4% de la muestra) u Oriente Medio (1% de la muestra). Estos factores impiden la generalización de nuestros resultados hacia toda la población de los HSH. Reconocemos la posibilidad de un sesgo de selección en esta muestra de estudio de HSH que están más conectados a las redes de HSH (p. ej., conexión con MSMGF y sus socios mundiales); tienen un mayor acceso a la tecnología y la información (la encuesta se distribuye por correo electrónico e internet); y tienen la motivación para responder a la encuesta. Es probable que nuestra muestra represente a los HSH que están socialmente conectados, motivados y vinculados con la tecnología. Los datos de este grupo, probablemente, sobrestimen el acceso a los servicios de prevención del VIH y el conocimiento sobre las intervenciones emergentes y subestimen los niveles de homofobia internalizada. Por lo tanto, las dificultades informadas en el acceso a estrategias de prevención del VIH básicas y emergentes son bastante reveladoras y planteamos la hipótesis de que la situación real de los HSH que no fueron encuestados sería más desalentadora. La ausencia de respuesta también representa otra

limitación fuertemente relacionada con el método de encuesta basado en Internet que se empleó. El enfoque no nos permite saber exactamente a quiénes llegamos y, más importante aún, a quiénes no llegamos. Específicamente, se desconoce el número de personas que vieron la encuesta, pero no la completaron y queda poco claro en qué medida se asemejaban o no estos individuos que no participaron a los de nuestra muestra.

Otra limitación de la investigación está relacionada con la fiabilidad de los componentes en los distintos idiomas. Si bien la mayoría de las escalas usadas en la encuesta demostraron una sólida fiabilidad, otras fueron menos sólidas. Especialmente, la autoestima y las mediciones de homofobia internalizada demostraron una débil fiabilidad en ruso. Además, la medición de las actitudes respecto a la PrEP no se mantuvo en forma cohesiva como una escala. Por ejemplo, las estimaciones de fiabilidad fueron débiles para las mediciones rusas y chinas. Otro factor clave en este aspecto, es el uso de las mediciones traducidas. La traducción de las preguntas de la encuesta puede haber cambiado de significado entre las culturas. Tenemos planeado llevar a cabo análisis de sensibilidad adicional y análisis de subgrupos para sortear estas limitaciones en análisis de seguimiento futuros.

A pesar de estas limitaciones, existen varias fortalezas en la encuesta y la metodología que se deben destacar. Primero, y tal vez lo más importante, esta encuesta es la primera en destacar las voces de los hombres homosexuales y otros HSH de todo el mundo respecto a la prevención del VIH y las actitudes acerca de las tecnologías emergentes de prevención del VIH. Este trabajo habla de la importancia de tomar un enfoque basado en los derechos para realizar una investigación; esto se debe especialmente a que el estigma y la homofobia cumplen un papel tan fundamental al limitar el acceso a los servicios entre los HSH. Al centrarnos en las doce áreas temáticas clave, la encuesta proporciona un entendimiento integral de los servicios de prevención disponibles para los HSH.

Finalmente, aunque la muestra no haya sido representativa, fue una muestra de gran tamaño compuesta por HSH y prestadores de una diversidad de regiones. Más de 5.000 HSH y prestadores de 127 países completaron la encuesta, lo cual nos permitió examinar asociaciones en variables fundamentales de interés desde un sinnúmero de perspectivas. La encuesta es la primera de su tipo en ser llevada a cabo a nivel mundial y en múltiples idiomas; los datos proporcionados pueden informar sobre esfuerzos mundiales de prevención del VIH y estimular nuevas áreas de investigación que profundizarán la comprensión de la prevención del VIH en diversos entornos.

RECOMENDACIONES CLAVE

Existen varias recomendaciones que pueden obtenerse a partir de los resultados:

1. Dada la eficacia documentada de las estrategias básicas de prevención del VIH, es necesario aumentar los esfuerzos para proporcionar acceso universal a la prevención básica del VIH para los HSH de todo el mundo. Los servicios de prevención del VIH que son parte de las estrategias de prevención mínimas del VIH recomendadas por ONUSIDA y el Banco Mundial no son lo suficientemente accesibles para los HSH.
 - Es necesario realizar grandes esfuerzos en todo el mundo orientados a mejorar y expandir el acceso a los servicios de prevención del VIH para los HSH. Las áreas que permanecen particularmente carentes de servicios (como lo demostraron los resultados de la encuesta) son Oriente Medio y Asia/Pacífico, y aún quedan serios desafíos para África, el Caribe y América Central/América del Sur. En los diversos países de estas regiones, son necesarios mayores esfuerzos para promover el acceso a la prevención básica del VIH. Un mayor acceso a los servicios también fomentará el compromiso de los HSH en las actividades de prevención que pueden disminuir el riesgo de transmisión o infección del VIH.
2. Es necesario centrar la atención en promover la conciencia respecto a la PrEP, los microbicidas rectales y otras intervenciones emergentes de prevención entre los HSH y sus prestadores de salud.
 - Los resultados claramente recomiendan campañas de información orientadas acerca de la PrEP y otras estrategias emergentes de prevención del VIH para garantizar que los HSH de todas las regiones del mundo comprendan cómo pueden usarse las nuevas estrategias en la prevención. Esto probablemente aumentará la aceptabilidad de estas estrategias y las convertirá en intervenciones de salud pública más viables.
3. La investigación sugiere que sin esfuerzos sólidos y sostenidos de reducción del estigma (particularmente en Asia/Pacífico, África y Oriente Medio, el Caribe y América Central/América del Sur, donde se observaron los niveles más altos de estigma) no podremos garantizar que todos los HSH tengan la oportunidad de acceder a las herramientas de prevención del VIH. Los responsables de formular políticas, los investigadores y los defensores que desean controlar la propagación del VIH deben abordar el estigma y la discriminación como componentes claves de sus trabajos.

4. Finalmente, la encuesta muestra que se necesitan esfuerzos orientados para garantizar la prestación de servicios básicos de prevención para los HSH jóvenes, que pueden ser muy vulnerables al VIH. Dadas las tasas crecientes de nuevas infecciones del VIH entre los HSH jóvenes, esta desigualdad en el acceso a la salud necesita atención urgente.

La encuesta y los resultados presentados aquí son puntos de partida para identificar áreas en las que la extensión de la prevención, la defensa y la investigación del VIH deben centrarse. La encuesta obtuvo datos precisos de HSH que viven y trabajan en diversos contextos políticos y sociales. Trabajos futuros podrían centrarse en las diferencias regionales y en explorar las necesidades únicas de los HSH de países particulares. Asimismo, los componentes clave que mostraron estar relacionados con el acceso a la prevención, como el estigma, el conocimiento sobre la PrEP y la edad, deberían examinarse con más detenimiento. Finalmente, se hace necesaria más información sobre las actitudes y percepciones específicas de los prestadores de atención médica. Los prestadores, como los que participaron en la encuesta, pueden dar una perspectiva única en las necesidades de prevención del VIH de los HSH, y son grupos de interés claves en el esfuerzo mundial por ampliar enfoques combinados para los servicios de atención, tratamiento y prevención del VIH.

Apéndice: Métodos

El objetivo de la encuesta fue evaluar el acceso a las estrategias de prevención del VIH y la participación en estas; el conocimiento y las actitudes acerca de las tecnologías emergentes de prevención del VIH (por ejemplo, la PrEP); y la homofobia/el estigma aparente. Debido a que la encuesta buscó evaluar a los participantes sobre temas para los que existen unas pocas mediciones formalmente establecidas (especialmente, mediciones diseñadas específicamente para hombres homosexuales/HSH), las mediciones se adaptaron a partir de escalas existentes y se crearon mediciones recientemente desarrolladas. Se implementaron varios procedimientos en el proceso de adaptación y desarrollo de las mediciones.

En primer lugar, las mediciones que evaluaban el estigma o la homofobia aparentes se adaptaron a partir de mediciones existentes usadas con hombres homosexuales en los Estados Unidos. Esto incluye una escala de estigma,²⁶ una escala de homofobia internalizada,²⁷ y la escala de autoestima de Rosenberg.²⁸ En segundo lugar, las evaluaciones de acceso a los servicios de prevención y de conocimiento y el uso de estos, y actitudes acerca de la PrEP se desarrollaron basándose en información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, el Banco Mundial y otras agencias no gubernamentales acerca de recomendaciones para servicios de prevención mínima del VIH que deben brindarse por parte de las comunidades y los departamentos de salud. Especialmente, se revisaron varios informes para identificar servicios de prevención y desarrollar incisos para el cuestionario, en particular: el informe de AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC), “Piecing Together the HIV Prevention Puzzle”²⁹ y su “PrEP Fact Sheet”³⁰, el informe de ONUSIDA, “What Countries Need: Investments Needed for 2010 Targets”³¹, el informe “Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations,”³² y el documento “Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-limited Settings” de la Organización Mundial de la Salud³³ y el breve informe del Banco Mundial, “HIV/AIDS At A Glance.”³⁴

Finalmente, el Comité Directivo del MSMGF evaluó todas las preguntas de la encuesta. Los miembros del comité familiarizados con encuestas sobre la salud mundial dieron su opinión, centrándose específicamente en la claridad y la importancia de los incisos. Las opiniones proporcionadas por el Comité Directivo fueron integradas a la medición final. Antes de su implementación, se realizó una

prueba piloto de la versión final de la encuesta por parte de miembros de la población objetivo (es decir, los HSH). También se realizó una prueba piloto de la encuesta para saber cuánto tiempo llevaría completarla; se descubrió que completarla lleva entre 8 y 12 minutos.

La encuesta se redactó en inglés, pero fue traducida al español, francés, ruso y chino para lograr una implementación más amplia a escala mundial. El MSMGF empleó servicios de traducción profesional. Luego del desarrollo del primer borrador traducido, este fue sometido a controles de calidad y competencia cultural, llevados a cabo por varios miembros del Comité Directivo del MSMGF de habla española, francesa, rusa y china y una red más amplia de voluntarios pares. Las versiones finales de la encuesta en inglés, español, francés, ruso y chino se encuentran disponibles a pedido.

La encuesta obtuvo información descriptiva de los encuestados y usó mediciones exhaustivas para explorar doce áreas temáticas clave. La información descriptiva recopilada de los participantes incluyó: 1) criterios de elegibilidad (HSH o prestador de servicios para HSH), 2) región de residencia, 3) información demográfica, 4) estado de VIH y 5) conducta sexual. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad se preguntó a los participantes si se describirían como un “hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres”, un “prestador de servicios sociales y/o de salud para los HSH”, un “prestador y también un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres”. Los encuestados que indicaron “Ninguno de los anteriores” no continuaron completando la encuesta. A los participantes que eran prestadores (HSH o no) se les preguntó si habían “participado alguna vez en programas de apoyo para prestadores de servicios de tratamiento/prevención del VIH” y durante cuánto tiempo habían trabajado en la prevención del VIH. La información sobre antecedentes regionales se recopiló mediante dos preguntas en las que los participantes debían indicar la región general del mundo en la que vivían (pregunta de opciones múltiples) y luego indicar el país/los países donde vivían (completar los espacios en blanco). La información demográfica se obtuvo mediante varias preguntas. A los participantes se les preguntó el género (las opciones de respuesta incluían “Masculino”, “Femenino”, “Transgénero masculino a femenino”, “Transgénero femenino a masculino” “Intersexual” y “Otro”), el año en que nacieron (completar los espacios en blanco), la categoría de ingresos (cinco opciones de respuesta desde “No tengo ingresos” hasta “Ingresos altos/clase alta”) y su situación habitacional (las opciones de respuesta incluían “No tengo un lugar donde vivir”, “Tengo un lugar donde vivir, pero no es estable” y “Tengo un lugar estable donde vivir”). A los participantes también se les pidió que indiquen su nivel de educación (seis opciones de respuesta desde “Sin educación formal” hasta “Educación de posgrado/maestría/doctorado”). La información sobre el estado de VIH se evaluó con el inciso, “¿Cuál es su estado de VIH?” Las opciones de respuesta incluían las siguientes: “VIH negativo,” “VIH positivo” y

“Desconozco mi estado de VIH” (a los participantes también se les dio la opción, “Se niega a responder”). A los participantes que informaron ser VIH positivo se les solicitó que indiquen cuánto tiempo hacía desde que recibieron el diagnóstico y que indiquen si estaban tomando ARV. Finalmente, para obtener información sobre la conducta sexual se solicitó a los participantes que describan su conducta sexual usando las siguientes opciones: “No he tenido relaciones sexuales con nadie en el año que pasó”, “He tenido relaciones sexuales con una pareja en el año que pasó” y “He tenido relaciones sexuales con 2 o más parejas en el año que pasó”. A los participantes también se les solicitó que indiquen si sus conductas sexuales incluían el contacto solo con hombres, solo con mujeres o tanto con hombres como con mujeres. Por último, se les solicitó que describan su identidad sexual como “Homosexual”, “Bisexual,” “Heterosexual,” u “Otra” (respuesta para completar los espacios en blanco).

Las mediciones que representaron las doce aéreas temáticas clave en la encuesta pueden describirse como escalas o índices, ambos son útiles para medir componentes de conocimientos, actitud y comportamiento (KAB). Las estadísticas descriptivas para las seis mediciones que son índices (es decir, incisos que determinan el nivel de un componente KAB y se agrupan en un puntaje compuesto) pueden encontrarse en la Tabla 2.1; las estimaciones de fiabilidad para las seis mediciones que pueden considerarse escalas (es decir, incisos cuyos valores se cree que están *determinados* por niveles de un componente KAB subyacente y se convierten a un puntaje promedio) figuran en la Tabla 2.2.

1. **Estigmas aparentes/homofobia externa:** Esta medición incluye cinco incisos usados para evaluar las percepciones de homofobia en el país donde vive el participante. Los incisos se adaptaron a partir de una medición usada para obtener percepciones de discriminación percibida.²⁶ Un inciso de ejemplo incluye: *En el país en el que vivo, la mayoría de las personas creen que no se puede confiar en una persona que es homosexual/HSH*. Las respuestas de los participantes corresponden a una escala de Likert de 4 puntos, con respuestas que abarcan desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”. La escala demuestra una fiabilidad muy sólida entre los distintos idiomas (0,82 – 0,90); la fiabilidad de la coherencia interna en general fue de 0,86.
2. **Homofobia internalizada:** Esta medición incluye siete incisos usados para medir niveles de estigma internalizado respecto a la homosexualidad/conducta sexual entre personas del mismo sexo de hombres homosexuales. Los incisos están adaptados de una medición usada por Herek and Glunt (1995)²⁷ y Meyer y colegas (1995).³⁵ Un inciso de ejemplo incluye: *Trato de que dejen de atraerme los hombres*. Las respuestas corresponden a una escala de Likert de 4 puntos, con

respuestas que abarcan desde “Con frecuencia” hasta “Nunca”. La escala demuestra una sólida fiabilidad entre todos los idiomas (0,77 – 0,85), excepto en ruso (alfa= 0,56); la fiabilidad de la coherencia interna en general fue de 0,84.

3. **Autoestima:** Esta medición incluye cuatro incisos usados para evaluar los sentimientos generales de autoestima y autovaloración en los participantes. Los incisos fueron adaptados de la escala de autoestima de Rosenberg²⁸, que se ha usado extensamente en los Estados Unidos y otros países para evaluar la autoestima. Un inciso de ejemplo incluye: *Considero que tengo gran cantidad de buenas cualidades*. Las respuestas corresponden a una escala de Likert de 4 puntos, con respuestas que abarcan desde “Con frecuencia” hasta “Nunca”. La escala muestra buena fiabilidad en todos los idiomas (0,65 – 0,79) excepto en ruso, que muestra poca/ninguna fiabilidad (alfa= 0,18). En todos los idiomas se observó que la fiabilidad de coherencia interna, de 0,76, era óptima.

4. **Acceso a estrategias básicas de prevención del VIH:** Esta medición de 18 incisos solicita a los participantes que clasifiquen en qué medida son accesibles los distintos servicios de prevención del VIH en su comunidad. Para identificar los servicios de prevención, se revisaron las recomendaciones de agencias no gubernamentales y de salud pública. Los servicios básicos de prevención del VIH incluyeron: asesoramiento de VIH, análisis de enfermedades de transmisión sexual (ETS), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), profilácticos gratuitos, lubricantes a base de agua gratuitos, programas de intercambio de agujas (needle exchange programs, NEP), medicamentos para VIH (fármacos antirretrovirales), intervenciones del VIH/SIDA que reducen comportamientos de riesgo, servicios de salud mental, leyes y políticas para asegurar el acceso a servicios de tratamiento y tratamiento del VIH, atención médica gratuita o de bajo costo, análisis gratuitos de VIH, campañas en los medios de comunicación para reducir el VIH, campañas en los medios de comunicación para reducir la homofobia, programas de educación sexual, material educativo del VIH, programas de tratamiento para el consumo de drogas e instalaciones sanitarias para hombres homosexuales/HSH. Las respuestas corresponden a una escala de Likert de 5 puntos, donde una clasificación de “5” indicaba un alto nivel de accesibilidad (“Esto es de fácil acceso en mi comunidad”) y una clasificación de “1” indicaba un bajo nivel de accesibilidad (“Nunca he escuchado acerca de esto”). La fiabilidad no se examinó en forma estadística, ya que esta medición no representa una escala.

5. **Acceso a tecnologías emergentes de prevención del VIH:** Esta medición de 6 incisos solicita a los participantes que clasifiquen en qué medida son accesibles los servicios emergentes de prevención del VIH en su comunidad. Las estrategias emergentes incluyen “circuncisión”, “profilaxis después de la exposición”, “microbicidas rectales” y “profilaxis antes de la exposición”, entre otras. Los temas se responden usando una escala de Likert de cinco puntos con respuestas que abarcan desde “Esto es de fácil acceso en mi comunidad” hasta “Nunca he escuchado acerca de esto”. La fiabilidad no se examinó en forma estadística, ya que esta medición no representa una escala.

6. **Conocimientos sobre las tecnologías emergentes:** Esta medición incluye 6 incisos en los que se pide a los participantes que clasifiquen en qué medida se sienten informados respecto a las estrategias emergentes de prevención, incluidos los microbicidas rectales y la PrEP. Para desarrollar los incisos, se revisaron informes de salud pública y agencias no gubernamentales. Un inciso de ejemplo incluye: *Clasifique su conocimiento de lo siguiente: microbicidas para prevenir la transmisión del VIH entre hombres homosexuales*. Las respuestas corresponden a una escala Likert de 4 puntos con respuestas que abarcan desde “Muy informado” hasta “Para nada informado”. La escala muestra una sólida fiabilidad en todos los idiomas (0,76 – 0,87). En todos los idiomas se observó que la fiabilidad de coherencia interna de 0,86 era excelente.

7. **Deseo de obtener información sobre las tecnologías emergentes:** Esta medición incluye 6 incisos en los que se pide a los participantes que clasifiquen cuánta información les gustaría obtener respecto a las estrategias emergentes de prevención del VIH, tales como los microbicidas rectales y la PrEP. Para desarrollar los temas, se revisaron informes de salud pública y agencias no gubernamentales. Un inciso de ejemplo incluye: *Desearía saber más sobre la profilaxis después de la exposición (PEP) para prevenir la transmisión del VIH entre hombres homosexuales*. Las respuestas corresponden a una escala de Likert de 4 puntos, con respuestas que abarcan desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”. La escala muestra una excelente fiabilidad en todos los idiomas (0,80 – 0,92). En todos los idiomas se descubrió que la fiabilidad de coherencia interna era de 0,90.

8. **Conocimiento sobre la PrEP:** Esta medición de 6 incisos se usa para evaluar los conocimientos básicos de los participantes sobre la PrEP. Se solicitó a los participantes que indiquen si un enunciado sobre la PrEP era verdadero o falso. Los participantes también tenían como opción de respuesta “No sé”. Para desarrollar los temas, se revisaron informes de salud

pública y agencias no gubernamentales. Un inciso de ejemplo incluye: Solamente personas que son VIH negativo deberían usar la PrEP(Verdadero). La fiabilidad no se examinó en forma estadística, ya que esta medición no representa una escala.

9. **Actitudes sobre la PrEP:** Esta medición incluye 9 incisos para obtener información sobre las actitudes de los participantes respecto a la seguridad y la utilidad de la PrEP como estrategia de prevención. Para desarrollar las áreas para esta medición, se revisaron informes de salud pública y agencias no gubernamentales, y se usaron comentarios que se emiten en el discurso público sobre el uso de la PrEP con hombres homosexuales. Un inciso de ejemplo incluye: *Indique el grado de aceptación con respecto a este enunciado: La PrEP costará demasiado dinero.* Las respuestas corresponden a una escala de Likert de 4 puntos, con respuestas que abarcan desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”. También había disponible una quinta opción de respuesta: “No sé”. La escala demuestra una fiabilidad aceptable en todos los idiomas (0,57 – 0,73) excepto en chino, que mostró poca/ninguna fiabilidad (alfa= 0,13). La fiabilidad de la coherencia interna en general fue de 0,60.
10. **Participación en actividades de prevención del VIH:** Esta medición de 5 incisos evalúa la participación de los participantes en varias actividades de prevención del VIH. Se preguntó a los participantes si habían participado en asesoramiento individualizado, grupos de autoayuda o apoyo centrados en la prevención del VIH, activismo comunitario, programas desarrollados en la escuela o en el trabajo centrados en la prevención del VIH y actividades de prevención del VIH en organizaciones religiosas o lugares de culto. Las opciones de respuesta incluían “Sí, he participado en esto” y “No, no he participado en esto.”La fiabilidad no se examinó en forma estadística, ya que esta medición no representa una escala.
11. **Exposición a los mensajes de prevención del VIH:** Esta medición de 5 incisos evalúa si los participantes han visto varios mensajes de prevención del VIH. Se preguntó a los participantes si habían escuchado anuncios de radio centrados en la prevención del VIH y visto anuncios publicitarios en Internet, en otras sedes de organizaciones y en medios de comunicación. Las opciones de respuesta incluían “Sí, los he visto/he oído hablar de él” y “No, no los he visto/no he oído hablar de él”. La fiabilidad no se examinó en forma estadística, ya que esta medición no representa una escala.

12. **Sedes de organizaciones en las que se obtuvieron materiales de prevención del VIH:**

Esta medición de 4 incisos evalúa las sedes de organizaciones en las que los participantes han recibido profilácticos o materiales sobre sexo seguro. Se preguntó a los participantes si habían obtenido profilácticos o materiales sobre sexo seguro en organizaciones comunitarias, clubes nocturnos, instituciones religiosas y otras sedes de organizaciones. Las opciones de respuesta incluían “Sí, lo he hecho” y “No, no lo he hecho”. La fiabilidad no se examinó en forma estadística, ya que esta medición no representa una escala.

TABLA 2.1 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LOS ÍNDICES

Índice	N.º de incisos	Mín.	Máx.	Promedio (Desviación estándar)
Acceso a prevención básica del VIH (puntaje promedio)	18	1	5	2,51 (1,02)
Acceso a prevención emergente del VIH (puntaje promedio)	6	1	5	3,38 (1,12)
Conocimientos sobre la PrEP (puntaje total)	6	0	6	2,01 (1,83)
Participación en actividades de prevención del VIH (puntaje total)	5	0	5	1,72 (1,64)
Exposición a los mensajes de prevención del VIH (puntaje total)	5	0	5	3,58 (1,59)
Sedes de organizaciones en las que se obtiene material de prevención del VIH (puntaje total)	4	0	4	1,66 (1,25)

Se calcularon los puntajes para cada una de las doce mediciones para usarse en los análisis multivariable y univariable. Se generaron valores numéricos para cada uno de los incisos de respuesta. Para generar los puntajes para las escalas (es decir, mediciones 1, 2, 3, 6, 7 y 9), se obtuvieron puntajes promedio; para ello, se obtuvo el puntaje total para la medición (se sumaron todos los incisos para la medición) y se lo dividió por la cantidad de incisos. Esto permitió obtener un puntaje de escala total que usó la misma estadística que las opciones de respuesta para la escala. Para los índices (es decir, las mediciones 4, 5, 10, 11 y 12), los puntajes se obtuvieron sumando los puntajes de los incisos para obtener un puntaje total. Finalmente, para la medición N.º 8 (incisos de conocimiento sobre la PrEP), se obtuvo el

puntaje exacto de la cantidad total sumando la cantidad de respuestas correctas de cada una de las 6 preguntas.

TABLA 2.2 ESTIMACIONES DE LA FIABILIDAD DE LA COHERENCIA INTERNA (ALFA) PARA LAS ESCALAS

Escala	N.º de incisos	Idioma	Alfa de Cronbach (α)
Estigmas aparentes/homofobia externa	5	TODOS	0,86
		Inglés	0,85
		Español	0,87
		Francés	0,90
		Chino	0,85
		Ruso	0,82
Homofobia internalizada	7	TODOS	0,84
		Inglés	0,85
		Español	0,81
		Francés	0,77
		Chino	0,79
		Ruso	0,56
Autoestima	4	TODOS	0,76
		Inglés	0,75
		Español	0,65
		Francés	0,79
		Chino	0,75
		Ruso	0,18
Conocimientos sobre las tecnologías emergentes	6	TODOS	0,86
		Inglés	0,87
		Español	0,85
		Francés	0,80
		Chino	0,81
		Ruso	0,76
Deseo de obtener información sobre las tecnologías emergentes	6	TODOS	0,90
		Inglés	0,87
		Español	0,89
		Francés	0,89
		Chino	0,92
		Ruso	0,80
Actitudes sobre la PrEP	9	TODOS	0,60
		Inglés	0,67
		Español	0,62
		Francés	0,73
		Chino	0,13
		Ruso	0,57

ANÁLISIS

Los análisis se realizaron en varias etapas. Primero, se crearon variables de resumen para las doce mediciones clave. Como se describe anteriormente, estas variables de resumen se obtuvieron sumando los incisos de una medición dada u obteniendo un puntaje promedio del área para la medición. Se crearon otras variables para usarse en los análisis. Estas incluían la creación de una **variable regional**, en la que se usaba la región geográfica donde los participantes indicaban que vivían. Se usaron siete categorías regionales: América del Norte, América Central/América del Sur y el Caribe, Asia/Pacífico (incluyendo Asia del Sur, Sureste de Asia, Asia Central, Asia del Este y las Islas del Pacífico), África (que incluye **Norte de África, África Occidental, África Oriental y Sur de África**), Europa (que incluye Europa Oriental y Occidental), Oriente Medio, y Australia/Nueva Zelanda. También se creó una **variable de grupo etario**. Esta variable identificó tres grupos etarios de participantes de la encuesta: 1) aquellos de 24 años de edad o menos, 2) aquellos de entre 25 y 40 años de edad y 3) aquellos de 41 años de edad o mayores.

A continuación, se obtuvieron frecuencias variables, correlaciones y cruces de variables. En las frecuencias variables, se examinaron distribuciones y sesgo, codificación correcta y datos faltantes. La obtención de frecuencias básicas también se consideró importante desde un punto de vista analítico. Estas frecuencias proporcionan resultados importantes que ayudan a describir el acceso general a los servicios de prevención del VIH y actitudes hacia las estrategias emergentes como la PrEP. Se usaron correlaciones y cruces de variables (estadísticas ji-cuadrado) para determinar la solidez de las asociaciones entre variables demográficas clave. También se exploraron asociaciones entre pronosticadores de acceso a servicios de prevención del VIH y participación en estos para garantizar que los pronosticadores no compartieran demasiada varianza (pues de este modo se confundirían las relaciones observadas entre las variables de los pronosticadores, que incluyen factores demográficos y componentes KAB, y las variables de resultado).

La siguiente fase del análisis se centró en examinar las diferencias de los grupos (según la región, edad) de cada uno de los doce componentes clave medidos en la encuesta. Para poder identificar las diferencias de grupo, y la magnitud de estas diferencias, se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA) y pruebas T en los componentes clave. La prueba estadística tradicional post hoc *HSD de Tukey* se usó para identificar las diferencias importantes entre grupos específicos cuando se usaban los análisis ANOVA. Los valores F/T se examinaron para evaluar la importancia y la magnitud estadística de las diferencias entre grupos, respectivamente.

Finalmente, se realizaron un conjunto de análisis multivariantes para examinar pronosticadores independientes de acceso a los servicios básicos de prevención del VIH y la participación en actividades de prevención del VIH. El análisis de regresión múltiple se usó para evaluar diferentes modelos. Los modelos incluían variables demográficas clave (por ejemplo, edad, educación, situación habitacional, ingresos, estado de VIH y el HSH en comparación con el prestador) y los componentes KAB (estigma aparente, homofobia internalizada, autoestima, conocimiento sobre las estrategias emergentes, deseo de obtener información sobre las estrategias emergentes, conocimientos sobre la PrEP y actitudes sobre la PrEP) como pronosticadores de acceso a los servicios básicos de prevención del VIH y participación en actividades de prevención del VIH. En todos los análisis de regresión, se empleó la “elaboración del modelo” básica para obtener el modelo de regresión más adecuado y el más parsimonioso. Esto incluyó lo siguiente: 1) examinar todas las variables independientes como pronosticadores de la variable dependiente (p. ej, acceso a prevención básica del VIH), 2) eliminar del modelo las variables que no eran estadísticamente importantes (es decir, en el nivel $p \leq .10$) para predecir la variable dependiente y 3) realizar nuevamente el análisis de regresión solo con las variables estadísticamente importantes para evaluar sus efectos independientes. Se examinaron los valores P y las betas estandarizadas para evaluar la importancia estadística y la solidez relativa de predicción, respectivamente, de cada variable independiente.

Todos los análisis se llevaron a cabo usando PASW/SPSS Statistics 18. La sintaxis usada en el análisis, junto con todos los resultados proporcionados por el programa de software estadístico, se encuentra disponible en los archivos de las Oficinas Ejecutivas de MSMGF.

Referencias

- ¹Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, & 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(12):e339.
- ²Sullivan PS, Hamouda O, Delpuch V, et al.. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Ann Epidemiol.* 2009;19(6):423-431.
- ³UNAIDS. *Men who have sex with men*. Joint United Nations on HIV/AIDS website. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/briefingnote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf. Accessed on July 11, 2011.
- ⁴Wolitski RJ, Stall R, & Valdiserri R. *Unequal Opportunity: Health Disparities affecting Gay and Bisexual Men in the United States*. New York: Oxford Press; 2008.
- ⁵Ayala G, Hebert P, Lauer K, & Sundararaj M. *HIV Prevention with MSM: Balancing Evidence with Rights-based Principles of Practice*. Global Forum on MSM and HIV website. <http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/11/aid/2107>. 2010. Accessed on March 17, 2011.
- ⁶Coates TJ, Richter L, & Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet.* 2008;372(9639):669-684.
- ⁷Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, & Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet.* 2008;372(9640):764-775.
- ⁸Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(3):CD001230.
- ⁹Saavedra J, Izazola-Licea JA, & Beyrer C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *J Int AIDS Soc.* 2008;11(1):9.
- ¹⁰amfAR *MSM, HIV, and the Road to Universal Access — How Far Have We Come?* The Foundation for AIDS Research website. http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf. Accessed June 28, 2011.
- ¹¹Beyrer, C. Global prevention of HIV infection for neglected populations: men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2010;50(3):S108-113.
- ¹²Adam PC, de Wit JB, Toskin I, Mathers BM, et al. Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52(2):S143-151.

- ¹³Geibel S, Luchters S, King'Ola N, Esu-Williams E, Rinyiru A, & Tun W. Factors associated with self-reported unprotected anal sex among male sex workers in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Dis.* 2008;35(8):746-752.
- ¹⁴Zulu K, Bulawo N, & Zulu W. *Understanding HIV risk behavior among men who have sex with men in Zambia.* Paper presented at the AIDS 2006 -XVI International AIDS Conference. Abstract WEPE0719. 2006.
- ¹⁵Volmink J, Siegfried NL, van der Merwe L, & Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD003510.
- ¹⁶Smith DK, Grant RM, Weidle PJ, Lansky A, Mermin J, & Fenton KA. Interim Guidance: Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in Men Who Have Sex with Men. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).* 2011;60(3), 65-68.
- ¹⁷Anglemyer A, Rutherford GW, Egger M, & Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(5):CD009153.
- ¹⁸Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science.* 2010;329(5996):1168-1174.
- ¹⁹Pickett J. Arming Africa with rectal microbicides: Project ARM. 2011. Science Speaks: HIV & TB News website. <http://sciencespeaksblog.org/2011/04/11/arming-africa-with-rectal-microbicides-project-arm/>. Accessed on June 28, 2011.
- ²⁰Grant RM, Lama JR, Anderson P L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2587-2599.
- ²¹Warren M, & Marshall K. Discontinuation of the FEM-PrEP Trial Disappointing, AVAC Says Calls for continued research to find new ways to end the HIV epidemic. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/display/ReleaseDetails/i/33409/pid/212>. Accessed on June 28, 2011.
- ²²Beyrer C, Wirtz A, Walker D, Johns B, Sifakis F, & Baral S. *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men: Epidemiology, Prevention, Access to care and Human Rights.* Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2011.
- ²³Ottosson D. (2009). State sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same-sex activity between consenting adults. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association website. http://ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf. Accessed on March 6, 2010.
- ²⁴Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, & Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc.* 2009;38(7), 1001-1014.

- ²⁵McDermott E, Roen K, & Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex.* 2008;10(8), 815-829.
- ²⁶Kessler RC, Mickelson KD, & Williams D R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav.* 1999;40(3), 208-230.
- ²⁷Herek GM, & Glunt EK. Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era: Preliminary findings from the Sacramento Men's Health Study. In: Herek GM, Green B, eds. *AIDS, identity, and community: The HIV epidemic and lesbians and gay men.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995:55-84.
- ²⁸Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- ²⁹AVAC (2009). *Piecing Together the HIV Prevention Puzzle: AVAC report 2009.* AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/a/GetDocumentAction/i/2241>. Accessed on June 29, 2011.
- ³⁰AVAC (2010). *Pre-Exposure Prophylaxis: AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC).* AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/d/sp/a/GetDocumentAction/i/5851>. Accessed on June 29, 2011.
- ³¹UNAIDS (2009b). "What Countries Need: Investments Needed for 2010 Targets." Joint United Nations Programme on HIV/AIDS website. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1681_what_countries_need_en.pdf. Accessed on June 29, 2011.
- ³²WHO (2009). *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations.* World Health Organization website. http://www.who.int/entity/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf. Accessed on June 29, 2011.
- ³³WHO (2008). *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings.* World Health Organization website. http://www.who.int/entity/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf. Accessed on June 29, 2011.
- ³⁴TWB (2003). *HIV/AIDS at a glance.* The World Bank website. <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGHIVAIDS1003.pdf>. Accessed on June 29, 2011.
- ³⁵Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995; 36(1), 38-56.