



INFORME

“LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD LGTB”

Transmisión y prevención

Informe preliminar. Enero 2011



ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.	
1.1. La Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales	3
1.2. ¿Por qué un año temático dedicado a la infección por VIH y el sida?	3
1.3. Fines del año temático	5
1.4. Cuestiones terminológicas	5
1.5. ¿Cuántos hombres y mujeres homosexuales y bisexuales hay en nuestro país? ¿Y mujeres y hombres transexuales?	6
1.6. Homofobia y transfobia	11
2. LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD LGTB.	
2.1. La infección por VIH/sida en hombres gais, bisexuales y otros HSH	16
2.1.1. Datos epidemiológicos	16
2.1.2. Factores de riesgo y vulnerabilidad.	18
2.2. La infección por VIH/sida en mujeres transexuales y varones trabajadores del sexo	24
2.3. La infección por VIH/sida en mujeres lesbianas, bisexuales y otras MSM	25
2.4. Resumen epidemiológico	26
2.5. Discusión sobre los factores de riesgo y vulnerabilidad	27
3. NECESIDADES, RETOS Y REIVINDICACIONES.	
+ Prevención	32
+ Salud	37
+ Educación	39
+ Investigación	39
+ Comunicación	40
+ Colaboración y cooperación	40
+ Inversión y recursos	41
+ Solidaridad	42
	43
4. REFERENCIAS Y NOTAS BIBLIOGRÁFICAS	
	45



1. INTRODUCCIÓN

1.1. LA FEDERACIÓN ESTATAL DE LESBIANAS, GAIS, TRANSEXUALES Y BISEXUALES.

Desde su nacimiento en 1992, la **Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales, FELGTB** (<http://www.felgtb.org/>), ha conseguido llegar a ser el espacio más importante de coordinación y cooperación del movimiento asociativo LGTB español, aunando el esfuerzo y trabajo de **58 asociaciones miembro**, con presencia en 15 de las 16 comunidades autónomas y en las 2 ciudades autónomas.

Asimismo la FELGTB es un referente internacional, especialmente para Europa y América Latina, siendo Miembro Consultivo de ONU-ECOSOC. También es miembro de ILGA, ILGA Europa, IGLYO, CESIDA, UNAF y la Plataforma del Voluntariado.

Nuestra misión es “erradicar toda discriminación por orientación sexual e identidad de género, defender y promover la igualdad, dignidad y diversidad de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales (LGTB) e impulsar una sociedad más solidaria, mediante el desarrollo de actuaciones que mejoren sus condiciones de vida en todos los ámbitos y que fomenten su empoderamiento social y político, la sensibilización, la denuncia y la incidencia política e institucional.”

1.2. ¿POR QUÉ UN AÑO TEMÁTICO DEDICADO A LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA?

Desde hace varios años, la FELGTB dedica cada año a trabajar de una manera más intensa, extensa y transversal distintas cuestiones que nos afectan como lesbianas, gais, transexuales y bisexuales, de modo que, sin dejar de lado otros temas importantes de nuestra agenda política, se favorezcan y produzcan avances significativos de orden social, político, legal, sanitario, etc., sobre el tema de cada año en cuestión.

El año 2008 versó sobre de la visibilidad lésbica, 2009 abordó la diversidad afectivo-sexual en la educación y finalmente el año 2010 fue el año para Trans-formar, centrado en las necesidades y derechos de las personas transexuales.

La FELGTB dedicará el año 2011 a la respuesta a la infección por VIH y el sida, en y desde la comunidad LGTB, abordando tanto cuestiones relacionadas con su prevención, tratamiento y atención como con el apoyo a las personas LGTB afectadas por el VIH, cuestiones que aunque con distinta intensidad y alcance han sido y son abordadas año tras año, con distinta intensidad y alcance, por parte de la FELGTB y sus asociaciones miembro, merecen este año un esfuerzo y atención especial.

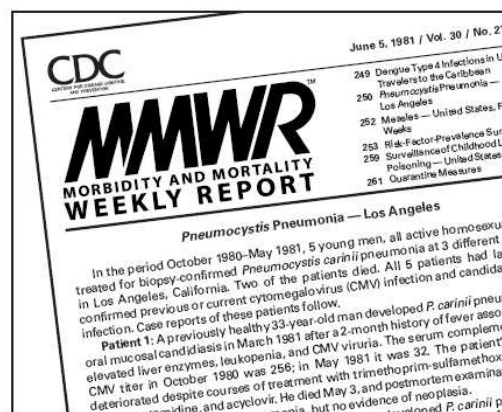
Uno de los motivos principales para priorizar esta elección es que aunque la infección por VIH/sida nos afecta a todas las personas, porque cualquiera puede infectarse si mantiene comportamientos de riesgo, también es cierto que afecta de manera especial a los colectivos sociales más vulnerables (o más bien, vulnerabilizados). Entre ellos estamos especialmente los hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo



con otros hombres (HSH), las mujeres transexuales trabajadoras del sexo y los varones trabajadores del sexo. A lo largo del texto daremos cuenta de esta realidad.

Otro motivo, aunque en realidad es más bien una oportuna coyuntura, es la celebración de una efeméride. El **5 de Junio de 1981**, el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de los Estados Unidos publicó que, entre Octubre de 1980 y Mayo de 1981, cinco hombres jóvenes homosexuales habían sido tratados de Neumonía por *Pneumocystis Carinii* en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles (California), dos de los cuales habían fallecido (1). Se trataba de los primeros casos de una enfermedad que más tarde se denominó **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**.

FIGURE. MMWR report on *Pneumocystis pneumonia* in five previously healthy young men in Los Angeles — June 5, 1981



Por tanto, en 2011 habrán pasado 30 años desde que en Estados Unidos se identificaron los primeros casos de una enfermedad que ha llegado a ser una auténtica pandemia, estando presente en todo el mundo y afectando a individuos, familias, comunidades y países, de múltiples maneras: comprometiendo la salud y segando la vida de millones de personas, transformando las relaciones sexuales y la manipulación de la sangre, poniendo a prueba las relaciones de apoyo mutuo y solidaridad familiares y sociales, revolucionando la ciencia y la investigación médica, comprometiendo el desarrollo social y económico futuro de algunos países, etc. El mundo no es igual desde que se hizo pública la existencia de aquellos primeros casos de sida; todas y todos hemos cambiado.

Como ya ocurrió en el pasado, los organismos internacionales, las instituciones y administraciones públicas, las autoridades sanitarias, las sociedades científicas, la sociedad civil y los medios de comunicación no van a pasar por alto esta efeméride y se va a producir una sinergia de comunicaciones y acciones sobre la infección por VIH y el sida que la FELGTB quiere aprovechar para impulsar su propia respuesta a la epidemia.

La FELGTB, junto con el resto del movimiento ciudadano de respuesta a la infección por VIH y el sida, puede y debe trabajar más activa e intensamente en todos los ámbitos de la infección por VIH y el sida: la prevención de la transmisión del VIH, el tratamiento de la infección, así como la atención y apoyo a las personas que viven con



VIH, defendiendo su dignidad y derechos y combatiendo su estigmatización, discriminación y marginación social.

1.3. FINES DEL AÑO TEMÁTICO

Los grandes fines del año temático serían pues:

1. Renovar, impulsar e intensificar el compromiso de y en la comunidad y el movimiento asociativo LGTB con la salud y la salud sexual, en general, y con la prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y la solidaridad y el apoyo a quienes viven con el VIH, en particular, mediante:

- + comunicación y sensibilización sobre la realidad actual de la infección por VIH/sida y su importante impacto en la población LGTB, en nuestra salud y en nuestras vidas.

- + empoderamiento y movilización asociativo y comunitario, así como de las personas que viven con el VIH en nuestro colectivo.

- + ampliación, mejora y diversificación las intervenciones preventivas, de acuerdo a la realidad actual del VIH y de nuestro colectivo, basadas en la evidencia científica y desde una perspectiva de eficiencia.

2. Generar las condiciones sociales, políticas y económicas que favorezcan y permitan a medio plazo frenar e invertir las tendencias epidemiológicas actuales de diseminación de la infección por VIH en nuestro colectivo, haciendo incidencia política para:

- + avanzar en la igualdad social de las personas LGTB y las personas con VIH y luchar contra su estigmatización y discriminación social, fruto de la LGTBfobia y sidafobia.

- + conseguir una mayor y mejor atención de nuestra salud desde una perspectiva integral, así como una auténtica educación sexual comprehensiva y respetuosa de la diversidad.

- + incrementar los recursos económicos, materiales, técnicos y humanos al servicio de la salud, la salud sexual y el acceso universal en nuestro colectivo a la prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH y el sida.

1.4. CUESTIONES TERMINOLÓGICAS

Conviene aclarar que para ONUSIDA (2), *la expresión 'hombres que tienen relaciones sexuales con (otros) hombres' (o su abreviación HSH), describe un comportamiento, más que un grupo específico de personas, y puede aplicarse tanto a los hombres que reconocen ser homosexuales como a los bisexuales, transexuales y heterosexuales.*



Por tanto, dicha expresión haría referencia a todos aquellos “varones” que, independientemente de cómo se identifican con relación a su orientación sexual o su identidad de género (incluyendo así a las mujeres transexuales nacidas biológicamente varones), mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Se trata pues de una categoría descriptiva de carácter epidemiológico que hace referencia al comportamiento, a la conducta, y no a la identidad sexual, social o cultural de una persona o grupo. En principio, se trataría pues de una categoría más inclusiva y objetiva que no entra en el fondo de la cuestión identitaria y en concreto sobre cómo las personas se definen a sí mismas o son clasificadas por otros en función de sus preferencias eróticas y afectivas (proceso de categorización mucho más subjetivo) o de su identidad de género subjetiva.

Sin embargo, aunque epidemiológicamente puede ser una categoría útil para comprender ciertos aspectos de la transmisión sexual del VIH, lo cierto es que también es una categoría que, en nuestra opinión, entraña dificultades para orientar a las políticas, campañas y acciones preventivas ya que integraría en su seno una multitud de personas con identidades marcadamente diferenciadas a nivel subjetivo y colectivo, como serían, de un lado los varones que se identifican como gays y bisexuales, aquellos otros varones que aunque se identifican como heterosexuales mantienen comportamientos homosexuales, así como a las mujeres transexuales (esto es, nacidas biológicamente varones) y que mantienen relaciones sexuales “homosexuales”, desde una perspectiva epidemiológica.

Así, Rebecca M. Young (3) ya señalaba en 2005 que *hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM) son supuestamente términos neutros de uso común en el discurso de la salud pública. Sin embargo, son problemáticos porque ocultan las dimensiones sociales de la sexualidad; socavan el auto etiquetaje de lesbianas, gays y bisexuales, y no describen suficientemente las variaciones en el comportamiento sexual.*

A menudo los términos HSH y MSM implican una falta de identidad lesbiana o gay y la ausencia de comunidades, redes y relaciones, en las que una pareja del mismo sexo significa más que un comportamiento meramente sexual. El uso excesivo de los términos HSH y MSM se suma a una historia de etiquetado científico de las minorías sexuales que refleja, y sin darse cuenta avanza, nociones heterosexistas.

Por ello, a lo largo de este texto se podrán encontrarse referencias genéricas a los HSH (especialmente en citas de estudios), pero también referencias específicas a los hombres gays, bisexuales y otros HSH, así como a las mujeres transexuales, a los varones trabajadores del sexo y a las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con otras mujeres (MSM)

1.5. ¿CUÁNTOS HOMBRES Y MUJERES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES HAY EN NUESTRO PAÍS? ¿Y MUJERES Y HOMBRES TRANSEXUALES?

Es difícil cuantificar esta realidad por muchas razones: hay pocos estudios al respecto, a menudo los estudios realizados miden y analizan cuestiones distintas, la metodología y las muestras utilizadas no son comparables, problemas relativos a la sinceridad a la hora de responder cuestiones relativas a la sexualidad y la intimidad,



etc. En todo caso, conviene tener en cuenta que los resultados siempre serán distintos en función de los ejes clasificatorios que utilicemos, como:

- si las personas se identifican a sí mismas como homosexuales, bisexuales o heterosexuales (autosexación o autclasificación sexual), o si son clasificadas por el investigador (alosexación o aloclasificación sexual)
- si se clasifica en función de variables identitarias (¿se considera usted a sí mismo homosexual, bisexual o heterosexual?), de atracción erótica (¿se siento atraído por personas del mismo sexo?) o conductuales (¿ha mantenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo?)
- además, otras variables suelen ser consideradas, como: el momento de aparición de dichos comportamientos (no significa lo mismo la misma conducta erótica en la preadolescencia y la adolescencia que más tarde), la duración en el tiempo de dichas conductas (¿durante cuánto tiempo se han mantenido relaciones homosexuales o heterosexuales?), el grado de exclusividad del comportamiento erótico (¿sólo ha mantenido relaciones homosexuales o heterosexuales?, el contexto de dichas relaciones sexuales (no significan lo mismo cuando estas relaciones sexuales se establecen por cuestiones de restricción en el acceso a personas de distinto sexo, como en una prisión), etc.

Una de las principales referencias sobre conducta sexual son los estudios que **Alfred Kinsey** realizó a **finales de los años 40 y principios de los 50 en Estados Unidos** sobre el comportamiento sexual de varones y de mujeres (4).

En concreto, Kinsey encontró en sus estudios que entre los varones:

- Un 4 % habían sido exclusivamente homosexuales desde el comienzo de su adolescencia hasta el momento de la entrevista
- Un 8 % fueron exclusivamente homosexuales al menos durante tres años entre los 16 y los 55 años.
- Un 10 % eran predominantemente homosexuales entre los 16 y los 55 años
- Un 37 % habían experimentado al menos una relación sexual con orgasmo con otra persona del mismo sexo.
- Estimó que casi un 46 % de la población masculina había mantenido tanto relaciones heterosexuales como homosexuales, o había “reaccionado” a personas de ambos sexo, en el curso de sus vidas adultas. Un 11.6 % de los varones (entre 20 y 35 años) fueron clasificados como 3 (casi igual experiencia/respuesta heterosexual y homosexual) en su escala de 7 puntos para este período de sus vidas.

Asimismo, en sus estudios encontró que entre las mujeres:

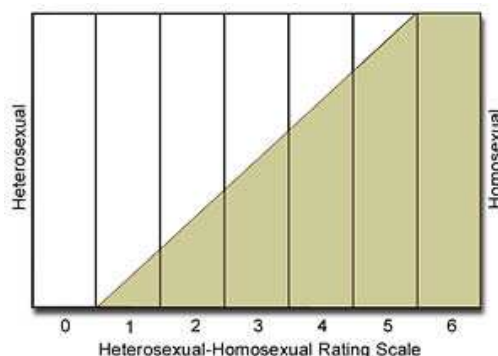
- Entre un 1 y un 3 % de las mujeres solteras entre los 20 y 35 años eran exclusivamente homosexuales en experiencia/respuesta.
- Entre un 2 y un 6 %, entre los 20 y 35 años, eran más o menos exclusivamente homosexuales en experiencia/respuesta.
- Un 13 % habían experimentado al menos una relación sexual con orgasmo con otra persona del mismo sexo.
- Encontró sólo una muy pequeña cantidad de mujeres con historias homosexuales exclusivamente. Informó que entre el 6 y el 14 % de las mujeres



(entre los 20 y 35 años) habían tenido más que incidentales experiencias homosexuales en sus vidas. Un 7 % de las mujeres solteras (entre los 20 y 35 años) fueron clasificadas como 3 (casi igual experiencia/respuesta heterosexual y homosexual) en su escala de 7 puntos para este período de sus vidas.

Kinsey desarrolló una **escala** que pretendía describir de manera más amplia y fiel la complejidad y diversidad de la orientación sexual. Según él las personas no pueden agruparse en dos únicas categorías discretas: homosexuales y heterosexuales. Asimismo, no creía que la homosexualidad y heterosexualidad describiesen identidades sino comportamientos, de ahí que utilizara tales términos como adjetivos y no como sustantivos (comportamientos homosexuales versus homosexuales masculinos y femeninos).

Kinsey entendía su escala como el reflejo de un continuo erótico en el que cada persona concreta podía ser situada en un momento dado de su vida en función de su experiencia y respuesta personal. Se ha de señalar que su escala amplió la forma de comprender la orientación sexual pasando de 3 a 6 categorías y entendiendo que nadie es 100 % homosexual ni 100 % heterosexual y que cada persona se sitúa en un punto determinado del continuo que es distinto al de cualquier otra.



- 0- Exclusivamente heterosexual
- 1- Predominantemente heterosexual, sólo incidentalmente homosexual
- 2- Predominantemente heterosexual, pero más que incidentalmente homosexual
- 3- Igualmente heterosexual y homosexual
- 4- Predominantemente homosexual, pero más que incidentalmente heterosexual
- 5- Predominantemente homosexual, sólo incidentalmente heterosexual
- 6- Exclusivamente homosexual

Más recientemente, la **National Health and Social Life Survey** (5) realizada en **Estados Unidos** en **1992** encontró en su muestra que entre los varones:

- Un 2.8 % se identificaban a sí mismos como homosexuales
- Un 5 % habían mantenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo después de los 18 años.
- Un 6 % experimentaba sentimientos de atracción erótica hacia personas del mismo sexo.



Y entre las mujeres:

- Un 1.4 % se identificaban a si mismos como homosexuales
- Un 4 % habían mantenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo después de los 18 años.
- Un 5.5 % experimentaba sentimientos de atracción erótica hacia personas del mismo sexo.

En España, y según la **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de los españoles, de 2003** (6), un 3,9% de los hombres y un 2,7% de las mujeres manifiestan haber tenido relaciones homosexuales en algún momento de su vida.

La definición utilizada excluye a aquéllos que aun reconociéndose a sí mismos con una orientación o atracción homosexual, no han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Además cabe suponer cierto grado de infradeclaración de las relaciones homosexuales por su valoración en ocasiones negativa, por lo que el número de personas con relaciones homosexuales en España probablemente esté infraestimado

Las relaciones exclusivamente homosexuales son mucho menos frecuentes que las relaciones bisexuales, como ya se ha observado en otros países europeos... un 1,1% de los hombres y un 0,2% de las mujeres han tenido relaciones sexuales sólo con personas de su mismo sexo, frente a un 2,8% y 2,5%, respectivamente, que han tenido relaciones sexuales tanto con personas de su mismo como del sexo opuesto.

Las relaciones exclusivamente homosexuales son bastante menos frecuentes en las mujeres que en los hombres, como ya se ha señalado en otras encuestas europeas

El grupo de personas que ha tenido tanto relaciones homo como heterosexuales a lo largo de la vida incluye una gran variedad de situaciones: desde personas que en la actualidad se sienten atraídas por otras de su mismo sexo pero que en su pasado tuvieron relaciones heterosexuales, o personas con pareja heterosexual que mantuvieron relaciones homosexuales durante su adolescencia, hasta las personas que habitualmente tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

En la ESHS se observa que del total de hombres que refirieron haber tenido relaciones homo y heterosexuales alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, el 60% ha tenido exclusivamente relaciones heterosexuales, el 15% sólo relaciones sexuales con otros hombres, el 18% relaciones bisexuales y un 7% no ha tenido relaciones sexuales. En el estudio comparativo de las encuestas europeas se observa también que la mayoría de las personas que refirieron haber tenido relaciones homo y heterosexuales alguna vez en la vida, durante los últimos doce meses habían tenido fundamentalmente relaciones heterosexuales. Este dato indicaría que para la mayoría de las personas que han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, estos contactos han sido esporádicos.

El informe sobre la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de los españoles, de 2003, también señala que en el Informe **Juventud en España, 2004**, el 3,4% de los hombres y el 2,0% de las mujeres de 15 a 29 años declaran haber tenido relaciones homosexuales, aunque los datos están referidos a los últimos 12 meses



Asimismo, en el capítulo sobre la “salud de la juventud” del Informe **Juventud en España, 2008** (7) se señala que han tenido relaciones sexuales homosexuales el 3,5% de los hombres y el 2,2% de las mujeres y con ambos sexos el 0,5% de los hombres y el 0,8% de las mujeres

En resumen, si estimáramos como hombre gais y bisexuales entre un 3% y un 6% del total de hombres entre 15 y 75 años y como mujeres lesbianas y bisexuales entre un 2% y un 5% del total de mujeres entre 15 y 75 años, en base al avance de datos provisionales del Padrón a 1 de enero de 2010 (Fuente: INE, <http://www.ine.es/>), querría decir que en España habría **entre 542.069 y 1.084.139 hombres gais y bisexuales** entre los **18.068.993** varones entre 15 y 70 años que hay. Asimismo, habría **entre 358.301 y 895.760 mujeres lesbianas y bisexuales** entre las 17.915.206 mujeres entre 15 y 70 años que viven en nuestro país.

Edad	Varones	Mujeres
15-19	1.184.454	1.116.053
20-24	1.369.322	1.321.916
25-29	1.756.061	1.682.238
30-34	2.137.587	1.999.208
35-39	2.086.219	1.954.210
40-44	1.945.608	1.869.519
45-49	1.771.978	1.747.972
50-54	1.535.761	1.550.528
55-59	1.284.803	1.325.627
60-64	1.196.828	1.279.938
65-69	1.000.274	1.104.649
70-74	800.098	963.348
TOTAL	18.068.993	17.915.206

En el caso de las mujeres y hombres transexuales, el informe **La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi** (8) señala que *para las cifras de prevalencia se ha tomado como referencia las utilizadas por el Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición que hablan de prevalencia para poblaciones generales de 15 o más años y son las mismas ratio que utiliza el equipo de Ámsterdam, equipo que ofrece la mayor credibilidad y experiencia. Según este Grupo de Trabajo existiría una prevalencia de 1/11.900 para transexuales femeninas (término que utilizan para personas nacidas biológicamente hombre que se sienten mujer) y de 1/30.400 para transexuales masculinos (término que utilizan personas nacidas biológicamente mujer que se sienten hombres).*

Para conocer la incidencia se ha tomado como referencia los datos manejados por el equipo sueco de profesionales de la medicina que señalan una incidencia de 0,17/100.000 en el total de la población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo.



Según el informe, en el Estado se estima una cifra de **2.292 personas transexuales**, **1.632 mujeres** (71,2%) y **660 hombres** (28,8%). Por tanto, en virtud de esta distribución porcentual en ambos casos, podría decirse que de cada diez personas transexuales siete serían mujeres y tres, hombres. Por otra parte, según los datos de incidencia, habría cada año 67 nuevos casos de personas transexuales en el Estado.

1.6. HOMOFOBIA Y TRANSFOBIA

El diccionario de la lengua española, de la RAE, define la **homofobia** como la “aversión obsesiva hacia las personas homosexuales”. (Diccionario de la lengua española, Vigésimo segunda edición. 2001. www.rae.es), es decir, un rechazo dirigido tanto hacia hombres gays como hacia mujeres lesbianas, padecimiento que podemos hacer extensivo a las mujeres y hombres bisexuales.

En el movimiento asociativo LGTB hablaremos de **lesbofobia** cuando esa aversión se dirige específicamente hacia las mujeres lesbianas; de **bifobia** cuando se dirige hacia las personas bisexuales; y de **transfobia** cuando se trata de personas transexuales o que transgreden los roles tradicionales de género. Hablamos de **LGTBfobia** cuando se dirige hacia todo el colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

En todos los casos se trata de prejuicios sociales que, como cualquiera otros (por ejemplo la xenofobia: el odio al extranjero), organizan la forma en que percibimos, nos sentimos, valoramos y nos comportamos respecto a un individuo o todo un colectivo social. Por tanto, tienen un componente emocional (miedo, odio, asco, etc.), cognitivo (percepciones y pensamientos prejuiciados y estereotipados), actitudinal (que nos predispone hacia o contra algo) y comportamental (actuamos según el prejuicio).

Estos prejuicios se encuentran presentes en:

- las personas individuales y en los grupos sociales: Según señala el Profesor Gegroy Herek (9), Profesor de Psicología en la Universidad de California, algunos estudios indican que son más homofóbicos los varones, de más edad, con menos educación, que viven en el ámbito rural, religiosamente ortodoxos, políticamente conservadores, que son más autoritarios, menos permisivos en materia de sexualidad, partidarios de los roles tradicionales de género, que creen que la homosexualidad es una elección y no tienen amistades o familiares lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.
- las instituciones: gubernamentales, políticas, educativas, sanitarias, religiosas, etc.
- las leyes: como carencia de protección jurídica de la homosexualidad y la transexualidad o de derechos de las personas homosexuales y transexuales.
- la cultura y el discurso cultural: la literatura, las artes, etc.
- los medios de comunicación: representación sesgada y estereotipada de la realidad homosexual y transexual, etc.
- el lenguaje: en los chistes, en expresiones de disgusto, etc.
- el silencio constante y pretendido en torno de la realidad del hecho homosexual y transexual: en la familia, en los medios de comunicación, en los institutos, en las parroquias, etc.



Los prejuicios seculares condenan la homosexualidad, pero también la transexualidad, desde su cuádruple consideración de “enfermedad mental”, “desviación o perversión sexual”, “comportamiento antisocial” (en otros tiempos, delito) y “pecado”. Desde esta perspectiva, la homosexualidad y la transexualidad atentarian contra un determinado orden sociocultural, jurídico-legal, sanitario, familiar, sexual y moral, representando no sólo una amenaza hacia la sociedad sino también hacia las identidades y relaciones personales y familiares.

La homofobia y transfobia se manifiesta de muchas maneras, como:

- estigmatización social: procesos de etiquetaje social basados en prejuicios y estereotipos: “los gays son promiscuos”, “las lesbianas odian a los varones”, etc.
- discriminación social: despidos encubiertos, no promoción en el puesto de trabajo, depreciación del valor social de las personas homosexuales y transexuales, sus parejas y sus familias, etc.
- aislamiento social: rechazo afectivo por familiares y amistades, etc.
- desigualdad jurídica: respecto a derechos individuales, de pareja o familia.
- violencia: agresiones verbales (insultos, humillación, acoso moral) y físicas (palizas, violaciones, asesinatos, etc.)

Estos prejuicios ocasionan en lesbianas, gays, transexuales y bisexuales un significativo estrés crónico diario que incrementa el riesgo de padecer:

- problemas de autoconcepto y autoestima,
- malestar emocional, soledad, ansiedad, depresión, etc.
- conflictos interpersonales y afectivos de pareja y familiares
- fuga del hogar familiar
- enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales
- uso del tabaco, alcohol y otras drogas, como forma de manejo del estrés
- prostitución
- suicidio
- problemas académicos y fracaso escolar
- dificultades vocacionales y laborales

En la **Guía de Psicoterapia con clientes lesbianas, gays y bisexuales** (10), adoptada por el Consejo de Representantes de la **Asociación Americana de Psicología** el 26 de Febrero de 2000, se sugiere como guía terapéutica que los psicólogos se esfuercen por comprender los modos en que la estigmatización social (como el prejuicio, la discriminación y la violencia) pone en riesgo la salud mental y el bienestar de los clientes lesbianas, gays y bisexuales, pasando a motivar dicha recomendación de la siguiente manera:

Muchas lesbianas, gays y bisexuales sufren estigmatización social, violencia y discriminación (Herek, 1991). Vivir en una sociedad heterosexista puede provocar un significativo grado de estrés en lesbianas, gays y bisexuales, muchos de los cuales sólo son tolerados si siguen “dentro del armario” (DiPlacido, 1998). El estatus de minoría sexual incrementa el riesgo de estrés asociado tanto a “problemas cotidianos habituales” (como por ejemplo, escuchar bromas anti-gay, estando siempre en guardia) como a “eventos vitales negativos, especialmente aquellos que son relevantes para los gays



(como la pérdida del empleo, de la casa, de la custodia de los hijos, la violencia anti-gay y la discriminación a causa de la orientación sexual) (DiPlacido, 1998, p. 140). Greene (1994b) destaca que el efecto acumulativo del heterosexismo, sexismo y racismo puede poner a las minorías raciales/étnicas lesbianas, gays y bisexuales en un riesgo especial respecto a los estresores sociales.

La investigación muestra que los hombres gays tienen riesgo de sufrir problemas de salud mental (Meyer, 1995) y malestar emocional (Ross, 1990) como resultado directo de la discriminación y de tener experiencias negativas en las sociedades. Según DiPlacido (1998) la investigación sobre factores de estrés psicosociales para mujeres lesbianas y bisexuales es virtualmente inexistente. Sugiere que "algunas mujeres lesbianas y bisexuales pueden estar haciendo frente a los estresores de una manera desadaptativa e insaludable como resultado de su estatus minoritario múltiple " (p. 141). Los estresores sociales que afectan a las lesbianas, gays y bisexuales adultos de más edad, como por ejemplo carencia de derechos legales y protección en caso de emergencia médica y falta de reconocimiento de las relaciones de pareja, y particularmente después de la pérdida de la pareja, se han encontrado asociados con sentimientos de desamparo, depresión y interrupción del proceso normal de duelo (Berger & Kelly, 1996; Slater, 1995). Se han estudiado los factores de estrés que afectan a jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, para los cuales se ha identificado la vulnerabilidad y el aislamiento social como preocupaciones importantes. Se ha encontrado que los estresores sociales que afectan a jóvenes lesbianas, gay y bisexuales, como abuso físico y verbal, están asociados a problemas académicos, huida del hogar, prostitución, abuso de drogas y suicidio (Savin-Williams, 1994, 1998). Se sabe que el acoso anti-gay verbal y físico es significativamente más común entre adolescentes gays y bisexuales masculinos que han intentado suicidarse que en aquellos que no lo intentaron (Rotheram-Borus, Hunter, & Rosario, 1994). Se ha asociado a estos estresores con la conducta sexual de alto riesgo (Rotheram-Borus, Rosario, Van-Rossem, Reid, & Gillis, 1995).

Las lesbianas, gays y bisexuales que viven en comunidades rurales pueden experimentar estrés asociado al riesgo de la visibilidad ya que el anonimato sobre su orientación sexual puede ser más difícil de mantener. El miedo a la pérdida del empleo o de la vivienda puede ser más significativo debido a que hay menos oportunidades dentro de una comunidad pequeña. Una menor visibilidad y menos organizaciones de apoyo para lesbianas, gays y bisexuales pueden intensificar los sentimientos de aislamiento social. Además, lesbianas, gays y bisexuales pueden sentirse más vulnerables a actos de violencia y acoso debido a que las comunidades rurales pueden disponer de poca protección legal al respecto (D'Augelli & Garnets, 1995).

Dados los peligros físicos y sociales reales y percibidos a los que hacen frente muchas lesbianas, gays y bisexuales, desarrollar un sentimiento de seguridad es de vital importancia. La estigmatización social, el prejuicio y la discriminación (por ejemplo, iniciativas de voto anti-gay o los asesinatos de lesbianas, gays y bisexuales) pueden ser fuentes de estrés y provocar entre estos clientes preocupaciones sobre el lugar de trabajo y la seguridad personal (Rothblum & Bond, 1996; Fassinger, 1995; Prince, 1995). Se ha identificado a la seguridad



física y el apoyo social y emocional como aspectos centrales para la reducción del estrés (Hershberger & D'Augelli, 1995; Levy, 1992) entre las personas lesbianas, gais y bisexuales.

Además de los estresores externos, Gonsiorek (1993) describió el proceso por el cual muchas lesbianas, gais y bisexuales internalizan las actitudes sociales negativas. Esta internalización puede resultar en problemas de auto-imagen que van desde falta de autoconfianza hasta un patente auto-odio (Gonsiorek, 1993), depresión (Meyer, 1995; Shidlo, 1994), y/o alcoholismo y abuso de otras sustancias. Meyer and Dean (1998) mostraron que era significativamente más probable que los hombres gais que puntúan alto en medidas de la homofobia internalizada experimentaran dificultades sexuales, inestabilidad en las relaciones y que se culpasen a si mismos de la persecución (victimization) anti-gay que los hombres gais menos homofóbicos.

Son más vulnerables a la homofobia y transfobia aquellas lesbianas, gais, transexuales y bisexuales que:

- han introyectado (asumido como propios) los valores negativos socialmente asociados a la homosexualidad o la transexualidad: homofobia/transfobia internalizada.
- carecen de recursos personales de afrontamiento psicológico
- carecen de modelos positivos de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales,
- carecen de redes de apoyo social y emocional: pareja, familia, amistades, asociaciones LGTB.
- y especialmente, las lesbianas, gais, transexuales y bisexuales
 - o adolescentes y jóvenes,
 - o mayores,
 - o discapacitados/as física, sensitiva, emocional o cognitivamente,
 - o y los/las que viven en el ámbito rural

Cuanto más homofóbica o transfóbica es una familia o alguno de sus miembros, especialmente los progenitores, más probable es que se ejerza diversas formas de violencia sobre sus hijos lesbianas, gais o transexuales. Así, puede producirse:

- maltrato físico, ocasionando daños físicos y lesiones, como hematomas, heridas, quemaduras, dislocaciones, fracturas, por golpes y palizas infringidos al niño/a, adolescente o joven.
- maltrato emocional, humillando, ridiculizando, insultando, criticando, rechazando, amenazando, aterrizando, aislando e ignorando.
- negligencia, privándole de atención y cuidados básicos y necesarios para su desarrollo respecto a su salud, educación, alimentación, protección, actividades de ocio y tiempo libre, etc.
- abuso sexual, forzándolo o involucrándolo en actos sexuales que no es capaz de comprender ni detener.

Según la **Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** (11) a pesar de que el conocimiento y la información acerca de la homosexualidad y el



lesbianismo han aumentado, los adolescentes todavía tienen muchas preocupaciones. Estas incluyen:

- *sentirse diferentes a sus pares (amigos o compañeros);*
- *sentirse culpables acerca de su orientación sexual;*
- *preocuparse acerca de cómo puedan responder su familia y seres queridos;*
- *ser objeto de burla y de ridículo por parte de sus pares;*
- *preocuparse acerca del SIDA, la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual;*
- *temer al discrimen si tratan de pertenecer a clubes, participar en deportes, ser admitidos en universidades y conseguir empleos;*
- *ser rechazados y acosados por otros.*

Los adolescentes homosexuales pueden aislarse socialmente, separarse de las amistades y los amigos, tener problemas concentrándose y desarrollar una pobre autoestima. También pueden desarrollar una depresión. Los padres y otras personas necesitan estar alerta a estas señales de angustia, ya que estudios recientes demuestran que entre los jóvenes homosexuales y lesbianas existe un alto incidente de muertes por suicidio.

En resumen, la homofobia y la transfobia son un prejuicio social que dificulta, cuando no trunca, el ciclo vital de lesbianas, gais, bisexuales y transexuales, es decir, durante su adolescencia y juventud (enamoramamiento, primeras relaciones afectivas y sexuales, aprendizaje de la intimidad), período adulto (pareja, hijos, familia) y vejez (fallecimiento de la pareja, soledad, etc.).



2. LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD LGTB.

El **Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012** (12), del Ministerio de Sanidad, ya señalaba en 2008 que *la información epidemiológica disponible indica que, en la actualidad, los subgrupos de población que requieren intervenciones específicas en España son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que se inyectan drogas (usuarios de drogas inyectadas, UDI o inyectores) y las personas que ejercen la prostitución (PEP), sean mujeres, hombres o transexuales, y sus clientes.*

2.1. LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN HOMBRES GAIS, BISEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENE SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH)

2.1.1. Datos epidemiológicos

Según el **Ministerio de Sanidad**, *los datos epidemiológicos demuestran que en nuestro país los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) son el único grupo de población en el que está aumentando el número de nuevos diagnósticos de VIH. Para Martínez Olmos (Secretario General de Sanidad), estos datos obligan a intensificar las medidas de prevención específicamente dirigidas a este colectivo: “En España uno de cada diez hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres ya está infectado por el VIH. De estos infectados, el 20% no lo sabe”, ha subrayado* (13)

Este panorama no es muy distinto al de países de nuestro entorno y, en ese sentido, **ONUSIDA** indicaba en su **Informe sobre la epidemia mundial de Sida de 2008** (14) que *los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúan siendo el grupo poblacional más expuesto al riesgo de contraer el VIH en los países de Europa occidental. De hecho, el número de nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a las relaciones sexuales sin protección entre hombres ha ascendido drásticamente en los últimos años en Europa occidental; este aumento parece estar asociado con los incrementos informados de relaciones sexuales sin protección entre hombres en varios países.*

En su informe de **2009** (15), **ONUSIDA** sigue señalando que *en Europa occidental y central, las epidemias nacionales se concentran en poblaciones clave que corren mayor riesgo, en especial los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectables y los inmigrantes.*

Las pruebas indican que el número de nuevas infecciones por el VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha aumentado en la última década en países de ingresos altos, mientras que las tasas de nuevas infecciones entre usuarios de drogas inyectables han decaído.

Las relaciones sexuales entre hombres representan el modo predominante de transmisión en la Unión Europea. En Europa en general, el número aumentó un 39% entre 2003 y 2007.



Asimismo, en la comunicación de la **Comisión de las Comunidades Europeas** sobre “Lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países vecinos, 2009-2013” (16), de 2009, se señala que *los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres constituyen la población de mayor riesgo de la UE. Se desconoce la verdadera dimensión de la epidemia de VIH entre ese colectivo en los países vecinos. La estigmatización, la discriminación y la homofobia están a menudo asociados con la homosexualidad y pueden falsear los datos sobre vigilancia y producir la consiguiente subestimación de este grupo en la epidemia de VIH/sida.*

Según el **Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)** (17), en el que actualmente participan 15 Comunidades Autónomas y que cubren al 64% de la población, hasta el 30 de junio de 2010 se ha recibido la notificación de **2.264 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2009.**

La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente (42,5%), seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 34,5%... Así pues, el 77% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2009 tienen su origen en la transmisión sexual.

*Desglosadas las categorías de transmisión **según el sexo**, entre los hombres, la transmisión HSH supone el 53,4% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2009, sumando la transmisión heterosexual el 23%.*

*Al observar la distribución de los casos por **categoría de transmisión y zona geográfica de origen** se observa que, entre los diagnósticos en hombres homosexuales/bisexuales destacaron, tras los de origen español (68,3%), los de origen latinoamericano (24%).*

*Según la categoría de transmisión, el **diagnóstico tardío** (definido como tener entre 200 y 350 CD4 en el momento de ser diagnosticados y, por tanto, ser susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral) es máximo en los hombres heterosexuales (64%), siendo los HSH los que presentan un menor retraso (42%).*

*Analizada la **tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH** por categorías de transmisión... En el caso de la transmisión heterosexual, aunque se evidencia un descenso en el porcentaje de nuevos diagnósticos por esta causa, las tasas se encuentran bastante estabilizadas (41,8 en 2004 frente a 39,2 en 2008, y 30,5 en 2009) sobre todo cuando se tiene en cuenta que no se ha corregido por retraso en la notificación. Por el contrario, se observa un claro aumento en las tasas/millón de habitantes en el caso de la transmisión entre HSH (27,3 en 2004 a 39,9 en 2008, y 30,5 en 2009). Dado el peso creciente que esta última categoría de transmisión tiene en el conjunto de los nuevos diagnósticos, el incremento en sus tasas repercute sobre las globales.*

Al analizar la distribución de los casos por la zona de origen y categoría de transmisión se aprecia que, entre los españoles, la transmisión homosexual ocupa el primer lugar, desde el año 2005. Entre los originarios de otros países la transmisión predominante es la heterosexual; sin embargo esta tiende a estabilizarse, mientras que los nuevos diagnósticos en HSH presentan una tendencia ascendente. En definitiva, y



estratificados los datos por sexo y país de origen, se observa una clara tendencia ascendente en los HSH, tanto en españoles como en inmigrantes.

De otro lado, los estudios que lleva a cabo el **Grupo EPI-VIH** (18), constituido por una red de 20 centros de primera línea, en 19 ciudades españolas, para el consejo y el diagnóstico de VIH e ITS en poblaciones de gran vulnerabilidad para la infección, recogen las características de las personas que voluntariamente acuden a realizarse la prueba del VIH, ya sea por primera vez ("primera visita") como de las que acuden varias veces al mismo centro ("revisión"), así como las características de las personas que son diagnosticadas de infección por VIH.

Durante los años 2000-2008 se realizaron 124.428 determinaciones para el VIH a personas que acudían en su primera visita al centro participante en el estudio y 69.212 determinaciones a individuos que ya se habían realizado la prueba de VIH en el mismo centro en ocasiones anteriores. De acuerdo al estudio, *en total se diagnosticaron 4.403 infecciones por el VIH a lo largo del periodo: 3.219 en primera visita y 1.184 en revisiones*

En primera visita se realizaron determinaciones para el VIH a 20.130 HSH y en revisiones a 20.203 HSH.

En primeras visitas el mayor porcentaje de diagnósticos se produjo en los HSH y el número de diagnósticos aumentó de 109 (31,6%) a 287 (61,9%) en el periodo 2000-2008 ($p < 0,05$)... En revisiones se observa la misma tendencia aumentando desde 43 (45,7%) diagnósticos a 166 (76,5%) en los HSH ($p < 0,05$)

Entre los HSH sin otras exposiciones de riesgo, la prevalencia en primera visita osciló entre 7,5% y 7,2, entre 2000 y 2004, estabilizándose a niveles superiores en los años siguientes y alcanzando el 9,4% en 2008; en revisiones la prevalencia ha aumentado claramente en el periodo (desde 2,9 a 5,6%) ($p < 0,05$).

2.1.2. Factores de riesgo y vulnerabilidad.

En la búsqueda de respuestas a la pregunta de por qué el VIH afecta desproporcionadamente a los HSH, no debemos olvidar que existen diversos, distintos y complejos **factores de riesgo y vulnerabilidad** que pueden hacer a los HSH más susceptibles de contraer el VIH.

Los **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU.** (19) señalan un amplio espectro de riesgos para la infección y de barreras para la prevención que enfrentan los HSH, como son:

Factores de riesgo sexuales

Los factores de riesgo sexual explican la mayoría de las infecciones de VIH en HSH. Estos factores incluyen el sexo sin protección y las infecciones de transmisión sexual (ITS).



- Tener sexo anal sin condón sigue siendo una amenaza significativa para la salud de los HSH. El sexo anal sin protección (barebacking) con parejas ocasionales es una preocupación creciente. No se conocen todas las razones de un aparente aumento de la penetración anal sin protección, pero la investigación apunta a los siguientes factores: el optimismo sobre la mejora del tratamiento del VIH, consumo de sustancias, toma de decisiones sexuales complejas, la búsqueda de parejas sexuales en Internet, y la falta de prácticas sexuales más seguras. Algunos hombres pueden estar practicando el serosorting, esto es, tener relaciones sexuales (o relaciones sexuales sin protección) sólo con una pareja cuyo estado serológico frente al VIH es, en su opinión, el mismo que el suyo propio. Aunque el serosorting entre HSH VIH-positivos es probable que prevenga la transmisión del VIH a personas que no están infectadas, la efectividad del serosorting entre hombres que han resultado VIH-negativos no se ha establecido. Practicar el serosorting con condón puede reducir aún más el riesgo de transmisión del VIH. Sin embargo, para los hombres con parejas ocasionales, practicar sólo el serosorting es probable que sea menos eficaz que usar siempre condones porque algunos hombres no saben o no revelan su estado serológico frente al VIH.

- Las infecciones de transmisión sexual, que aumentan el riesgo de infección por el VIH, siguen siendo un importante problema de salud para los HSH... Además de aumentar la susceptibilidad al VIH, las ITS son marcadores de las prácticas sexuales de alto riesgo, a través del cual la infección por VIH puede ser transmitida.

Estado serológico desconocido frente al VIH:

Aproximadamente el 25% de las personas en los Estados Unidos que están infectadas con el VIH no saben que están infectadas.

- A través de su sistema nacional de vigilancia del comportamiento del VIH, los CDC encontraron que el 25% de los HSH encuestados en 5 grandes ciudades de los EE.UU. estaban infectados con el VIH y el 48% de los infectados no eran conscientes de sus infecciones.

- En un reciente estudio de los CDC sobre los jóvenes HSH, el 77% de los que resultaron VIH-positivos creían equivocadamente que no estaban infectados. De los hombres que dieron positivo, la mayoría (74%) habían dado antes resultados negativos para la infección por el VIH, y el 59% creían que estaban en situación de riesgo bajo o muy bajo.

La investigación ha demostrado que muchas personas que se enteran que están infectadas con el VIH cambian sus comportamientos para reducir el riesgo de transmitir el virus. Por lo tanto, aumentar la proporción de personas que conocen su estado serológico del VIH puede ayudar a disminuir la transmisión del VIH.

Consumo de sustancias

El uso de alcohol y drogas ilegales sigue siendo prevalente entre algunos HSH y está asociado a factores de riesgo para la infección por VIH y otras ITS. El consumo de sustancias puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH a través de la tendencia a comportamientos sexuales de riesgo bajo sus efectos y al compartir agujas o equipo



de inyección...La metanfetamina y otras drogas recreativas (como el éxtasis, la ketamina y el GHB) se pueden utilizar para disminuir las inhibiciones sociales y mejorar las experiencias sexuales. Estos medicamentos, junto con el alcohol y los inhalantes de nitrato ("poppers"), han sido fuertemente asociados con prácticas sexuales de riesgo entre los HSH.

La complacencia con el riesgo

Tras más de 25 años de epidemia del VIH, existe evidencia de una infravaloración del riesgo, de la dificultad en mantener prácticas de sexo más seguro y de la necesidad de apoyar los esfuerzos de prevención para todos los hombres gay y bisexuales.

- El éxito de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) puede haber tenido la consecuencia no intencionada de aumentar las conductas de riesgo de algunos HSH.

- Algunas investigaciones sugieren que las percepciones de los aspectos negativos de la infección por el VIH se han reducido al mínimo desde la introducción del TARGA, que ha dado lugar a una falsa comprensión de lo que significa vivir con el VIH y por lo tanto a un aumento en conductas sexuales de riesgo. Por ejemplo, algunos HSH pueden creer equivocadamente que ellos o sus parejas no son infecciosos cuando toman medicamentos antirretrovirales o cuando tienen cargas virales bajas o indetectables.

- El optimismo acerca de los tratamientos o el VIH se asocia con una mayor disposición a tener sexo anal sin protección.

- Los esfuerzos a largo plazo para practicar relaciones sexuales más seguras representan un reto significativo. Un estudio en 4 ciudades indica que la exposición a los mensajes de prevención y los esfuerzos a largo plazo para practicar el sexo seguro puede desempeñar un papel en la decisión de los HSH VIH-positivos para participar en sexo anal sin protección.

- Los índices de conductas de riesgo son más altos entre los HSH jóvenes que entre los HSH mayores. No habiendo visto de primera mano el número de víctimas del SIDA en los primeros años de la epidemia, los HSH jóvenes pueden estar menos motivados para practicar sexo más seguro.

HSH VIH-positivos

El TARGA ha permitido a los HSH con VIH vivir más tiempo. Sin embargo, el éxito del TARGA significa que hay más HSH con VIH que potencialmente pueden transmitir el virus a sus parejas sexuales. Esto pone de relieve la importancia de centrar los esfuerzos de prevención en las personas que viven con el VIH.

Aunque muchos HSH reducen sus conductas de riesgo después de saber que tienen el VIH, la mayoría siguen siendo sexualmente activas. La mayoría de HSH infectados por el VIH creen que tienen la responsabilidad personal de proteger a otros del VIH, pero algunos se implican en conductas sexuales de riesgo que pueden resultar en que otros contraigan el VIH.



Internet

Durante la última década, Internet ha creado nuevas oportunidades para que los HSH encuentren parejas sexuales. Los usuarios de Internet pueden encontrar, de forma anónima, compañeros con intereses sexuales similares sin tener que salir de casa o tener que arriesgarse a un rechazo cara a cara si los comportamientos que buscan no son consistentes con el sexo más seguro. Internet también puede normalizar ciertas conductas de riesgo, haciendo que otros se enteren de estos comportamientos y la creación de nuevas conexiones entre quienes se dedican a ellos. Al mismo tiempo, y sin embargo, Internet tiene el potencial de ser una herramienta poderosa para el uso con las intervenciones de prevención del VIH.

Discriminación social y aspectos culturales

Los HSH son miembros de todas las comunidades, razas y etnias, y estratos de la sociedad. Para reducir la tasa de infección por el VIH, los esfuerzos de prevención deben ser diseñados con el respeto de las muchas diferencias entre los HSH y con el reconocimiento de la discriminación contra los HSH y otras personas infectadas con el VIH en muchas partes del país.

- Los factores sociales y económicos, incluidos el racismo, la homofobia, la pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud son obstáculos para los servicios de prevención del VIH, especialmente para los HSH que pertenecen a minorías raciales o grupos étnicos.

- El estigma asociado con la homosexualidad puede inhibir a algunos hombres de identificarse a sí mismos como homosexuales o bisexuales, a pesar de que tienen relaciones sexuales con otros hombres (y, en ese sentido, no beneficiarse de algunos servicios de prevención del VIH)

Las combinaciones de factores de riesgo

Hay un creciente reconocimiento de que la combinación de factores individuales, socioculturales y biomédicos afectan el comportamiento de riesgo de VIH entre los HSH. El abuso sexual infantil, consumo de sustancias, depresión y violencia en la pareja se ha demostrado que aumentar la práctica de conductas sexuales de riesgo. Otras investigaciones han demostrado que los efectos combinados de estos problemas pueden ser mayores que sus efectos individuales. Por lo tanto, los HSH con más de 1 de estos problemas pueden tener factores de riesgo adicionales para la infección por el VIH. La expansión y un mayor conocimiento de este tipo de investigación, que demuestra el efecto aditivo de los diversos problemas psicosociales, dará lugar a más actividades de prevención precisas.

Diferencias dentro de la población de HSH

A pesar de que los HSH constituyen un grupo en vulnerable para el VIH, no todos los HSH están en riesgo por el VIH. Analizar el contexto en el cual los HSH viven y socializan puede ser un método prometedor para el desarrollo y focalización de las intervenciones del VIH. Un reciente ensayo a gran escala de una vacuna eficaz contra el VIH estudió combinaciones de características demográficas y los comportamientos



de riesgo para ayudar a identificar los HSH en mayor riesgo. Este estudio de más de 5.000 HSH VIH-negativos encontró que los hombres mayores con un gran número de parejas sexuales, los hombres jóvenes que utilizaron drogas recreativas, y los hombres mayores que utilizaron inhalantes de nitrato eran más propensos a contraer el VIH.

La valoración de las diferencias dentro de la comunidad de HSH ayudará en el desarrollo de intervenciones eficaces de prevención del VIH.

En 2010, los CDC han señalado otro factor más (20): **Alta prevalencia del VIH**. La alta prevalencia del VIH entre hombre gays y bisexuales significa que los HSH tienen un mayor riesgo de infectarse en cada encuentro sexual, especialmente a medida que su edad avanza

Para la AMFAR (21), el aumento de las tasas de infección en HSH en países desarrollados y en desarrollo pueden atribuirse a un complejo conjunto de factores biológicos, factores conductuales y socio-culturales que puede colocar los HSH en mayor riesgo de adquirir y transmitir el VIH. Además de los comentados previamente, señala los siguientes:

- Si bien no hay pruebas de que el MSM sean biológicamente más susceptibles a la infección por el VIH que otras personas, existen **factores biológicos asociados** con el comportamiento sexual entre hombres, en particular el coito anal, que incrementan el riesgo de los individuos". Así "en comparación con la vagina, el tejido rectal es mucho más vulnerable a los desgarros durante la relación sexual y la mayor superficie de área del recto/colon proporciona más oportunidades para la penetración viral y la infección.
- Actos sexuales específicos en el repertorio de los HSH que confieren riesgo de infección por el VIH. Descendiendo en el orden de riesgo, entre ellos se incluyen la penetración anal receptiva sin protección, la penetración anal receptiva insertiva sin protección y el sexo oral.
- Múltiples parejas sexuales, el uso no sistemático del condón, la falta de conocimiento sobre el riesgo del VIH y actitudes negativas o complacientes hacia el sexo más seguro.
- La **depresión** en HSH se ha vinculado con el incremento de conductas de riesgo tales como el coito anal sin protección, el uso de drogas y alcohol, el uso inconsistente del condón y múltiples parejas sexuales.
- Algunos estudios han encontrado que los HSH, en particular jóvenes HSH, que tienen un historial de **abuso sexual infantil** tienen más probabilidades de incurrir en conductas de alto riesgo, como el coito anal sin protección, el abuso de sustancias, y el intercambio de sexo por dinero o drogas. Estos estudios también encontraron que los HSH con una historia de abuso sexual infantil son más propensos a resultar ser VIH-positivos y haber experimentado violencia en sus relaciones.



Asimismo, según ONUSIDA (14) *quienes adoptan comportamientos más seguros pueden experimentar 'fatiga de la prevención' y, con el tiempo, volver a los comportamientos anteriores que son la norma en su comunidad. Además, los cambios en el entorno pueden alterar las percepciones individuales del riesgo. En países de ingresos altos, por ejemplo, la perspectiva de mejores tratamientos le restó gravedad a la enfermedad para algunos y, al parecer, provocó un aumento en los comportamientos sexuales que incrementan el riesgo de exposición al VIH.*

En ese sentido, Antonio Guirado (22), destacado activista gay en la lucha contra el VIH, señala que *una sociedad o grupo social no puede estar en permanente estado de crisis: o la situación que provoca la crisis es solucionada o acaba siendo asumida como parte de la vida cotidiana.*

Otras cuestiones a tener en cuenta pueden ser:

- La alta carga viral comunitaria (la carga viral media de todas las personas infectadas por VIH en una comunidad determinada)
- Las características de las redes sexuales (grupos de personas interconectadas sexualmente) de los HSH: número de personas en la red, centralidad de las personas con VIH, porcentaje de relaciones monógamas, número de "enlaces" que una persona tiene con los otros, etc. (23)
- El desconocimiento de la posibilidad de acceder a la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional, en caso de exposición excepcional al VIH por rotura o mal uso del preservativo o por práctica de riesgo ocasional;
- La "invisibilidad" de los HSH con VIH y, por tanto, de la constatación de que la Infección por VIH/Sida sigue presente en la comunidad LGTB;
- El vínculo entra masculinidad y riesgo.
- Y seguramente otros muchos.

Para Ford Hickson (24), investigador de Sigma Research, que ha estudiado las relaciones sexuales entre hombres especialmente con relación a la transmisión del VIH, *"las razones que inducen un comportamiento de riesgo sexual son muchas y extendidas, pero las que implican una conducta precavida son exiguas y demasiado focalizadas"*. Para Hickson las razones que alientan el comportamiento de riesgo son:

- *El poder del placer sexual. "Si no entiendes el riesgo sexual -comentó- es, probablemente, porque no aprecias el deseo sexual".*
- *La rápida expansión de la escena gay en "un amplio sector de negocios que ofrece servicios de contacto sexual y lugares en los que practicar sexo".*



- *La continua denigración de la homosexualidad en la sociedad y el aislamiento emocional que conlleva, así como el bajo estado de ánimo de muchos hombres gais.*
- *La automedicación con alcohol y drogas, que resulta problemática en una cultura que excusa la exposición a riesgos bajo la influencia de estas sustancias.*
- *La creencia generalizada de que el “sexo real” es el sexo anal.*
- *El fetichismo y la consideración del sexo anal sin protección (conocido como barebacking) como un comportamiento transgresor. “La subcultura gay ha legitimado durante mucho tiempo la erotización de pensamientos inaceptables”, sugirió Hickson, y el porno barebacking es una manifestación de este fenómeno.*
- *Normas culturales individualistas que rechazan las nociones de responsabilidad. “La idea de que tienes que sacrificar algo para proteger a otros parece, en este momento, ser profundamente extraña para la cultura gay y las medidas de prevención de la infección por VIH”, afirmó.*
- *Sesgos optimistas en nuestro pensamiento: decimos a nosotros mismos que los riesgos son menores de lo que son.*

Por tanto, y en base a los factores de riesgo y vulnerabilidad documentados, no hay una única “causa” que explique el aumento de la incidencia de VIH entre los HSH. Son muchos y complejos los factores que intervienen e interactúan entre ellos, así como otros presumibles, como por ejemplo, la influencia en los datos epidemiológicos de la realización en los últimos años de campañas de promoción de la prueba VIH entre los HSH, dato que se ve reforzado por el hecho comprobado de que existe menos diagnóstico tardío entre nosotros que en la población heterosexual.

2.2. LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN MUJERES TRANSEXUALES Y VARONES TRABAJADORES DEL SEXO.

Datos epidemiológicos y factores de riesgo y vulnerabilidad.

La información disponible en nuestro país sobre prevalencia del VIH en mujeres transexuales y HSH trabajadores sexuales procede de los estudios que lleva a cabo el **Grupo EPI-VIH** (18),

Durante los años 2000-2008, en primera visita al centro participante en el estudio se realizaron determinaciones para el VIH a 350 (0,3 % del total) **mujeres transexuales** y en revisiones a 376 (0,5 %). En primera visita, se dieron 90 (2,8 %) nuevos diagnósticos de VIH a mujeres transexuales, resultando una prevalencia del 25,7 %. En revisiones, se diagnosticaron 9 (0,8 %) nuevos casos, con una prevalencia del 2,4%.

En el mismo periodo de tiempo, en primera visita se realizaron determinaciones para el VIH a 1.052 (0,8 % del total) **HSH trabajadores sexuales** y en revisiones a 903 (1,3 %). En primera visita, se dieron 195 (6,1 %) nuevos diagnósticos de VIH a HSH trabajadores sexuales. En revisiones, se diagnosticaron 38 (3,2 %) nuevos casos. Así, según el estudio *hay que destacar la elevada prevalencia en HSH que ejercen la prostitución: para el total del periodo, la prevalencia en primera visita fue del 18,5% y*



del 4,2% en revisiones.

Con relación a las **mujeres transexuales y los varones trabajadores del sexo**, en 2010, el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha señalado que *“el VIH afecta de forma desproporcionada a los HSH, personas transexuales, mujeres, hombres y transexuales trabajadores del sexo (hombres, mujeres y transexuales) y otras minorías sexuales/grupos LGBT, quienes son tremendamente vulnerables frente al VIH como consecuencia del elevado riesgo de contraer el virus y el estigma y la discriminación al que están expuestos permanentemente. Entre estos grupos los más vulnerables son los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transexuales. Las personas pertenecientes a estas minorías sexuales, que además son trabajadoras del sexo o se inyectan drogas, tienen un riesgo aún mayor de contraer el VIH”*. (25)

Según ONUSIDA *“en un mundo donde la gran mayoría de las infecciones por VIH se transmiten por vía sexual, los profesionales del sexo y sus clientes corren un riesgo más elevado de contraer el virus, principalmente como consecuencia de un mayor número de parejas sexuales”*; y sigue *“los datos epidemiológicos sobre las tasas de infección por el VIH entre los profesionales del sexo y sus clientes reflejan la falta de una respuesta adecuada a sus necesidades en cuestiones de derechos humanos y salud pública. Estudios recientes siguen confirmando que en muchos países las tasas de infección por el VIH entre trabajadores sexuales son más altas que en la mayoría de otros grupos poblacionales”*. (26)

Los datos epidemiológicos no sólo señalan las altas tasas de infección por VIH que existen entre las mujeres transexuales y los varones trabajadores del sexo, sino que deben servir para alertarnos sobre su gran vulnerabilidad. Así, el Ministerio de Sanidad señala que *“las mujeres transexuales presentan una particular vulnerabilidad, por las prácticas sexuales, por la vulnerabilidad biológica, por los mismos factores socioeconómicos y culturales y, además, por la transfobia vivida”* (12)

A su gran vulnerabilidad hay que añadir como indica ONUSIDA que *“puesto que el trabajo sexual es altamente estigmatizado en muchas sociedades, la mayoría de los profesionales del sexo afronta algún grado de estigma y discriminación. Los profesionales varones y transexuales del sexo quizás enfrenten el estigma y la discriminación en mayor medida”* (26)

2.3. LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN MUJERES LESBIANAS, BISEXUALES Y OTRAS MUJERES QUE TIENEN SEXO CON OTRAS MUJERES (MSM).

Datos epidemiológicos y factores de riesgo y vulnerabilidad.

Al respecto de la cuestión, en 2006 los CDC (27) publicaron un informe en el que se afirma *la transmisión del VIH de una mujer a otra parece ser muy poco frecuente. Sin embargo, se han reportado casos en los cuales se ha presentado la transmisión del VIH de una mujer a otra. El riesgo bien documentado de transmisión del VIH de mujer a hombre demuestra que las secreciones vaginales y la sangre menstrual pueden contener el virus y que la exposición de la membrana mucosa (oral, vaginal) a estas secreciones tiene el potencial de causar la infección por el VIH.*



En ese sentido, el documento realiza una serie de recomendaciones para reducir el riesgo de transmisión del VIH en mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/qa34.htm>

Según un reciente documento de 2009 de GMHC (28), *aunque lesbianas y MSM tienen un riesgo relativamente bajo de infección por VIH, el sexo lésbico no está exento de riesgo*. El documento sigue afirmando que *aunque no hay casos confirmados de transmisión de mujer a mujer y virtualmente ningún diálogo sobre el riesgo de las lesbianas, muchas lesbianas que se identifican a si mismas como tales están viviendo con el VIH. Muchos se preguntan sobre cómo las lesbianas contraen el VIH. La literatura ha indicado que las mujeres que tienen sexo con mujeres tienen un elevado riesgo de contraer el VIH si mantienen actividades de alto riesgo*.

Esto está apoyado por las investigaciones que indican que las MSM han mostrado que:

- *Creen que no están en riesgo de contraer el VIH (Kaiser Network, 2001),*
- *Usan drogas inyectables (Young et al., 1992)*
- *Informan de altas tasas de sexo con hombres bisexuales y usuarios de drogas inyectables (Koh et al., 2005)*
- *Mantienen relaciones sexuales con hombres (Rosario et al., 1999)*
- *Es menos probable que hablen de su sexualidad con sus médicos (Meckler et al., 2006)*
- *Es más probable que informen sobre niveles bajos de salud física y (Marrazzo, 2004)*
- *Informan que tienen barreras para acceder a los servicios de salud (Solarz et al., 1999)*

Por tanto, es necesario investigar, documentar, explicar y visibilizar adecuadamente los riesgos que las mujeres lesbianas, bisexuales y otras MSM pueden correr tanto en sus relaciones sexuales con otras mujeres como con hombres o por otras vías, como el uso de drogas por vía parenteral, así como aquellos factores que las pueden hacer más vulnerables a la infección por VIH.

2.4. RESUMEN EPIDEMIOLÓGICO.

En resumen, los datos sobre la infección por VIH/sida en España indican que:

- *es una infección básicamente de transmisión sexual: casi 8 de cada 10 nuevos diagnósticos.*
- *los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) son el único grupo de población en el que está aumentando el número de nuevos diagnósticos de VIH.*
- *afecta desproporcionadamente a los HSH: 4 de cada 10 nuevos diagnósticos en total y 5 de cada 10 nuevos diagnósticos realizados en varones.*
- *entre los nuevos diagnósticos en HSH destacan tras los de origen español (7 de cada 10) los de origen latinoamericano (2 de cada 10).*



- hay una alta prevalencia entre los HSH: 1 de cada 10 viven con el VIH, y de ellos 2 de cada 10 no lo saben; así como entre las mujeres transexuales y los hombres que ejercen la prostitución, 1 de cada 5 y 2 de cada 10, respectivamente.
- existe cierto retraso diagnóstico entre los HSH que no se debe desdeñar: 4 de cada 10 nuevos casos eran susceptibles de estar en tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados.

Por tanto, a la luz de los datos hemos de concluir que la infección por VIH está afectando de una manera desproporcionada a los hombres gais, bisexuales y otros HSH, así como a las mujeres transexuales trabajadoras del sexo y los varones trabajadores del sexo.

2.5. DISCUSIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD

Seguramente, todos los factores anteriormente señalados deben ser tenidos en consideración; sin embargo, desconocemos el peso específico que cada uno, o el resultante de la interacción de varios de ellos, tiene a la hora de explicar por qué está aumentando el número de diagnósticos de VIH entre los hombres gais, bisexuales y otros HSH; y sobre todo desconocemos cuál es el peso diferencial que tienen, atendiendo a la pluralidad y heterogeneidad de los hombres gais, bisexuales y otros HSH y de la población LGTB. **Son necesarios**, pues, **más estudios** no sólo **epidemiológicos** sino también **psicosociales y antropológicos** que ayuden a explicar estos hechos y comportamientos y dar cuenta del significado profundo, personal y colectivo, que tiene entre los HSH y la comunidad LGTB.

Como sabemos, y autores como Silvia Ubillos (29) han señalado, el problema que plantea la prevención del VIH es *complejo y multifacético*. *En él confluyen aspectos individuales, sociales y estructurales*. *Por tanto, la respuesta que debemos dar a esta problemática debe ser también compleja, holística y en ella se deben articular todas estas dimensiones*. La Infección por VIH/sida, la sexualidad humana, la realidad de las personas LGTB, la homofobia, bifobia y transfobia, la producción y mantenimiento a largo plazo de cambios comportamentales... son todas cuestiones complejas y como tales han de ser tratadas, más allá de análisis simplistas, reduccionistas o sensacionalistas. Por ello, cara a indicar qué respuesta debemos dar a los retos que en la actualidad plantea la prevención de la transmisión sexual del VIH en la comunidad LGTB, es conveniente realizar diversas **consideraciones**.

En primer lugar, hemos de recordar que, como afirma ONUSIDA (14), **una de las mayores dificultades para la prevención del VIH es sostener en el tiempo los cambios favorables en los comportamientos sexuales y de consumo de drogas**. *La prevención del VIH no es una intervención de "dosis única" que confiere inmunidad contra la infección para toda la vida. Por el contrario, la reducción del riesgo es un esfuerzo de por vida que requiere apoyo, afianzamiento y autocontrol, y sigue "es difícil sostener un cambio en el comportamiento personal por una serie de razones. Con frecuencia, los esfuerzos de prevención son a corto plazo, y las personas pueden volver a patrones de comportamiento anteriores si las iniciativas de prevención no se*



mantienen ni refuerzan. En ese sentido, todos estamos de acuerdo en que, *al igual que el tratamiento del VIH, la prevención del VIH es de por vida;* se trata pues de **una prevención sostenida** y, por tanto, **requiere de mejorar continuamente** la calidad técnica de nuestras intervenciones, necesita de atender mejor a las diversidades y singularidades de la población LGTB, exige la generación de nuevos procedimientos e instrumentos, como puede ser en el caso de Internet y las redes sociales virtuales, demanda un esfuerzo de inventiva y creatividad, a sabiendas de que **no hay recetas ni fórmulas mágicas** que por si solas vayan a significar un cambio positivo y radical en la prevención de la transmisión del VIH. En ello estamos.

Ahora bien, la prevención de la transmisión del VIH en el colectivo LGTB **no es ni puede ser una responsabilidad exclusiva del movimiento asociativo LGTB, sino de toda la sociedad**, sus instituciones, instrumentos y actores. Primero, porque dicha tarea excede con creces la capacidad y recursos de las asociaciones LGTB, especialmente si tenemos en cuenta la pluralidad y diversidad de las personas a la que habría que atender; segundo, porque las administraciones públicas, en todos los ámbitos (estatal, autonómico y local) tienen las competencias, la responsabilidad, la obligación y los instrumentos para atender la salud de la población LGTB; y tercero, y más importante, porque como parte integrante de nuestra sociedad, lesbianas, gais, transexuales y bisexuales aspiramos a ser cuidados por ella y cuidar de ella, en las mismas condiciones y con las mismas responsabilidades que cualquiera de sus otros miembros.

En segundo lugar, **los HSH no son un grupo social homogéneo**, ni tampoco la población LGTB. Al contrario, como indica ONUSIDA (14) *“los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son tan heterogéneos culturalmente como la población mundial, van desde hombres identificados como homosexuales en entornos urbanos importantes de países de ingresos altos a profesionales del sexo....* En ese sentido, ONUSIDA (30) recalca *“las relaciones sexuales entre hombres se producen en circunstancias diversas y entre individuos cuyas experiencias, modos de vida, comportamientos y riesgos asociados al VIH varían enormemente. Abarcan toda una gama de identidades sexuales y de género entre personas de distintos contextos socioculturales. Pueden involucrar a hombres que se identifiquen como homosexuales, gais, bisexuales, transgéneros o heterosexuales”.*

Además de las cuestiones relativas a la identidad sexual, entre la población LGTB se dan **diversidades y singularidades importantes para la intervención**, como son el hecho de que son personas:

- con distinto nivel educativo,
- que unas son nacionales y otras son inmigradas (castellanoparlantes o no), con una tradición cultural y unos valores y formación en materia de sexualidad distintos,
- que pueden estar socialmente insertadas o pueden estar en riesgo de exclusión social,
- que pueden ejercer la prostitución o ser usuarios de la misma,
- que pueden presentar algún tipo de discapacidad física, sensorial o intelectual,
- que pueden ser turistas (castellanoparlantes o no) que se relacionan



sexualmente con los “nativos”,

- que tienen el VIH o no,
- que están en una relación de pareja (serodiscordante o no) con distintas maneras de configurar su relación afectiva y erótica,
- con necesidades y recursos distintos en función de la etapa evolutiva en que se encuentren (adolescencia, juventud, adultez o tercera edad),
- que viven en un entorno metropolitano o en el ámbito rural,
- que usan Internet para contactar y establecer relaciones afectivas y sexuales,
- que frecuentan o no espacios y locales donde se mantienen libremente relaciones sexuales,
- con redes sociales de apoyo familiar y familiar de distinta densidad y funcionamiento,
- con distintas habilidades sociales,
- que están fuera o no del “armario”,
- etc., etc., etc.,

De ahí que ONUSIDA (30) recomiende *adaptar las estrategias nacionales, estatales y locales sobre el VIH para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de acuerdo con los datos sociales y epidemiológicos, teniendo en cuenta la diversidad de este grupo y las circunstancias socioculturales y los riesgos específicos a los que se enfrentan*. Es decir, que frente a los prejuicios seculares que ofrecen una imagen estereotipada y uniforme de los HSH y, entre ellos, de los hombres gais y bisexuales, lo cierto es que su **realidad es tan diversa como compleja. Intensificar y mejorar la prevención es adaptarla a estas realidades**, atendiendo cada vez más a las peculiaridades propias de las personas, su etapa evolutiva o las subculturas que existen en la comunidad LGTB (“osos”, “leather”, jóvenes, mayores, emigrantes, personas que ejercen la prostitución, etc.), frente a un modelo antiguo de prevención más basado en el “café para todos”. Diversificar, especializar y matizar los mensajes, estrategias y acciones preventivas **requiere**, hay que decirlo, **de más recursos** económicos, humanos, técnicos y materiales.

En tercer lugar, la **prevención** de la transmisión del VIH en la comunidad LGTB debe ser **realizada no sólo atendiendo a la reducción del riesgo**, que ONUSIDA (14) define como *“la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo”, sino también de la vulnerabilidad*, que entiende como *“una serie de factores fuera del control de la persona que reducen la capacidad de individuos y comunidades para evitar el riesgo de contraer el VIH. Estos factores pueden incluir: 1, falta de los conocimientos y las aptitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; 2, factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios (p. ej., imposibilidad de acceder a los servicios debido a la distancia, el costo u otros factores); y 3, factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales. Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Estos factores, por sí solos o combinados, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y colectiva al VIH”*.

Muchas de las intervenciones realizadas desde principios de la epidemia se han



enfocado en la disminución del riesgo atendiendo a los factores individuales y conductuales, siendo tan importante o más la reducción de la vulnerabilidad de la población LGTB, desde una perspectiva ecológica del ser humano (31), que contemple las estructuras y procesos propios de los sistemas sociales que permiten y facilitan la creación y persistencia de las condiciones que favorecen dicho riesgo. En ese sentido, es **la sociedad** en su conjunto quien, a través de las instituciones y administraciones públicas y los agentes sociales, **cuenta con los instrumentos y recursos adecuados para reducir la vulnerabilidad de las personas LGTB**, a través de su intervención en el plano político, institucional, normativo, impulsando acciones en el ámbito sociocultural, científico, sanitario, y colaborando con los medios de comunicación, los actores sociales y el movimiento asociativo LGTB y de respuesta al VIH/Sida. Sin esa intervención en los elementos estructurales y procesuales que permiten y facilitan la creación y persistencia de las condiciones que favorecen el riesgo de transmisión del VIH, la labor en dicho sentido del movimiento asociativo LGTB será siempre una respuesta parcial, precaria e incompleta.

Así, la AMFAR afirma que *“hay una gran cantidad de evidencia científica que respalda la eficacia de las intervenciones preventivas del VIH dirigidas a los HSH. A pesar de este cuerpo de la investigación, los recientes aumentos en los diagnósticos de VIH en HSH, tanto a nivel nacional e internacional, indican que los esfuerzos de prevención no han sido ampliados e intensificados lo suficiente como para frenar la propagación de la infección por el VIH en esta población... A fin de mitigar la epidemia del VIH entre los HSH, tanto a nivel nacional y mundial, se deben dedicar recursos adecuados a mejorar la recopilación de datos exactos sobre los factores socioculturales que contribuyen al comportamiento de riesgo de los HSH, y la aplicación basada en la evidencia de intervenciones conductuales, biomédicas y sociales con relación a las crecientes tasas de infección por el VIH en múltiples escenarios”* (21).

Asimismo, Gay Men’s Health Crisis (32) señala la existencia entre los HSH de diversos **factores de resiliencia**, de mecanismos de afrontamiento que son desarrollados en el contexto de entornos generadores de estrés y que protegen o mejoran la salud de los HSH a lo largo de su vida y que, por tanto, deberían ser tenidos en cuenta. Entre ellos destacan:

- *La conexión comunitaria. Se cree que la implicación y participación comunitaria contrarrestan los efectos negativos de la pobreza, el racismo y la homofobia en la práctica de un sexo seguro entre los HSH a través del apoyo social, los sentimientos de auto-eficacia y las normas de pares orientadas hacia las prácticas de sexo seguro*

- *La aceptación familiar. La familia es la fuente primaria de apoyo para los niños y los jóvenes, y la implicación y participación de la familia ayuda a reducir los riesgos de los adolescentes y a aumentar la resiliencia.*

- *La aceptación en la escuela: combatir la violencia y el acoso anti-LGTB. Los jóvenes gais y bisexuales en escuelas que disponen de intervenciones pro-gay informan de menos comportamientos de riesgo asociados a la transmisión del VIH, incluyendo sexo no seguro. Esto requiere de la aprobación de políticas y normativas regionales y locales antidiscriminatorias y contra el acoso por razón de orientación sexual y/o identidad de género; de la formación del profesorado*



y de la dirección de los centros educativos; de la implementación en los propios centros educativos de programas contra la discriminación y el acoso.

Para el doctor Kevin Fenton, Director del Centro Nacional para la Prevención del VIH, ITS y TB (NCHHSTP), de los CDC de EE.UU., *"está claro que no seremos capaces de detener la epidemia de VIH en EE.UU. hasta que cada comunidad afectada, al igual que las autoridades sanitarias de todo el mundo, den prioridad a las necesidades de los hombres gais y bisexuales en sus esfuerzos para prevenir el virus"; "no existe una solución única o simple para reducir las tasas de VIH y sífilis entre hombres gais y bisexuales"; "tenemos que intensificar unos esfuerzos de prevención tan diversos como la propia comunidad gay. Resulta especialmente crítico encontrar soluciones para los hombres gais y bisexuales jóvenes, de modo que el VIH no se convierta, de manera involuntaria, en un rito de transición para cada nueva generación de hombres gais". (33)*

Por todo ello, responder a los retos que plantea en la actualidad la prevención de la transmisión sexual del VIH en la comunidad LGTB pasa no sólo porque el **movimiento asociativo LGTB** realice un **esfuerzo por mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de sus intervenciones preventivas**, adaptándolas a las singularidades de una población plural, diversa y por tanto compleja, que ya no percibe la Infección por VIH/Sida como una amenaza grave para su vida y su integración y bienestar social, sino como una enfermedad controlada con la que se puede vivir, y que ya no concibe la epidemia como una crisis de salud emergente que requiere de un cambio radical de conducta sino como una realidad, por otro lado bastante invisibilizada, con la que se ha acostumbrado a convivir, sino también porque como **sociedad** nos convenzamos de que es necesario **producir**, y decididamente nos pongamos a ello, **un cambio cultural de aquellos elementos** estructurales y estructurantes de nuestra sociedad **que hacen** a la comunidad LGTB **más vulnerable** a la Infección por VIH/SIDA, entre otras cosas, al colocar la realidad homosexual, bisexual y transexual en los límites de lo marginal, lo extraño, lo insano, lo perverso, lo amenazante y lo peligroso, es decir, la sexofobia, el sexismo, el machismo y la homofobia, bifobia y transfobia secular.



3. NECESIDADES, RETOS Y REIVINDICACIONES.

+ PREVENCIÓN

A pesar de que la comunidad LGTB fue pionera en la respuesta a la Infección por VIH/sida, tanto en su prevención como en la provisión de servicios de atención y apoyo a los afectados y la defensa de su dignidad y derechos, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos podemos concluir que es necesario **renovar, impulsar e intensificar el compromiso de comunidad LGTB con la prevención de la transmisión del VIH** y otras infecciones de transmisión sexual, en un marco de defensa y promoción de la salud sexual.

La infección por VIH y el sida siguen siendo el mayor desafío a la salud de los hombres gays y bisexuales y otros HSH, las mujeres transexuales y los varones trabajadoras del sexo, un reto al que podemos y debemos dar una respuesta efectiva, cada día de nuestra vida. Por ello, frenar e invertir esta tendencia ascendente del número de nuevas infecciones de VIH requiere de un esfuerzo especial, un **esfuerzo que ha de realizar** no sólo la comunidad y el movimiento asociativo LGTB, sino **también las administraciones públicas (estatales, autonómicas y locales), los medios de comunicación, las ONG's y la sociedad**, para trabajando conjuntamente desde la confluencia y sinergia de intereses, medios y acciones conseguir cambiar esta situación.

Para ello, es necesario modificar los **factores que favorecen nuestra vulnerabilidad frente al VIH** y que, entre otras cosas, está detrás del aumento del número de nuevos diagnósticos que se viene produciendo en los últimos años y, por tanto, se hace ineludible intervenir decididamente para reducir las **desigualdades en salud**, término que *hace referencia a las diferencias existentes en el estado de salud entre individuos o grupos medidas en términos como la esperanza de vida, la mortalidad o la morbilidad. Nuestro interés no radica en las diferencias en salud derivadas del azar o de las decisiones individuales, sino en las diferencias evitables que se relacionan con variables sociales, económicas y ambientales (por ejemplo, las condiciones de vida y laborales, la educación, la profesión, el nivel de ingresos, el acceso a una atención sanitaria de calidad, los servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud) sobre las cuales el individuo no ejerce control alguno y que pueden abordarse mediante políticas públicas. Por tanto, por desigualdades en salud entendemos las diferencias en salud evitables e injustas sobre las que las acciones de los gobiernos, otras instituciones implicadas y las comunidades ejercen una fuerte influencia, y que pueden abordarse con políticas públicas (Comisión Europea, 2009) (34)*

Ello implica actuar sobre los **determinantes sociales de la salud**, esto es, *las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, se denominan determinantes sociales de la salud. Estas condiciones vienen definidas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y a su vez dependen de opciones políticas (OMS, 2009c). (34)*

Asimismo, dicho trabajo se ha de realizar sobre la base de que, **a nivel sanitario, la realidad actual de la infección por VIH/sida ha cambiado** y es muy distinta a los inicios de la pandemia, especialmente desde que en 1995 apareció el tratamiento



antirretroviral de gran actividad (TARGA). Actualmente, disponemos de una amplia gama de tratamientos médicos altamente efectivos y con menos efectos secundarios que han hecho de la infección por VIH una condición médica crónica, con una reducción muy significativa de la mortalidad y, probablemente, **también de la percepción del VIH como una amenaza real y cercana** para la salud y la vida. La fase de alarma, emergencia y urgencia de los primeros años del VIH ha ido dando paso a otra de cronicidad y convivencia con la enfermedad, por lo que los objetivos, estrategias y mensajes preventivos deber repensarse y rediseñarse en función de esta nueva realidad.

Y, asimismo, es primordial trabajar desde el entendimiento del **contexto actual de la infección por VIH en el que vivimos y nos relacionamos una parte relevante de los HSH** y que se caracterizaría, entre otras cosas, por:

- **alta prevalencia del VIH** entre los HSH: lo que significa que en ese contexto hay una mayor probabilidad de contraer el VIH si se mantienen prácticas sexuales no protegidas que si se tienen las mismas prácticas en contextos con una menor prevalencia.
- **estado serológico desconocido** de una parte de los HSH infectados: lo que no les permite ser conscientes de esa realidad y modificar su comportamiento para evitar transmitir el VIH. Además, al no estar en tratamiento antirretroviral se puede tener una carga viral alta o muy alta que facilite la transmisibilidad del VIH.
- incremento del número de HSH que contraen una **ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)**, siendo que padecer una ITS no tratada facilita además transmitir o contraer el VIH si se tienen relaciones sexuales no protegidas.
- **consumo de alcohol y otras drogas recreativas** por parte de algunos HSH, para desinhibirse social y sexualmente o para potenciar las experiencias sexuales, y que se ha asociado a la realización de prácticas sexuales de riesgo bajo sus efectos
- la práctica de la **penetración anal no protegida** es la más eficaz para la transmisión del VIH y su realización, especialmente **con parejas sexuales ocasionales**, está a la base del aumento del número de nuevos diagnósticos de VIH.
- tener **múltiples parejas sexuales** así como las características de las redes sexuales (grupos de personas interconectadas sexualmente) de los HSH, lo que aumenta, estadísticamente hablando, la probabilidad de contraer el VIH si se tienen prácticas de riesgo.
- una cierta **banalización e infravaloración del riesgo** individual frente al VIH, así como **actitudes complacientes** con el riesgo y su vinculación con la masculinidad y la juventud.
- la "**fatiga de la prevención**" y la regresión a comportamientos previos a la emergencia del VIH, debido a la enorme dificultad que entraña mantener comportamientos preventivos adecuados a lo largo del tiempo, a largo plazo y en todas las ocasiones en que se requieren.
- la **banalización de las consecuencias de la infección por VIH o un exceso de optimismo** basados en la eficacia y disponibilidad de los tratamientos médicos.
- la **estigmatización y discriminación social** de los HSH que viven con el VIH **y su invisibilidad** en el seno incluso de la propia comunidad LGTB.



- el uso de **Internet** que para algunos ha significado la posibilidad de vincularse de forma anónima, compartiendo intereses sexuales similares y pudiendo contribuir a normalizar ciertas conductas de riesgo.
- el desconocimiento de la existencia de la **Profilaxis Post Exposición No Ocupacional**, en caso de exposición excepcional al VIH por rotura o mal uso del preservativo o por práctica de riesgo ocasional
- la **homofobia, bifobia y transfobia, social e internalizada**, que se ha asociado a la realización de prácticas de riesgo.
- la **pobreza y exclusión social** que puede conducir a algunas personas (tanto hombres gais, bisexuales y heterosexuales como mujeres transexuales) a dedicarse, esporádica, intermitente o habitualmente, al trabajo sexual en condiciones que no favorecen una protección adecuada y sistemática.
- la **combinación de diversos factores de riesgo y vulnerabilidad**.

Evidentemente, estos factores favorecedores de la transmisión del VIH no se padecen por todos los HSH de la misma manera. Es más, no deben hacernos olvidar que hemos de trabajar sin estigmatizar, aún más, a los HSH, porque la mayoría de ellos se protegen del VIH. De hecho, según Gay Men's Health Crisis (32), *la literatura (científica) muestra abrumadoramente que la mayor parte de los hombres gais y bisexuales practican sexo seguro, y el doble de la tasa de los heterosexuales.*

Por todo ello, es necesario profundizar y optimizar la prevención del VIH entre los HSH de diversas maneras como:

- **Ampliar y diversificar nuestras intervenciones preventivas**, tanto por parte del movimiento asociativo LGTB como de las administraciones sanitarias, para llegar a más personas y comunidades.

Además, las intervenciones preventivas han de ser planificadas y ejecutadas atendiendo a la **pluralidad y heterogeneidad, crecientes, y por tanto las singularidades de la población LGTB** (lesbianas, gais, transexuales y bisexuales) así como de las personas y agentes que participan de una manera en otra en ella, como los trabajadores masculinos del sexo, los propietarios de negocios y locales orientados a la comunidad LGTB, etc. Esta atención a la pluralidad, diversidad y singularidad supone también un esfuerzo en la consecución de recursos de todo tipo, para dar una respuesta adecuada.

Hablamos tanto de intervenciones **a nivel individual, o de pareja**, como el counseling preventivo, que favorecen la adquisición de información y el cambio de actitudes y creencias y el aprendizaje de habilidades, mientras se recibe un apoyo continuado a lo largo del proceso. También de actuaciones **a nivel grupal**, como pueden ser los grupos de discusión y de ayuda mutua, que favorecen el intercambio de experiencias y opiniones, el apoyo emocional y social, la educación grupal y el refuerzo de los comportamientos seguros y de los valores y normas sociales que los sostengan.

Asimismo, son muy relevantes todas aquellas actuaciones que **a nivel comunitario** inciden en promover y mejorar la salud de nuestro colectivo produciendo un cambio de actitudes, valores y normas sociales, mediante el empoderamiento y la movilización comunitaria, la participación social, el marketing social, etc.



Finalmente, es imprescindible todo un trabajo en incidencia política que permita realizar modificaciones de todas aquellas condiciones y factores que a **nivel estructural** facilitan la vulnerabilidad de la población LGTB.

- Es preciso **mejorar la eficacia y eficiencia de nuestras intervenciones** en la prevención de la transmisión del VIH, que han de estar basadas en evidencias, no sólo para conseguir nuestros objetivos sino también para hacerlo con los costes mínimos suficientes; y hemos de **evaluar** dichas intervenciones para mejorarlas continuamente.

Para ello, es necesario **aprender e innovar**, seguir **formándonos y reciclando nuestros conocimientos y habilidades**, buscando el conocimiento de experiencias exitosas y buenas prácticas y el aprendizaje continuo, para lo cual es preciso trabajar más estrechamente con otras organizaciones nacionales e internacionales punteras en la prevención del VIH. En ese sentido, la FELGTB debe actuar como una entidad **que genere, movilice, comparta y transfiera todo tipo de recursos**, económicos, materiales, formativos, etc., a sus entidades miembro para un desarrollo paralelo del trabajo en prevención del VIH en todas las comunidades autónomas en las que estamos implantados.

- **Facilitar la prevención positiva**, es decir, conseguir la implicación y participación de los hombres gays, bisexuales y otros HSH y de las mujeres transexuales que viven con VIH en la prevención de la transmisión del VIH, no sólo a nivel individual, de sus conductas sexuales, sino también a nivel comunitario promoviendo una concienciación colectiva sobre la importancia y necesidad de protegerse frente al VIH.

Sin embargo, para ello, son necesarios de un lado programas y servicios de apoyo para ayudarles a afrontar la autoestigmatización y a hacer frente a sus necesidades y retos. Y de otro, son imprescindibles políticas y campañas, tanto a nivel de la propia comunidad LGTB como de la sociedad, de sensibilización y solidaridad frente a la estigmatización y la discriminación, que generen las condiciones adecuadas para que quienes viven con VIH se impliquen y participen más en la lucha contra el VIH y el sida.

- **Apoyar el fortalecimiento asociativo del movimiento LGTB, para que sea capaz de realizar una labor más eficiente, prestar mejores servicios y llegar a más gente.** Hay que apoyar económicamente en mayor medida y con más líneas al movimiento asociativo LGTB y no sólo por la labor que realiza en materia de VIH/sida sino también con relación al trabajo que desarrolla en empoderamiento individual y comunitario de la población LGTB, prestación de servicios, lucha contra la LGTB fobia, etc., y que contribuyen a la respuesta a la infección por VIH/sida.

Contribuir al fortalecimiento asociativo LGTB facilitará que las propias entidades se doten de mayores y mejores recursos económicos, materiales, técnicos y humanos, que mejoren su capacidad para hacer más y mejor **incidencia política** y para se constituyan también en **centros comunitarios** que presten **servicios socio-**



sanitarios a la población LGTB, incluyendo servicios comprehensivos de salud sexual y apoyo psicosocial.

Es importante disponer de programas y servicios integrales, asequibles, aceptables, sostenibles, de calidad y cómodos para sus usuarios.

Para intensificar y mejorar la eficacia y eficiencia en la prevención de la transmisión del VIH, es fundamental mejorar la **formación del personal remunerado y voluntario** de nuestras organizaciones, así como el establecimiento de un **código de buenas prácticas** que sirva para mejorar los instrumentos, procedimientos y estrategias de prevención.

Asimismo, un movimiento asociativo LGTB empoderado y sólido será más capaz de realizar el seguimiento y supervisión de las políticas, normativas y directrices de las administraciones sanitarias implicadas en la respuesta a la Infección por VIH/Sida, así como de ejercer un nuevo liderazgo en la prevención de la infección por VIH en la comunidad LGTB, implicándola y comprometiéndola activamente en esta tarea.

- **Promocionar, facilitar y normalizar la realización de la prueba del VIH** para un diagnóstico temprano de la infección por VIH, mediante campañas de sensibilización y servicios de proximidad que acerquen a toda la población la realización de dichas pruebas, de manera gratuita, anónima y/o confidencial,

En ese sentido, se ha de promover y favorecer el uso de las **pruebas rápidas del VIH**, más fáciles de realizar, menos invasivas y más accesibles. Las asociaciones LGTB y de lucha contra el sida, de base comunitaria y de confianza para las poblaciones más vulnerables, pueden jugar un papel fundamental y ello requiere de dotarlas de más recursos económicos, materiales, humanos y técnicos.

La promoción de la prueba, dirigida tanto a población general como a poblaciones vulnerables, ha de realizarse paralelamente a la **normalización social de la realización de la misma**, haciendo ver las ventajas y beneficios de conocer el seroestado en caso de estar infectado con el VIH, cara a un seguimiento y tratamiento médico temprano, lo que significa reducir el riesgo de desarrollar patologías asociadas y mejorar la calidad y esperanza de vida, así como reducir la carga viral, individual y comunitaria, disminuyendo así la transmisibilidad del VIH.

Para avanzar en la normalización social de la realización de la prueba y de la infección por VIH/sida es necesario avanzar en la **lucha contra la estigmatización y discriminación social** de las personas con VIH o de colectivos sociales previamente estigmatizados y discriminados como lesbianas, gais, transexuales y bisexuales.

- **Facilitar el conocimiento y la accesibilidad de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional (PPENO)**, en caso de exposición excepcional al VIH por rotura o mal uso del preservativo o por práctica de riesgo ocasional.

En ese sentido se ha de tener en cuenta, de acuerdo a las recomendaciones sobre la profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC (35), elaboradas por la Secretaría



del Plan Nacional del Sida y diversas organizaciones científicas, que *la PPENO sólo está indicada en exposiciones de carácter esporádico e inusual, que la decisión de realizarla debe ser particularizada para cada caso y ha de tomarse de forma consensuada por el médico y la persona expuesta, y que se recomendará PPE cuando el caso fuente tenga una infección por VIH conocida y exista un riesgo apreciable para la transmisión de la misma, pero que si no se conoce el estado VIH del caso fuente pero éste es UDVP o pertenece a una **población cuya prevalencia de infección por el VIH es $\geq 10\%$** , se actuará igual que si estuviese infectado por el VIH*, siendo que en el caso de los HSH la prevalencia ronda el 10%.

Sin embargo, nos encontramos con que hay hombres gays, bisexuales y otros HSH que han sufrido un accidente con el preservativo que desconocen la existencia y condiciones para la realización de la PPENO como tratamiento médico de emergencia; que hay servicios hospitalarios y médicos que desconocen la existencia de las recomendaciones o su procedimiento de aplicación, o no las siguen, lo hacen tarde o de manera inadecuada con resultados a veces dramáticos que podrían haberse evitado. Es necesario realizar un seguimiento de la aplicación de las recomendaciones por parte de las administraciones autonómicas, que son las que tienen competencias en ello.

Creemos que, hoy en día, no debemos aceptar la posibilidad de una transmisión del VIH en caso de exposición excepcional al VIH, por rotura o mal uso del preservativo o por práctica de riesgo ocasional, cuando hay alternativas terapéuticas que pueden ser razonablemente aceptadas y aplicadas, aún con todas sus prevenciones, por parte de pacientes y personal médico.

- **Promover y facilitar el acceso universal y a menor precio a materiales preventivos para el VIH y otras ITS**, como preservativos, lubricantes y cuadrantes de látex.

En ese sentido, creemos que los preservativos deberían soportar un IVA superreducido del 4% y los lubricantes el reducido del 8%, y no los que actualmente soportan, el reducido del 8% y el general del 18%, respectivamente.

Por otro lado, hay que seguir facilitando la accesibilidad a los materiales preventivos por parte de las poblaciones más vulnerables y, en este caso, las **asociaciones LGTB** juegan un papel fundamental junto con los **locales de sexo dirigidos a HSH**. Escatimar recursos en la promoción del uso de medidas preventivas no sólo es inadecuado e injusto sino además caro, dado que toda inversión realizada en prevención es mucho más rentable en términos económico que el sostenimiento, de por vida, de los tratamientos y cuidados que se han de dispensar a las personas que han contraído el VIH.

+ SALUD

- Producir un cambio para conseguir una adecuada prevención de la transmisión del VIH requiere también de una **mayor y mejor atención por parte de las administraciones sanitarias a la salud LGTB y desde una perspectiva integral**.



Sin embargo, a día de hoy, el interés que han prestado dichas administraciones a la salud de gais, lesbianas, bisexuales y transexuales se ha circunscrito principalmente a los hombres gais y bisexuales y a la infección por VIH/sida y, en menor medida, a las Infecciones de Transmisión Sexual y su vinculación con la transmisión del VIH. Tampoco se han realizado actuaciones de promoción de la salud que vayan más allá de las campañas de prevención de la transmisión del VIH y otras ITS.

Es necesario diseñar políticas y acciones **desde una perspectiva promoción de la salud y educación para la salud**, que fomenten los factores protectores de la salud en la población LGTB, tanto a nivel individual como colectivo, que faciliten la adopción de **estilos de vida saludable** y que permitan que las personas quieran, sepan y puedan mantenerse lo más sanas posibles a lo largo de su vida.

En este sentido es especialmente importante la salud psicológica y principalmente la autoestima como elemento dinamizador de actitudes de autoprotección frente a una posible infección o reinfección de VIH.

- La prevención del VIH ha de ir de la mano especialmente de la salud sexual. Es necesario un **pacto por la salud sexual entre los partidos políticos y las distintas administraciones** sobre la base de que el derecho de todas y todos a la salud comporta también el derecho a una atención de la salud sexual por parte de la sanidad pública y, por tanto, con un compromiso en la implementación de planes, servicios, programas y habilitación de recursos por parte de las administraciones estatales y autonómicas. La *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* y la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* en ella contemplada pueden llegar a ser instrumentos eficaces no sólo en la lucha contra el VIH sino también en otras problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como la transmisión de otras ITS o los embarazos no deseados, pero sus resultados dependerán de su aplicación efectiva y los recursos empleados por parte de todas las administraciones y, por tanto, de la voluntad política.

En la medida en que la sanidad es una competencia transferidas a las comunidades autónomas, las administraciones autonómicas tienen una responsabilidad ineludible con la salud sexual de la población y, por tanto, reclamamos el establecimiento de **planes y programas autonómicos de salud sexual y reproductiva**, con objetivos y medios realistas, apropiados y evaluables, consensuados con las organizaciones sanitarias y sexológicas y las ONG's, así como la prestación de servicios y la dotación de recursos acordes a los objetivos fijados.

Reivindicamos la importancia que los **centros o unidades de salud sexual y reproductiva** y las **clínicas y servicios de atención de ITS** pueden jugar, desde la sanidad pública, en la salud sexual y reproductiva de toda la población y de las personas LGTB en particular y nuestra convicción de que es necesario promoverlos, ampliar su número y dotarlos de más recursos económicos y humanos.

Igualmente, sería interesante facilitar que las **ONG's LGTB y de lucha contra el sida** puedan ampliar la gama de servicios y recursos que ofrecen a las poblaciones vulnerables con la que trabajan, de manera que se realice un abordaje más integral de la salud sexual que vaya más allá de intervenciones específicas y puntuales de prevención del VIH, y se rentabilicen los recursos de una manera más eficiente.



Esto es especialmente relevante habida cuenta el importante número de HSH que alguna vez en su vida contraen alguna ITS, principalmente Sífilis, Gonorrea, el Virus del Papiloma Humano (asociado al desarrollo de cáncer anal, especialmente en aquellos que además viven con el VIH) y otras, así como el papel que juegan las ITS en la transmisibilidad del VIH, al deteriorar la barrera natural que es la piel (en los casos de ITS que producen úlceras) al facilitar la concentración de glóbulos blancos, o leucocitos (células vulnerables al VIH cuando penetra en el cuerpo), en la zona genital para combatir la ITS o porque las personas con VIH que también están infectadas con una ITS tienen mayores concentraciones de VIH en sus fluidos genitales.

- Es importante que el sistema sanitario, los servicios de salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, y el personal médico y sanitario faciliten que los pacientes LGTB puedan hablar abiertamente de sus preocupaciones y problemas de salud, sin miedo a enfrentarse a los prejuicios que aquellos puedan tener hacia su orientación sexual o identidad de género. Es necesario **posibilitar una relación abierta y de confianza entre los pacientes LGTB y el personal médico y sanitario** que los atienden, lo que es fundamental que se habilite una **formación sistemática sobre sexualidad humana y salud sexual**, científicamente fundamentada, pensada y dirigida a este personal que les permita conocer la realidad de la homosexualidad, bisexualidad y transexualidad, los problemas de salud de las personas LGTB y las posibilidades de intervención para facilitar la salud de sus pacientes, así como también la realización de campañas que promuevan este tipo de relación.

- Asimismo, es necesario implementar y desarrollar **políticas, programas y servicios** de asesoramiento (counseling), educación y tratamiento **relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas**, dirigidos específicamente a la población LGTB y que incluyan los enfoques de reducción de daño, programas y servicios que deberían poder ser gestionados también por asociaciones LGTB con capacidad para ello.

+ EDUCACIÓN

- Igualmente es necesario alcanzar un **pacto por la educación sexual** de toda la población y en **especial de la juventud**, entre los partidos políticos y las distintas administraciones. La propia *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* en su artículo 9 ya indica que *el sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral*, pero nuevamente es necesario que los partidos políticos lleguen a un consenso básico que permita que este artículo se haga realidad.

Es posible, e imprescindible, llegar a un acuerdo y consenso básicos en materia de educación sexual, entendida como la Sexología científica la entiende, como una educación de los sexos (que no sobre el sexo, sobre la genitalidad), esto es de mujeres y hombres sobre el hecho sexual humano y para conseguir que se conozcan a sí mismos, se comprendan y acepten como tales y que vivan de manera desproblematizada, placentera y responsable su sexualidad.



- Las y los adolescentes y jóvenes LGTB necesitan para su desarrollo saludable de todo el apoyo que la comunidad educativa, las familias y la sociedad pueden prestarles y, en ese sentido, una educación sexual integral y respetuosa de la diversidad sexual puede contribuir enormemente a este fin. Por ello, también son necesarios **programas de intervención en el ámbito educativo para fomentar el conocimiento de la realidad de la homosexualidad, bisexualidad y transexualidad** y de las personas LGTB, la erradicación de su discriminación y estigmatización, y posibilitar **que los centros educativos sean espacios seguros frente al acoso por razón de orientación sexual o identidad de género.**

+ INVESTIGACIÓN

- Es necesario **estudiar, investigar y conocer mejor las problemáticas y necesidades de salud de la población LGTB**, desde una concepción integral que atienda a los aspectos biopsicosociales, y con especial referencia a la su salud sexual.

Asimismo es necesario investigar y estudiar desde las ciencias sociales todos aquellos **factores**, de carácter individual y colectivo, **que facilitan la vulnerabilidad de población LGTB al VIH** y que predisponen, facilitan y refuerzan tanto los comportamientos de riesgo como las conductas preventivas. Más allá de los datos epidemiológicos son necesarios estudios de carácter antropológico, sociológico, psicosocial, conductual, etc., que nos permitan dar con las claves para reforzar la prevención del VIH.

- Es necesario que las propias administraciones apoyen y promuevan la captación de fondos, o fundaraising, destinados a cofinanciar la investigación en el campo del VIH.

- Hay que promover mediante ayudas y becas la promoción de la investigación en el ámbito de la infección por VIH/sida, haciendo partícipe e implicando a la comunidad universitaria, en otros tiempos más comprometida con esta causa.

- Hay que **seguir invirtiendo fondos para la investigación sobre la prevención, tratamientos y vacunas del VIH**, pero también en su eficacia y aplicabilidad a las poblaciones más vulnerables y, más en concreto, de la Profilaxis Pre-Exposición, los microbicidas rectales, y otras alternativas y tecnologías de prevención bio-médicas.

+ COMUNICACIÓN

- Es necesaria una **mayor y mejor comunicación sobre la realidad actual de la infección por VIH y el sida**, en sus distintas facetas: epidemiológicas, preventivas, sanitarias, laborales, sociales, etc., que no puede limitarse al Día Mundial del Sida. Un ejemplo de ello, es el compromiso de las administraciones públicas y los medios de comunicación con la conducción segura para evitar los accidentes de tráfico o con la violencia machista y sus también dramáticas consecuencias. A su alrededor, todos los meses, incluso semanas, hay noticias, anuncios, campañas, reseñas que mantienen una atención e interés constante de la población en ambos temas.



Creemos que es necesario un compromiso similar con una respuesta global e integral al VIH y el sida, y en particular con el **impacto de la infección por VIH/sida en la población LGTB**, que sin estigmatizar a ningún colectivo social contribuya a que toda la población, incluyendo la más vulnerable, se proteja adecuadamente y sea solidaria con aquellas personas que viven con el VIH.

Asimismo, se requiere una **comunicación adaptada a la realidad y necesidades de la población LGTB**, su lenguaje, códigos, normas y valores, **al tiempo que intenta influir para motivar cambios positivos en los comportamientos individuales y en las normas sociales que los sostienen**, en este caso con relación a la prevención del VIH y la solidaridad con las personas afectadas.

En ese sentido, un instrumento adecuado puede ser el **marketing social**, que se ha definido como la *“aplicación de las técnicas del marketing comercial para el análisis, planeamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo en orden a mejorar su bienestar personal y el de su sociedad”*. Esta definición pertenece a Alan Andreasen y fue publicada en su libro *Marketing Social Change* (36). En ese sentido es necesario incorporar los conocimientos, metodología e instrumentos desarrollados por el marketing social en la implementación de políticas, campañas y actuaciones preventivas y de sensibilización dirigidas a toda la población y, más en concreto, a los grupos más vulnerables.

Asimismo, y dentro de las nuevas formas de comunicación y relación que han facilitado las **tecnologías de la información y comunicación** y que han calado de forma importante en la comunidad LGTB es muy importante usarlas como vía para llegar a un gran número de personas, especialmente a aquellas que no se relacionan habitualmente a través de los espacios físicos de socialización LGTB como son los locales “de ambiente”. En ese sentido, Internet, las redes sociales, las comunidades virtuales, los medios audiovisuales, etc., ofrecen oportunidades que no debemos desaprovechar para vehicular una nueva comunicación sobre el VIH y su prevención. Esto requiere de una **formación técnica, de recursos humanos especializados, de medios técnicos adecuados y otros recursos** que han de poder **ser financiados adecuadamente** y con una perspectiva de medio-largo plazo para poder obtener resultados.

+ COLABORACIÓN Y COOPERACIÓN

Es imprescindible una **mayor participación del movimiento asociativo LGTB y de lucha contra el VIH y el sida en las políticas sanitarias autonómicas relativas a la infección por VIH/sida**, y en concreto en la implementación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los planes y programas autonómicos de respuesta a la infección por VIH/sida. No es de recibo, el ninguneo sistemático de las ONG's LGTB por parte de algunas administraciones autonómicas, incluso de aquellas que en sus planes y programas contemplan la existencia de consejos de ONG's que no son convocados o lo son a nivel puramente informativo, sin posibilidad real de participación e incidencia.

Más allá de percibir a las ONG's como un obstáculo o un problema hemos de evidenciar que sin la necesaria **interlocución** con las ONG's y su **cooperación y**



colaboración no se posible avanzar. No nos resignamos a ser meros espectadores de las políticas públicas o gestores de las siempre escasas subvenciones y ayudas, que se convocan y pagan muchas veces a destiempo, dificultando la eficacia y eficiencia que las propias administraciones reclaman, velando así y como debe ser por un adecuado y rentable uso de los dineros públicos.

La participación activa del movimiento asociativo LGTB y de lucha contra el VIH y el sida en una respuesta global a la infección por VIH/sida es una condición necesaria que no puede ser ninguneada en modo alguno.

Es conveniente **seguir estrechando la colaboración entre asociaciones y ONG's LGTB y de lucha contra el VIH**, tanto en el ámbito estatal como autonómico, desde el respeto a la independencia y autonomía asociativa pero fomentando la sinergia, la coordinación de objetivos y la articulación colectiva de acciones, y tanto a través de plataformas o coordinadoras de ONG's como participando activa y plenamente en los planes y programas de respuesta a la infección por VIH/sida.

En ese sentido, plantemos la **elaboración** colectiva y consensuada, por parte de la Secretaría del Plan Nacional del Sida (SPNS) y las ONG's LGTB **de una Estrategia de prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en la población LGTB, 2012-2017**

+ INVERSIÓN Y RECURSOS

Si bien somos conscientes de que nos encontramos ante una crisis económica y financiera mundial, que está afectando de manera muy negativa a nuestro país y que ha supuesto, y puede suponer aún más, un replanteamiento de las políticas públicas en materia de sanidad, servicios sociales, educación, etc., en el sentido de un recorte presupuestario, creemos que es absolutamente imprescindible no sólo no disminuir sino incluso **aumentar la inversión y recursos económicos, públicos y privados, empleados en la prevención, la investigación, los tratamientos y la sensibilización social relacionados con el VIH y el sida**. No es tiempo de recortar la inversión en salud, y menos en la prevención de la transmisión del VIH, en la atención sanitaria de las personas con VIH o en la lucha contra su estigma y discriminación.

Nuestro país es modélico en la contención de la propagación de la infección por VIH/sida entre los usuarios/as de drogas por vía parenteral. Dicho éxito se ha debido a diversos factores, como ha sido el uso de metadona en los programas de desintoxicación y mantenimiento de los fármacodependientes de opiáceos como la heroína, el cambio de las formas de autoadministración de la heroína de la vía parenteral a la inhalada, y otras razones, pero no podemos obviar entre ellas la importante inversión económica realizada en las últimas décadas en la habilitación de programas, servicios y dispositivos de prevención, desintoxicación, tratamiento y mantenimiento de las personas drogodependientes, de atención y reinserción social y laboral, de apoyo a las familias, así como de sensibilización y concienciación social.

Sin pretender equiparar ambas situaciones, generar un cambio significativo de la diseminación del VIH entre nuestro colectivo también pasa por mejorar y aumentar la



inversión y recursos públicos y privados empleados. Reclamamos pues una aportación económica mayor y significativa en campañas, programas, servicios, productos e investigación para la prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH y el sida en la comunidad LGTB. Una inversión económica que no sólo reclamamos a la administración central, sino también a la europea así como a las administraciones autonómicas y locales, cada una en el nivel que les corresponde.

Asimismo, es fundamental que la **asignación de recursos económicos** se realice **de acuerdo a la realidad y prioridades epidemiológicas, primando la intervención con la población LGTB** y la participación efectiva de las ONG's LGTB.

- Sería importante **dotar a la Secretaría del Plan Nacional del Sida, así como a los Planes y Programas autonómicos de Lucha contra el Sida, de mayores recursos económicos, humanos, técnicos y materiales**, que permita también desplegar una línea de trabajo más intensa y extensa con relación a la prevención del VIH en colectivos vulnerables.

Asimismo, hemos de recordar que destinar recursos económicos a la prevención del VIH no sólo es una obligación de las administraciones sanitarias para con la salud de la ciudadanía sino en el caso específico de la infección por VIH/sida, como en otras concisiones crónicas evitables, una inversión rentable, dados los costes que supone el tratamiento y cuidados de por vida que requiere una persona que ha contraído la infección.

+ SOLIDARIDAD

- Teniendo en cuenta que la **homofobia, bifobia y transfobia, social e internalizada, son un obstáculo para la prevención del VIH** así como un factor favorecedor de la exclusión social, es necesario trabajar para combatir estos prejuicios sociales, y **avanzar en la plena normalización social de la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad** en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

En ese sentido, entendemos que el recurso planteado ante el Tribunal Constitucional por el Partido Popular a la *Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio*, que permite que el matrimonio tenga los mismos requisitos y efectos cuando ambos contrayentes sean del mismo o de diferente sexo, supone un atentado a la plena igualdad legal de la ciudadanía española, significa plantear una ciudadanía de segunda categoría para lesbianas, gays y bisexuales, y lanza a la sociedad un mensaje negativo que nos minusvalora como personas, a nuestras parejas y las familias que formamos. De ahí, que reclamemos al Partido Popular la retirada del recurso y la necesidad trabajar conjunta y decididamente contra la LGTBfobia.

De otro lado, la futura "Ley de Igualdad de Trato" puede suponer un avance importante en este orden de cosas si hay voluntad y consenso político y social sobre la misma. Pero esto no excluye la capacidad de las administraciones autonómicas y locales para trabajar en su ámbito competencial para acabar con la estigmatización y discriminación social de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales, así como de las personas que viven con el VIH.



- También son clave las **políticas y normativas antidiscriminatorias en el ámbito laboral** para proteger los derechos y el trabajo de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales y de las personas que viven con el VIH. Asimismo, se debe trabajar para promover y facilitar la integración social e inserción laboral de las personas LGTB en riesgo de exclusión social y de aquellas que ejercen la prostitución en el ámbito de la Comunidad LGTB.

- Es fundamental un **compromiso real** de la sociedad, las instituciones, los partidos políticos y los medios de comunicación **con la lucha contra la LGTBfobia**, así como necesario **condenar y perseguir la discriminación de la población LGTB**, en todos los ámbitos en que se produzca y con todos los medios al alcance.

Igualmente, se ha de hacer con la **estigmatización, discriminación y marginación, basada en el estado serológico real o percibido respecto al VIH.**

- Esta lucha debe hacerse extensiva al resto de países, no sólo los que son estados miembro de la **Unión Europea**, que deben cumplir con todas las disposiciones antidiscriminatorias aprobadas, sino también en el **resto del mundo**, a través de las políticas de cooperación y solidaridad internacional, velando por el respeto de los derechos humanos, también los de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales y los de las personas que viven con el VIH.

El estado español debería jugar un papel más activo en la defensa de la vida, la dignidad y derechos de las personas LGTB y las personas con VIH en el mundo, seriamente amenazados en muchos países.



4. REFERENCIAS Y NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDC. "Pneumocystis Pneumonia-Los Angeles". MMWR Weekly. June 5, 1981/30(21); 250-2.
<http://www.aegis.com/pubs/mmwr/1981/MM3021.html>
2. ONUSIDA. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
<http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/MenSexMen/>
3. Rebecca M. Young, PhD, and Ilan H. Meyer, PhD. The Trouble With "MSM" and "WSW": Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. Am J Public Health. 2005 July; 95(7): 1144–1149.
<http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/7/1144>
4. Research Findings from Kinsey's Studies: homosexuality; bisexuality (Web site)
<http://www.kinseyinstitute.org/research/ak-data.html>
5. Edward O. Laumann, John H. Gagnon, Robert T. Michael, and Stuart Michaels. The Social organization of sexuality in the United States. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
6. INE. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de los españoles (2003).
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p455&file=inebase&L=0>
7. VVAA. Informe Juventud en España. INJUVE. 2008
<http://www.injuve.migualdad.es/contenidos.item.action?id=1531688780&menuId=1627100828>
8. Gabinete Sociológico Biker. La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi. Ararteko. 2009
http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1719_3.pdf
9. Herek G. Sexual Orientation: Science, Education, and Policy (Web site)
<http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/index.html>
10. American Psychological Association. Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients.
<http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/guidelines.html>
11. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Los Adolescentes homosexuales:
<http://www.aacap.org/page.ww?section=Informacion+para+la+Familia&name=Los+Adolescentes+Homosexuales+No.+63>
12. MSyC. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012
<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/home.htm>
13. MSyPS. "Sanidad presenta la nueva campaña de prevención del VIH 'Ponte una medalla', dirigida a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres". Nota de prensa de 23 de junio de 2010.
<http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1831>
14. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2008.
<http://www.unaids.org/es/>
15. ONUSIDA: AIDS Epidemic Update 2009
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>



16. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Comunicación al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. "Lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países vecinos, 2009-2013". 2009.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0569:FIN:ES:PDF>
17. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Nuevos diagnósticos de VIH en España. Periodo 2003-2009. Actualización 30 de junio de 2010. Noviembre, 2010
http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf
18. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2000-2008. Centro Nacional de Epidemiología, 2010. Grupo EPIVIH. Proyecto EPIVIH.
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_VIH.jsp
19. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Men who have sex with men. Prevention challenges. For Prevention Partners. 2 de Abril de 2009.
http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm/challenges_partner.htm
20. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). HIV and AIDS among Gay and Bisexual men. Marzo de 2010.
<http://www.cdc.gov/nchhstp/Newsroom/docs/FastFacts-MSM-FINAL508COMP.pdf>
21. AMFAR. HIV Prevention for Men Who Have Sex With Men. Junio de 2006.
http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/HIV%20Prevention%20for%20MSM.pdf
22. GUIRADO, ANTONIO. "¿Qué está ocurriendo en el colectivo gay y qué podemos hacer?". XI Congreso Nacional del Sida. Córdoba, 8-10 de octubre 2008.
23. CAPS ¿Cómo afectan las redes sexuales a la prevención del VIH/ETS? Septiembre 2003
<http://www.caps.ucsf.edu/espanol/hojas/redes.php>
24. GTT-VIH. Una conferencia destaca las razones que impulsan un comportamiento de riesgo en hombres gays. 16 de marzo de 2009.
http://gtt-vih.org/actualizate/actualizacion_en_tratamientos/16-03-09
25. Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Nota informativa: Orientación Sexual e Identidades de Género. Mayo de 2010.
http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/10/R10_InfoNote_SOGI_es.pdf
26. ONUSIDA. Nota de Orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. 2009.
http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/jc1696_guidance_note_hiv_and_sexwork_es.pdf
27. CDC. HIV/AIDS among Women Who Have Sex With Women. 2006
<http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/wsw.htm>
28. GMHC. HIV Risk for Lesbians and other Women who have Sex with other Women. 2009.
http://www.gmhc.org/files/editor/file/GMHC_lap_whitepaper_0609.pdf
29. UBILLOS, SILVIA. "¿Qué podemos hacer para evitar el aumento del VIH y otras ITS?". XI Congreso Nacional del Sida. Córdoba, 8-10 de octubre 2008.
30. ONUSIDA. Informe de Política del ONUSIDA: VIH y relaciones sexuales entre hombres. Agosto de 2006.



http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1269-policybrief-msm_es.pdf

31. BRONFENBRENNER, URIE (1979/1987). The ecology of human development. Cambridge, Mass: Harvard University Press. (Ed. cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós).

32. GMHC. Gay men and HIV: an urgent priority. 2010.
http://www.gmhc.org/files/editor/file/a_pa_msm_report_070210.pdf

33. GTT-VIH. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres gais de EE UU, 44 veces superiores a las observadas en otras poblaciones. 12 de marzo de 2010.
http://gtt-vih.org/actualizate/actualizacion_en_tratamientos/12-03-10

34. MSyPS. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. 2010
<http://www.msps.es/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>

35. MSyPS. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Enero 2008.
<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>

36. WIKIPEDIA. Marketing social. 6 diciembre 2010
http://es.wikipedia.org/wiki/Marketing_social