LAMIS-2018

Encuesta latinoamericana por internet en hombres que tienen sexo con hombres

Pesquisa da América Latina online em homens que fazem sexo com homens

Informe completo

RIGHTPLUS

RED IBERO-AMERICANA DE ESTUDIOS EN HOMBRES GAY, OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES - HSH - Y PERSONAS TRANS

PLUS COALITION INTERNATIONALE SIDA

CRÉDITOS

COMITÉ DE REDACCIÓN

Michael Reyes-Díaz (coordinación), Cinta Folch, Ana Celly, Valeria Stuardo, Maria Veras, Axel J. Schmidt, Carlos F. Cáceres, Jordi Casabona.

Citación recomendada: Reyes-Diaz Michael, Folch C, Celly A, Stuardo V, Veras V, Schmidt AJ, Cáceres CF, Casabona J. LAMIS 2018: Informe Regional. Right PLUS/Coalition PLUS. 2022.

COMITÉ EDITORIAL LAMIS (CELAMIS, miembros fundadores)

Valeria Stuardo - ESP-UCh, Santiago de Chile, Chile
Maria Veras - FCMSC, San Pablo, Brasil
Henrique Barros - ISPUP, Oporto, Portugal
Dorian Ramírez - USCG, Ciudad de Guatemala, Guatemala
Axel J. Schmidt - Sigma Research, LSHTM, Londres, Reino Unido
Ulrich Marcus - Robert Koch Institute, Berlín, Alemania
Kai J. Jonas - Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, Holanda
Michael Reyes-Díaz - CIISSS-UPCH, Lima, Perú
Ana Celly - Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), CEEISCAT, Cataluña, España
Carlos F. Cáceres (coordinación) - CIISSS-UPCH, Lima, Perú
Jordi Casabona (coordinación) - CEEISCAT/IGTP-CIBERESP, Badalona, Cataluña, España

ANÁLISIS Y COORDINACIÓN DEL INFORME LAMIS

Michael Reyes-Díaz - CIISSS-UPCH, Lima, Perú
Cinta Folch - CEEISCAT/IGTP-CIBERESP, Badalona, Cataluña, España
Ana Celly - Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), CEEISCAT, Cataluña, España
Paula Meireles - ISPUP, Oporto, Portugal

PROMOCIÓN DE LAMIS

Federación Argentina LGBT, Argentina
Fundación Diversencia, Bolivia
MANODIVERSA, Bolivia
ABGLT, Brasil
Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde LGBT+ (NUDHES), Brasil
Fundación SAVIA, Chile
APROFA, Chile
Asociación Ágora, Colombia
UNIMINUTO, Colombia
Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC), Costa Rica

Fundación Ecuatoriana Equidad, Ecuador
Asociación Entre Amigos, El Salvador
Fundació Sida I Societat, Guatemala
Asociación Kukulcan, Honduras
RedGayLatino, México
Centro para la Educación, Nicaragua
Prevención del SIDA, Nicaragua
Grupo Génesis Panamá, Panamá
SOMOSGAY, Paraguay
Parea Surinam, Surinam
Colectivo Ovejas Negras, Uruguay
+VIHdas, Uruguay
Venezuela Igualitaria, Venezuela

ORGANIZACIONES DE LA RED RIGHT PLUS

Fundación Huésped, Argentina
Federación Argentina LGBT, Argentina
IDH, Bolivia
Fundación Diversencia, Bolivia
FCMS, Brasil
NUDHES + Santa Casa + ABGLT, Brasil
ESP-UCh, Chile
SAVIA, Chile
UNIMINUTO, Colombia
Uni Santander, Colombia
Ágora, Colombia
CPAC, Costa Rica
Kimirina, Ecuador
Fundación Ecuatoriana Equidad, Ecuador
Entreamigos, El Salvador
CEEISCAT/IGTP-CIBERESP, España
Stop SIDA, España
Coalition PLUS, Francia
USCG, Guatemala
Red Somos, Guatemala
Fundació Sida I Societat, Guatemala
Asociación Kukulcan, Honduras
Centro para la educación y prevención del Sida, CEPRESI, Nicaragua
Grupo Génesis Panamá Positivo, Panamá
Somosgay, Paraguay
CIISSS-UPCH, Perú
Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDEH), Perú
GAT, Lisboa, Portugal
ISPUP, Portugal
Gaylatino, México
Parea, Surinam
Colectivo Ovejas Negras, Uruguay
Venezuela Igualitaria, Venezuela

REVISORES

Océane Apffel Font – Coalition PLUS (Francia), COCQ-Sida (Canadá)
Nicolas Lorente – Coalition PLUS (Francia), CEEISCAT/CIBERESP (España)

AGRADECIMIENTOS

Mónica Alonso PAHO

EDICIÓN Y CORRECCIÓN

Estudio REC

DISEÑO

Cintia Di Cónsoli

Contenidos

Glosario 6

Resumen ejecutivo 8

1. Introducción 13

2. Metodología 17

3. Características sociodemográficas, de identidad y sexualidad 34

4. Estado de salud psico-socio-sexual 57

5. Conductas de riesgo y protección 76

6. Necesidades sociales y salud 142

7. Oferta y uso de servicios de salud 186

8. Poblaciones vulnerables 224

9. Discusión, limitaciones y fortalezas 252

Reconocimientos 271

Bibliografía 274

Glosario

CAGE: Del inglés Chronic Alcoholism General Evaluation, cuestionario para tamizar el consumo problemático de alcohol.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CINE: Clasificación Internacional Normalizada de la Educación.

EMIS: Del inglés European MSM Internet Survey, es la sigla para Encuesta europea por internet en hombres que tienen sexo con hombres.

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LAMIS: Del inglés Latinamerican MSM Internet Survey, es la sigla para Encuesta latinoamericana por internet en hombres que tienen sexo con hombres.

LGTBI: Lesbianas, gais, transexuales/transgénero, bisexuales e intersexuales.

RIGHT PLUS: Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans.

PEP: Profilaxis post-exposición.

PHQ-4: Del inglés Patient Health Question, es la sigla para Cuestionario de salud del paciente, de cuatro ítems, utilizado para tamizar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos.

PrEP: Profilaxis pre-exposición.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no gubernamental.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

TARV: Tratamiento antirretroviral.

TasP: Tratamiento antirretroviral como prevención.

VHA: Virus de la hepatitis A.

VHB: Virus de la hepatitis B.

VHC: Virus de la hepatitis C.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

VPH: Virus del papiloma humano.

Resumen ejecutivo

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el conocimiento de los determinantes del VIH es clave para mejorar las políticas de salud. Aunque América Latina es una de las regiones más afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), no existen para el continente indicadores actualizados sobre las conductas de riesgo y de acceso a herramientas de prevención de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Además del VIH, los HSH constituyen una población que experimenta con mayor frecuencia otros problemas de salud física, mental y social, como infecciones de transmisión sexual (ITS), hepatitis virales, ansiedad y depresión, abuso de alcohol y uso de drogas recreativas. Los HSH también son víctimas de diversas formas de intimidación y violencia, y si bien estas afectan significativamente su bienestar y calidad de vida, la información al respecto es limitada.

El proyecto LAMIS-2018 (Latin America MSM Internet Survey) pretende revertir esta falta de datos. Fue implementado en el marco de una colaboración entre la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros HSH y Personas Trans (RIGHT PLUS)[1], investigadores de Alemania y Holanda y del instituto de investigación Sigma Research (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Este último desarrolló el estudio EMIS-2017[2] (European MSM Internet Survey), una encuesta *online* en 50 países financiada por la Unión Europea.

LAMIS-2018 es la primera encuesta *online* realizada de manera simultánea en 18 países de América Latina[3] con el objetivo de recoger información sociodemográfica sobre el diagnóstico de VIH/ITS, las hepatitis virales, los problemas de salud mental, las conductas de riesgo y protección (incluyendo conductas sexuales, el abuso de alcohol y uso recreativo de drogas), el nivel de conocimientos sobre diversos temas vinculados al VIH/ITS y hepatitis virales, el uso profiláctico de tratamiento con antirretrovirales (PrEP, PEP), el acceso a servicios de salud y las experiencias homonegativas (intimidación y violencia verbal y física) entre los hombres gais y en otros hombres que tienen sexo con hombres.

Para realizarla, se adaptaron las versiones en español, portugués y holandés del cuestionario EMIS-2017 al contexto de América Latina y se elaboró un nuevo cuestionario que se distribuyó entre enero

1 http://right-plus.ceeiscat.cat

2 https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/emis-2017-european-men-who-have-sex-men-internet-survey

3 Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

y mayo de 2018. El equipo de investigadores de LAMIS-2018 logró que la promoción de la encuesta se realizara por aplicaciones de citas entre hombres. Las organizaciones comunitarias y académicas de cada país que formaban parte de LAMIS-2018 se encargaron también de la promoción de la encuesta, usando sus páginas web y redes sociales. Además, se hizo promoción directa en lugares de ocio gay y en las propias organizaciones comunitarias.

Resultados

En total, participaron 64.655 HSH. El informe final de LAMIS-2018 presenta los resultados de la mayoría de los indicadores del cuestionario, estratificados por zona geográfica: Brasil (28% de la muestra), México (23%), América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; 7% de la muestra), países andinos y Surinam (Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia, Venezuela y Surinam; 23% de la muestra) y países del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay; 18% de la muestra)[4]. En los resultados principales de LAMIS-2018, y considerando la muestra global, se puede destacar lo siguiente:

Perfil sociodemográfico

- Casi todos los participantes se definen como "hombre" (99,4%), y el 0,6% como "hombre trans".
- Los participantes son jóvenes (edad mediana de 28 años), con un 15% de mayores de 39 años.
- La mayoría (64%) reside en ciudades de 500 mil habitantes o más, reporta estudios universitarios (64%) y tiene un empleo (68%) o está estudiando (21%).
- El 15% de la muestra manifiesta pertenecer a una etnia indígena, ser afrodescendiente o perteneciente a un pueblo originario.
- El 4% es inmigrante; entre ellos, un 11% migró para vivir más abiertamente como persona gay/bisexual/trans.

Orientación sexual, visibilidad y homofobia

- El 77% se define "gay" u "homosexual" y el 17% "bisexual".
- La atracción por otros hombres es conocida por todo o casi todo el entorno en un 39% de los participantes (visibilidad de su atracción sexual).
- Casi la mitad de los participantes (49%) sufrió intimidación en el último año, el 29% padeció violencia verbal y el 3% violencia física debido a su identidad u orientación sexual.

Salud mental

- El 18% de los participantes reportó síntomas ansiosos y depresivos (moderados o severos), y el 29% ideas de suicidio.

4 Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo a números enteros.

VIH, ITS y hepatitis

- El 22% de los participantes no se ha hecho nunca la prueba de VIH; el 75% de ellos indica que nunca recibió el ofrecimiento para hacerla.
- El 62% reporta una última prueba de VIH negativa (realizada en el último año en el 81% de los casos).
- El 16% de los participantes refiere un diagnóstico de VIH; de ellos, el 21% fue diagnosticado en el último año.
- El 61% se hizo una prueba para otras ITS alguna vez; el 47% la realizó en el último año.
- En el último año, el 7% tuvo sífilis, el 4% gonorrea, el 2% clamidia y el 5% verrugas genitales.
- Los diagnósticos de hepatitis B y C representan el 9% y el 1%, respectivamente. El 44% de la muestra que nunca tuvo hepatitis A reporta dosis completas de la vacuna contra ese virus, y el 48% de la muestra que nunca tuvo hepatitis B reporta dosis completa de la vacuna para el virus de la hepatitis B.

Consumo de alcohol y drogas

- El abuso de alcohol afecta al 21% de la muestra (escala CAGE).
- Las drogas ilícitas más usadas son: el cannabis (30%), la cocaína (10%), el éxtasis (7%) y los cannabinoides sintéticos (6%).
- El 1% se inyectó sustancias no anabólicas alguna vez en la vida, y el 0,3% lo hizo en el último año.
- El uso en el último año de drogas para que el sexo fuera más intenso o durara más tiempo fue reportado por el 14% de la muestra, y para tener sexo con múltiples parejas, por el 7%.

Conductas sexuales y de riesgo

- El 98% de los participantes manifiesta algún tipo de actividad sexual con otros hombres en el transcurso de su vida; de estos, el 93% refiere relaciones sexuales con penetración con otros hombres.
- El 47% tuvo algún tipo de actividad sexual con alguna **pareja estable masculina** en el último año; de ellos, el 71% reporta sexo penetrativo sin condón.
- El 77% tuvo algún tipo de actividad sexual con al menos una **pareja ocasional** en el último año; de ellos, el 57% reporta un uso inconsistente de condón durante el sexo con penetración.
- El 15% de los participantes ha recibido compensación alguna vez a cambio de sexo (dinero, regalos o favores), el 7% en el último año.
- En total, el 27% de los participantes tuvo sexo con penetración sin condón en los últimos 12 meses con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido.
- En el último encuentro con una pareja ocasional, el 83% practicó sexo anal; de ellos, el 40% no usó condón o no lo usó todo el tiempo.

Antirretrovirales: conocimiento y acceso al tratamiento, a la profilaxis pre y post-exposición (PrEP y PEP)

- El 52% de la muestra sabía que una persona VIH positiva en tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable no transmite el virus.
- El 98% de los hombres con VIH está o ha estado en seguimiento médico alguna vez, y el 87% ha sido monitorizado y está actualmente en tratamiento.
- De los hombres que están en tratamiento, el 77% reporta una carga viral indetectable, el 15% una carga viral detectable y el 8% no lo sabe.
- La mitad de los participantes oyeron hablar de la PEP y de la PrEP (el 53% conoce ambas) y la mayoría de los participantes sin diagnóstico de VIH no está seguro o no sabe si podría conseguir la PEP (70%).
- El 55% declara que es bastante/muy probable que usaría PrEP si estuviera disponible y fuera asequible/accesible.
- De los participantes sin diagnóstico de VIH, el 4% tomó PEP alguna vez y el 1% tomó PrEP alguna vez.

Grupos vulnerables

- Análisis preliminares por subgrupos específicos han permitido destacar perfiles de HSH todavía más vulnerables, especialmente respecto a los problemas de salud mental, las conductas sexuales de riesgo y la falta de conocimiento sobre la prevención, el consumo de sustancias de uso recreativo, el desconocimiento del estado serológico frente al VIH, la frecuencia de infecciones de transmisión sexual y las experiencias de violencia homofóbica.
- Estos subgrupos son principalmente: los hombres menores de 25 años, los que viven con VIH, los migrantes, los que tuvieron sexo a cambio de dinero o favores, los que tienen mayor visibilidad de su atracción sexual y los que se inyectan drogas.

Recomendaciones

De las principales recomendaciones del informe de LAMIS-2018, se destacan las siguientes:

- Continuar el monitoreo de la carga de enfermedad por VIH, ITS y otros problemas de salud, incluyendo salud mental en los HSH de Latinoamérica, así como del impacto de los programas de prevención y reducción de daños.
- Difundir el uso y mejorar el acceso a los servicios de salud mental para dar soporte a los HSH más vulnerables, afectados por problemas de adicción, de violencia o de malestar psicológico.
- Aumentar la vigilancia de actos de intimidación, violencia y crímenes dirigidos a las poblaciones de la diversidad sexual, así como promover el fortalecimiento del marco jurídico y político que vele por su protección y seguridad.
- Incrementar la distribución gratuita de condones y el acceso a la información sobre la PEP y la PrEP y a servicios para su dispensación gratuita en los países de Latinoamérica.

- Mejorar la oferta y el acceso periódico a las pruebas diagnósticas para VIH e ITS, incluyendo las pruebas de hisopado anal y uretral en pacientes asintomáticos, y promocionar las estrategias de comunicación y manejo de riesgos con parejas sexuales (discusión del estado serológico, *serosorting*, etc.).
- Implementar o fortalecer los programas de información, prevención e inmunización de las hepatitis A y B dirigidos a la población de HSH.
- Incluir a los HSH en los programas de vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) en la mayoría de los países de Latinoamérica.
- Optimizar la información sobre los beneficios del tratamiento antirretroviral para el control de la infección por VIH y como medida eficaz para su prevención (PEP, PrEP, TasP) para lograr la reducción del estigma hacia las personas viviendo con VIH y mejorar su calidad de vida.
- Implementar estudios para investigar el impacto del uso de drogas en contexto sexual y otras prácticas sexuales emergentes en el incremento de casos de VIH/ITS y otros problemas de salud en Latinoamérica.
- Incrementar la vigilancia e identificación de subpoblaciones de HSH con un mayor estado de vulnerabilidad social y que requieran un enfoque específico para mejorar su acceso a la salud y seguridad social, según su propio contexto geográfico y sociocultural.

Conclusión

El estudio LAMIS-2018 ha generado información clave y novedosa sobre el estado de distintos problemas de salud, conductas de riesgo y acceso a servicios de salud entre los HSH de América Latina y ha demostrado la viabilidad de usar encuestas *online* masivas dirigidas a las poblaciones clave. Los datos de LAMIS permiten complementar y mejorar las intervenciones que las agencias internacionales están financiando e implementando en la región acerca de los HSH. A pesar de los posibles sesgos que se producen usando nuevas tecnologías en la región, la aproximación ha demostrado ser útil y va a permitir que la red RIGHT PLUS repita la encuesta para estimar cómo evolucionan los indicadores estudiados en el tiempo.

1. Introducción

Durante años, los hombres gais, homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) han sido vistos únicamente como un grupo de mayor riesgo para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Está descrito que el número de enfermedades infecciosas sexualmente transmisibles es mayor en los HSH[5, 6]. En la infección por VIH, por ejemplo, el riesgo de infección es 22 veces mayor cuando un hombre tiene sexo con otro hombre, comparado con la población general[7], y se estima una prevalencia en los HSH de Latinoamérica entre 8 y 30%[8]. Otros ejemplos de infecciones reportadas con mayor frecuencia en los HSH son sífilis, gonorrea, clamidia[9] y hepatitis C[10], y recientemente han aparecido brotes de enfermedades entéricas, como la hepatitis A[11, 12], que estarían relacionados a las prácticas sexuales ano-orales (beso negro). Sin embargo, es importante remarcar que la población de HSH es especialmente susceptible a otros problemas de salud de origen psicológico y social, los cuales repercuten directamente en su capacidad para acceder a servicios de calidad de prevención o tratamiento temprano y, por tanto, en su calidad de vida[13, 14].

5 Centers for Disease Control and Prevention (2017). Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men (MSM). Última visita: 27 de octubre, 2021. https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/msm.htm

6 PAHO (s/f). Key Populations. Última visita: 2021. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682=en

7 ONUSIDA (2019). Hoja informativa Día Mundial del Sida 2019.

8 Luz PM, Veloso VG, Grinsztejn B (2019). The HIV epidemic in Latin America: accomplishments and challenges on treatment and prevention. Curr Opin HIV AIDS. 2019;14(5): 366–73. doi: 10.1097/COH.0000000000000564.

9 Centers for Disease Control and Prevention (2018). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. https://www.cdc.gov/std/stats17/2017-STD-Surveillance-Report_CDC-clearance-9.10.18.pdf

10 Alonso M, Gutzman A, Mazin R, *et al.* (2015). Hepatitis C in key populations in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2015;60(7):789-98. doi:10.1007/s00038-015-0708-5.

11 Mariojoules J, Castro G, Pisano MB, *et al.* (2018). Hepatitis A outbreak affecting men who later have sex with men (MSM) in central Argentina, occurred in July 2017-April 2018, than the European outbreak. J Clin Virol. 2019; 117:49-53. doi:10.1016/j.jcv.2019.05.014.

12 Rivas V, Barrera A, Pino K, *et al.* (2018). Hepatitis A outbreak since November 2016 affecting men who have sex with men (MSM) in Chile connected to the current outbreak in MSM in Europe, situation up to October 2017. Euro surveill. 2018;23(9):18-00060. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.9.18-00060.

13 Zhang W, Wang P (2018). Quality of life among men who have sex with men in China measured using the 36-item Short-Form Health Survey: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2018;97(27): e11310. doi: 10.1097/MD.0000000000011310.

14 Eriksson LE, Berglund T (2007). Health-related quality of life in homo- and bisexual men attending a sexually transmitted disease clinic in Sweden. Int J STD & AIDS. 2007;18(3):207-11. doi:10.1258/095646207780132442.

Problemáticas como la depresión, la ansiedad o el abuso de alcohol y drogas, entre otras, han sido detectadas en la población de HSH y reportadas en la literatura como factores que aumentan la probabilidad de incurrir en conductas sexuales de mayor riesgo, así como generan una menor adherencia a tratamientos como el tratamiento antirretroviral (TARV)[15]. A pesar de ello, hay poca disponibilidad de servicios de apoyo a la salud mental o consumo de sustancias accesibles para esta población[16].

Además, factores sociales como el estigma, la discriminación, la homofobia y la violencia de género siguen siendo un flagelo a nivel mundial, normalizados en el contexto de una cultura heteronormativa donde todo aquello que escapa a la concepción tradicional de hombre y mujer es rechazado. Por tanto, muchos HSH son víctimas de diversos tipos de violencia de forma sistemática, tanto fuera como dentro del núcleo familiar y, sobre todo aquellos que optan por hacer visible su sexualidad, siguen teniendo menos oportunidades de desarrollo académico, laboral y personal[17].

En la actualidad, esfuerzos institucionalizados como la redacción de guías y recomendaciones para la atención holística de la salud de la población de HSH, así como la elaboración de leyes que protejan sus derechos fundamentales como el libre tránsito, la integridad física, los derechos laborales y el matrimonio igualitario, están tomando fuerza en Latinoamérica, pero aún en forma desordenada y aislada. Para acelerar este proceso de cambio hace falta un entendimiento de las problemáticas que afectan a la población de HSH desde un enfoque global, partiendo del análisis de sus condiciones de vida (factores sociodemográficos), su relación con el entorno (experiencias homonegativas), su mundo interno (homofobia internalizada y bienestar psicológico), la carga de enfermedades (tanto infecciosas como relacionadas con la salud mental) y, finalmente, sus oportunidades de acceder a servicios públicos y privados que le permitan prevenir o resolver sus problemas.

Este abordaje requiere de estudios multidisciplinarios de vigilancia y diagnóstico que proporcionen datos que puedan ser utilizados por la sociedad civil, la comunidad científica y los actores sociopolíticos, y que permitan monitorizar la evolución de indicadores clave en el tiempo y compararlos con otras realidades vecinas. Sin embargo, la mayor parte de la información publicada en la actualidad presenta una serie de problemas que no permiten cumplir con estos objetivos. Primero, si bien existe una notable cantidad de estudios realizados sobre la población de HSH de Latinoamérica, estos están concentrados en algunos países, entre los que se encuentran Brasil, México y Perú[18, 19]. Además, es común que los estudios se realicen solo en algunas ciudades, con poca representatividad nacional[20]. Otro problema es que la información disponible se encuentra focalizada en temas relacionados

15 Mimiaga MJ, Biello KB, Robertson AM, *et al.* (2015). High prevalence of multiple syndemic conditions associated with sexual risk behavior and HIV infection among a large sample of Spanish- and Portuguese-speaking men who have sex with men in Latin America. Arch Sex Behav. 2015;44(7):1869-78. doi:10.1007/s10508-015-0488-2.

16 Flores JM, Santos GM, Makofane K, *et al.* (2017). Availability and Use of Substance Abuse Treatment Programs Among Substance-Using Men Who Have Sex With Men Worldwide. Subst Use Misuse. 2017;52(5):666-73. doi:10.1080/10826084.2016.1253744

17 Evens E, Lanham M, Santi K, *et al.* (2019). Experiences of gender-based violence among female sex workers, men who have sex with men, and transgender women in Latin America and the Caribbean: a qualitative study to inform HIV programming. BMC Int Health Hum Rights. 2019;19(1):9. doi:10.1186/s12914-019-0187-5.

18 Tsuboi M, Evans J, Davies EP, *et al.* (2021). Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000-20. Lancet Glob Health. 2021;9(8):e1110-e1118. doi:10.1016/s2214-109x(21)00221-7.

19 Miller WM, Buckingham L, Sánchez-Domínguez MS, *et al.* (2013). Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. Salud Publica Mex. 2013;55 Suppl 1:S65-78. doi:10.21149/spm.v55s1.5099.

20 Sabin K, Zhao J, Garcia Calleja JM, *et al.* (2016). Availability and Quality of Size Estimations of Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, People Who Inject Drugs and Transgender Women in Low- and Middle-Income Countries. PloS one. 2016;11(5):e0155150-e0155150. doi:10.1371/journal.pone.0155150.

con VIH, otras ITS y conducta sexual, siendo limitada sobre otros aspectos de interés, como indicadores sociodemográficos, salud mental y violencia. Finalmente, la gran diversidad de metodologías utilizadas en estos estudios hace difícil poder comparar los resultados entre una investigación y otra, incluso dentro del mismo país. Ante esta problemática, resulta necesaria la generación de información recogida bajo una misma metodología en diferentes países y que tenga representatividad nacional de la población de HSH de cada uno.

Con el avance de la tecnología, en particular de internet y los dispositivos móviles, se abrió la posibilidad de realizar estudios en línea a gran escala, aumentando el alcance que antes no era posible por barreras físicas, económicas, logísticas o culturales. Estas investigaciones también logran llegar a poblaciones que no frecuentan centros comunitarios u otros lugares de encuentro social relacionados a la comunidad gay.

Uno de los estudios más recientes fue una encuesta en línea en usuarios de una plataforma popular de redes sociales de encuentro entre HSH, que logró reclutar en 2012 a 36.063 HSH de España, Portugal, cuatro países del Caribe y los 17 países de Latinoamérica. Esta encuesta recolectó información sobre datos sociodemográficos, conductas sexuales de riesgo y de protección, trabajo sexual, experiencias de violencia, salud mental, tamizaje de VIH/ITS y estado serológico frente al VIH[21, 22].

Otro esfuerzo notable lo viene realizando el Foro Global en HSH y VIH (The Global Forum on MSM & HIV - MSMGF) que en 2012 llevó a cabo una encuesta en línea a escala mundial en países en vías de desarrollo, alcanzando un total de 5779 participantes, de los cuales 880 eran de Latinoamérica[23], recolectando información en 12 áreas temáticas incluyendo estigma, homofobia, autoestima y acceso a servicios de prevención de VIH como la PrEP, entre otros[24, 25].

Entre 2011 y 2012, en el Caribe se realizó el estudio CARIMIS (Caribbean Men's Internet Survey) hecho en línea por Sigma Research y ONUSIDA, recolectando información sobre diagnóstico de VIH/ITS, vida sexual y en pareja, conductas de riesgo y protección, estigma, discriminación y homofobia, y uso de sustancias psicoactivas[26].

Finalmente, la Organización Panamericana de Marketing Social (Pan American Social Marketing Organization, PASMO), con el apoyo de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (United Stated Agency for International Development-USAID), implementó en 2011 un programa de

21 Mimiaga MJ, Biello KB, Robertson AM, *et al.* (2015). Op Cit.

22 Biello KB, Rosenberger JG, Novak DS, *et al.* (2014). Epidemiology of sexual health in the virtual environment: a multinational online survey of Spanish- and Portuguese-speaking men who use an internet sexual networking site. AIDS Behav. 2014;18(9):1675-85. doi:10.1007/s10461-014-0844-6.

23 Ayala G, Makofane K, Santos GM, *et al.* (2013). Access to Basic HIV-Related Services and PrEP Acceptability among Men Who Have sex with Men Worldwide: Barriers, Facilitators, and Implications for Combination Prevention. J Sex Transm Dis. 2013; 2013:953123. doi:10.1155/2013/953123.

24 Arreola S, Hebert P, Makofane K, *et al.* (2012). Access to HIV prevention and treatment for men who have sex with men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR). The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF); 2012. Disponible en: https://www.msmgf.org/files/msmgf/documents/GMHR_2012.pdf

25 Arreola S, Santos G-M, Beck J, *et al.* (2015). Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. AIDS Behav. 2015;19(2):227-34. doi: 10.1007/s10461-014-0869-x.

26 UNAIDS (2014). The Caribbean Men's Internet Survey (CARIMIS). UNAIDS Caribbean. Disponible en: http://sigmaresearch.org.uk/files/report2014d.pdf

prevención combinada para VIH de base comunitaria y permitió obtener información simultánea de países como Belice, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Costa Rica y México[27, 28].

Si bien estos esfuerzos han sido de gran relevancia para la comunidad civil y la academia, muchos de estos datos fueron recogidos hace más de cinco años. Dado el incesante avance de la sociedad, surge la necesidad de realizar nuevos estudios que permitan no solo trazar un diagnóstico actualizado de la situación de los gais, bisexuales y otros HSH de Latinoamérica, sino que incorporen nuevas temáticas de interés común, como el uso de profilaxis post-exposición (PEP), profilaxis pre-exposición (PrEP) y uso sexual de drogas.

Fue en este contexto que un grupo de investigadores miembros de la Red Iberoamericana de estudios en hombres gais, otros HSH y personas trans (RIGTH PLUS), junto con investigadores de Alemania, Holanda y Reino Unido, realizaron el estudio LAMIS-2018 (Latin America MSM Internet Survey - 2018) a partir de la adaptación al contexto latinoamericano de los cuestionarios en español, portugués y holandés utilizados en la segunda edición del estudio EMIS-2017 (The European MSM Internet Survey)[29, 30]. Por tanto, este estudio representa una oportunidad única para obtener información más reciente sobre conducta homosexual, salud psico-socio-sexual y VIH/ITS de cobertura nacional y regional en la población de HSH de Latinoamérica, permitiendo su comparabilidad entre los países participantes en LAMIS-2018 y EMIS-2017, incluyendo a Canadá, Filipinas y otras naciones europeas. En la actualidad es posible encontrar información combinada de estos estudios para algunos indicadores seleccionados en el atlas en línea[31] del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) para poblaciones clave en la epidemia del VIH.

Este reporte tiene por objetivo presentar los resultados descriptivos del estudio LAMIS-2018, ofreciendo una visión panorámica de las condiciones de vida de los HSH de Latinoamérica en función de sus características sociodemográficas, estado de salud psico-socio-sexual, conductas de riesgo y protección, necesidades, usos y ofertas de servicios de salud, y de la identificación de poblaciones que viven en mayor vulnerabilidad según indicadores seleccionados.

27 Firestone R, Rivas J, Lungo S, *et al.* (2014). Effectiveness of a combination prevention strategy for HIV risk reduction with men who have sex with men in Central America: a mid-term evaluation. BMC public health. 2014; 14:1244. doi:10.1186/1471-2458-14-1244.

28 Wheeler J, Anfinson K, Valvert D, *et al.* (2014). Is violence associated with increased risk behavior among MSM? Evidence from a population-based survey conducted across nine cities in Central America. Glob Health Action. 2014; 7:24814. doi:10.3402/gha.v7.24814.

29 Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, *et al.* (2020). European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS-2017): design and methods. Sex Res Soc Policy. 2020:17: 543–57. Doi:10.1007/s13178-019-00413-0.

30 www.emis2017.eu

31 https://kpatlas.unaids.org/dashboard

2. Metodología

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Diseño 18
2. Instrumento 18
3. Reclutamiento 21
4. Idioma en que fue respondido el cuestionario 27
5. Tasa de abandono durante la realización del cuestionario 27
6. Análisis de datos 28
7. Tasa de reclutamiento 32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Fuentes de reclutamiento, por zona geográfica 23
Tabla 2.2 Porcentaje de abandono de participantes a lo largo del cuestionario 27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Diferentes tipos de *banners* para la promoción del estudio LAMIS-2018 21
Figura 2.2 Materiales gráficos para la promoción en locales de ocio gay 22
Figura 2.3 Fuentes de reclutamiento utilizadas 22
Figura 2.4 Promoción de LAMIS-2018 a través de diversas páginas web y *apps* para público gay 23
Figura 2.5 Promoción de LAMIS-2018 en diversas redes sociales 24
Figura 2.6 Porcentaje de respuestas diarias, por fuente de reclutamiento 25
Figura 2.7 Número de participantes, por fuente de reclutamiento y por país 26
Figura 2.8 Porcentaje de abandono a lo largo del cuestionario 28
Figura 2.9 Tasa de reclutamiento y tamaño de muestra alcanzado, por país 33

Este capítulo describe los pasos que se siguieron desde la ejecución del estudio LAMIS-2018 hasta la elaboración de este reporte, incluyendo el diseño del cuestionario en línea, las estrategias de promoción y difusión del cuestionario, las fuentes de reclutamiento, el acceso al cuestionario en línea, la tasa de abandono durante su cumplimentación, y el plan de análisis de datos que se aplica a la presentación de los resultados a lo largo de este reporte.

1. Diseño

El estudio LAMIS-2018 fue una adaptación al contexto latinoamericano del estudio European MSM Internet Survey - EMIS-2017[32], coordinado e implementado por Sigma Research en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), en colaboración con el Robert Koch Institut (RKI) de Berlín, y que se llevó a cabo entre 2017 y 2018 en 46 países de Europa, además de Líbano, Israel, Canadá y Filipinas, y estuvo disponible en 33 idiomas.

Fueron los investigadores latinoamericanos de la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans (RIGHT PLUS)[33], en colaboración con investigadores de Londres, Holanda y Alemania, quienes diseñaron el estudio LAMIS-2018 como una encuesta en línea para recoger datos autodeclarados de hombres gais, bisexuales y otros HSH en 18 países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

La encuesta estuvo disponible en tres idiomas diferentes: español, portugués y holandés.

En la encuesta LAMIS-2018 se incluyeron algunos principios relacionados con la investigación participativa, es decir, se buscó involucrar a organizaciones aliadas de la propia comunidad de cada país para liderar el estudio a nivel local. Donde no se logró involucrar a organizaciones comunitarias, se establecieron acuerdos de colaboración a través de instituciones académicas.

El estudio LAMIS-2018 obtuvo aprobaciones éticas para su ejecución a nivel regional por los comités de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (612-19-17); la Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (009-2017); la Santa Casa de Misericordia de San Pablo, Brasil (2.457.744); el Comité Nacional de Ética en Salud, Guatemala (39-2017) y la Facultad de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Maastricht, Holanda (186-01-12-2017).

2. Instrumento

El cuestionario en línea utilizado en el estudio LAMIS-2018 fue una adaptación del estudio EMIS-2017, estructurado principalmente con preguntas cerradas y de respuestas múltiples, dirigidas a obtener información sociodemográfica, indicadores y sobre conductas de riesgo en hombres gais, bisexuales y otros HSH para la monitorización y futura planificación de programas de prevención de la salud. La información recolectada comprende:

1. Características sociodemográficas: edad, orientación sexual e identidad de género, lugar de residencia, nivel educativo, situación laboral, estado migratorio y estado sentimental.

2. Conductas sexuales: edad de la primera relación sexual; número de parejas sexuales; intercambio de dinero, regalos o favores por mantener relaciones sexuales; prácticas sexuales; lugar donde se conoció a las parejas sexuales; satisfacción sexual, etc.

3. Acceso y uso del preservativo.

4. Conocimientos sobre la transmisión, prevención, pruebas y tratamiento para el VIH.

5. Uso de la PEP y de la PrEP para prevenir la infección por el VIH.

6. Conocimientos, realización de pruebas y diagnóstico de otras ITS: sífilis, gonorrea, clamidia, virus del papiloma humano (VPH) y los virus de las hepatitis A, B y C.

7. Prueba de VIH: tiempo transcurrido desde la última prueba, lugar de realización, conserjería recibida y resultado.

8. Infección por VIH: porcentaje de hombres diagnosticados, uso de tratamiento antirretroviral, barreras percibidas para el uso temprano del tratamiento antirretroviral, nivel de carga viral en el último control.

9. Consumo recreativo de drogas, uso inyectable de sustancias y uso sexualizado de drogas.

10. Salud psicosocial: síntomas ansiosos y depresivos, ideación suicida, soporte social, homofobia social, homonegatividad interiorizada y preocupación por el consumo de alcohol y otras drogas.

11. Acceso a información preventiva, incluyendo información sobre PrEP o PEP, y la vacunación contra las hepatitis víricas.

12. Uso de servicios sociosanitarios.

El proceso de adaptación y adecuación del cuestionario para su aplicación en LAMIS-2018 se realizó de la siguiente manera:

- Las versiones del cuestionario EMIS-2017 en español, portugués y holandés fueron revisadas por los investigadores miembros de RIGHT PLUS[34] para adecuar el lenguaje (por ejemplo, incluir modismos o palabras coloquiales locales) e identificar preguntas que deberían ser cambiadas o eliminadas por problemas en su planteamiento o diseño. A continuación, se detallan los cambios que se hicieron con respecto al cuestionario EMIS:

  1. El criterio de edad para participar en el estudio se cambió a tener 18 años o más, en vez de "Tener la edad suficiente para tener legalmente relaciones sexuales con hombres en el país donde vives".

  2. Las preguntas sobre el país, estado, provincia, condado, etc. de residencia del participante fueron modificadas para que se ajustaran a las características de los países del estudio LAMIS-2018.

  3. Las opciones de respuesta de la pregunta "¿Qué sabía o pensaba sobre su estado serológico frente al VIH antes de tener sexo?": "Sabía o pensaba que era(n) VIH negativo(s) / era(n) VIH positivo(s) / tenían diferente estado serológico frente al VIH" fueron separadas en "Sabía que era(n) VIH negativo(s) / era(n) VIH positivo(s) / tenían diferente estado serológico frente al VIH" y "Pensaba que era(n) VIH negativo(s) / era(n) VIH positivo(s) / tenían diferente estado serológico frente al VIH".

32 Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, Marcus U, Schmidt AJ (2019). European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS-2017): design and methods. Sexuality Research and Social Policy. 2019:1-15.

33 http://right-plus.ceeiscat.cat

34 http://right-plus.ceeiscat.cat

4. La pregunta "¿Cuándo fue la última vez que utilizaste drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo? [Ten en cuenta: las drogas estimulantes incluyen éxtasis/MDMA, cocaína, *speed*, metanfetamina (tina), mefedrona y ketamina]" fue cambiada a "¿Cuándo fue la última vez que utilizaste drogas para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo?" (sin especificar el tipo de drogas).

5. Se eliminó la elección aleatoria automática para las escalas de homonegatividad internalizada y soporte social: todos los participantes contestaron ambas escalas.

6. La pregunta "Después de cumplir 16 años, ¿cuántos años más dedicaste a estudiar a tiempo completo? (por ejemplo, estudiando formación profesional de grado medio/superior o estudios universitarios)" fue reemplazada por "¿Cuál es el nivel educativo más alto que has alcanzado?".

7. La pregunta "¿Te consideras un miembro de una minoría étnica o racial en [país de residencia]?" fue reemplazada por "¿Te consideras perteneciente a una etnia indígena, afrodescendiente o pueblo originario en [país de residencia]?". Así mismo, la pregunta "¿De qué minoría eres miembro?" fue reemplazada por "¿A qué etnia, descendencia o pueblo te consideras perteneciente?".

8. Las tres preguntas para identificar y recoger información sobre trabajadores de salud comunitarios en Europa no fueron incluidas en el cuestionario LAMIS-2018.

- Esta primera adaptación fue enviada a los socios colaboradores latinoamericanos para ser revisada por los encargados del estudio LAMIS-2018 en cada país con el objetivo de adecuar las preguntas y sus alternativas de respuesta a la realidad y contexto local (por ejemplo, niveles educativos, nombres utilizados para referirse a los servicios sociosanitarios, nombres coloquiales de las drogas, etc.).

- Con la inclusión de los comentarios y sugerencias de los socios latinoamericanos se obtuvo una segunda versión del cuestionario, el cual pasó a ser pilotado para evaluar el nivel de entendimiento de las preguntas, su adecuación y funcionamiento en condiciones reales con la población objetivo. Para esto se solicitó a cada socio latinoamericano que llevase a cabo una prueba piloto de la encuesta en línea con un máximo de cinco participantes. Al término de la encuesta se aplicó un cuestionario de opinión con algunas preguntas sobre la claridad del instrumento, la dificultad que supuso contestar alguna de las preguntas, la duración, comentarios, sugerencias, etc.

- Con la información recogida de los participantes en la prueba piloto se obtuvo la tercera y definitiva versión del cuestionario LAMIS-2018, la cual fue alojada en la plataforma Demographix[35], una empresa que brinda soporte a equipos de investigación en la gestión de encuestas y datos, con sede en Londres. La base de datos es propiedad legal del Institut d'Investigacions Biomèdiques Germans Trias i Pujol (IGTP) / Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), desde donde se hace su manejo y sesión de datos a terceros.

El tiempo promedio invertido en completar el cuestionario por los participantes fue de aproximadamente 34 minutos.

35 https://www.demographix.com/

3. Reclutamiento

La promoción y el reclutamiento de participantes para el estudio LAMIS-2018 se realizó del 24 de enero al 13 de mayo de 2018. La promoción de la encuesta estuvo dirigida a usuarios de aplicaciones para citas entre hombres, páginas web, redes sociales, clínicas, ONG y organizaciones o lugares de ocio comúnmente visitados por hombres gais.

La promoción se realizó casi en su totalidad sin medios económicos, aunque se contó con recursos limitados para campañas específicas, así como también algunas organizaciones destinaron financiación propia para la difusión a nivel local/nacional.

Para la promoción *online* (virtual) se confeccionaron diferentes imágenes y *banners* (dinámicos y estáticos) en los tres idiomas del estudio, usando las artes gráficas diseñadas para la promoción del estudio EMIS, pero en tono violeta como color distintivo del estudio LAMIS-2018 (*Figura 2.1*).

Figura 2.1 Diferentes tipos de banners *para la promoción del estudio LAMIS-2018*

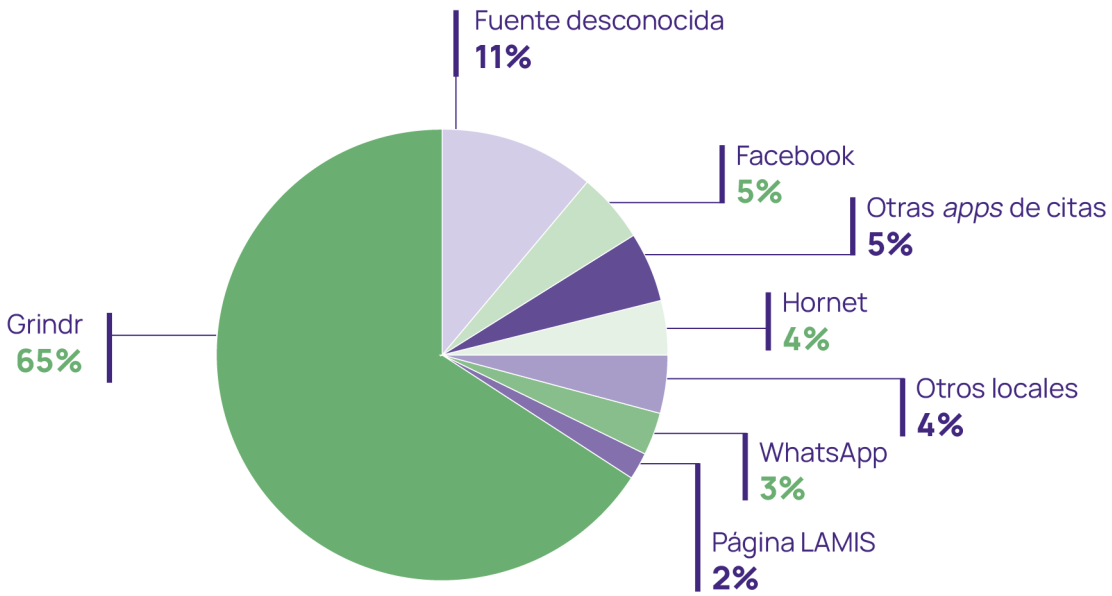
También se realizó promoción *offline* (no virtual) por medio de la creación de materiales impresos (pósteres y tarjetas) para ser colocados o distribuidos en locales de ocio gay (discotecas, saunas, etc.) (*Figura 2.2*).

Figura 2.2 Materiales gráficos para la promoción en locales de ocio gay

En general, los canales de promoción y reclutamiento que se utilizaron en LAMIS-2018 fueron:

1. Páginas web y aplicaciones (*apps*) para teléfonos celulares *smartphone* de redes geosociales dirigidas a público gay.
2. Difusión local por parte de las diversas instituciones colaboradoras (ONG u organizaciones de base comunitaria LGTB o del VIH/sida, activistas, etc.) y de organizaciones regionales.
3. Redes sociales.
4. WhatsApp.
5. Invitación a través del envío de un correo electrónico generado de forma automática al final del cuestionario o de la opción del anclaje de la difusión en las redes sociales del participante.
6. Otros (por ejemplo, página web del estudio LAMIS-2018).

Figura 2.3 Fuentes de reclutamiento utilizadas



Páginas web y *apps* de citas entre hombres

Gracias a las negociaciones que sostuvo la coordinación del estudio EMIS con diversas páginas web y *apps* de citas entre hombres, se pudo conseguir que se incluyera la promoción gratuita, o incluida en el pago, para la promoción de LAMIS-2018 en los países de América Latina. Es así que Grindr, PlanetRomeo, Hornet, ManHunt y Jack'd colocaron *banners* de promoción y/o enviaron mensajes instantáneos a sus usuarios (*Figura 2.3*). Grindr envió a los usuarios de sus plataformas virtuales seis mensajes de 24 horas de permanencia. PlanetRomeo envió un mensaje instantáneo. Manhunt y Jack'd publicaron *banners* en español y portugués en su página web y en su *app* para teléfonos celulares en tres oportunidades. Hornet realizó campañas masivas en portugués para Brasil al inicio y al final de la promoción.

Figura 2.4 Promoción de LAMIS-2018 a través de diversas páginas web y apps *para público gay*

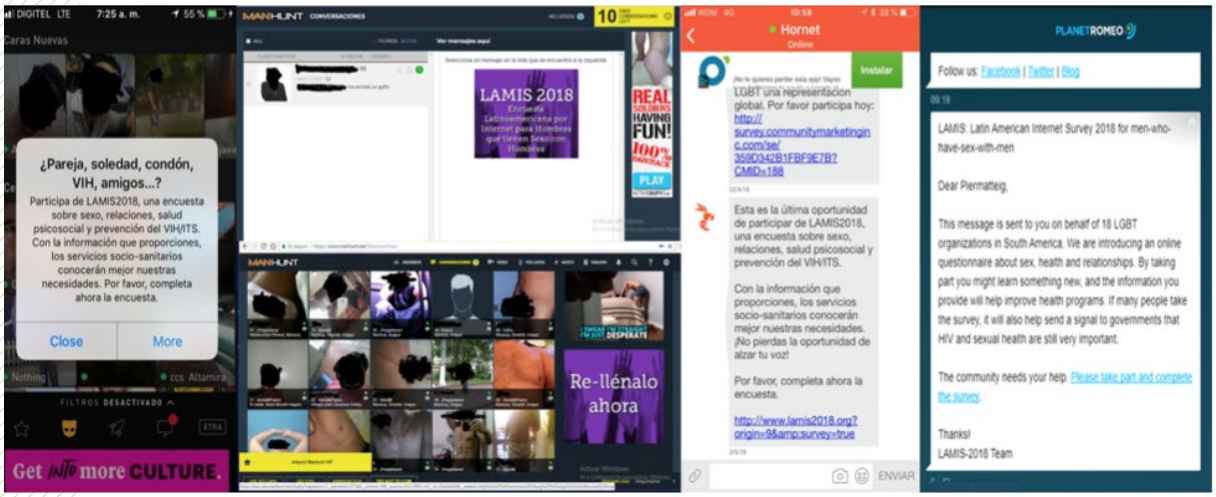


Tabla 2.1 Fuentes de reclutamiento, por zona geográfica

Zona geográfica	Brasil		Países andinos y Surinam		México		Países del Cono Sur		América Central	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grindr	10.032	55,3%	11.040	73,3%	10.702	71,6%	7.534	63,8%	2699	57,7%
Hornet	1.974	10,9%	46	0,3%	488	3,3%	145	1,2%	16	0,3%
Otras *apps* de citas	276	1,5%	1022	6,8%	994	6,6%	714	6,0%	94	2,0%
Facebook	500	2,8%	1.075	7,1%	104	0,7%	487	4,1%	1362	29,1%
WhatsApp	1786	9,8%	148	1,0%	14	0,1%	62	0,5%	16	0,3%
Página oficial LAMIS-2018 y redes sociales	889	4,9%	173	1,1%	55	0,4%	352	3,0%	97	2,1%

Zona geográfica	Brasil		Países andinos y Surinam		México		Países del Cono Sur		América Central	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Otra fuentes locales*	339	1,9%	491	3,3%	445	3,0%	1080	9,1%	73	1,6%
Fuente des-conocida	2343	12,9%	1073	7,1%	2155	14,4%	1437	12,2%	323	6,9%

*Socios estratégicos como ONG, centros comunitarios, grupos activistas LGTB, etc.

Redes sociales

Las redes sociales más populares (Facebook, Instagram y Twitter) fueron utilizadas para realizar la promoción de LAMIS-2018 (*Figura 2.4*). Facebook fue la red social con mayor porcentaje de respuestas, representando el 5% del reclutamiento en toda la muestra (*Figura 2.3*). Debemos mencionar que, faltando pocas semanas para terminar la promoción, se decidió pagar publicidad vía Facebook para reforzar el reclutamiento en países con tasas de reclutamiento bajas. En este sentido, Facebook representó la fuente de reclutamiento más importante en América Central (29%) (*Tabla 2.1*), sobre todo en Nicaragua y Honduras, con el 58% y 51%, respectivamente.

Figura 2.5 Promoción de LAMIS-2018 en diversas redes sociales

WhatsApp

Los participantes que llegaron al cuestionario a través de WhatsApp representaron el 3,1% de la muestra (*Figura 2.3*). Sin embargo, su importancia se limitó a Brasil, donde alcanzó un porcentaje de reclutamiento del 9,8% (*Tabla 2.1*) mientras que en los demás países varió entre el 0% en Costa Rica y el 2,1% en Ecuador.

Otras fuentes locales de reclutamiento

Diversas organizaciones locales y regionales apoyaron la difusión de LAMIS-2018 a través de sus páginas web (por ejemplo, mediante la colocación de *banners*, noticias en tablón de anuncios, etc.), envío de mensajes de invitación a sus usuarios a través de sus *mailing lists*, pedidos de apoyo a otras entidades o páginas web LGTB (por ejemplo, revistas o magazines digitales), etc. Esta fuente representó el 3,8% en toda la muestra (*Figura 2.3*) y fue importante en la zona geográfica de los países del Cono Sur, donde se alcanzó el 9% (*Tabla 2.1*), siendo Chile el de mayor porcentaje de participantes reclutados por este medio en esta zona geográfica, con un 16% de su muestra. A nivel de país, Surinam obtuvo el mayor porcentaje de reclutamiento por esta fuente, representando el 39% de su muestra reclutada.

Fuentes desconocidas

Para cada fuente de reclutamiento se creó un *link* diferente que dirigía hacia la página web donde estaba alojado el cuestionario y eso nos permitió identificar la fuente por donde los participantes habían llegado al cuestionario. Sin embargo, algunas veces ocurrieron errores en los *links* que impidieron registrar la fuente de reclutamiento exacta. Como se observa en la *Figura 2.6*, encontramos tres momentos en que el porcentaje de reclutamiento por Hornet coincidió con el porcentaje de reclutamiento de una fuente desconocida, indicando que gran parte de las respuestas de fuente desconocida en esos momentos pudieron corresponder a Hornet y que los porcentajes reportados para Hornet infraestiman su valor real. Un problema con el *link* utilizado por Hornet para generar su código de registro fue la probable causa del infraregistro de su uso como fuente de reclutamiento.

Figura 2.6 Porcentaje de respuestas diarias, por fuente de reclutamiento

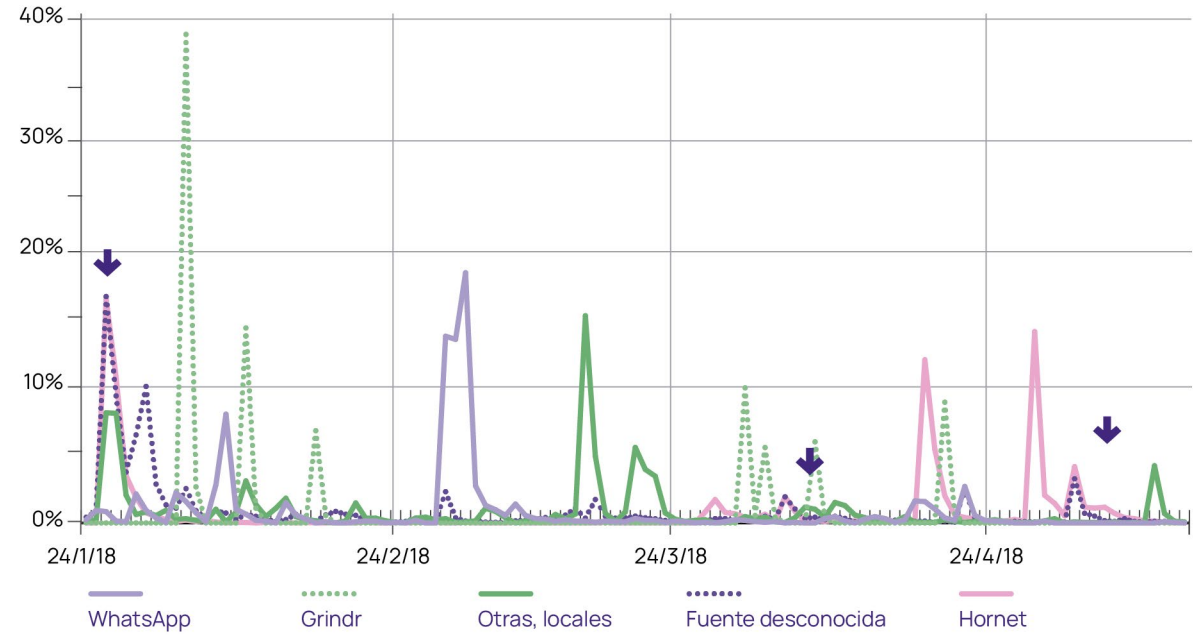
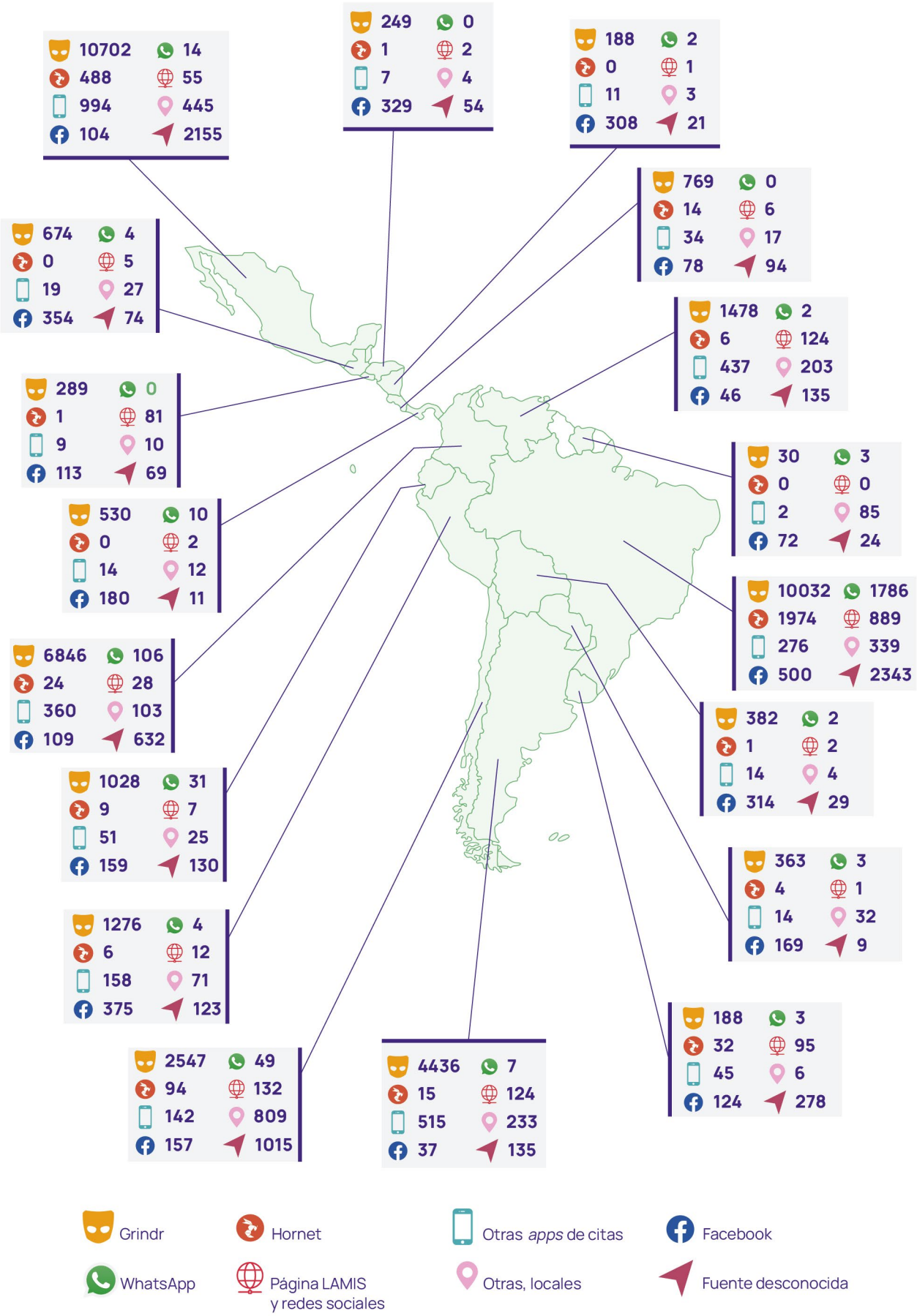


Figura 2.7 Número de participantes, por fuente de reclutamiento y por país



4. Idioma en que fue respondido el cuestionario

El cuestionario estuvo disponible en tres idiomas: español, portugués y holandés. La versión en portugués fue utilizada en un 99% por residentes de Brasil, la opción en holandés fue respondida en un 95% por residentes de Surinam y en español fue utilizada casi en un 100% por residentes de los países hispanohablantes.

5. Tasa de abandono durante la realización del cuestionario

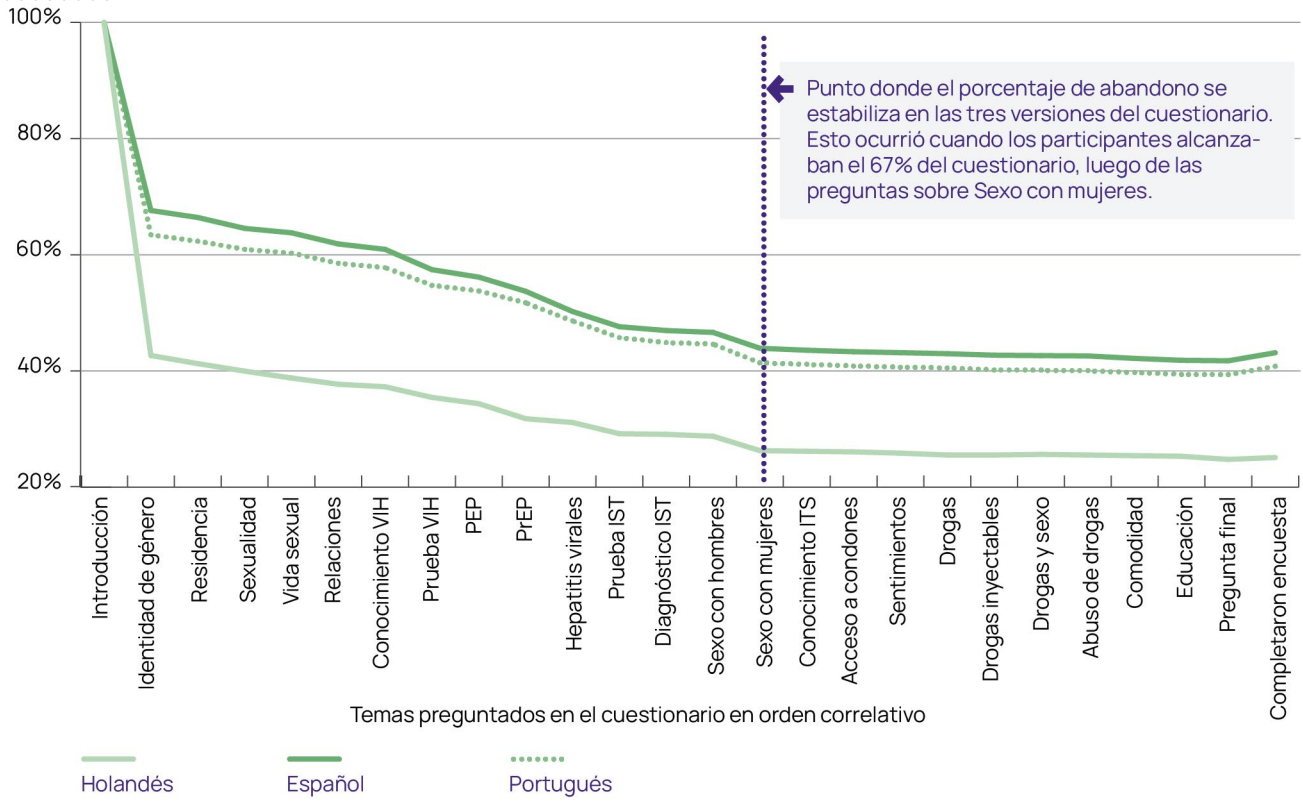
El cuestionario *online* estuvo conformado por 35 páginas mostradas a todos los participantes y 20 pantallas adicionales mostradas solo cuando se respondía una o varias condiciones. La primera página era introductoria e indicaba los criterios de inclusión que debía cumplir el participante, así como el consentimiento que tenía que dar para acceder, y las siguientes correspondían al cuestionario propiamente dicho. La plataforma donde estaba alojado el cuestionario permitió contabilizar el número de personas que respondieron en cada pantalla, lo que permitió contabilizar los abandonos.
El porcentaje de abandono en toda la muestra fue del 58%, siendo mayor en la versión holandesa, con 75%. El mayor porcentaje de abandono ocurrió inmediatamente después de la primera pantalla del cuestionario (introducción, presentación de criterios para participar en el estudio, y consentimiento) con 34%, siendo mayor en la versión holandesa con 57% (*Tabla 2.2*).

Tabla 2.2 Porcentaje de abandono de participantes a lo largo del cuestionario

Idioma del cuestionario	Total de usuarios que ingresaron al cuestionario	Retiro total desde primera pantalla		Retiro entre primera y segunda pantalla *(retiro por no consentir participación)*		Retiro total en quienes llegaron a la segunda pantalla *(tras consentir su participación)*	
	n	n	%	n	%	n	%
Español	114.179	64.918	56,9%	36.962	32,4%	27.956	36,2%
Portugués	47.332	28.019	59,2%	17.305	36,6%	10.714	35,7%
Holandés	928	695	74,9%	532	57,3%	163	41,2%
Total	**162.439**	**93.632**	**57,6%**	**54.799**	**33,7%**	**38.833**	**36,1%**

A partir de la segunda pantalla del cuestionario (luego de leer la introducción y dar consentimiento), se observó un patrón de abandono similar en los tres idiomas, donde el abandono se desaceleró y tendió a estabilizarse cuando se completó el 67% del cuestionario (desde la pantalla sobre sexo con mujeres) (*Figura 2.8*). El porcentaje de abandono hasta el final de la encuesta fue del 36% en toda la muestra, siendo mayor en la versión holandesa, con 41% (*Tabla 2.2*).

Figura 2.8 Porcentaje de abandono a lo largo del cuestionario



6. Análisis de datos

Al finalizar el periodo de reclutamiento se obtuvo un total de 68.799 participantes. Tras la limpieza y depuración de la base de datos, se excluyeron 4144 personas que indicaron no haber leído o entendido la información de la página introductoria, tener menos de 18 años, tener 100 años o más, residir en un país diferente a los del estudio, no identificarse como hombre u hombre trans, no sentirse atraído por otros hombres, o no tener sexo con otros hombres. **El número total de casos válidos fue de 64.655 participantes.**

Previo al análisis estadístico se realizó la recategorización de variables para la creación de indicadores que luego fueron reportados sobre la población total del estudio, disgregados por zona geográfica y, en algunos casos, disgregados por cada país. Los criterios utilizados para la creación de los indicadores serán descritos en su capítulo respectivo.

Las zonas geográficas corresponden a la agrupación de los 18 países, según los siguientes criterios:

1. **Países andinos y Surinam**: conformada por los países por cuyos territorios cruzan la Cordillera de los Andes (Bolivia, Ecuador, Perú Colombia y Venezuela). A pesar de las diferencias históricas, culturales e idiomáticas, Surinam fue incluida en este grupo por su cercanía geográfica a Venezuela y por su tamaño poblacional.

2. **Países del Cono Sur**: conformada por los países ubicados en el área más austral del continente americano que, como una gran península, define el sur del subcontinente de América del Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

3. **América Central**: conformada por Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

4. **Brasil**: por su tamaño y por ser el único país donde se habla portugués.

5. **México**: único país latinoamericano ubicado en América del Norte.

También se realizaron reagrupaciones en algunas variables sociodemográficas con el objetivo de reportar comparaciones de indicadores por determinadas características poblacionales:

- Grupo etario: a partir de las respuestas a la pregunta "¿Qué edad tienes?" se crearon las categorías:
  - **Menos de 25 años:** incluye las respuestas menores al número 25.
  - **Entre 25 y 39 años:** incluye las respuestas entre los números 25 y 39 inclusive.
  - **Más de 39 años:** incluye las respuestas mayores del número 39.

- Nivel educativo: a partir de las respuestas a la pregunta "¿Cuál es el nivel educativo más alto que has alcanzado?" se crearon las categorías:
  - **Bajo (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación [CINE] 0-1/3):** incluye las respuestas "Sin estudios o educación básica (primaria) incompleta", "Educación básica o estudios primarios" y "Estudios secundarios".
  - **Medio (CINE 4-5):** incluye las respuestas "Estudios de bachillerato", "Estudios terciarios/tecnológicos o formación técnica-profesional".
  - **Alto (CINE 6-8):** incluye las respuestas "Estudios universitarios (licenciatura)" y "Postgrado, especialidad, máster, doctorado".

- Ocupación: a partir de las respuestas a la pregunta "¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu situación laboral?" se crearon las siguientes categorías:
  - **Empleado:** incluye las respuestas "Empleado a tiempo completo", "Empleado a tiempo parcial o medio tiempo" y "Trabajador independiente o autónomo".
  - **Desempleado:** incluye la respuesta "Sin trabajo, desempleado".
  - **Estudiante:** incluye la respuesta "Estudiante".
  - **Otros:** incluye las respuestas "Retirado, jubilado", "Licencia laboral por enfermedad de larga duración" u "Otras".

- Orientación sexual: a partir de las respuestas a la pregunta "¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu orientación sexual?" se crearon las categorías:
  - **Gay u homosexual:** incluye la respuesta "Gay u homosexual".
  - **Bisexual:** incluye la respuesta "Bisexual".
  - **Otros:** incluye las respuestas "Heterosexual", "Otra" y "No suelo usar ningún término".

- Tamaño poblacional de la ciudad de residencia: a partir de las respuestas a la pregunta "¿Cómo describes el lugar dónde vives?" se crearon las categorías:
  - **500 mil habitantes o más:** incluye las respuestas "Una ciudad muy grande (un millón o más habitantes)" y "Una gran ciudad (500.000 - 999.999 habitantes)".
  - **De 100 mil a 499 mil habitantes:** incluye la respuesta "Una ciudad de tamaño mediano (100.000 - 499.999 habitantes)".
  - **Menos de 100 mil habitantes:** incluye las respuestas "Una ciudad pequeña (10.000 - 99.999 habitantes)" y "Un pueblo o zona rural (menos de 10.000 habitantes)".

- Estado de VIH: a partir de las respuestas a las preguntas "¿Alguna vez has recibido el resultado de una prueba de VIH?" y "¿Has recibido un resultado positivo en la prueba de VIH?" se crearon las categorías:
  - **No se hizo la prueba de VIH:** incluye a los que respondieron "No" a la pregunta "¿Alguna vez has recibido el resultado de una prueba de VIH?".
  - **Último resultado VIH negativo:** incluye a los que respondieron "No" a la pregunta "¿Has recibido un resultado positivo en la prueba de VIH?".
  - **Diagnóstico de VIH:** incluye a los que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Has recibido un resultado positivo en la prueba de VIH?".

Para describir algunos indicadores de salud mental y social se utilizaron escalas y cuestionarios que miden la severidad de síntomas ansiosos y depresivos, el abuso de alcohol, el soporte social y la homonegatividad internalizada de los participantes de LAMIS-2018.

- La severidad de síntomas ansiosos y depresivos en las últimas dos semanas se midió mediante la escala Patient Health Questionnaire (PHQ-4) desarrollada y validada por Kroenke K (2009)[36]. Está conformada por cuatro enunciados tipo Likert que representan problemas o síntomas ansiosos y depresivos:

  1. Sentirte nervioso, intranquilo o con los nervios de punta.
  2. No poder dejar de preocuparte o no poder controlar la preocupación.
  3. Poco interés o placer en hacer cosas.
  4. Sentirte triste, deprimido o sin esperanza.

  Los participantes indicaron la frecuencia con que se sintieron afectados por cada problema en las últimas dos semanas. A cada respuesta se le asignaba un puntaje: 0 "Nunca", 1 "Algunos días", 2 "Más de la mitad de los días", y 3 "Casi todos los días". Los puntajes de cada enunciado se sumaron obteniéndose un resultado final de 0 a 12 puntos, los cuales fueron agrupados en cuatro categorías de análisis:

  - **Normal:** de 0 a 2 puntos.
  - **Síntomas ansiosos y depresivos leves:** de 3 a 5 puntos.
  - **Síntomas ansiosos y depresivos moderados:** de 6 a 8 puntos.
  - **Síntomas ansiosos y depresivos severos:** de 9 a 12 puntos.

  Se evaluó la confiabilidad interna de la escala PHQ-4 mediante la medición del alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,869.

- El abuso de alcohol se midió mediante el cuestionario CAGE, diseñado por Ewing (1984)[37] y conformado por cuatro preguntas con opciones de respuesta Sí/No:
  - ¿Has intentado reducir tu consumo de alcohol?

36 Kroenke, K, Spitzer, RL, Williams, JB, & Löwe, B (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. Psychosomatics, 50(6), 613-621.

37 Ewing, JA (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. Jama, 252(14), 1905-1907.

- ¿Te ha molestado alguien por criticar tu forma de beber?
- ¿Te has sentido mal o culpable por beber?
- ¿Has tomado una copa a primera hora de la mañana para estabilizar tus nervios o quitarte una resaca?

Para cada pregunta, una respuesta afirmativa fue cuantificada como un punto, pudiendo sumarse un total de 0 a 4 puntos. Los puntajes finales fueron agrupados en dos categorías:

- **Sin abuso de alcohol:** de 0 a 1 punto.
- **Abuso de alcohol:** de 2 a 4 puntos.

Se evaluó la consistencia interna del cuestionario CAGE mediante el cálculo del alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,577.

- El soporte social fue medido mediante la escala de Provisión social, diseñada por Cutrona y Russell (1987)[38], de la cual se seleccionaron dos subescalas: Integración social y Alianza confiable. Cada subescala estuvo conformada por cuatro enunciados tipo Likert:

Integración social

1. Hay personas a las que les gustan las mismas actividades que a mí.
2. Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo.
3. Nadie comparte mis intereses y preocupaciones (puntaje invertido).
4. A nadie le gusta hacer las mismas cosas que a mí (puntaje invertido).

Alianza confiable

1. Hay personas a las que puedo acudir en momentos difíciles.
2. Hay personas con las que puedo contar siempre que lo necesito.
3. No puedo acudir a nadie cuando lo necesito (puntaje invertido).
4. Si algo me va mal, nadie me ayuda (puntaje invertido).

Los participantes respondieron qué tan de acuerdo estaban con cada enunciado, desde 1 "Totalmente en desacuerdo" hasta 4 "Totalmente de acuerdo". Los puntajes de los enunciados redactados en sentido inverso (enunciados escritos en negativo) fueron invertidos antes de sumarse al puntaje total (de 1 "Totalmente de acuerdo" a 4 "Totalmente en desacuerdo"). Finalmente, se sumaron los puntajes de todos los enunciados de cada subescala para obtener un total entre 4 a 16 puntos. A mayor puntaje, mayor soporte social. Para evaluar la confiabilidad interna de cada subescala en LAMIS-2018 se calculó el alpha de Cronbach, obteniéndose un resultado de 0,706 para la subescala de Integración social y de 0,803 para la subescala de Alianza confiable.

38 Cutrona, CE, & Russell, DW (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. Advances in personal relationships, 1(1), 37-67.

- La homonegatividad internalizada se midió utilizando la Escala corta de homonegatividad internalizada, publicada por Smolenski, Diamond, Ross y Rosser (2010)[39]. Está conformada por siete enunciados tipo Likert:

  1. Me siento cómodo en bares gay.
  2. Las situaciones sociales con hombres gais me hacen sentir incómodo (puntaje invertido).
  3. Me siento cómodo siendo visto en público con una persona que es obviamente gay.
  4. Me siento cómodo hablando en público sobre la homosexualidad.
  5. Me siento bien siendo homosexual.
  6. La homosexualidad es moralmente aceptable para mí.
  7. Aunque pudiera cambiar mi orientación sexual, no lo haría.

  Los participantes indicaron su nivel de acuerdo para cada enunciado, desde 0 "Totalmente en desacuerdo" hasta 6 "Totalmente de acuerdo". Los puntajes de los enunciados redactados en sentido inverso (enunciados negativos) fueron invertidos antes de la suma. La suma de los puntajes fue dividida entre 7, y el resultado fue restado al número 7. El resultado final es el puntaje de la escala que puede tomar valores de 0 a 6 puntos. Un mayor puntaje indica mayor homonegatividad. Se evaluó la consistencia interna de la Escala corta de homonegatividad internalizada en LAMIS-2018 mediante el cálculo del alpha de Cronback, obteniéndose un resultado de 0,778.

Para el análisis descriptivo de las variables numéricas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la función de distribución de los datos. Aquellas variables con distribución normal fueron reportadas con su media y desviación estándar, aquellas variables con distribución no normal fueron reportadas con su mediana e intervalo intercuartil. Para las variables categóricas se calcularon las frecuencias relativas y frecuencias acumuladas en los casos donde existía un orden o jerarquía en las categorías. Los datos son presentados en tablas de contingencia y gráficas para facilitar su visualización. Se utilizó la prueba de hipótesis como Chi cuadrado para determinar si existía asociación entre indicadores clave y características sociodemográficas previamente descritas.

7. Tasa de reclutamiento

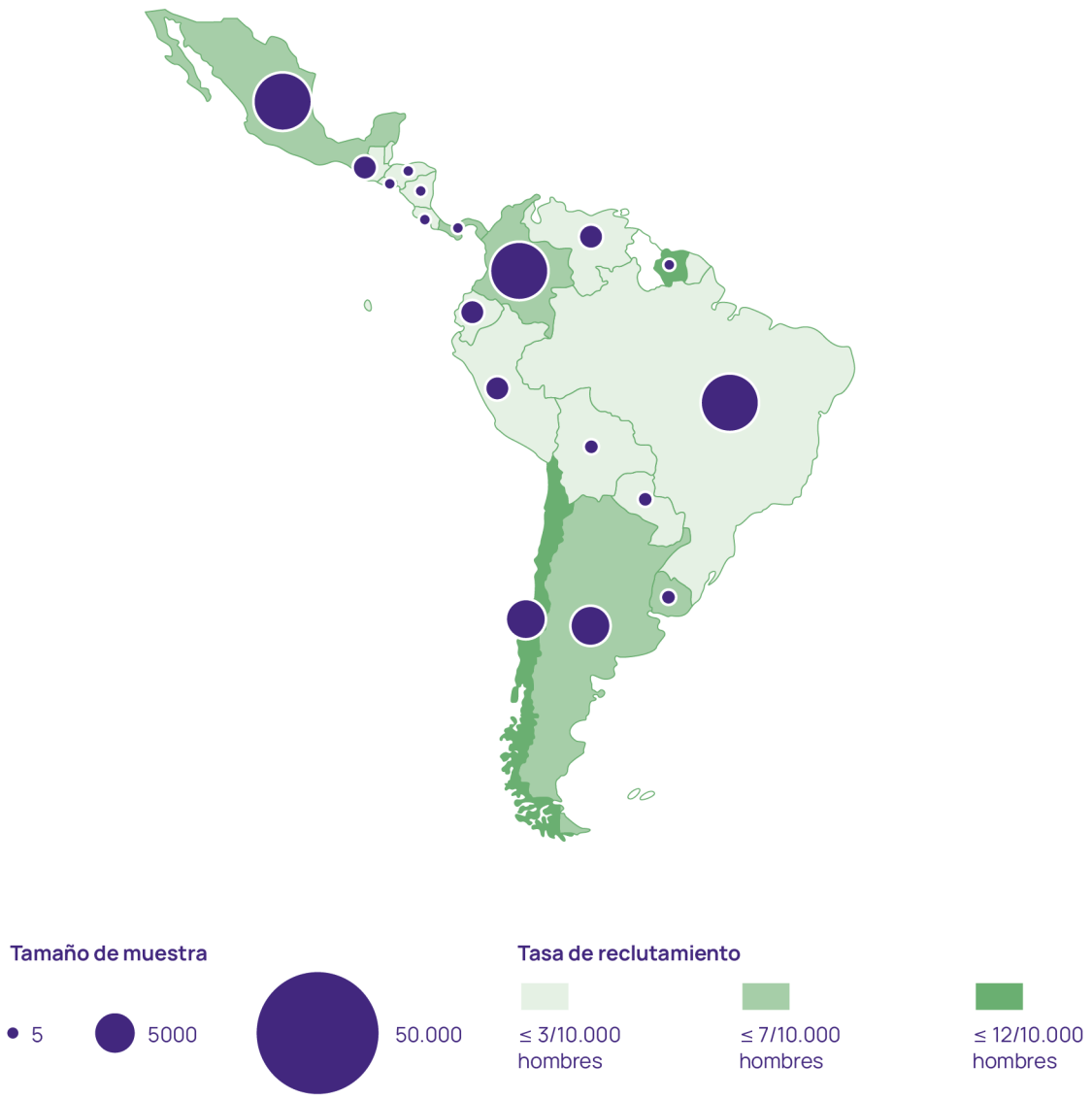
Para evaluar el alcance que tuvo el estudio LAMIS-2018 en la región se calculó la tasa de reclutamiento que comparaba el número de participantes que respondieron la encuesta y formaban parte del estudio (tamaño de muestra de 64.655 personas) con el número estimado de hombres adultos que habitaban en los 18 países participantes, el cual fue de aproximadamente 197 millones de hombres entre 15 y 65 años (independientemente de su orientación sexual o de género), utilizando los datos censales nacionales disponibles hasta 2017.

Se estimó que por cada 10.000 hombres entre 15 a 65 años, 3,3 hombres gais, bisexuales y otros HSH participaron en el estudio. Hubo un amplio rango por país entre 1,9 (Perú) y 11,7 (Surinam) por cada 10.000 hombres de 15-65 años de su respectivo país. Hay que tener en cuenta que los valores de esta tasa de reclutamiento dependen no solo de la cantidad de personas reclutadas (tamaño de

39 Smolenski, DJ, Diamond, PM, Ross, MW, & Rosser, BR (2010). Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the reactions to homosexuality scale. Journal of personality assessment, 92(6), 568–576.

muestra), sino también del número de habitantes por país, es por ello que en países pequeños como Surinam, con solo 216 participantes, tuvieron una tasa de reclutamiento de 11,7 por cada 10.000 hombres de 15-65 años, mientras que países muy grandes como Brasil, donde se reclutaron 18.139 participantes, tuvieron una tasa menor de 2,5 por cada 10.000 hombres de 15-65 años. En la *Figura 2.9* podemos comparar visualmente las tasas de reclutamiento y el tamaño de muestra alcanzado por cada país participante del estudio.

Figura 2.9 Tasa de reclutamiento y tamaño de muestra alcanzado, por país



Fuente: Sigma Research – LSHTM[40]

40 Weatherburn P, Hickson F, Reid DS *et al.* (2020). Op. Cit.

3. Características sociodemográficas, de identidad y sexualidad

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Identidad de género y sexo asignado al nacer 37
2. Edad 37
3. Lugar de residencia 38
   3.1 País y zona geográfica 38
   3.2 Tamaño poblacional de la ciudad de residencia 39
4. Educación 40
5. Ocupación, situación de vida e ingresos económicos 41
   5.1 Ocupación 41
   5.2 Situación de vida e ingresos económicos 42
6. Pertenencia a una etnia indígena, afrodescendiente o pueblo originario 43
7. Estado migratorio 45
8. Orientación, atracción y visibilidad sexual 47
   8.1 Orientación sexual 47
   8.2 Atracción sexual 48
   8.3 Visibilidad de la atracción sexual por otros hombres 49
9. Relación de pareja 49
   9.1 Estado de relación de pareja 49
   9.2 Número y género de la/s pareja/s estable/s 50
   9.3 Estado de seroconcordancia a la infección por VIH dentro de la relación actual 51
10. Pagar por sexo 53
11. Ser pagado por sexo 54

12. Resumen de indicadores sociodemográficos, por país de residencia 55
13. Anexo 56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1 Identidad de género, por zona geográfica 37
Tabla 3.2 Distribución de participantes, por zona geográfica 39
Tabla 3.3 Tamaño poblacional de la ciudad de residencia 39
Tabla 3.4 Tamaño poblacional de la ciudad de residencia, por zona geográfica 40
Tabla 3.5 Nivel educativo más alto alcanzado 40
Tabla 3.6 Nivel educativo alcanzado, por zona geográfica 41
Tabla 3.7 Situación laboral, por zona geográfica 41
Tabla 3.8 Percepción de ingresos económicos, por zona geográfica 42
Tabla 3.9 Pertenencia a etnia indígena, ser afrodescendiente o pueblo originario, por zona geográfica 43
Tabla 3.10 Estado migratorio, por zona geográfica 45
Tabla 3.11 Tiempo de permanencia en el país de residencia en el grupo de migrantes, por zona geográfica* 45
Tabla 3.12 Motivo para emigrar a otro país, por zona geográfica 47
Tabla 3.13 Orientación sexual, por zona geográfica 48
Tabla 3.14 Atracción sexual, por zona geográfica 48
Tabla 3.15 Personas conocidas por el participante que conocían su atracción sexual por otros hombres, por zona geográfica 49
Tabla 3.16 Estado de relación de pareja estable, por zona geográfica 50
Tabla 3.17 Género y cantidad de parejas estables, por zona geográfica 50
Tabla 3.18 Duración de última relación estable, según el género de la pareja 51
Tabla 3.19 Serodiscordancia y seroconcordancia a la infección por VIH en parejas estables, por zona geográfica 52
Tabla 3.20 Pagar por sexo en los últimos 12 meses, por zona geográfica 53
Tabla 3.21 Ser pagado por sexo, por zona geográfica 54
Tabla 3.22 Indicadores sociodemográficos, por país de residencia 55
Tabla 3.23 Rangos de edades de los participantes, por país de residencia 56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Rango de edades, por zona geográfica 38
Figura 3.2 Distribución de participantes, por país de residencia 38

Figura 3.3 Situación de vida e ingresos económicos, por situación laboral 43

Figura 3.4 Raza o grupo étnico, por zona geográfica 44

Figura 3.5 Motivo para migrar al país de residencia 46

Figura 3.6 Serodiscordancia y seroconcordancia a la infección por VIH en la relación actual, por género de pareja 52

Figura 3.7 Número de veces que el participante pagó por sexo en los últimos 12 meses 53

Figura 3.8 Número de veces que el participante fue pagado por sexo en los últimos 12 meses 54

Es importante detallar el contexto sociodemográfico al que pertenecen los participantes del estudio LAMIS-2018. Esto nos permite comprender las condiciones de vida de la población de los HSH de Latinoamérica. Además, nos ayuda a interpretar los principales indicadores relacionados a su salud psico-socio-sexual y las necesidades y acceso a servicios de salud que revisaremos más adelante en este reporte. En este capítulo se detallan las características sociodemográficas relacionadas a sexo, identidad sexual y de género, orientación sexual, edad, lugar de residencia, nivel educativo, estado laboral, estado de pareja, y a pagar y ser pagado por sexo.

1. Identidad de género y sexo asignado al nacer

En toda la muestra, el 99,4% de los participantes se identificó solo como hombre, mientras que el 0,6% como un hombre trans. Por zona geográfica, el porcentaje de participantes identificados como hombres trans fue entre 0,5% y 0,6%, con excepción de América Central, donde el porcentaje de hombres trans fue del 1% (*Tabla 3.1*).

Tabla 3.1 Identidad de género, por zona geográfica

Zona geográfica	Hombre		Hombre trans	
	n	%	n	%
Brasil	18.052	99,5%	87	0,5%
México	14.871	99,4%	86	0,6%
América Central	4634	99,0%	46	1,0%
Países andinos y Surinam	14.980	99,4%	88	0,6%
Países del Cono Sur	11.738	99,4%	73	0,6%
Total	**64.275**	**99,4%**	**380**	**0,6%**

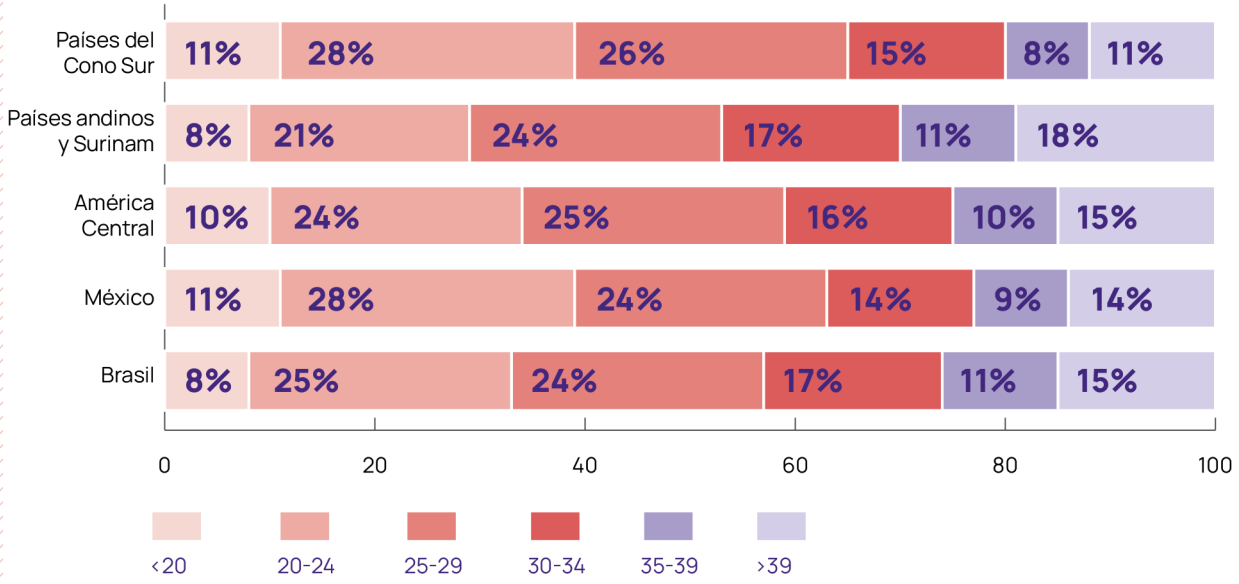
En relación con el sexo asignado al nacer, 64.320 participantes reportaron “hombre” (99,7%), 156 indicaron “mujer” (0,2%) y 73 respondieron “no deseo responder” (0,1%).

2. Edad

El rango de edad de los participantes fue de 18 a 81 años. La mediana de la edad fue de 28 años, con un intervalo intercuartílico (IIC) de entre 23 y 35 años. El porcentaje de participantes menores de 25 años fue 34%; entre 25 y 39 años, 51% y mayores de 39 años, 15%.

Por zona geográfica, el porcentaje de menores de 25 años fue mayor en los países del Cono Sur, con 39%, y menor en los países andinos y Surinam, con 29% (*Figura 3.1*). En la *Tabla 3.22* se encuentran los porcentajes de menores de 25 años por país de residencia y en la Tabla *3.23* se reporta la distribución de edades en rangos de cinco años por país de residencia.

Figura 3.1 Rango de edades, por zona geográfica[41]

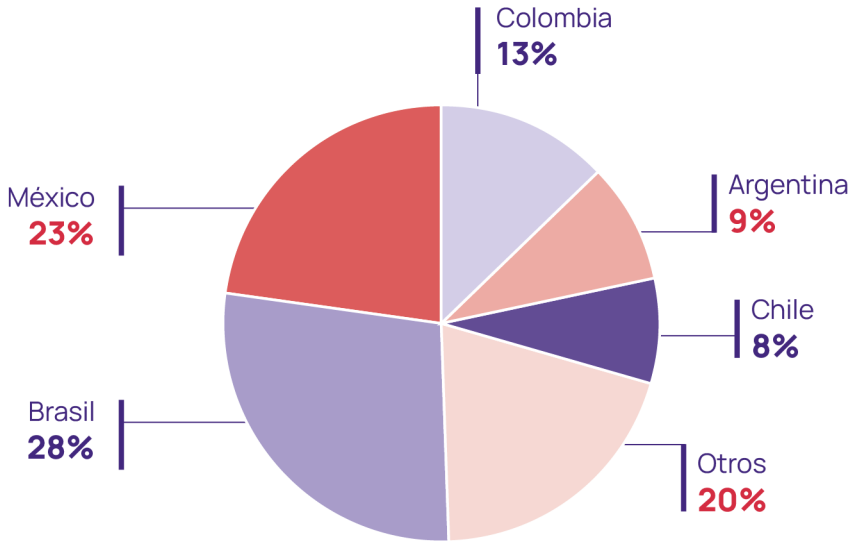


3. Lugar de residencia

3.1 País y zona geográfica

De toda la muestra, el 51% de los participantes residía en Brasil o México, y el 30% en Colombia, Argentina y Chile. Los países con el menor número de participantes fueron Paraguay, El Salvador, Nicaragua y Surinam, representando cada uno menos del 1% de toda la muestra (*Figura 3.2*).

Figura 3.2 Distribución de participantes, por país de residencia[42]



41 Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo a números enteros.

42 Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo a números enteros.

Por zona geográfica, el porcentaje más alto de participantes residía en Brasil, mientras que el más bajo vivía en América Central, con 28% y 7%, respectivamente (*Tabla 3.2*).

Tabla 3.2 Distribución de participantes, por zona geográfica

Zona geográfica	n	%
Brasil	18.139	28,1%
Países andinos y Surinam	15.068	23,3%
México	14.957	23,1%
Países del Cono Sur	11.811	18,3%
América Central	4680	7,2%
Total	**64.655**	**100,0%**

3.2 Tamaño poblacional de la ciudad de residencia

De toda la muestra, el 64% de los participantes reportó vivir en una ciudad grande o muy grande (500 mil habitantes o más), mientras que el 3% indicó vivir en un pueblo o zona rural de menos de 10 mil habitantes (*Tabla 3.3*).

Tabla 3.3 Tamaño poblacional de la ciudad de residencia

	n	%
Una ciudad muy grande (un millón o más habitantes)	30.140	48,1%
Una gran ciudad (500 mil a 999.999 habitantes)	9887	15,8%
Una ciudad de tamaño mediano (100 mil a 499.999 habitantes)	13.337	21,3%
Una ciudad pequeña (10 mil a 99.999 habitantes)	7315	11,7%
Un pueblo o zona rural (menos de 10 mil habitantes)	2046	3,3%
Total	**62.725**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 1930 participantes.

Por zona geográfica, el porcentaje de participantes que residían en una ciudad de 100 mil o más habitantes (tamaño mediano, grande o muy grande) fue mayor en Brasil y los países andinos y Surinam, con 87%, mientras que en América Central dicho porcentaje fue el menor, con 70% (*Tabla 3.4*). A nivel país, los participantes de Colombia, Perú y Chile tuvieron las mayores proporciones de residir en una ciudad de 500 mil habitantes o más, con 89%, 88% y 88%, respectivamente, mientras que aquellos de El Salvador, Surinam y Costa Rica tuvieron las menores proporciones, con 68%, 58% y 57%, respectivamente. En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

Tabla 3.4 Tamaño poblacional de la ciudad de residencia, por zona geográfica

Zona geográfica	Una ciudad muy grande		Una gran ciudad		Una ciudad de tamaño mediano		Una ciudad pequeña		Un pueblo o zona rural	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	8560	48,5%	2977	16,9%	3800	21,6%	2071	11,7%	224	1,3%
Países andinos y Surinam	8018	54,7%	2044	14,0%	2674	18,3%	1429	9,8%	481	3,3%
México	6869	47,6%	2483	17,2%	2936	20,3%	1625	11,3%	524	3,6%
Países del Cono Sur	5561	48,3%	1886	16,4%	2391	20,8%	1291	11,2%	382	3,3%
América Central	1132	25,2%	497	11,0%	1536	34,1%	899	20,0%	435	9,7%
Total	**30.140**	**48,1%**	**9887**	**15,8%**	**13.337**	**21,3%**	**7315**	**11,7%**	**2046**	**3,3%**

4. Educación

Entre el total de los participantes, el 11% reportó tener estudios secundarios, primarios o no tener estudios, el 22% culminó estudios de bachillerato, estudios terciarios/tecnológicos o formación técnico-profesional, y el 67% completó estudios universitarios o de postgrado (*Tabla 3.5*).

Tabla 3.5 Nivel educativo más alto alcanzado

	n	%
Sin estudios o educación básica (primaria) incompleta	181	0,3%
Educación básica o estudios primarios	508	0,8%
Estudios secundarios	6470	10,1%
Estudios de bachillerato, estudios terciarios/tecnológicos o formación técnica-profesional	14.040	21,9%
Estudios universitarios (licenciatura)	31.616	49,2%
Postgrado, especialización, máster o doctorado	11.441	17,8%
Total	**64.256**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 399 participantes.

Por zona geográfica, el menor porcentaje de participantes con bajo nivel educativo fue reportado en México (3%), mientras que Brasil tuvo el mayor porcentaje (21%) (*Tabla 3.6*). A nivel país, el porcentaje de participantes con bajo nivel educativo fue mayor en Surinam, Brasil y Argentina (39%, 20% y 18%, respectivamente), y menor en Venezuela, El Salvador y México (3% cada uno). En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

Tabla 3.6 Nivel educativo alcanzado, por zona geográfica

Zona geográfica	Bajo (CINE 0-1/3)		Medio (CINE 4-5)		Alto (CINE 6-8)	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	3648	20,2%	1900	10,5%	12.485	69,2%
Países andinos y Surinam	1055	7,1%	4648	31,1%	9238	61,8%
México	417	2,8%	3430	23,1%	11.021	74,1%
Países del Cono Sur	1696	14,4%	2770	23,6%	7292	62,0%
América Central	343	7,4%	1292	27,7%	3021	64,9%
Total	**7159**	**11,1%**	**14.040**	**21,9%**	**43.057**	**67,0%**

5. Ocupación, situación de vida e ingresos económicos

5.1 Ocupación

Entre el total de los participantes, el 68% reportó tener algún tipo de empleo, el 9% indicó estar desempleado, el 21% dijo estar estudiando y el 3% manifestó estar retirado, jubilado, con licencia laboral por enfermedad de larga duración u otras. Por zona geográfica, el porcentaje de desempleo fue mayor en Brasil, con 12%, y menor en México, con 6% (*Tabla 3.7*). A nivel de país, Honduras, El Salvador y Brasil tuvieron las mayores proporciones de desempleo, con 12% cada uno, mientras que México, Costa Rica y Surinam tuvieron las menores proporciones, con 6%, 6% y 2%, respectivamente. En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

Tabla 3.7 Situación laboral, por zona geográfica

Zona geográfica	Empleados (tiempo completo y no)		Trabajador independiente o autónomo		Sin trabajo, desempleado		Estudiante		Retirado, jubilado		Otras	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	9246	51,3%	2597	14,4%	2077	11,5%	3582	19,9%	126	0,7%	401	2,2%
Países andinos y Surinam	7484	50,0%	2414	16,1%	1456	9,7%	3253	21,7%	119	0,8%	232	1,6%
México	8224	55,3%	2323	15,6%	955	6,4%	2997	20,2%	125	0,8%	237	1,6%
Países del Cono Sur	6386	54,3%	1672	14,2%	981	8,3%	2412	20,5%	85	0,7%	217	1,8%
América Central	2689	57,8%	480	10,3%	447	9,6%	949	20,4%	22	0,5%	65	1,4%
Total	**34.029**	**53,0%**	**9486**	**14,8%**	**5916**	**9,2%**	**13.193**	**20,5%**	**477**	**0,7%**	**1152**	**1,8%**

5.2 Situación de vida e ingresos económicos

Entre el total de los participantes, el 18% reportó que vivía en apuros o realmente en apuros con sus ingresos económicos actuales, el 40% dijo que vivía ni cómodo ni en apuros con sus ingresos actuales, y el 42% indicó que vivía cómodamente o muy cómodamente con sus ingresos actuales.

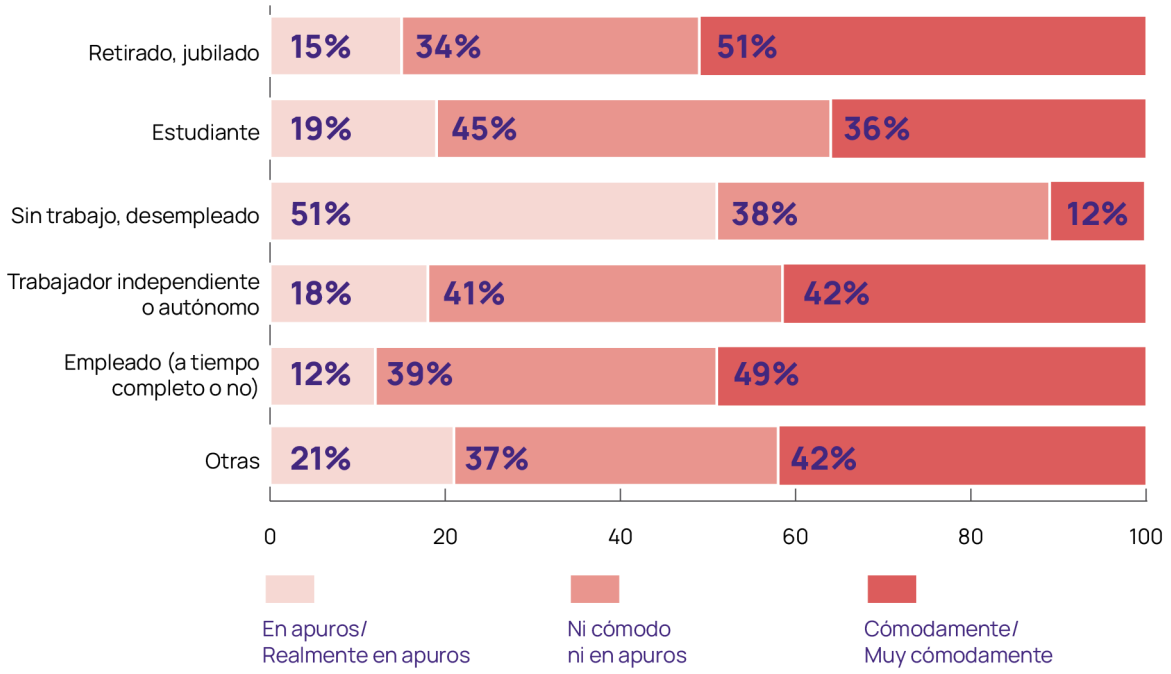
Por zona geográfica, el porcentaje que reportó vivir en apuros o realmente en apuros con los ingresos actuales fue mayor en los países andinos y Surinam, con 21%, y menor en México, con 14% (*Tabla 3.8*). A nivel de país, este porcentaje fue mayor en Venezuela, Honduras y El Salvador, con 38%, 26% y 22%, mientras que fue menor en Panamá, México y Surinam, con 14%, 14% y 11%, respectivamente.

Tabla 3.8 Percepción de ingresos económicos, por zona geográfica

Zona geográfica	Realmente muy en apuros con mis ingresos actuales		En apuros con mis ingresos actuales		Ni cómodo ni en apuros con mis ingresos actuales		Vivo cómodamente con mis ingresos actuales		Vivo muy cómodamente con mis ingresos actuales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	866	4,8%	2679	14,9%	6875	38,2%	5213	28,9%	2384	13,2%
Países andinos y Surinam	973	6,5%	2202	14,8%	6102	40,9%	3650	24,5%	2001	13,4%
México	451	3,0%	1587	10,7%	6065	40,9%	4371	29,4%	2372	16,0%
Países del Cono Sur	505	4,3%	1396	11,9%	4749	40,5%	3330	28,4%	1739	14,8%
América Central	241	5,2%	624	13,5%	1899	40,9%	1178	25,4%	696	15,0%
Total	**3036**	**4,7%**	**8488**	**13,2%**	**25.690**	**40,0%**	**17.742**	**27,7%**	**9192**	**14,3%**

Al comparar la situación de vida e ingresos económicos por situación laboral, las personas sin empleo fueron las que tuvieron las peores condiciones de vida, donde el 51% refirieron estar en apuros o realmente en apuros con los ingresos actuales, seguido por las personas con "licencia laboral por enfermedad de larga duración", donde el porcentaje fue del 31%. En las personas con alguna ocupación, estudiante u otra situación laboral, el porcentaje no superó el 20% (*Figura 3.3*).

Figura 3.3 Situación de vida e ingresos económicos, por situación laboral[43]



6. Pertenencia a una etnia indígena, afrodescendiente o pueblo originario

Entre el total de los participantes, el 15% se consideró miembro de una etnia indígena, afrodescendiente o pueblo originario. Por zona geográfica, Brasil tuvo el mayor porcentaje, con 30%, mientras que México tuvo el menor porcentaje, con 6% (*Tabla 3.9*). A nivel país, Argentina, Colombia y Venezuela tuvieron las menores proporciones, con 5%, 5% y 6%, respectivamente, mientras que Brasil, Perú y Ecuador tuvieron las mayores proporciones, con 30%, 21% y 18%, respectivamente.

Tabla 3.9 Pertenencia a etnia indígena, ser afrodescendiente o pueblo originario, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	17.859	5356	30,0%
Países andinos y Surinam	14.753	1368	9,3%
México	14.598	940	6,4%
Países del Cono Sur	11.616	965	8,3%
América Central	4575	566	12,4%
Total	**63.401**	**9195**	**14,5%**

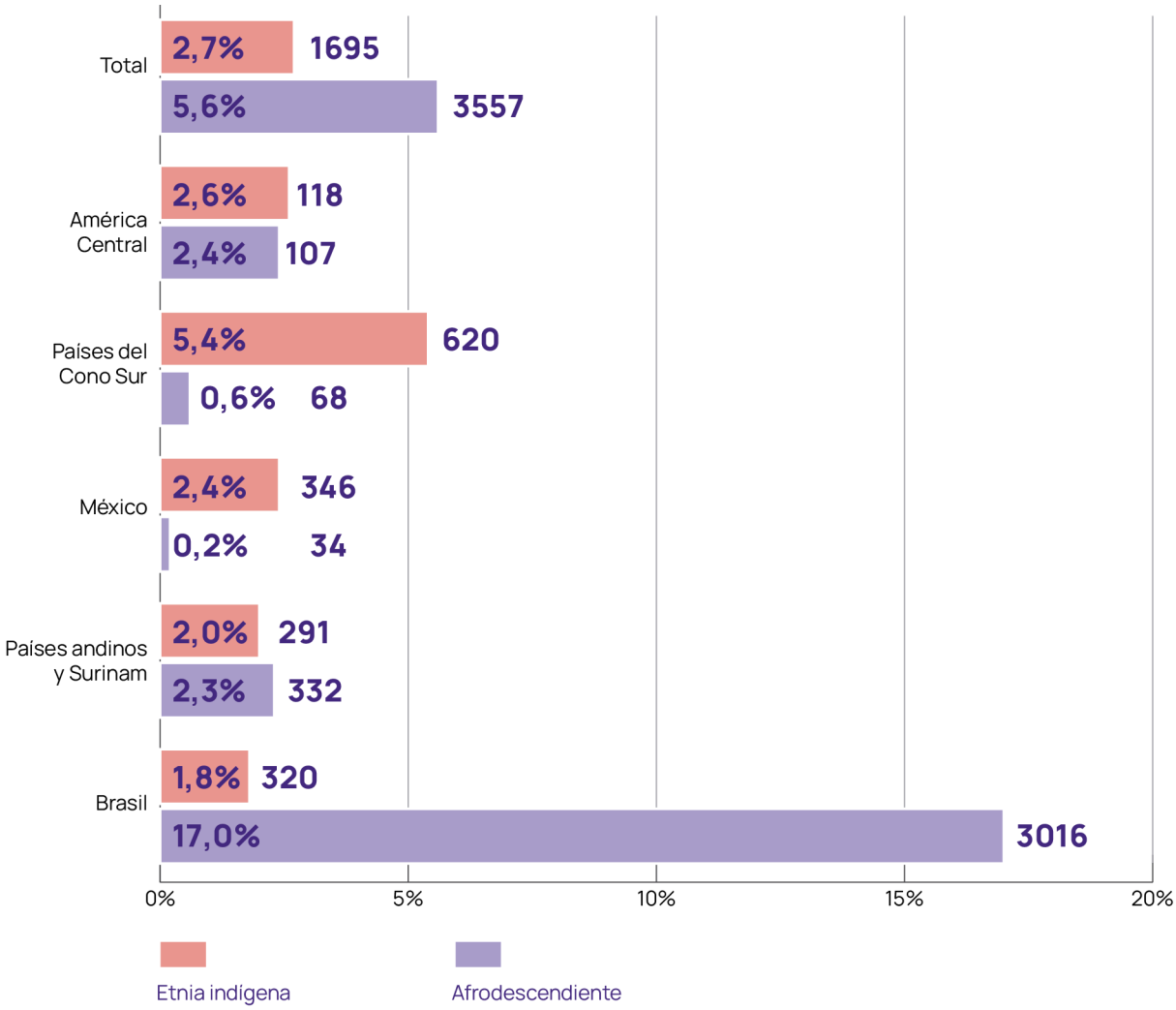
No se obtuvo respuesta de 1254 participantes.

43 Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo a números enteros.

Se solicitó a los participantes que indicaran la etnia, descendencia o pueblo al que pertenecían. A partir de sus respuestas, se identificaron los participantes que se consideraban afrodescendientes (respondieron "afro", "negro", "preto", "swart", entre otros) y aquellos pertenecientes a una etnia indígena (respondieron "nativo", "indígena", "aborigen", "aymara", "mapuche", "maya", "guaraní", entre otros).

De toda la muestra, el 6% se identificó como afrodescendiente, mientras que el 3% como perteneciente a alguna etnia indígena (*Figura 3.4*). Brasil y Panamá tuvieron los mayores porcentajes de participantes afrodescendientes (más del 9%), mientras que en los otros países el porcentaje fue menor del 3%, siendo Guatemala, México y Surinam los de porcentajes más bajos (menos del 0,3%). En cambio, pertenecer a una etnia indígena fue mayor en países como Chile, Bolivia, Paraguay y Guatemala (más del 6%), mientras que Venezuela, Honduras y Colombia tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 1%).

Figura 3.4 Raza o grupo étnico, por zona geográfica



7. Estado migratorio

Entre el total de los participantes, el 4% reportó vivir actualmente en un país diferente al de su nacimiento (inmigrante), siendo más común en la zona geográfica de los países del Cono Sur (10%) (*Tabla 3.10*). A nivel de país, los mayores porcentajes están en Panamá (23%), Ecuador (12%) y Argentina (11%). En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

Tabla 3.10 Estado migratorio, por zona geográfica

Zona geográfica	Nació en su país de residencia		Inmigrante	
	n	%	n	%
Brasil	17.923	98,9%	208	1,1%
Países andinos y Surinam	14.257	94,7%	793	5,3%
México	14.627	97,9%	315	2,1%
Países del Cono Sur	10.635	90,1%	1165	9,9%
América Central	4328	92,6%	348	7,4%
Total	**61.770**	**95,6%**	**2829**	**4,4%**

No se obtuvo respuesta de 56 participantes.

Entre el grupo de participantes inmigrantes, el 23% reportó un tiempo de permanencia en el país de residencia de un año o menos y el 49% reportó una permanencia de dos años o menos. Tener dos años o menos de residencia fue mayor en los países andinos y Surinam (65%) (Tabla 3.11). A nivel de país, los mayores porcentajes fueron en Colombia (76%), Perú (74%) y Chile (61%).

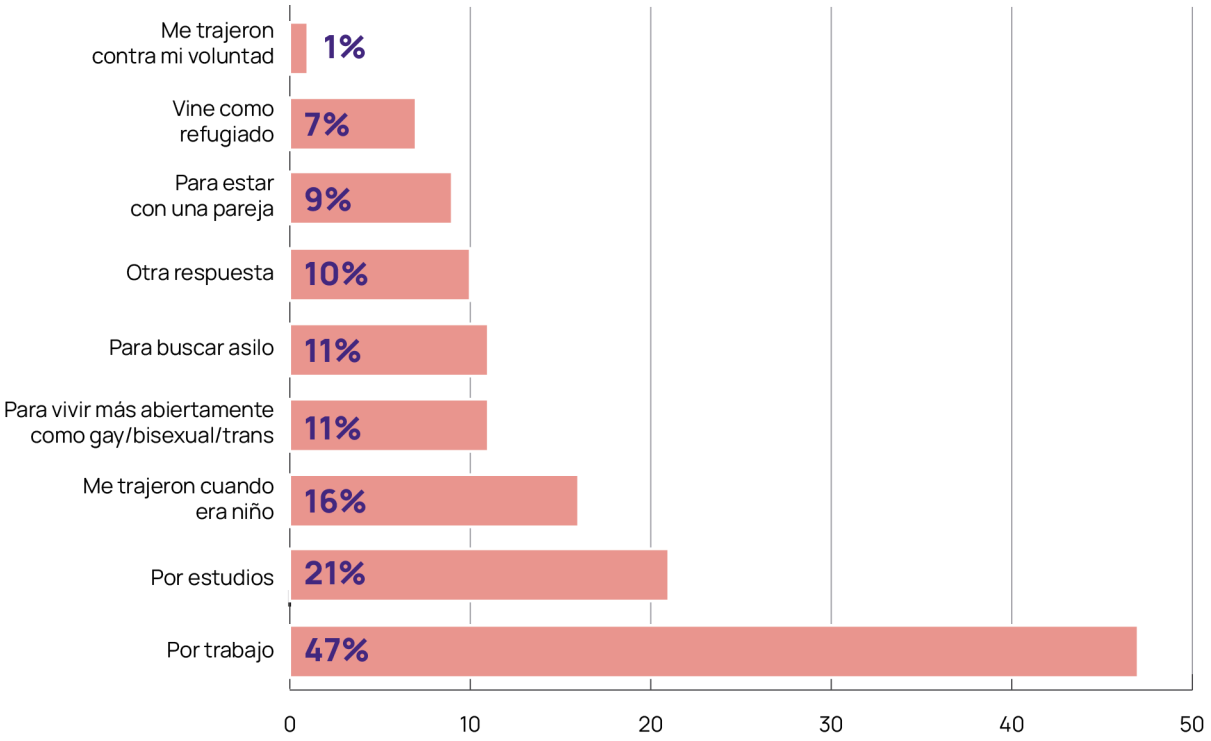
*Tabla 3.11 Tiempo de permanencia en el país de residencia en el grupo de inmigrantes, por zona geográfica**

Zona geográfica	Menos de un año		De 1 a 2 años		De 3 a 5 años		Más de 5 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	23	11,5%	31	15,5%	54	27,0%	92	46,0%
Países andinos y Surinam	265	33,9%	240	30,7%	104	13,3	173	22,1%
México	46	15,1%	50	16,4%	56	18,4%	153	2,1%
Países del Cono Sur	267	23,2%	333	29,0%	217	18,9%	332	28,9%
América Central	31	9,1%	82	24,1%	83	24,4%	144	42,4%
Total	**632**	**22,8%**	**736**	**26,5%**	**514**	**18,5%**	**2829**	**32,2%**

* Porcentajes calculados únicamente en el grupo de inmigrantes.

Los motivos de inmigración reportados con mayor frecuencia fueron la búsqueda de trabajo (47%) y estudios (21%). "Vivir más abiertamente como gay/bisexual/trans" fue otro motivo mencionado por el 11% de los inmigrantes (*Figura 3.5*). En la *Tabla 3.12* se observa que la inmigración por búsqueda de empleo fue indicada con mayor frecuencia en la zona geográfica de países andinos y Surinam (51%) y en los países de Panamá (62%), Chile (56%) y Colombia (55%). La búsqueda de estudios fue reportada con mayor frecuencia en la zona geográfica de los países del Cono Sur (29%) y en los países de Argentina (44%), Bolivia (35%) y Brasil (26%). "Vivir más abiertamente como gay/bisexual/trans" fue mencionado con mayor frecuencia en la zona geográfica de los países del Cono Sur (15%) y en Argentina (18%), Guatemala (14%) y Chile (12%).

Figura 3.5 Motivo para migrar al país de residencia



De 262 participantes que especificaron otro motivo de inmigración, el 38% indicó que la razón fue la crisis política, económica o social de su país, y el 16% que buscaba mejorar su calidad de vida. En ambos casos, con excepción de tres participantes que nacieron fuera de la región de Latinoamérica, todos los que reportaron migrar debido a la crisis política, económica o social de su país o para mejorar su calidad de vida habían nacido en Venezuela.

Tabla 3.12 Motivo para emigrar a otro país, por zona geográfica

Motivo de migración	Brasil		Países andinos y Surinam		México		Países del Cono Sur		América Central	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Me trajeron cuando era niño	39	18,8%	114	14,4%	92	29,2%	132	11,3%	88	25,3%
Por estudios	55	26,4%	74	9,3%	67	21,3%	337	28,9%	57	16,4%
Por trabajo	85	40,9%	403	50,8%	114	36,2%	563	48,3%	162	46,6%
Para estar con una pareja	25	12,0%	51	6,4%	43	13,7%	106	9,1%	22	6,3%
Para vivir más abiertamente como gay/ bisexual/trans	22	10,6%	54	6,8%	33	10,5%	176	15,1%	22	6,3%
Para buscar asilo	1	0,5%	135	17,0%	19	6,0%	131	11,2%	20	5,7%
Vine como refugiado	2	1,0%	103	13,0%	16	5,1%	53	4,5%	24	6,9%
Me trajeron contra mi voluntad	4	1,9%	3	0,4%	5	1,6%	4	0,3%	4	1,1%
Otra respuesta	24	11,5%	89	11,2%	14	4,4%	122	10,5%	26	7,5%
Total	**208**	**100,0%**	**793**	**100,0%**	**315**	**100,0%**	**1165**	**100,0%**	**348**	**100,0%**

8. Orientación, atracción y visibilidad sexual

8.1 Orientación sexual

Entre el total de los participantes, el 77% reportó su orientación sexual como gay u homosexual, 17% como bisexual, 0,8% como heterosexual, 0,7% como "otra" y el 4% no usaba ningún término.

Por zona geográfica, Brasil tuvo el mayor porcentaje de participantes con orientación sexual gay u homosexual, con 82%, y América Central tuvo el menor porcentaje, con 71% (*Tabla 3.13*). A nivel país, Brasil, Chile y Costa Rica tuvieron las mayores proporciones de personas con orientación sexual gay u homosexual, con 82%, 82% y 81%, respectivamente, mientras que Bolivia, Nicaragua y Surinam tuvieron las menores proporciones (57% a 60%). En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

Tabla 3.13 Orientación sexual, por zona geográfica

Zona geográfica	Gay u homosexual		Bisexual		Heterosexual		Otra		No uso términos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	14.855	81,9%	2576	14,2%	128	0,7%	141	0,8%	429	2,4%
Países andinos y Surinam	11.057	73,4%	2999	19,9%	150	1,0%	101	0,7%	757	5,0%
México	11.349	75,9%	2781	18,6%	102	0,7%	84	0,6%	636	4,3%
Países del Cono Sur	9396	79,6%	1613	13,7%	100	0,8%	93	0,8%	605	5,1%
América Central	3313	70,9%	1014	21,7%	61	1,3%	31	0,7%	257	5,5%
Total	**49.970**	**77,3%**	**10.983**	**17,0%**	**541**	**0,8%**	**450**	**0,7%**	**2684**	**4,2%**

No se obtuvo respuesta de 27 participantes.

8.2 Atracción sexual

Entre el total de los participantes, el 82% reportó sentirse atraído sexualmente solamente por hombres, el 17% por hombres y otros sexos (mujer o persona no binaria), el 1% solo por mujeres o personas no binarias, y el 0,2% no sentirse atraído por nadie. Por zona geográfica, América Central tuvo el porcentaje más bajo de hombres que sentían atracción solo hacia hombres (78%), mientras que Brasil tuvo el porcentaje más alto, con un 83% (*Tabla 3.14*). A nivel país, Bolivia, Honduras y Nicaragua tuvieron los porcentajes más bajos, con 69%, 74% y 75%, respectivamente, mientras que Venezuela, Costa Rica y Brasil tuvieron los porcentajes más altos, con 84%, 83% y 83%, respectivamente.

Tabla 3.14 Atracción sexual, por zona geográfica

Zona geográfica	Solo hombres		Hombres, mujeres o personas no binarias		Solo mujeres o personas no binarias		No me siento atraído por nadie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	15.082	83,2%	2898	16,0%	127	0,7%	19	0,1%
Países andinos y Surinam	12.118	80,5%	2688	17,9%	186	1,2%	55	0,4%
México	12.068	80,7%	2690	18,0%	165	1,1%	24	0,2%
Países del Cono Sur	9732	82,5%	1968	16,7%	80	0,7%	19	0,2%
América Central	3664	78,4%	922	19,7%	65	1,4%	24	0,5%
Total	**52.664**	**81,5%**	**11.166**	**17,3%**	**623**	**1,0%**	**141**	**0,2%**

No se obtuvo respuesta de 61 participantes.

8.3 Visibilidad de la atracción sexual por otros hombres

De todos los participantes que reportaron sentirse atraídos por otros hombres, el 7% indicó que ninguna de las personas que conocía (familia, amigos, compañeros de trabajo o estudio) sabía que se sentían atraídos por otros hombres, el 23% dijo que pocas personas lo sabían, el 11% respondió "menos de la mitad", el 19% "más de la mitad" y el 39% "todos o casi todos". Por zona geográfica, América Central tuvo el porcentaje más alto de participantes que reportó que ninguna de las personas que conocía sabía que se sentían atraídos por otros hombres (10%), mientras que Brasil tuvo el porcentaje más bajo (5%) (*Tabla 3.15*). A nivel país, Bolivia, Guatemala y Perú tuvieron los porcentajes más altos, con 18%, 13% y 12%, respectivamente, mientras que Surinam, Brasil y Uruguay tuvieron los porcentajes más bajos (3-5%).

Tabla 3.15 Personas conocidas por el participante que conocían su atracción sexual por otros hombres, por zona geográfica

Zona geográfica	Todos o casi todos		Más de la mitad		Menos de la mitad		Pocas		Ninguna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	8292	46,1%	3527	19,6%	1820	10,1%	3469	19,3%	867	4,8%
Países andinos y Surinam	4359	29,5%	2770	18,7%	1822	12,3%	4434	30,0%	1416	9,6%
México	5519	37,4%	3007	20,4%	1844	12,5%	3316	22,5%	1068	7,2%
Países del Cono Sur	5266	45,0%	2226	19,0%	1156	9,9%	2187	18,7%	858	7,3%
América Central	1254	27,3%	805	17,6%	596	13,0%	1460	31,8%	471	10,3%
Total	**24.690**	**38,7%**	**12.335**	**19,3%**	**7238**	**11,3%**	**14.866**	**23,3%**	**4680**	**7,3%**

No se obtuvo respuesta de 21 participantes.

9. Relación de pareja

9.1 Estado de relación de pareja

Entre el total de los participantes, el 26% reportó tener una pareja estable, el 67% refirió estar sin pareja, y el 7% indicó "no estoy seguro/es complicado decir si tengo pareja".

Por zona geográfica, los países del Cono Sur tuvieron el mayor porcentaje de participantes en relación con pareja estable (28%), mientras que Brasil tuvo el porcentaje más bajo, con 24% (*Tabla 3.16*). A nivel país, Surinam, Chile y Uruguay tuvieron los porcentajes más altos de participantes en relación estable, con 39%, 34% y 34%, respectivamente, mientras que Argentina, Perú y Colombia tuvieron los porcentajes más bajos, con 22%, 23% y 24%, respectivamente. En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

Tabla 3.16 Estado de relación de pareja estable, por zona geográfica

Zona geográfica	En pareja		Sin pareja		No estoy seguro		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Brasil	4380	24,2%	12.512	69,1%	1207	6,7%	18.099
Países andinos y Surinam	3729	24,8%	10.141	67,5%	1161	7,7%	15.031
México	3984	26,7%	9922	66,6%	988	6,6%	14.894
Países del Cono Sur	3345	28,4%	7695	65,3%	741	6,3%	11.781
América Central	1258	27,0%	2992	64,1%	417	8,9%	4667
Total	**16.696**	**25,9%**	**43.262**	**67,1%**	**4514**	**7,0%**	**64.472**

No se obtuvo respuesta de 183 participantes.

9.2 Número y género de la/s pareja/s estable/s

De las personas que reportaron estar en una relación de pareja estable, el 87% indicó estar en una relación solo con un hombre, el 5% con más de un hombre, el 7% solo con una mujer y el 2% en otras formas de relación estable.

Por zona geográfica, México tuvo el porcentaje más bajo de participantes con una relación estable con pareja masculina (85%), mientras que Brasil obtuvo el porcentaje más alto, con 89% (*Tabla 3.17*). A nivel de país, Surinam, Paraguay y Costa Rica tuvieron los porcentajes más altos (91-92%); Honduras, Nicaragua y Bolivia, los más bajos (79-85%).

En relación con estar en una relación estable con una sola pareja femenina, la zona geográfica de América Central tuvo el porcentaje más bajo, con 6%, mientras que los países andinos y Surinam obtuvieron el porcentaje más alto, con 7% (*Tabla 3.17*). A nivel de país, los porcentajes más altos fueron en Bolivia (14%), Nicaragua y Argentina (8% cada uno), mientras que Paraguay, Surinam y El Salvador tuvieron los porcentajes más bajos (3-4%).

Tabla 3.17 Género y cantidad de parejas estables, por zona geográfica

Zona geográfica	Solo un hombre		Más de un hombre *		Solo una mujer		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	3883	88,7%	151	3,4%	302	6,9%	42	1,0%
Países andinos y Surinam	3193	85,7%	206	5,5%	260	7,0%	67	1,8%
México	3373	84,7%	245	6,2%	268	6,7%	95	2,4%
Países del Cono Sur	2945	88,2%	138	4,1%	221	6,6%	35	1,0%
América Central	1097	87,3%	62	4,9%	75	6,0%	22	1,8%
Total	**14.491**	**86,9%**	**802**	**4,8%**	**1126**	**6,8%**	**261**	**1,6%**

*No incluye a los participantes que tenían también parejas mujeres o personas no binarias.
No se obtuvo respuesta de 16 participantes.

En el grupo de participantes que reportaron estar en una relación estable con una sola pareja masculina, el 45% dijo que su relación duró dos años o menos, mientras que el 13% reportó una duración mayor de diez años. En el grupo de participantes en una relación estable con solo una pareja femenina, el 18% reportó un tiempo de relación de dos años o menos, mientras que el 34% tuvo una relación de más de diez años (*Tabla 3.18*).

Tabla 3.18 Duración de la última relación estable, según el género de la pareja

Tiempo de relación	Solo una pareja masculina		Solo una pareja femenina	
	n	%	n	%
Menos de un año	2774	19,2%	56	5,1%
1 a 2 años	3673	25,5%	137	12,5%
3 a 5 años	3650	25,3%	254	23,2%
6 a 10 años	2439	16,9%	281	25,6%
Más de 10 años	1887	13,1%	368	33,6%
Total	**14.423**	**100,0%**	**1096**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 68 y 30 participantes sobre el tiempo de relación con pareja masculina y femenina, respectivamente.

9.3 Estado de seroconcordancia a la infección por VIH dentro de la relación actual

Para determinar el estado de seroconcordancia a la infección por VIH dentro de la relación actual, se comparó la información reportada sobre el estado de VIH del participante y de su pareja, agrupando las respuestas en cuatro categorías:

1. Seroconcordancia positiva: el participante y su pareja tienen diagnóstico positivo de VIH.
2. Seroconcordancia negativa: el participante y su pareja no tienen diagnóstico positivo de VIH.
3. Serodiscordancia: solo el participante o solo su pareja tiene un diagnóstico positivo de VIH.
4. No sabe su estado de VIH y/o el de su pareja.

De todos los participantes en una relación estable, el porcentaje de seroconcordancia positiva o negativa fue del 63%, serodiscordancia del 15% y los que no sabían su estado de VIH y/o el de su pareja del 21%[44]. Entre estos últimos, el 44% desconocían el estado de VIH de su pareja, el 70% desconocían su propio estado de VIH y el 13% desconocían tanto su propio estado de VIH como el de su pareja. Por zona geográfica, México obtuvo el porcentaje más alto de desconocimiento, con 27%, mientras que Brasil y los países del Cono Sur tuvieron los porcentajes más bajos, con 18% cada uno (*Tabla 3.19*). A nivel de país, Nicaragua, Bolivia y México tuvieron los porcentajes más altos, con 32%, 28% y 27%, respectivamente, mientras que Brasil, Argentina y Paraguay tuvieron los porcentajes más bajos, con 18%, 14% y 13%, respectivamente.

44 Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo a números enteros.

En relación con la serodiscordancia, la zona geográfica de Brasil tuvo el porcentaje más alto, con 17%, mientras que América Central obtuvo el porcentaje más bajo, con 12% (*Tabla 3.19*). A nivel de país, Paraguay, Perú y Argentina tuvieron los porcentajes más altos, con 24%, 20% y 17%, respectivamente, mientras que Bolivia, Honduras y Nicaragua tuvieron los porcentajes más bajos, con 9%, 7% y 6%, respectivamente.

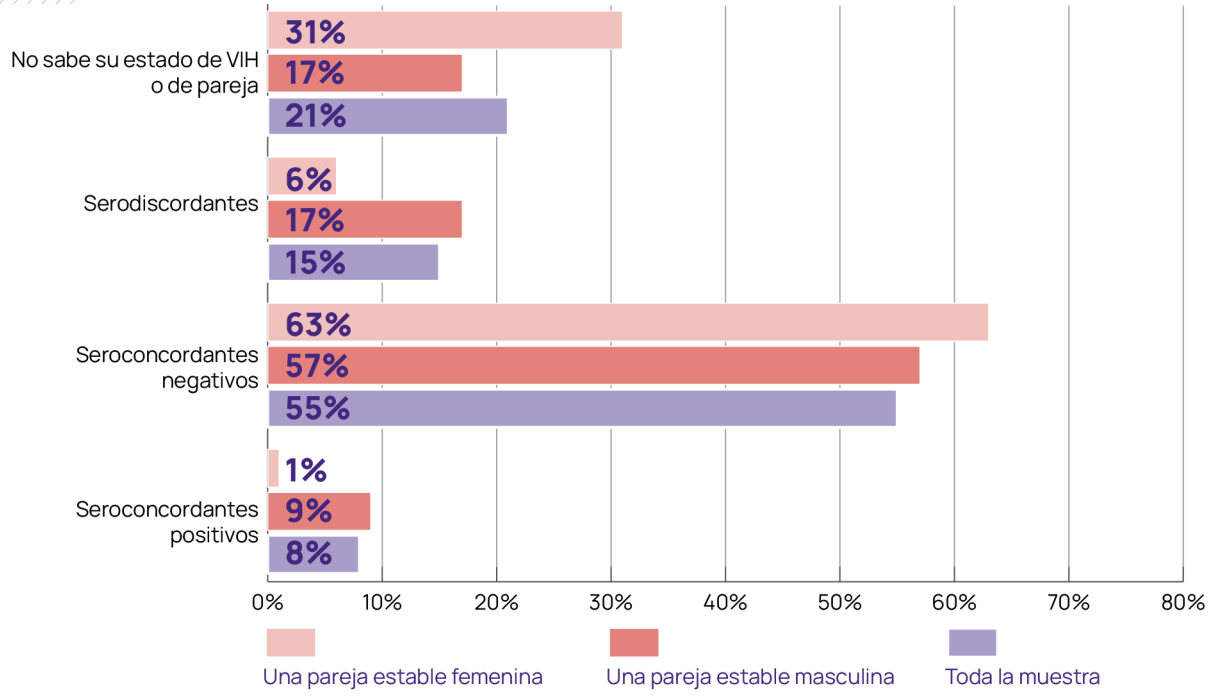
Tabla 3.19 Serodiscordancia y seroconcordancia a la infección por el VIH en parejas estables, por zona geográfica

Zona geográfica	Seroconcordancia positiva		Seroconcordancia negativa		Serodiscordancia		No sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	310	7,1%	2551	58,7%	725	16,7%	763	17,5%
Países andinos y Surinam	340	9,2%	1982	53,6%	539	14,6%	836	22,6%
México	344	8,7%	1931	48,8%	604	15,3%	1074	27,2%
Países del Cono Sur	347	10,5%	1846	55,6%	545	16,4%	582	17,5%
América Central	46	3,7%	762	61,3%	145	11,7%	290	23,3%
Total	**1387**	**8,4%**	**9072**	**54,8%**	**2558**	**15,4%**	**3545**	**21,4%**

No se obtuvo respuesta de 134 de los participantes en una relación.

Entre los participantes que estaban en una relación estable con una pareja masculina, el porcentaje de seroconcordancia positiva fue del 9%, el de discordancia fue del 17% y el de quienes desconocían su estado de VIH o el de su pareja, del 17%. Entre los que estaban en una relación estable con una pareja femenina, el porcentaje de seroconcordancia positiva fue del 0,5%, el de discordancia fue del 6% y el de quienes desconocían su estado de VIH o el de su pareja, del 31% (*Figura 3.6*).

Figura 3.6 Serodiscordancia y seroconcordancia a la infección por VIH en la relación actual, por género de pareja



10. Pagar por sexo

Del total de los participantes, el 11% declaró haber pagado (haber dado dinero, regalos o hacer favores) a un hombre a cambio de sexo en los últimos 12 meses, el 9% hacía más de 12 meses, y el 81% nunca lo hizo. Por zona geográfica, América Central tuvo el porcentaje más alto de reporte de pago por sexo en los últimos 12 meses (12%), mientras que los países del Cono Sur tuvieron el porcentaje más bajo, con 9% (*Tabla 3.20*). A nivel de país, Nicaragua, Perú y Panamá tuvieron los porcentajes más altos (16% cada uno), mientras que Surinam, Argentina y Bolivia presentaron los porcentajes más bajos (8-9%).

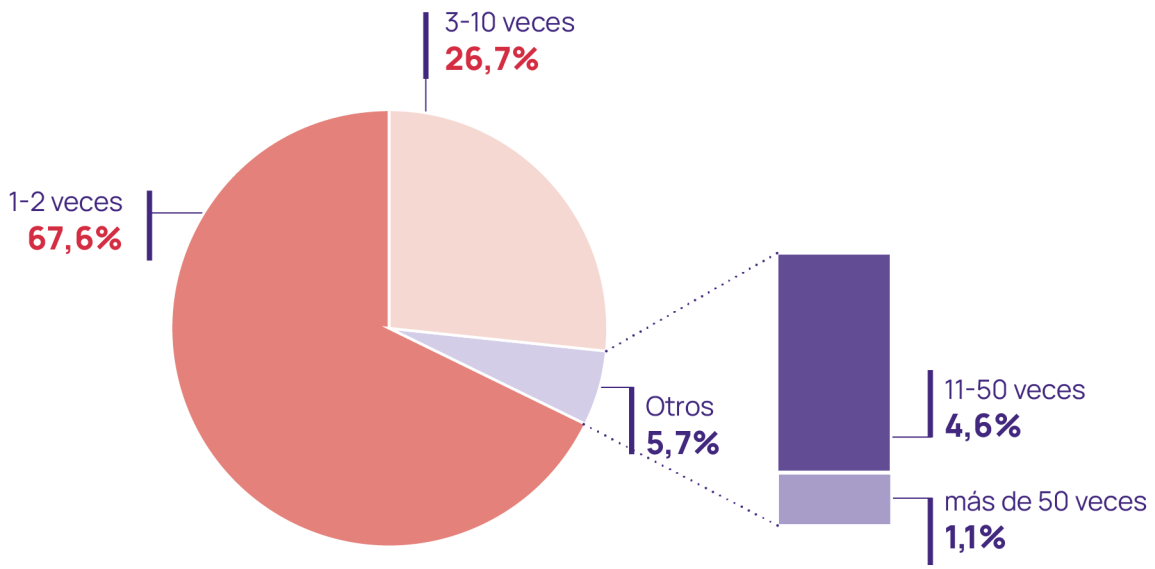
Tabla 3.20 Pagar por sexo en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	En los últimos 12 meses		Hace más de 12 meses		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	2125	11,8%	1859	10,3%	14.047	77,9%
Países andinos y Surinam	1647	11,0%	1069	7,2%	12.211	81,8%
México	1546	10,4%	1231	8,3%	12.071	81,3%
Países del Cono Sur	1090	9,3%	1003	8,5%	9648	82,2%
América Central	557	12,0%	364	7,8%	3724	80,2%
Total	**6965**	**10,9%**	**5526**	**8,6%**	**51.701**	**80,5%**

No se obtuvo respuesta de 463 participantes.

De 6929 participantes que reportaron haber pagado por sexo en los últimos 12 meses, el 68% refirió haberlo hecho una o dos veces, el 27% de tres a diez veces, y el 6% más de diez veces (*Figura 3.7*).

Figura 3.7 Número de veces que el participante pagó por sexo en los últimos 12 meses



11. Ser pagado por sexo

Entre el total de los participantes, el 7% fue pagado por sexo (recibió dinero, regalos o le hicieron favores a cambio de sexo) en los últimos 12 meses, el 8% hacía más de 12 meses y el 85% respondió que nunca había sido pagado por sexo. Por zona geográfica, países andinos y Surinam tuvo el porcentaje más alto de ser pagado por sexo en los últimos 12 meses, con 9%, mientras que Brasil presentó el porcentaje más bajo, con 5% (*Tabla 3.21*). A nivel de país, Bolivia, Honduras y Nicaragua mostraron los porcentajes más altos (11-12%), mientras que Chile, Venezuela y Uruguay tuvieron los porcentajes más bajos (5-4%). En la *Tabla 3.22* se encuentra la información por país de residencia.

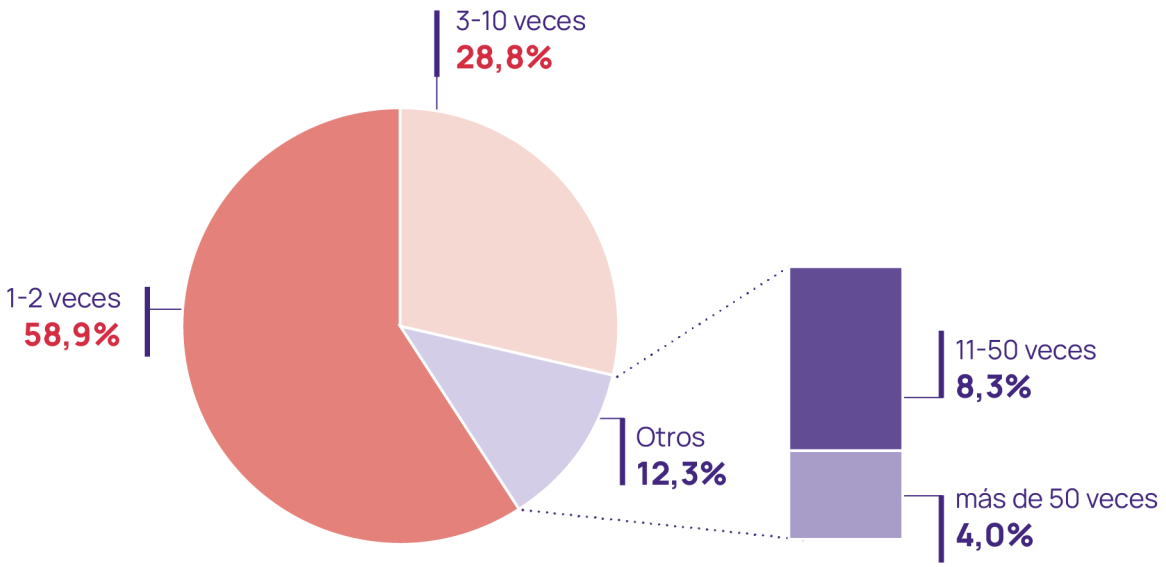
Tabla 3.21 Ser pagado por sexo, por zona geográfica

Zona geográfica	En los últimos 12 meses		Hace más de 12 meses		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	960	5,3%	1268	7,0%	15.814	87,7%
Países andinos y Surinam	1377	9,2%	1319	8,8%	12.241	82,0%
México	1326	8,9%	1190	8,0%	12.335	83,1%
Países del Cono Sur	744	6,3%	900	7,7%	10.097	86,0%
América Central	395	8,5%	355	7,6%	3897	83,9%
Total	**4802**	**7,5%**	**5032**	**7,8%**	**54.384**	**84,7%**

No se obtuvo respuesta de 437 participantes.

En la *Figura 3.8* se ve que de los 4717 participantes que reportaron haber sido pagados por sexo en los últimos 12 meses, el 59% refirió haberlo hecho una o dos veces, el 29% de tres a diez veces y el 12% más de diez veces.

Figura 3.8 Número de veces que el participante fue pagado por sexo en los últimos 12 meses



12. Resumen de indicadores sociodemográficos, por país de residencia

Tabla 3.22 Indicadores sociodemográficos, por país de residencia

País de residencia	Total de participan-tes	Menores de 25 años	Vivir en una ciudad de 50 mil habitantes o más	Nivel secundario o inferior (Bajo)	Desempleo	Inmigran-tes	Orienta-ción sexual como gay u homo-sexual	En una relación estable	Ser pagado por sexo en los últimos 12 meses
	n	%	%	%	%	%	%	%	%
Argentina	5504	27,8	85,5	17,7	8	11	78,4	22,4	7,5
Bolivia	748	50,9	87,6	7,9	8,1	5,4	57	25,1	11,8
Brasil	18.139	32,6	87	20,2	12	1,1	81,9	24,2	5,3
Chile	4945	28,8	88	12,4	8,8	10	81,6	34,4	5,1
Colombia	8208	39,9	89	6	11	4,9	75,9	23,8	10,5
Costa Rica	1012	30,9	56,5	15,6	5,9	8,1	80,5	25,3	5,6
Ecuador	1440	41,6	83,1	7	11	12	68,6	25,2	8,8
El Salvador	572	34,8	68,7	3,3	12	2,6	69,6	27,1	8,7
Guatemala	1157	38,2	76,8	4,8	11	3,1	71	28,4	8,8
Honduras	646	47,8	78	7,2	12	3,1	66,1	27,3	10,6
México	14.957	33,7	85,1	2,8	6,4	2,1	75,9	26,7	8,9
Nicaragua	534	50,9	70,1	5,3	11	4,1	58,6	28,1	10,5
Panamá	759	36,9	74	5	7,2	23	71,3	25,8	8,6
Paraguay	591	46,2	76,7	7,5	8,7	4,4	74,7	26,7	9,1
Perú	2025	38,2	88,1	12,4	8,4	6	69,5	22,9	9,2
Surinam	216	31,5	58,3	38,9	2,3	5,1	59,7	38,6	6,6
Uruguay	771	29,7	75	9,5	7,8	5,7	78,7	33,8	4,3
Venezuela	2431	29,3	83,7	3,4	6,4	1,7	77,2	28,3	4,6
Total	**64.655**	**34,1**	**85,1**	**11,1**	**9,2**	**4,4**	**77,3**	**25,9**	**7,5**

13. Anexo

Tabla 3.23 Rangos de edades de los participantes, por país de residencia

País de residencia	18-19	20 -24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 o más	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Argentina	8,0	19,8	22,2	17,0	11,8	8,0	6,2	3,4	1,9	1,7	5504
Bolivia	16,4	34,5	23,0	11,4	7,1	2,7	1,5	1,7	1,1	0,7	748
Brasil	7,8	24,8	24,2	17,4	11,1	5,8	3,7	3,0	1,5	0,7	18.139
Chile	7,4	21,4	26,7	18,4	11,0	6,2	4,0	2,3	1,3	1,3	4945
Colombia	11,4	28,6	24,7	13,7	8,3	5,8	4,0	2,1	0,9	0,5	8208
Costa Rica	8,8	22,1	26,1	17,2	8,3	6,1	4,7	3,6	1,9	1,2	1012
Ecuador	11,1	30,5	25,2	15,1	7,8	4,2	3,3	1,9	0,7	0,3	1440
El Salvador	8,7	26,0	29,2	17,7	10,3	3,8	1,9	1,7	0,3	0,2	572
Guatemala	10,3	27,9	28,3	15,0	8,9	3,2	2,5	2,2	0,8	0,8	1157
Honduras	11,8	36,1	25,2	13,8	6,8	2,6	0,8	1,7	1,1	0,2	646
México	9,7	24,0	25,0	15,8	10,5	6,0	4,3	2,6	1,4	0,7	14.957
Nicaragua	16,1	34,8	27,0	9,9	4,9	2,8	2,2	1,5	0,4	0,4	534
Panamá	10,5	26,4	22,5	16,3	8,7	5,4	5,4	2,2	2,1	0,4	759
Paraguay	13,9	32,3	24,9	13,9	6,3	3,7	2,4	2,2	0,2	0,3	591
Perú	11,9	26,4	22,1	14,3	9,5	6,8	3,7	3,1	1,4	0,9	2025
Surinam	6,9	24,5	21,8	16,7	12,5	5,6	4,6	4,6	3,2	2,2	216
Uruguay	5,6	23,7	23,5	15,5	11,4	7,0	5,8	4,2	2,2	1,2	771
Venezuela	9,2	24,9	24,5	16,1	10,2	6,0	4,1	2,7	1,4	0,8	2431

4. Estado de salud psico-socio-sexual

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Síntomas ansioso-depresivos e ideación suicida 59
1.1 Síntomas ansioso-depresivos 59
1.2 Ideación suicida 61
2. Insatisfacción sexual 63
3. Abuso de alcohol 64
4. Diagnóstico de VIH y estado de supresión viral 65
4.1 Prevalencia y diagnóstico reciente de VIH (en los últimos 12 meses) 65
4.2 Estado de supresión viral de VIH 68
5. Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual 71
5.1 Diagnóstico de sífilis, clamidia y gonorrea 71
5.2 Diagnóstico por verrugas genitales 72
6. Diagnóstico de infección por virus de hepatitis virales B y C 73
6.1 Diagnóstico de hepatitis C 73
6.2 Diagnóstico de hepatitis B 74
7. Resumen de indicadores psico-socio-sexuales, por país de residencia 74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1 Severidad de síntomas ansioso-depresivos 59
Tabla 4.2 Severidad de síntomas ansioso-depresivos, por zona geográfica 60
Tabla 4.3 Síntomas ansioso-depresivos severos (puntaje mayor o igual a 9 en escala PHQ-4), por características sociodemográficas 60
Tabla 4.4 Frecuencia de ideación suicida en las últimas dos semanas 61

Tabla 4.5 Frecuencia de ideación suicida, por zona geográfica 62
Tabla 4.6 Distribución de escala de satisfacción sexual, por zona geográfica 63
Tabla 4.7 Distribución de dependencia de alcohol, por zona geográfica 64
Tabla 4.8 Puntaje mayor o igual a 2 (abuso de alcohol) en la herramienta CAGE, por características sociodemográficas 64
Tabla 4.9 Tiempo desde el diagnóstico de VIH positivo 66
Tabla 4.10 Diagnóstico reciente y prevalencia de VIH, por zona geográfica 67
Tabla 4.11 Diagnóstico reciente de VIH, por características sociodemográficas 67
Tabla 4.12 Conocimiento sobre estado de supresión viral de VIH 68
Tabla 4.13 Estado de supresión viral de VIH, por zona geográfica 69
Tabla 4.14 Características sociodemográficas relacionadas a reportar carga viral detectable en quienes conocían su carga viral 69
Tabla 4.15 Tiempo desde el primer diagnóstico de verrugas genitales 72
Tabla 4.16 Tiempo desde el primer diagnóstico de hepatitis C 73
Tabla 4.17 Haber sido diagnosticado con hepatitis B, por zona geográfica 74
Tabla 4.18 Indicadores de salud psico-socio-sexual, por país de residencia 74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1 Distribución de síntomas severos en los países de la región 59
Figura 4.2 Distribución de ideación suicida alguna vez en las últimas dos semanas en los países de la región 62
Figura 4.3 Porcentaje del puntaje seleccionado en la escala de satisfacción sexual 63
Figura 4.4 Distribución de abuso de alcohol en los países de la región 64
Figura 4.5 Distribución de prevalencia del diagnóstico de VIH en los países de la región 66
Figura 4.6 Distribución de diagnóstico reciente de VIH (en los últimos 12 meses) en los países de la región 66
Figura 4.7 Estado de supresión viral de VIH, por tiempo de diagnóstico y grupo etario 70
Figura 4.8 Tiempo desde el último diagnóstico de sífilis, gonorrea o clamidia 71
Figura 4.9 Distribución de diagnóstico de sífilis en los últimos 12 meses en los países de la región 72

En este capítulo se describe la prevalencia de problemas de salud psico-socio-sexual como los síntomas de ansiedad o depresión, el abuso de alcohol y el diagnóstico de VIH, otras ITS y virus de las hepatitis virales en los HSH participantes en LAMIS-2018. También se detallan las prevalencias por subgrupos poblacionales en función de características sociodemográficas como la edad, el nivel educativo, la situación laboral, la orientación sexual y el estado de VIH.

1. Síntomas ansioso-depresivos e ideación suicida

1.1 Síntomas ansioso-depresivos

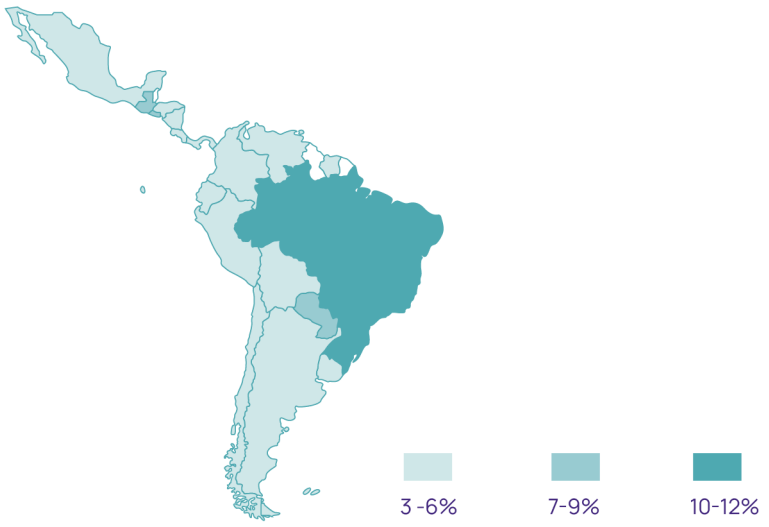
La escala Patient Health Questionnaire (PHQ-4)[45] fue utilizada para medir la severidad de síntomas ansiosos y depresivos en las últimas dos semanas. En toda la muestra, el 43% tuvo un puntaje menor o igual a 2 (normal), mientras que el 18% tuvo un puntaje mayor o igual a 6 (síntomas moderados o severos) y el 7% tuvo un puntaje mayor o igual a 9 (síntomas severos) (*Tabla 4.1*).

Tabla 4.1 Severidad de síntomas ansioso-depresivos

Resultado PHQ-4	n	%
Normal (0-2)	27.526	43,1%
Leve (3-5)	24.814	38,9%
Moderado (6-8)	6843	10,7%
Severo (9-12)	4662	7,3%
Total	**63.845**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 810 participantes.

Figura 4.1 Distribución de síntomas severos en los países de la región



45 Kroenke, K; Spitzer, RL; Williams, JB & Löwe, B (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. Psychosomatics, 50(6), 613-621

Por zona geográfica, el porcentaje de participantes con puntaje mayor o igual a 9 (síntomas severos) fue mayor en Brasil (12%) y menor en los países andinos y Surinam (4%) (*Tabla 4.2*). A nivel de país, el porcentaje de participantes con síntomas severos fue mayor en Paraguay y Brasil, mientras que el porcentaje fue menor en Surinam, Panamá y Colombia (menor o igual a 4%) (*Figura 4.1*). En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia.

Tabla 4.2 Severidad de síntomas ansioso-depresivos, por zona geográfica

Zona geográfica	Normal		Leve		Moderado		Severo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	6940	38,7%	6452	35,9%	2359	13,1%	2203	12,3%
Países andinos y Surinam	6913	46,6%	5942	40,0%	1325	8,9%	658	4,4%
México	6884	46,7%	5673	38,5%	1387	9,4%	808	5,5%
Países del Cono Sur	4707	40,3%	4923	42,1%	1327	11,4%	731	6,3%
América Central	2082	45,1%	1824	39,5%	445	9,6%	262	5,7%
Total	**27.526**	**43,1%**	**24.814**	**38,9%**	**6843**	**10,7%**	**4662**	**7,3%**

No se obtuvo respuesta de 810 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, el porcentaje de participantes con síntomas ansioso-depresivos severos (puntaje mayor o igual a 9 en la escala PHQ-4) fue mayor en los hombres más jóvenes, con menor nivel educativo, desempleados, aquellos con orientación sexual distinta a gay, homosexual o bisexual y en los diagnosticados con VIH (*Tabla 4.3*).

Tabla 4.3 Síntomas ansioso-depresivos severos (puntaje mayor o igual a 9 en escala PHQ-4), por características sociodemográficas

Resultado PHQ-4	Total	n	%	Valor p
Total	**63.845**	**4662**	**7,3%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.748	1904	8,8%	
Entre 25 y 39 años	32.485	2343	7,2%	
Más de 39 años	9612	415	4,3%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	7086	764	10,8%	
Medio (CINE 4-5)	13.916	909	6,5%	
Alto (CINE 6-8)	42.724	2979	7,0%	

Resultado PHQ-4	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.141	2554	5,9%	
Desempleado	5866	790	13,5%	
Estudiante	13.115	1190	9,1%	
Otra	1609	121	7,5%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.435	3741	7,6%	
Bisexual	10.779	631	5,9%	
Otra	3608	288	8,0%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.171	1055	7,4%	
Último resultado VIH negativo	39.135	917	6,8%	
Diagnóstico de VIH	10.173	2672	9,0%	

1.2 Ideación suicida

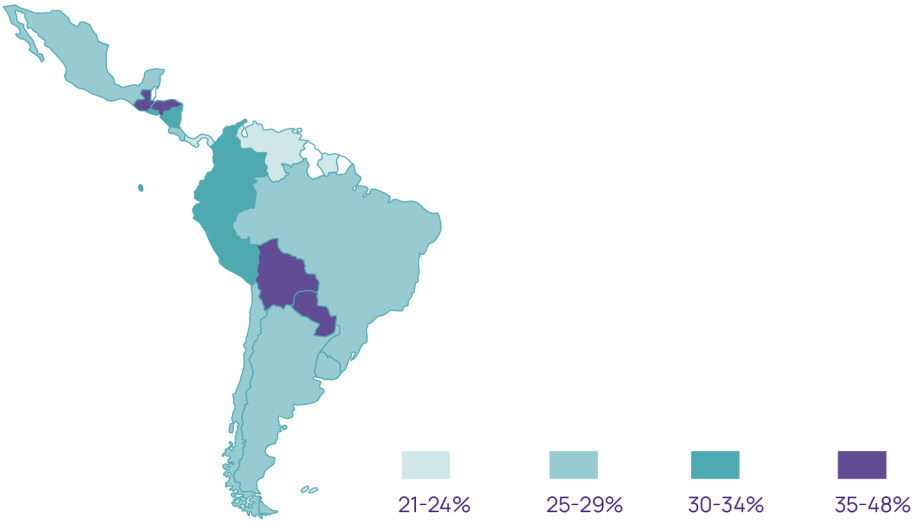
Entre el total de los participantes, el 71% reportó que no tuvo ideación suicida en las últimas dos semanas, el 21% la tuvo algunos días, el 3,9% casi todos los días y el 4% refirió haber tenido ideación suicida casi todos los días en las últimas dos semanas (*Tabla 4.4*).

Tabla 4.4 Frecuencia de ideación suicida en las últimas dos semanas

Ideación suicida	n	%
Casi todos los días	2888	4,5%
Más de la mitad de los días	2520	3,9%
Algunos días	13.415	20,9%
Nunca	45.431	70,7%
Total	**64.254**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 401 participantes.

Figura 4.2 Distribución de ideación suicida alguna vez en las últimas dos semanas en los países de la región



El porcentaje de hombres con ideación suicida alguna vez en las últimas dos semanas fue mayor en América Central (32%) y menor en los países del Cono Sur (28%); mientras que el porcentaje de hombres con ideación suicida casi todos los días fue mayor en Brasil (6%) y menor en los países andinos y Surinam (4%) (*Tabla 4.5*). A nivel de país, el porcentaje de hombres con ideación suicida en algún momento en las últimas dos semanas fue mayor en Bolivia, Paraguay, Honduras y Guatemala (más del 35%), y menor en Panamá, Venezuela y Surinam (menos del 25%). En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia.

Tabla 4.5 Frecuencia de ideación suicida, por zona geográfica

Zona geográfica	Casi todos los días		Más de la mitad de los días		Algunos días		No, en lo absoluto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	1055	5,9%	742	4,1%	3356	18,6%	12.879	71,4%
Países andinos y Surinam	557	3,7%	604	4,0%	3431	22,9%	10.366	69,3%
México	595	4,0%	542	3,6%	3147	21,2%	10.570	71,2%
Países del Cono Sur	451	3,8%	438	3,7%	2411	20,5%	8454	71,9%
América Central	230	4,9%	194	4,2%	1070	23,0%	3162	67,9%
Total	**2888**	**4,5%**	**2520**	**3,9%**	**13.415**	**20,9%**	**45.431**	**70,7%**

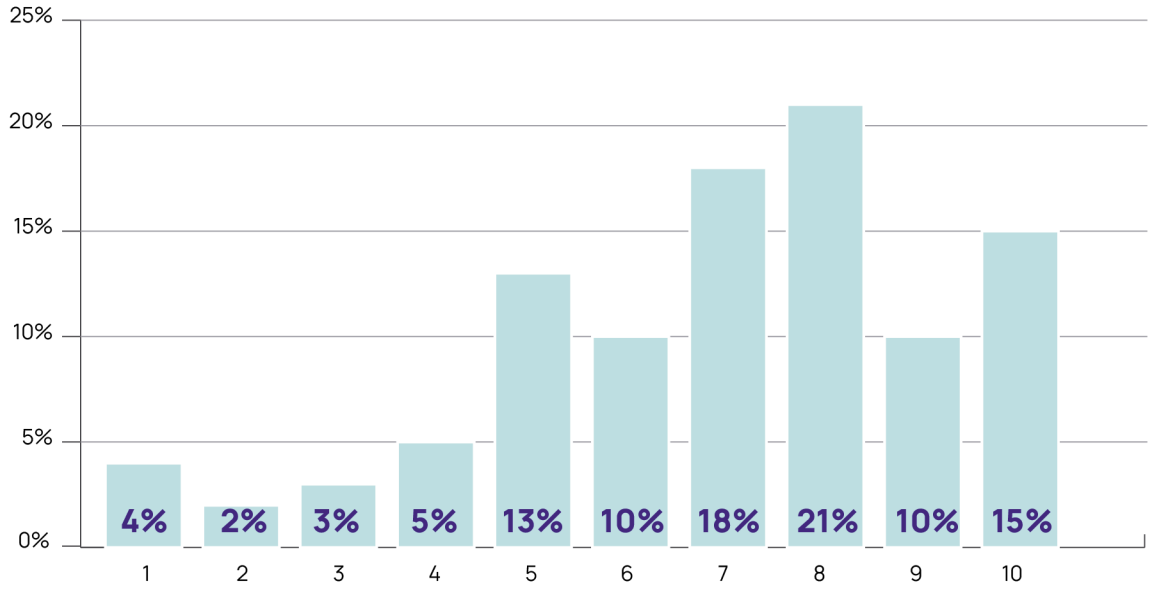
No se obtuvo respuesta de 401 participantes.

2. Insatisfacción sexual

El grado de satisfacción sexual fue medido utilizando una escala numérica del 1 al 10 (donde 1 era muy insatisfecho y 10 muy satisfecho). El puntaje central fue tomado como referencia para clasificar las respuestas de los participantes como "satisfacción sexual" (puntaje mayor o igual a 5) o "insatisfacción sexual" (puntaje menor a 5).

En la *Figura 4.3* se muestra la distribución de las respuestas de todos los participantes del estudio. El 13% reportó un puntaje menor a 5 (insatisfacción sexual).

Figura 4.3 Porcentaje del puntaje seleccionado en la escala de satisfacción sexual



Por zona geográfica, Brasil obtuvo el porcentaje más alto de insatisfacción sexual (16%), mientras que México tuvo el porcentaje más bajo (9%). Las otras zonas geográficas mantuvieron porcentajes entre 12 y 13% (*Tabla 4.6*). A nivel país, la insatisfacción sexual fue mayor en Surinam, Nicaragua y Brasil (más del 15%), mientras que los porcentajes más bajos fueron encontrados en Argentina, Colombia y México (menos del 11%).

Tabla 4.6 Distribución de escala de satisfacción sexual, por zona geográfica

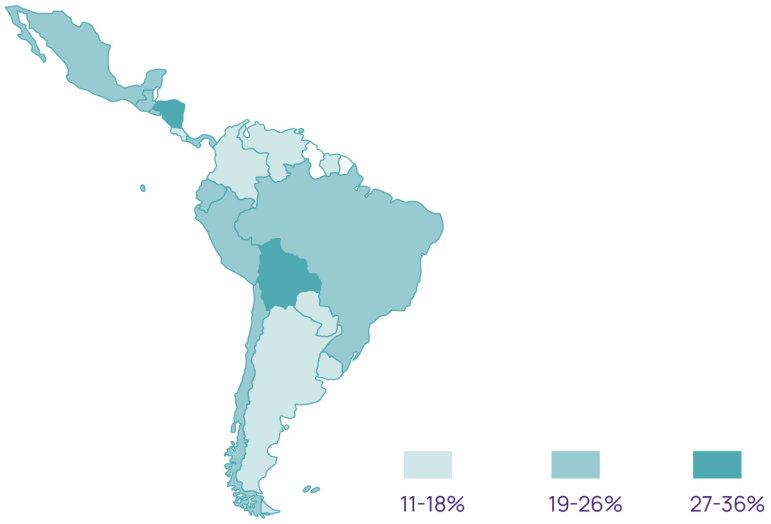
Zona geográfica	Total	Insatisfacción sexual (puntaje menor a 5)	
		n	%
Brasil	18.012	2912	16,2%
Países andinos y Surinam	14.809	1742	11,8%
México	14.777	1379	9,3%
Países del Cono Sur	11.676	1498	12,8%
América Central	4595	620	13,5%
Total	**63.869**	**8151**	**12,8%**

No se obtuvo respuesta de 786 participantes.

3. Abuso de alcohol

Se utilizó la herramienta CAGE para el tamizaje de abuso de alcohol[46], donde un puntaje mayor o igual a 2 (dos o más respuestas afirmativas de cuatro preguntas) indica abuso de alcohol. En toda la muestra, el 21% obtuvo un puntaje mayor o igual a 2, indicando abuso de alcohol.

Figura 4.4 Distribución de abuso de alcohol en los países de la región



Por zona geográfica, el porcentaje de abuso al alcohol fue mayor en Brasil (25%) y menor en los países del Cono Sur (18%) (*Tabla 4.7*). A nivel país, los porcentajes de abuso de alcohol fueron mayores en Bolivia y Nicaragua (más del 35%), y menores en Argentina, Venezuela y Uruguay (menos del 15%). En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia.

Tabla 4.7 Distribución de dependencia de alcohol, por zona geográfica

Zona geográfica	n	%
Brasil	4454	24,9%
Países andinos y Surinam	2964	20,0%
México	2965	20,1%
Países del Cono Sur	2078	17,8%
América Central	1078	23,3%
Total	**13.539**	**21,2%**

No se obtuvo respuesta de 831 participantes.

46 Ewing, JA (1984). Op. Cit.

Al comparar por características sociodemográficas, el porcentaje de abuso de alcohol en los últimos 12 meses fue mayor en los grupos etarios de menor edad, con bajo nivel educativo, desempleados y en quienes se hicieron las pruebas de VIH en relación con quienes nunca se hicieron la prueba de VIH (*Tabla 4.8*).

Tabla 4.8 Puntaje mayor o igual a 2 (abuso de alcohol) en la herramienta CAGE, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**63.824**	**13.539**	**21,2%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.755	4962	22,8%	
Entre 25 y 39 años	32.497	7251	22,3%	
Más de 39 años	9572	1326	13,9%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	7062	1638	23,2%	
Medio (CINE 4-5)	13.916	2816	20,2%	
Alto (CINE 6-8)	42.736	9060	21,2%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.141	8864	20,5%	
Desempleado	5854	1378	23,5%	
Estudiante	13.128	2965	22,6%	
Otra	1601	313	19,6%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.174	2851	20,1%	
Último resultado VIH negativo	39.138	8411	21,5%	
Último resultado VIH positivo	10.143	2193	21,6%	

4. Diagnóstico de VIH y estado de supresión viral

4.1 Prevalencia y diagnóstico reciente de VIH (en los últimos 12 meses)

La prevalencia de diagnóstico de VIH fue del 16% (10.265 participantes) y la prevalencia de diagnóstico reciente (últimos 12 meses) de VIH fue del 3%. El diagnóstico de VIH positivo ocurrió en el último año en el 21% de los casos y en los últimos cinco años en el 65% (*Tabla 4.9*).

Tabla 4.9 Tiempo desde el diagnóstico de VIH positivo

	n	%	%AC
En el último año	1993	20,8%	20,8%
Hace 2 a 5 años	4220	43,9%	64,7%
Hace más de 5 años	3389	35,3%	100,0%
Total	**9602**	**100,0%**	

%AC: porcentaje acumulado
No se obtuvo respuesta de 663 participantes.

Figura 4.5 Distribución de prevalencia del diagnóstico de VIH en los países de la región

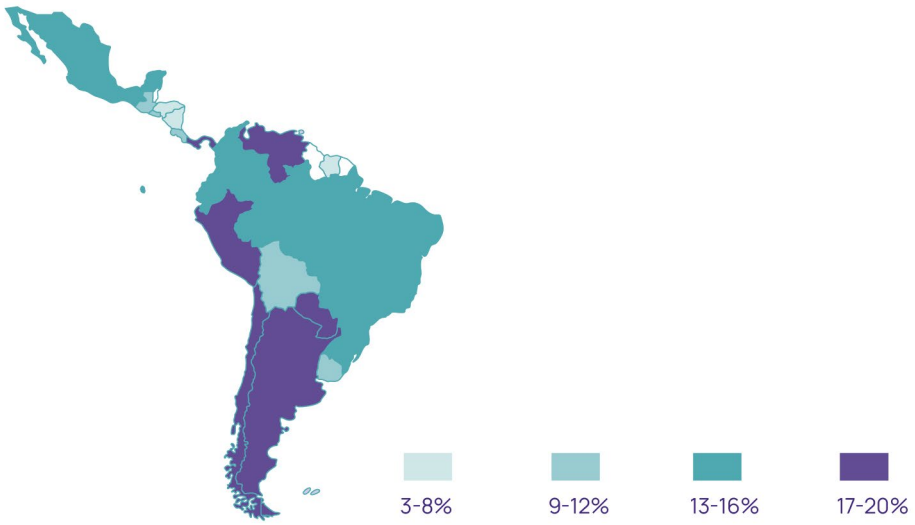
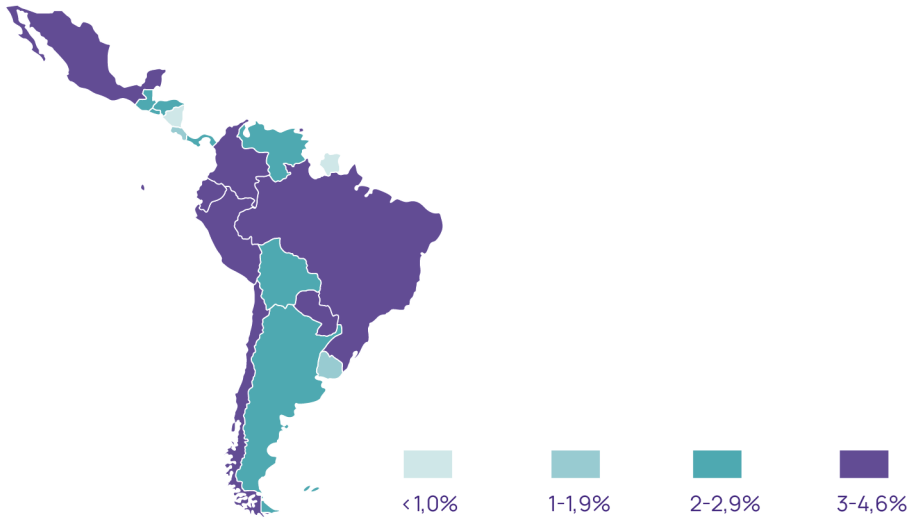


Figura 4.6 Distribución de diagnóstico reciente de VIH (en los últimos 12 meses) en los países de la región



Por zona geográfica, los países del Cono Sur tuvieron la mayor prevalencia de diagnóstico de VIH (18%) y Brasil el mayor porcentaje de diagnóstico reciente de VIH (3,3%), mientras que América Central tuvo la menor prevalencia de VIH (11%) y el menor porcentaje de diagnóstico reciente de VIH (2%) (*Tabla 4.10*). A nivel país, la prevalencia de diagnóstico de VIH fue mayor en Perú, Paraguay y Chile (más del 19%), y menor en Honduras, Surinam y Nicaragua (menos del 10%). Así mismo, el porcentaje de diagnóstico reciente fue mayor en Perú y Paraguay (más del 4%), y menor en Costa Rica, Nicaragua y Surinam (menor o igual al 1%). En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia.

Tabla 4.10 Diagnóstico reciente y prevalencia de VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	Diagnóstico reciente de VIH		Prevalencia de VIH	
	n	n	%	n	%
Brasil	18.038	595	3,3%	2939	16,3%
Países andinos y Surinam	14.959	471	3,1%	2388	16,0%
México	14.858	481	3,2%	2302	15,5%
Países del Cono Sur	11.740	357	3,0%	2137	18,2%
América Central	4634	89	1,9%	499	10,8%
Total	**64.229**	**1993**	**3,1%**	**10.265**	**16,0%**

No se obtuvo respuesta de 426 participantes para diagnóstico reciente y prevalencia de VIH.

El diagnóstico reciente de VIH fue mayor en el grupo etario entre 25 y 39 años, hombres que vivían en ciudades de mayor tamaño poblacional, desempleados y aquellos con orientación sexual gay u homosexual (*Tabla 4.11*).

Tabla 4.11 Diagnóstico reciente de VIH, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**63.566**	**1993**	**3,1**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.946	623	2,8%	
Entre 25 y 39 años	32.680	1195	3,7%	
Más de 39 años	9603	175	1,8%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	39.799	1324	3,3%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.246	376	2,8%	
Menos de 100 mil habitantes	9301	247	2,7%	

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.247	1378	3,2%	
Desempleado	5875	254	4,3%	
Estudiante	13.160	310	2,4%	
Otra	1599	43	2,7%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.652	1715	3,5%	
Bisexual	10.907	213	2,0%	
Otra	3646	64	1,8%	

4.2 Estado de supresión viral de VIH

De todas las personas que alguna vez habían sido monitorizadas por su infección por VIH (98% de los hombres con diagnóstico de VIH, N = 10.026), el 77% reportó tener carga viral indetectable, el 15% dijo tener carga viral detectable y el 8 % (822 respuestas) no recordaba/no le dijeron/no le midieron su carga viral (*Tabla 4.12*). En el conjunto de las personas que tienen un diagnóstico de VIH (N = 10.265), estos porcentajes fueron de 75%, 14%, y 8%, respectivamente.

Tabla 4.12 Conocimiento sobre estado de supresión viral de VIH

	n	%
Indetectable	7683	77,0%
Detectable	1467	14,7%
Me lo dijeron, pero no recuerdo el resultado	295	3,0%
Lo midieron, pero no me dijeron el resultado	214	2,1%
No fue medido	210	2,1%
No lo recuerdo	103	1,0%
Total	**9972**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 18 participantes y 36 indicaron la respuesta "No entiendo la pregunta".

En relación con desconocer su carga viral, el porcentaje fue mayor en América Central (12%) (*Tabla 4.13*). A nivel país, el porcentaje fue mayor en Honduras, Paraguay, Venezuela, El Salvador y Ecuador (más del 17%), y menor en Uruguay, Brasil, Argentina y Colombia (menos del 7%).

En relación con el reporte de carga viral detectable, el porcentaje fue mayor en los países andinos y Surinam (19%) (*Tabla 4.13*). A nivel país, el porcentaje fue mayor en Honduras, Nicaragua, Ecuador y

Venezuela (más del 25%), y menor en Guatemala, Costa Rica, Brasil y Uruguay (menos del 13%). En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia.

Tabla 4.13 Estado de supresión viral de VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Desconoce su carga viral, en participantes monitorizados (Total: 9972)		Carga viral detectable, en quienes conocen su carga viral (Total: 9150)	
	n	%	n	%
Brasil	171	5,9%	337	11,6%
Países andinos y Surinam	255	11,1%	438	19,1%
México	180	8,1%	323	14,6%
Países del Cono Sur	157	7,5%	297	14,2%
América Central	59	12,2%	72	14,9%
Total	**822**	**8,2%**	**1467**	**14,7%**

No se obtuvo respuesta de 54 participantes o bien respondieron "No entiendo la pregunta".

Al comparar por características sociodemográficas entre los participantes que reportaron tener carga viral detectable o indetectable (excluyendo a quienes no conocían su carga viral), se evidenció que tener carga viral detectable fue más frecuente en los grupos etarios de menor edad, en aquellos que vivían en una ciudad de menor tamaño poblacional, con menor nivel educativo, en estudiantes y en hombres con orientación sexual bisexual (*Tabla 4.14*).

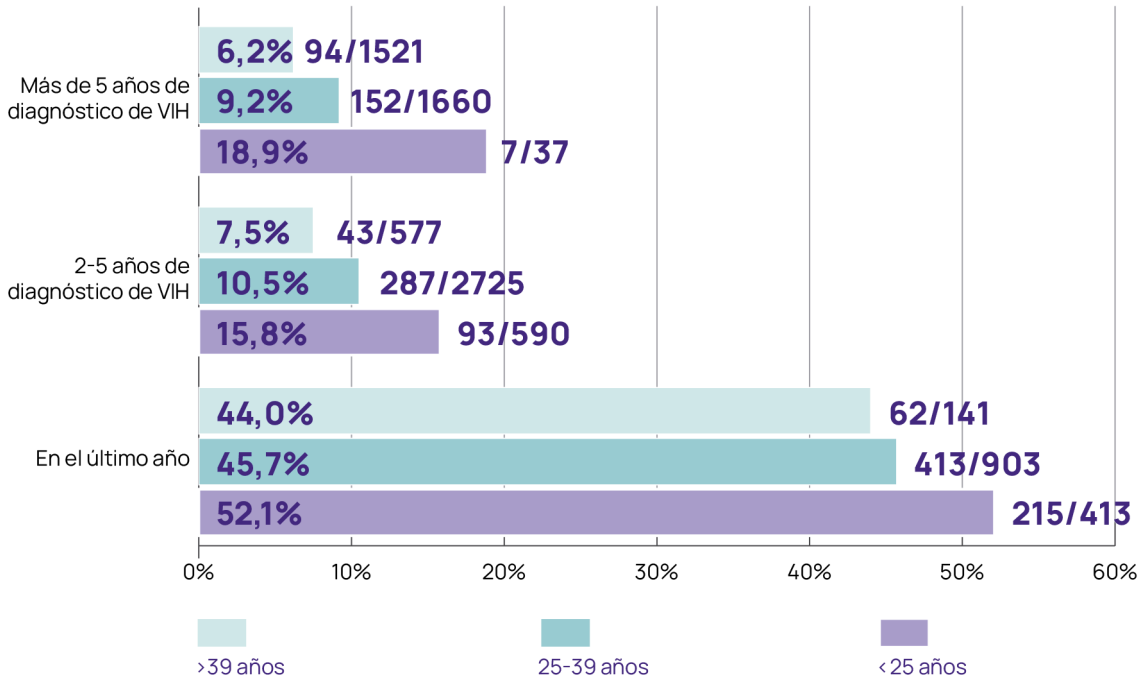
Tabla 4.14 Características sociodemográficas relacionadas a reportar carga viral detectable, en quienes conocían su carga viral

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**9150**	**1467**	**16,0%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	1110	337	30,4%	
Entre 25 y 39 años	5598	917	16,4%	
Más de 39 años	2442	213	8,7%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				0,002
500 mil habitantes o más	6330	973	15,4%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	1608	276	17,2%	
Menos de 100 mil habitantes	915	180	19,7%	

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	890	171	19,2%	
Medio (CINE 4-5)	1849	350	18,9%	
Alto (CINE 6-8)	6390	943	14,8%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	7161	1052	14,7%	
Desempleado	935	179	19,1%	
Estudiante	702	190	27,1%	
Otra	329	43	13,1%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	8238	1279	15,5%	
Bisexual	650	137	21,1%	
Otra	259	51	19,7%	

Se observó, además, que la tendencia a mayor porcentaje de carga viral detectable a menor edad se mantenía independientemente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH (*Figura 4.7*).

Figura 4.7 Estado de supresión viral de VIH, por tiempo de diagnóstico y grupo etario

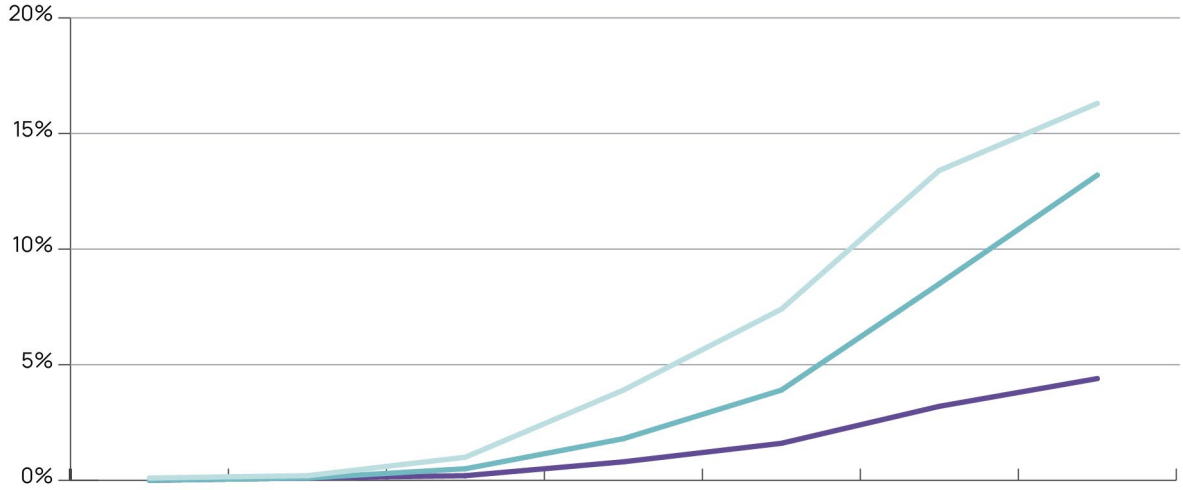


5. Diagnóstico de infecciones de trasmisión sexual

5.1 Diagnóstico de sífilis, clamidia y gonorrea

Entre el total de los participantes, el porcentaje de hombres que habían tenido alguna vez diagnóstico de sífilis, gonorrea y clamidia fue del 16%, 13% y 4%, respectivamente. Además, entre los que indicaron el tiempo transcurrido desde su último diagnóstico, el diagnóstico de sífilis, gonorrea y clamidia en los últimos 12 meses fue del 7%, 4% y 2%, respectivamente (*Figura 4.8*).

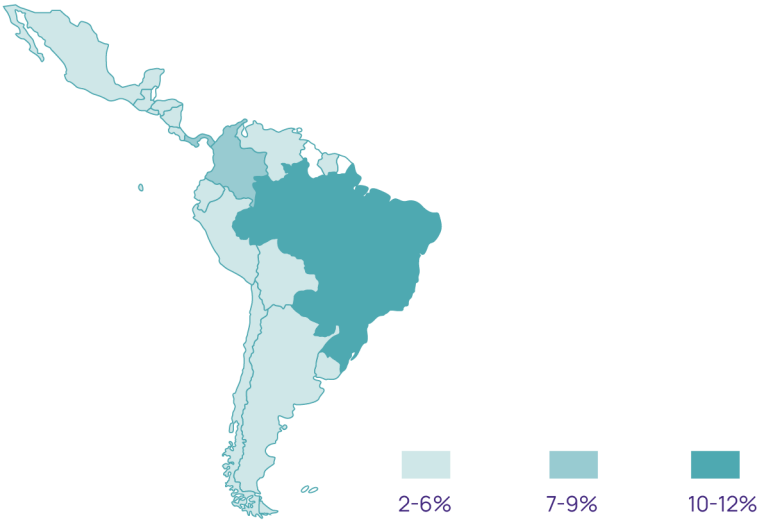
Figura 4.8 Tiempo desde el último diagnóstico de sífilis, gonorrea o clamidia



	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Sífilis	0,1%	0,2%	1,0%	3,9%	7,4%	13,4%	16,3%
Gonorrea	0,0%	0,1%	0,5%	1,8%	3,9%	8,5%	13,2%
Clamidia	0,0%	0,1%	0,2%	0,8%	1,6%	3,2%	4,4%

En relación con el diagnóstico de sífilis en los últimos 12 meses, Paraguay y Brasil tuvieron los porcentajes más altos (más del 10%), mientras que Nicaragua y Uruguay presentaron los porcentajes más bajos (menos del 3%). En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia y en la *Figura 4.9* se observa la distribución por rangos de prevalencia.

Figura 4.9 Distribución de diagnóstico de sífilis en los últimos 12 meses en los países de la región



En relación con el diagnóstico de gonorrea en los últimos 12 meses, Bolivia y Costa Rica tuvieron los porcentajes más altos de diagnóstico (más del 5%), mientras que Surinam y Venezuela los más bajos (menos del 2%). En cuanto al diagnóstico de clamidia en los últimos 12 meses, Surinam y Perú tuvieron los porcentajes más altos (más del 2%), mientras que Nicaragua, Venezuela, Honduras y Uruguay los más bajos (menos del 1%).

5.2 Diagnóstico por verrugas genitales

Entre el total de los participantes, el 17% (10.765 respuestas) fue diagnosticado con verrugas genitales alguna vez. Incluyendo a aquellos que nunca fueron diagnosticados, en todo LAMIS-2018, el 0,6% tuvo verrugas genitales por primera vez en las últimas cuatro semanas, el 2% en los últimos 6 meses y 5% en los últimos 12 meses (*Tabla 4.15*).

Tabla 4.15 Tiempo desde el primer diagnóstico de verrugas genitales

	n	%
En las últimas 24 horas	35	0,1%
En los últimos 7 días	63	0,1%
En las últimas 4 semanas	258	0,4%
En los últimos 6 meses	981	1,6%
En los últimos 12 meses	1653	2,6%
En los últimos 5 años	3932	6,2%
Hace más de 5 años	3838	6,1%
Nunca	52.172	82,9%
Total	**62.932**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 1.723 participantes o indicaron la respuesta "No lo sé".

Los porcentajes más altos de haber sido diagnosticados con verrugas genitales alguna vez fueron en Argentina y Chile (más del 19%), mientras que Nicaragua, Honduras y Surinam tuvieron los porcentajes más bajos (12%, 11% y 3%, respectivamente).

6. Diagnóstico de infección por virus de hepatitis virales B y C

6.1 Diagnóstico de hepatitis C

Entre el total de los participantes, el 1% (N = 625) indicó haber sido diagnosticado con hepatitis C alguna vez, aunque ocho no respondieron cuándo fue su primer diagnóstico. Entre quienes sí indicaron el tiempo desde su primer diagnóstico, el 0,13% lo tuvo en los últimos 6 meses, y el 0,27% en los últimos 12 meses. Incluyendo a los que nunca fueron diagnosticados, en todo LAMIS-2018, el 0,13% tuvo su primer diagnóstico de hepatitis C en los últimos 6 meses, y el 0,27% lo tuvo en los últimos 12 meses (*Tabla 4.16*).

Tabla 4.16 Tiempo desde el primer diagnóstico de hepatitis C

	n	%
En las últimas 24 horas	9	0,1%
En los últimos 7 días	6	0,1%
En las últimas 4 semanas	17	0,03%
En los últimos 6 meses	47	0,08%
En los últimos 12 meses	83	0,14%
En los últimos 5 años	173	0,28%
Hace más de 5 años	282	0,46%
Nunca	60.103	99,00%
Total	**60.720**	**100,00%**

No se obtuvo respuesta de 3935 participantes o indicaron la respuesta "No lo sé".

De los hombres que fueron diagnosticados con hepatitis C, el 93% fueron diagnosticados una vez, el 5% (31 respuestas) dos veces y el 2% (10 respuestas) tres veces.

Sobre el estado actual frente a la hepatitis C, el 38% reportó haber eliminado el virus tras recibir tratamiento, el 33% dijo haber eliminado el virus espontáneamente, el 13% indicó que aún tenía hepatitis C y el 16% no sabía su estado actual. Por lo tanto, en LAMIS-2018, el 0,1% de los participantes (78 respuestas) vivía con hepatitis C.

Paraguay, Panamá y Nicaragua presentaron los porcentajes más altos de participantes que habían sido diagnosticados alguna vez con hepatitis C (más del 1,5%), mientras que Uruguay, Honduras, Bolivia y Surinam tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 0,7%). En Surinam no hubo reporte de diagnóstico de hepatitis C. En la *Tabla 4.18* se presenta la información por país de residencia.

6.2 Diagnóstico de hepatitis B

Entre el total de los participantes, el 9% fue diagnosticado alguna vez con hepatitis B y el 0,9% indicó tener la infección por hepatitis B de manera crónica. Los países del Cono Sur tuvieron los porcentajes más altos (12%) (*Tabla 4.17*), con Paraguay, a nivel país, con el porcentaje más alto (15%). Otros países con un alto porcentaje fueron Guatemala y Bolivia (más del 14%). Los países con los porcentajes más bajos fueron Costa Rica, Panamá y Brasil (menos del 8%).

Tabla 4.17 Haber sido diagnosticado con hepatitis B, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	13.690	633	4,6%
Países andinos y Surinam	10.949	1068	9,8%
México	10.658	1080	10,1%
Países del Cono Sur	9243	1077	11,7%
América Central	3316	330	10,0%
Total	**47.856**	**4188**	**8,8%**

No se obtuvo respuesta de 16.799 (26%) de participantes: 314 no señalaron respuesta y 16.485 reportaron "No lo sé".

7. Resumen de indicadores psico-socio-sexuales, por país de residencia

Tabla 4.18 Indicadores de salud psico-socio-sexual, por país de residencia

País de residencia	Salud mental			VIH/ITS			
	Síntomas ansioso-depresivos severos en las últimas dos semanas (PHQ-4 con puntaje mayor o igual a 9)	Ideación suicida en las últimas dos semanas	Abuso de alcohol en las últimas dos semanas	Diagnóstico reciente de VIH	Carga viral detectable en VIH+ alguna vez monitorizados con carga viral conocida	Diagnóstico de sífilis en los últimos 12 meses	Diagnóstico de hepatitis C alguna vez
	%	%	%	%	%	%	%
Argentina	5,7	26,5	13,5	2,8	13,3	6,9	0,97
Bolivia	4,6	38,8	36,0	2,8	25,0	6,4	0,44
Brasil	12,3	28,6	24,9	3,3	12,4	10,7	1,09

País de residencia	Salud mental			VIH/ITS			
	Síntomas ansioso-depresivos severos en las últimas dos semanas (PHQ-4 con puntaje mayor o igual a 9)	Ideación suicida en las últimas dos semanas	Abuso de alcohol en las últimas dos semanas	Diagnóstico reciente de VIH	Carga viral detectable en VIH+ alguna vez monitorizados con carga viral conocida	Diagnóstico de sífilis en los últimos 12 meses	Diagnóstico de hepatitis C alguna vez
	%	%	%	%	%	%	%
Chile	6,5	28,8	23,7	3,3	17,0	6,8	0,86
Colombia	4	31,2	18,9	3,2	19,1	8,6	0,92
Costa Rica	5	28,5	16,9	1	11,3	6,8	0,73
Ecuador	4,7	32,7	26,7	3,1	25,8	5,3	1,21
El Salvador	7,6	34,7	20,8	2,5	18,9	6,7	1,34
Guatemala	7	35,3	25,2	2,3	10,0	5,9	0,86
Honduras	5	37,2	27,1	2,6	38,1	3,6	0,65
México	5,5	28,8	20,1	3,2	15,9	4,8	1,07
Nicaragua	5,1	33,6	35,3	0,9	27,8	2,5	1,62
Panamá	4	24,6	19,1	2,3	19,1	7,4	1,69
Paraguay	10	38,8	15,2	4,4	23,9	12,8	1,95
Perú	4,6	34,1	23,8	4,5	23,5	6,3	1,07
Surinam	3,8	21,1	15,2	0,5	16,7	6	0
Uruguay	5,8	26	11,7	1,7	12,6	2,4	0,69
Venezuela	5,6	23,2	11,9	2,3	25,2	3,7	0,73
Total	**7,3**	**29,3**	**21,2**	**3,1**	**16,0**	**7,7**	**1,02**

5. Conductas de riesgo y protección

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Prevalencia de actividad sexual, edad de inicio sexual y tiempo desde última relación sexual con otros hombres 82
1.1 Prevalencia de actividad sexual 82
1.2 Edad de inicio de la actividad sexual con otros hombres 82
1.3 Tiempo desde la última relación sexual con otros hombres 84
2. Relaciones sexuales con mujeres 84
3. Uso de sustancias 85
3.1 Uso de sustancias en los últimos 12 meses 85
3.2 Esteroides y otras drogas inyectables 89
3.2.1 Uso reciente de anabólicos inyectables 89
3.2.2 Uso de sustancias inyectables no anabólicas 90
3.3 Uso de inyectables compartidos 91
4. Uso de sustancias y relaciones sexuales 92
4.1 Relaciones sexuales sin el efecto de alcohol u otras drogas (sobrio) 92
4.2 Relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol u otras drogas en los últimos 12 meses 92
4.3 Uso de drogas para tener sexo 92
4.4 Uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas sexuales 95
5. Búsqueda y uso de profilaxis post-exposición (PEP) y profilaxis pre-exposición (PrEP) 97
5.1 Búsqueda y uso de profilaxis post-exposición 97
5.2 Búsqueda y uso de profilaxis pre-exposición 99
5.3 Potenciales inconsistencias sobre el uso de la PrEP y diagnóstico de VIH 101
6. Tratamiento para VIH 102
6.1 Prevalencia de tratamiento para VIH 102

6.2 Tiempo desde el diagnóstico de VIH para iniciar tratamiento antirretroviral 103
7. Cobertura de vacunación contra los virus de las hepatitis A y B 104
7.1 Vacunación contra el virus de la hepatitis A 104
7.2 Vacunación contra el virus de la hepatitis B 106
8. Relaciones sexuales con parejas estables y ocasionales en el último año 107
8.1 Parejas estables 107
8.2 Parejas ocasionales 109
8.3 Uso de condón durante las relaciones sexuales penetrativas con parejas ocasionales 111
8.3.1 Frecuencia de uso de condón 111
8.3.2 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional VIH positiva 112
8.3.3 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional VIH negativa 113
8.3.4 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional de seroestado de VIH desconocido 113
9. Último encuentro sexual con pareja(s) ocasional(es) 116
9.1 Número de parejas sexuales involucradas en el último encuentro sexual 116
9.2 Antecedente de relaciones sexuales previas con esta(s) pareja(s) 116
9.3 Lugar donde conoció por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es) 117
9.4 Indicadores de riesgo sexual según las modalidades para conocer por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro sexual: análisis preliminar 119
9.5 Lugar donde ocurrió el último encuentro sexual con pareja(s) ocasional(es) 121
9.6 Prácticas sexuales en el último encuentro sexual con pareja ocasional 125
9.6.1 Tipo de sexo anal con la última pareja ocasional 125
9.6.2 Sexo anal y uso de condón 127
9.7 Estrategias de comunicación y manejo de riesgo para la infección de VIH antes o durante el último encuentro sexual con pareja(s) sexual(es) ocasional(es) 129
9.8 Sexo anal, revelación del estado VIH y patrones de uso de condón según la historia de pruebas y diagnóstico de VIH 133
9.8.1 Potenciales inconsistencias de información 135
9.9 Uso de sustancias antes y durante el último encuentro sexual con una pareja ocasional 136
9.9.1 Sustancias usadas 136
9.9.2 Uso de sustancias y lugar del encuentro sexual 137
9.10 Nivel de satisfacción del último encuentro sexual con una pareja ocasional 138
9.10.1 Nivel de satisfacción por sustancias usadas durante el encuentro sexual 138
10. Resumen de indicadores sobre conductas de riesgo y protección, por país de residencia 139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Prevalencia de actividad sexual con otros hombres, por zona geográfica 82
Tabla 5.2 Relaciones sexuales antes de los 17 años con otros hombres, por zona geográfica 83
Tabla 5.3 Frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales penetrativas con mujeres en los últimos 12 meses 85
Tabla 5.4 Uso de sustancias en los últimos 12 meses, por zona geográfica 86
Tabla 5.5 Uso reciente de anabólicos inyectables, por zona geográfica 89
Tabla 5.6 Uso reciente de sustancias inyectables no anabólicas, por zona geográfica 90
Tabla 5.7 Número de veces de uso de sustancias inyectables no anabólicas en los últimos 12 meses 90
Tabla 5.8 Sustancias inyectables no anabólicas usadas en los últimos 12 meses (total = 193) 91
Tabla 5.9 Última vez que se inyectó con una aguja o jeringa usada, prestada, alquilada o vendida por otra persona 91
Tabla 5.10 Actividad sexual bajo la influencia del alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses 92
Tabla 5.11 Uso de drogas para tener sexo en las últimas 4 semanas, por zona geográfica 93
Tabla 5.12 Uso de drogas para tener sexo en las últimas 4 semanas, por características sociodemográficas 94
Tabla 5.13 Uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas sexuales, por zona geográfica 95
Tabla 5.14 Lugar de último encuentro sexual bajo el efecto de sustancias y con múltiples parejas sexuales 96
Tabla 5.15 Número de años de uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas 96
Tabla 5.16 Búsqueda de la PEP en participantes sin diagnóstico positivo de VIH, por zona geográfica 97
Tabla 5.17 Uso de la PEP en participantes que intentaron conseguir la PEP 97
Tabla 5.18 Uso de la PEP en participantes que no reportaron tener un diagnóstico positivo de VIH, por zona geográfica 98
Tabla 5.19 Uso de PEP, por características sociodemográficas 98
Tabla 5.20 Intentar conseguir la PrEP, por zona geográfica 99
Tabla 5.21 Uso de la PrEP 100
Tabla 5.22 Uso de la PrEP en los participantes sin diagnóstico positivo para VIH, por características sociodemográficas 101
Tabla 5.23 Uso de la PrEP y diagnóstico de VIH 102
Tabla 5.24 Estar actualmente en tratamiento para VIH, por zona geográfica 102
Tabla 5.25 Estar actualmente en tratamiento para VIH, por características sociodemográficas 103
Tabla 5.26 Inicio de tratamiento antirretroviral en el primer mes luego del diagnóstico, por zona geográfica 104
Tabla 5.27 Inicio de tratamiento antirretroviral al primer mes del diagnóstico de VIH, según el número de años trascurridos desde el diagnóstico 104

Tabla 5.28 Vacunación contra el virus de la hepatitis A 105

Tabla 5.29 Vacunación con dosis completas contra el virus de la hepatitis A, por zona geográfica 105

Tabla 5.30 Vacunación contra el virus de la hepatitis B 106

Tabla 5.31 Recibieron dosis completas de vacuna para la hepatitis B, por zona geográfica 107

Tabla 5.32 Número de parejas estables en los últimos 12 meses, por tipo de actividad sexual 108

Tabla 5.33 Número de parejas estables con las que hubo relaciones sexuales penetrativas sin condón en los últimos 12 meses, por zona geográfica 109

Tabla 5.34 Número de parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses, por tipo de actividad sexual 110

Tabla 5.35 Frecuencia de uso de condón al tener relaciones sexuales penetrativas con pareja ocasional en los últimos 12 meses 111

Tabla 5.36 Uso de condón al tener relaciones sexuales penetrativas con pareja ocasional en los últimos 12 meses, por zona geográfica 111

Tabla 5.37 Conocimiento sobre estado de supresión viral en parejas ocasionales VIH positivas con las que tuvieron relaciones sexuales penetrativas sin condón en los últimos 12 meses 112

Tabla 5.38 Conocimiento sobre uso de la PrEP en parejas ocasionales VIH negativas con las que tuvieron relaciones sexuales penetrativas sin condón en los últimos 12 meses 113

Tabla 5.39 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses, por zona geográfica 114

Tabla 5.40 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas 115

Tabla 5.41 Número de hombres involucrados en el último encuentro sexual con alguna pareja ocasional 116

Tabla 5.42 Lugar donde conoció a la(s) pareja(s) ocasional(es) 117

Tabla 5.43 Prácticas sexuales realizadas en el último encuentro sexual con pareja ocasional 125

Tabla 5.44 Práctica de penetración anal en el último encuentro sexual con pareja ocasional 126

Tabla 5.45 Estrategia de comunicación y manejo de riesgo para la infección de VIH con las últimas parejas sexuales ocasionales 130

Tabla 5.46 Porcentaje de sexo anal reportado con la(s) última(s) parejas(s) sexual(es) ocasional(es), según historia de prueba y diagnóstico de VIH del participante 133

Tabla 5.47 Porcentaje de uso de condón con la última pareja ocasional, según historia de examen VIH del participante y según tipo de sexo anal 133

Tabla 5.48 Porcentaje de comunicación del seroestado VIH a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según historia de prueba y diagnóstico de VIH 134

Tabla 5.49 Porcentaje de suposiciones sobre el seroestado VIH de la última pareja sexual ocasional en participantes que respondieron sobre historia de prueba y diagnóstico de VIH 134

Tabla 5.50 Comunicación del estado VIH a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según historia 135

Tabla 5.51 Uso real de la PrEP y comunicación de uso de la PrEP a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) 136

Tabla 5.52 Última medición de carga viral reportada y comunicación de carga viral a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) 136

Tabla 5.53 Uso de sustancias antes o durante el sexo con pareja sexual ocasional, por lugar de encuentro sexual 138

Tabla 5.54 Indicadores sobre edad de inicio sexual, uso de condón, sexo bajo efecto de sustancias, tratamiento para VIH y cobertura de vacunación contra hepatitis A y B, por país de residencia 139

Tabla 5.55 Indicadores relacionados al último encuentro sexual con pareja(s) sexual(es) ocasional(es), por país de residencia 140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 5.1 Porcentaje de respuesta por edad de inicio sexual y primera relación sexual penetrativa con otro hombre 83

Figura 5.2 Porcentaje acumulado del tiempo transcurrido desde la última actividad sexual con hombres o mujeres 84

Figura 5.3 Número de mujeres con quien tuvieron sexo penetrativo en los últimos 12 meses 85

Figura 5.4 Tiempo desde el último uso de drogas no ilícitas de uso recreacional 88

Figura 5.5 Tiempo desde el último uso de drogas ilícitas de uso recreativo frecuente (drogas que fueron consumidas alguna vez al menos por el 5% de los participantes) 88

Figura 5.6 Tiempo desde el último uso de drogas ilícitas de uso recreacional poco frecuente (drogas que fueron consumidas alguna vez por menos del 5% del total de participantes) 89

Figura 5.7 Porcentaje acumulado del tiempo transcurrido desde la última vez que hubo sexo sobrio o sexo bajo el efecto de sustancias 93

Figura 5.8 Distribución del uso de drogas para tener sexo en las últimas 4 semanas en los países de la región 94

Figura 5.9 Distribución de uso diario o a demanda de la PrEP en los países de la región 100

Figura 5.10 Distribución de cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis A (excluyendo a quienes tienen o tuvieron hepatitis A) en los países de la región 106

Figura 5.11 Distribución de cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B (excluyendo quienes tienen o tuvieron hepatitis B) en los países de la región 107

Figura 5.12 Prácticas sexuales con pareja(s) estable(s) en participantes que tuvieron algún tipo de actividad sexual en los últimos 12 meses 108

Figura 5.13 Prácticas sexuales con pareja(s) ocasionales(s) en participantes que tuvieron algún tipo de relación sexual con otro hombre en los últimos 12 meses 110

Figura 5.14 Distribución de relaciones sexuales sin condón en los últimos 12 meses con pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los países de la región 114

Figura 5.15 Antecedente de relaciones sexuales previas con la(s) pareja(s) ocasional(es), según el número de parejas sexuales ocasionales en el último encuentro sexual 117

Figura 5.16 Lugar donde se conoció por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro sexual, según historia de prueba y diagnóstico de VIH* 118

Figura 5.17 Lugar donde se conoció por primera vez a la(s) última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según tamaño poblacional de lugar de residencia* 119

Figura 5.18 Frecuencia acumulada del tiempo desde el último diagnóstico de sífilis, según el lugar donde conoció por primera vez a la(s) última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según tamaño poblacional de lugar de residencia* 120

Figura 5.19 Número de parejas sexuales ocasionales con quienes hubo sexo penetrativo sin condón, por lugar donde conoció por primera vez a la(s) última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)* 121

Figura 5.20 Lugar de encuentro sexual, según lugar donde conoció por primera vez a la(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)* 122

Figura 5.21 Lugar de encuentro sexual, según número de parejas sexuales involucradas 122

Figura 5.22 Reuniones sexuales previas con la(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según lugar de encuentro sexual 123

Figura 5.23 Lugar de último encuentro sexual con pareja ocasional, según grupo etario 124

Figura 5.24 Tipo de sexo anal en el último encuentro sexual con alguna pareja ocasional, según historia de prueba y diagnóstico de VIH 126

Figura 5.25 Uso de condón durante el sexo anal receptivo (pasivo), según grupo etario 127

Figura 5.26 Uso de condón durante el sexo anal insertivo (activo), según grupo etario 128

Figura 5.27 Uso de condón y eyaculación durante el sexo anal receptivo, según historia de prueba y diagnóstico de VIH 128

Figura 5.28 Uso de condón y eyaculación durante el sexo anal insertivo, según historia de prueba y diagnóstico de VIH 129

Figura 5.29 Estrategias de comunicación y manejo de riesgo para la trasmisión del VIH, por historia y diagnóstico de VIH y tipo de análisis 132

Figura 5.30 Uso de sustancias durante el último encuentro sexual con una pareja ocasional 137

En el presente capítulo se describen las conductas que ponen a los HSH en un estado de mayor o menor riesgo de adquirir VIH, otras ITS y/o hepatitis virales. Además, se describen los grupos poblacionales que realizan estas actividades con mayor frecuencia y que representan poblaciones prioritarias en las que se debe intervenir para reducir la carga de enfermedad en la región. Finalmente, se detallan también las características en torno al último encuentro sexual con pareja(s) sexual(es) ocasional(es).

1. Prevalencia de actividad sexual, edad de inicio sexual y tiempo desde última relación sexual con otros hombres

1.1 Prevalencia de actividad sexual

El 98% de los participantes reportó haber tenido algún tipo de actividad sexual alguna vez con otros hombres (incluye cualquier tipo de contacto sexual, no solo penetración), mientras que el 93% indicó haber tenido relaciones sexuales penetrativas con otros hombres (*Tabla 5.1*). Hubo poca variación entre países, tanto del porcentaje de haber tenido cualquier tipo de actividad sexual (94%-99%) como de sexo penetrativo (88%-94%) con otros hombres.

Tabla 5.1 Prevalencia de actividad sexual con otros hombres, por zona geográfica

Zona geográfica	Algún tipo de actividad sexual con otros hombres			Relación sexual penetrativa con otros hombres		
	Total	n	%	Total	n	%
Brasil	18.074	17.794	98,5%	18.052	16.904	93,6%
Países andinos y Surinam	14.980	14.655	97,8%	14.951	13.987	93,6%
México	14.886	14.561	97,8%	14.860	13.845	93,2%
Países del Cono Sur	11.772	11.538	98,0%	11.760	11.045	93,9%
América Central	4660	4551	97,7%	4650	4285	92,2%
Total	**64.372**	**63.099**	**98,0%**	**64.273**	**60.066**	**93,5%**

No se obtuvo respuesta de 283 y 382 participantes para las preguntas sobre algún tipo de actividad sexual con otros hombres y sobre relación sexual penetrativa con otros hombres, respectivamente.

1.2 Edad de inicio de la actividad sexual con otros hombres

La mitad de los participantes reportó haber tenido algún tipo de relación sexual (no solo penetración) con otros hombres por primera vez a los 17 años o antes (mediana de la edad), siendo igual para la primera relación penetrativa con otros hombres. La edad reportada con mayor frecuencia para el inicio de "algún tipo de actividad sexual con otros hombres" fue antes de los 13 años (15%), mientras que para el sexo penetrativo fue a los 18 años (13%) (*Figura 5.1*).

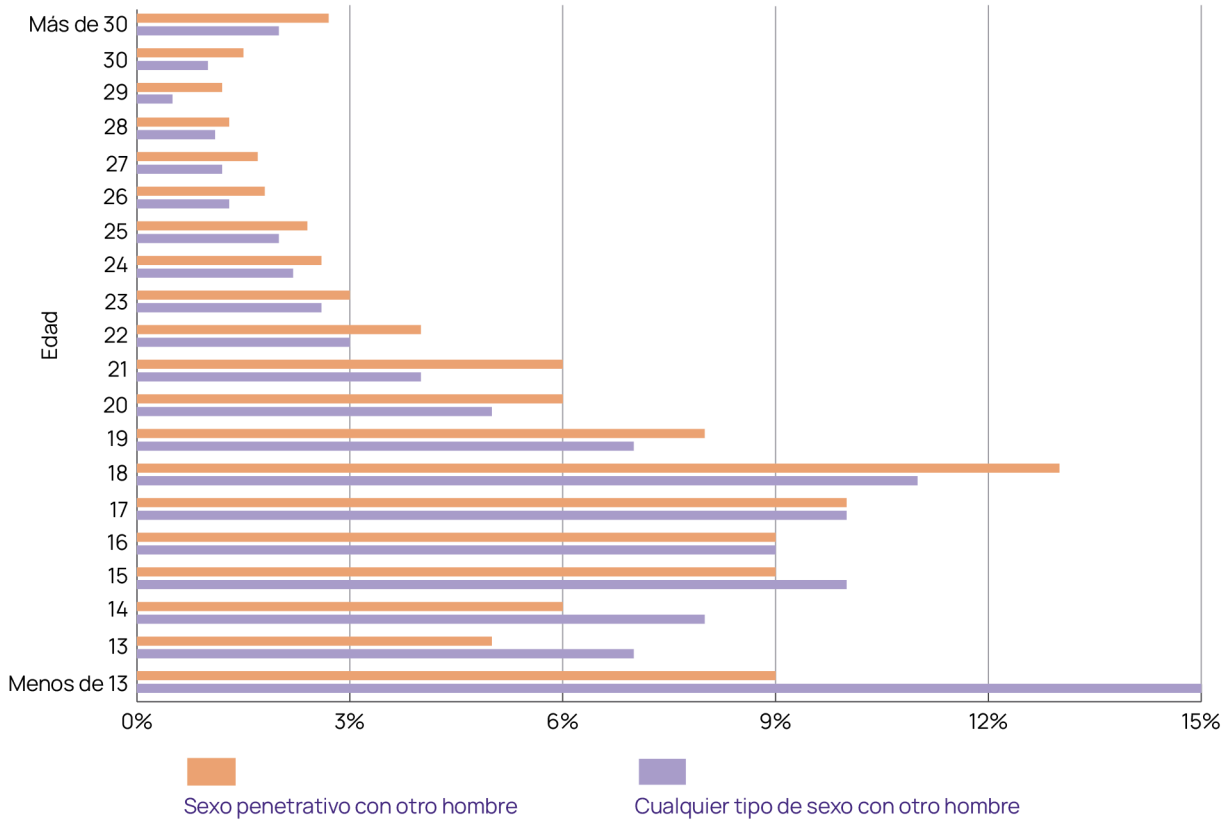
El porcentaje de hombres que declararon haber tenido relaciones sexuales penetrativas por primera vez antes de los 17 años fue mayor en los países andinos y Surinam (40%) y menor en los países del Cono Sur (31%) (*Tabla 5.2*). A nivel país, los porcentajes más altos se reportaron en Ecuador, Honduras, Colombia y Nicaragua (más del 40%), mientras que los más bajos se hallaron en Surinam y Chile (menos de 30%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

Tabla 5.2 Relaciones sexuales antes de los 17 años con otros hombres, por zona geográfica

Zona geográfica	Algún tipo de relación sexual con otros hombres			Relación sexual penetrativa con otros hombres		
	Total	n	%	Total	n	%
Brasil	17.684	8589	48,6%	17.546	6685	38,1%
Países andinos y Surinam	14.731	7597	51,6%	14.658	5804	39,6%
México	14.678	6843	46,6%	14.602	5188	35,5%
Países del Cono Sur	11.580	4963	42,9%	11.518	3594	31,2%
América Central	4578	2293	50,1%	4532	1679	37,0%
Total	**63.251**	**30.285**	**47,9%**	**62.856**	**22.950**	**36,5%**

No se obtuvo respuesta de 355 y 565 participantes para las preguntas sobre algún tipo de relación sexual con otros hombres y sobre relaciones sexuales penetrativas con otros hombres, respectivamente.

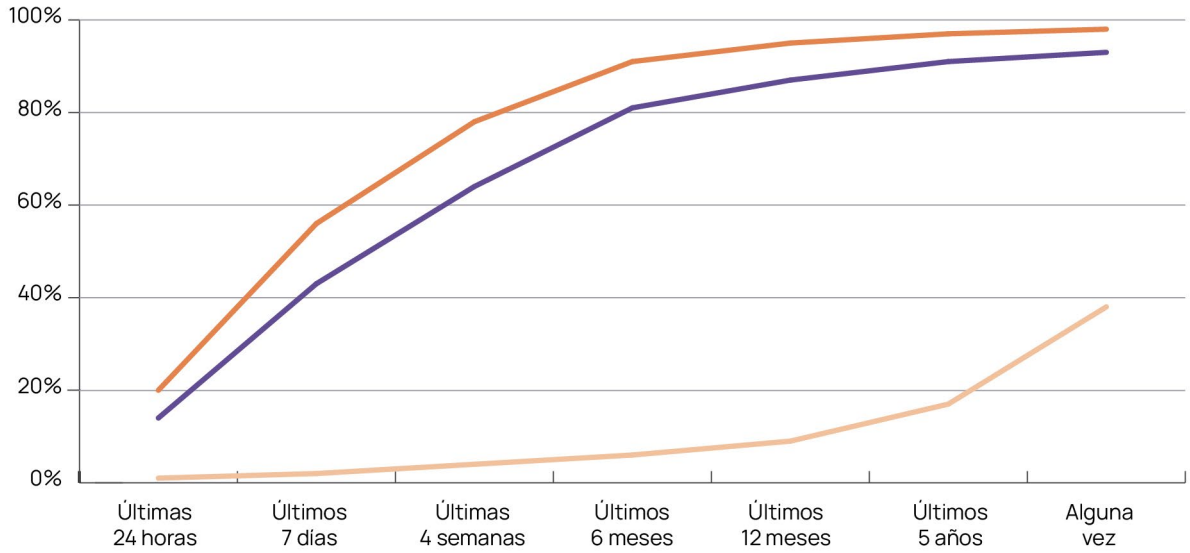
Figura 5.1 Porcentaje de respuesta por edad de inicio sexual y primera relación sexual penetrativa con otro hombre



1.3 Tiempo desde la última relación sexual con otros hombres

En relación con el tiempo reportado desde la última vez que hubo cualquier tipo de actividad sexual (no solo penetrativa) con otros hombres, el porcentaje acumulado fue de 20% en las últimas 24 horas; 78% en las últimas 4 semanas, y el 95% en los últimos 12 meses (*Figura 5.2*).

Figura 5.2 Porcentaje acumulado del tiempo transcurrido desde la última actividad sexual con hombres o mujeres



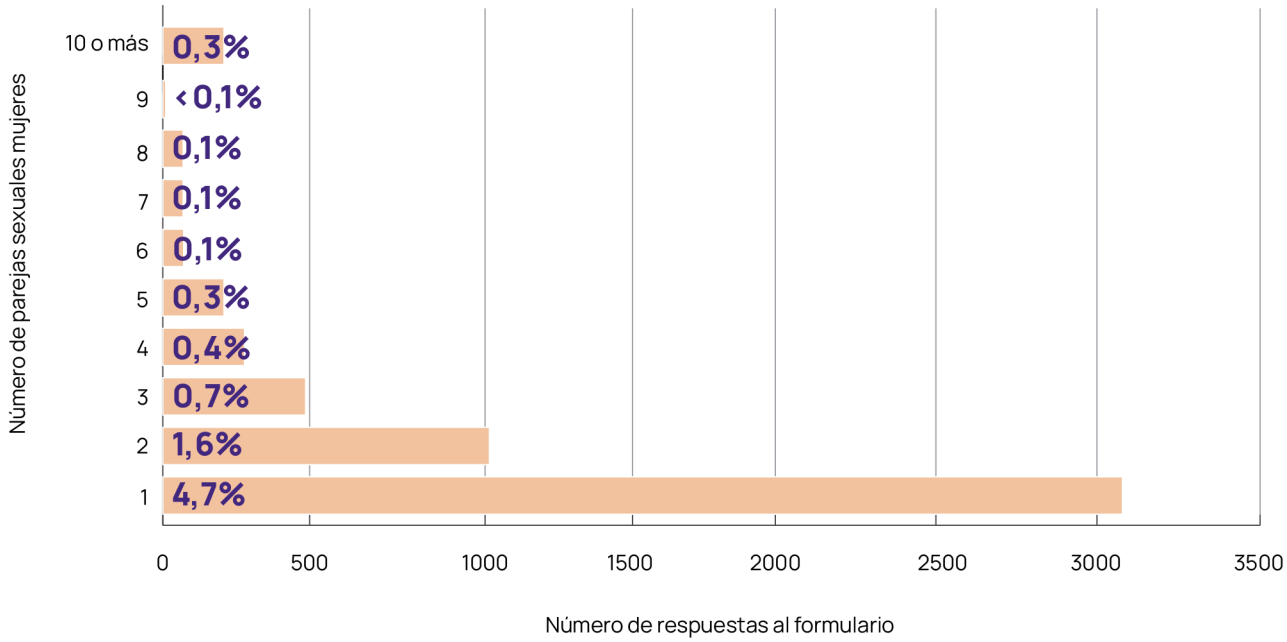
	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Cualquier tipo de relación sexual con mujeres	1%	2%	4%	6%	9%	17%	38%
Cualquier tipo de relación sexual con hombres	20%	56%	78%	91%	95%	97%	98%
Sexo penetrativo con otros hombres	14%	43%	64%	81%	87%	91%	93%

En relación con el tiempo reportado desde la última relación sexual penetrativa con otros hombres, el porcentaje acumulado fue de 14% en las últimas 24 horas, 64% en las últimas 4 semanas y 87% en los últimos 12 meses (*Figura 5.2*).

2. Relaciones sexuales con mujeres

En total, el 4% de los participantes tuvo algún tipo de relación sexual con alguna mujer en las últimas 4 semanas, el 9% en los últimos 12 meses y el 38% lo había tenido alguna vez (*Figura 5.2*). Además, en relación con el sexo penetrativo con mujeres en los últimos 12 meses, el 5% lo practicó solo con una mujer, el 2% con dos mujeres y el 2% con más de dos mujeres (*Figura 5.3*).

Figura 5.3 Número de mujeres con quien tuvieron sexo penetrativo en los últimos 12 meses



Entre aquellos hombres que tuvieron relaciones sexuales penetrativas con al menos una mujer en los últimos 12 meses, el 25% reportó que nunca usó condón, el 30% indicó que usó condón pero no siempre, y el 45% dijo que siempre lo usó (*Tabla 5.3*).

Tabla 5.3 Frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales penetrativas con mujeres en los últimos 12 meses

	n	%
Nunca	1319	25,0%
Raramente	380	7,2%
Algunas veces	444	8,4%
La mayoría de las veces	747	14,2%
Siempre	2381	45,2%
Total	**5271**	**100,0%**

3. Uso de sustancias

3.1 Uso de sustancias en los últimos 12 meses

De todas las sustancias preguntadas, el uso de tabaco fue reportado con mayor frecuencia (48% en los últimos 12 meses). Respecto a otras sustancias lícitas de uso recreativo, el uso de *poppers* en los últimos 12 meses fue referido por el 18% de los participantes; el de drogas para la disfunción eréctil

(por ejemplo, Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc.) por el 15% de los participantes, y el uso de sedantes o tranquilizantes por el 13% de los encuestados (*Figura 5.4*).

Entre el total de los participantes, el 32% reportó haber consumido al menos una droga ilícita en los últimos 12 meses. De las drogas ilícitas de uso recreacional, el cannabis (30%), la cocaína (10%), el éxtasis (7%) y los cannabinoides sintéticos (6%) fueron las utilizadas con mayor frecuencia en los últimos 12 meses (*Figura 5.5*).

En relación con el reporte de uso de cannabis en los últimos 12 meses por zona geográfica, el porcentaje fue mayor en los países del Cono Sur (40%) y menor en los países andinos y Surinam y en América Central (21% cada uno) (*Tabla 5.4*). A nivel país, los porcentajes fueron más altos en Chile, Uruguay, Brasil y Costa Rica (más del 35%), mientras que fueron más bajos en Venezuela, El Salvador y Nicaragua (menos del 17%).

En cuanto al uso de cannabis sintético en los últimos 12 meses según zona geográfica, el porcentaje fue mayor en los países del Cono Sur (10%) y menor en Brasil (2%) (*Tabla 5.4*). A nivel país, los porcentajes de uso fueron más altos en Chile, Colombia y Costa Rica (más del 10%), mientras que los porcentajes más bajos fueron reportados en Surinam y Brasil (menos del 3%).

En lo que refiere al reporte de uso de éxtasis en los últimos 12 meses por zona geográfica, el porcentaje fue mayor en Brasil (13%) y el menor en América Central (3%) (*Tabla 5.4*). A nivel país, los porcentajes de su uso fueron más altos en Brasil, Uruguay y Surinam (más del 9%), mientras que los más bajos fueron en Nicaragua, Honduras, Perú, El Salvador y Venezuela (menos del 2%).

En relación con el reporte de uso de cocaína en los últimos 12 meses según zona geográfica, el porcentaje fue mayor en Brasil (12%) y menor en los países andinos y Surinam (8%) (*Tabla 5.4*). A nivel país, los porcentajes más altos se observaron en Uruguay, Brasil y Chile (más del 11%), mientras que los más bajos se identificaron en Panamá, Surinam, Bolivia, Perú y Venezuela (menos del 6%).

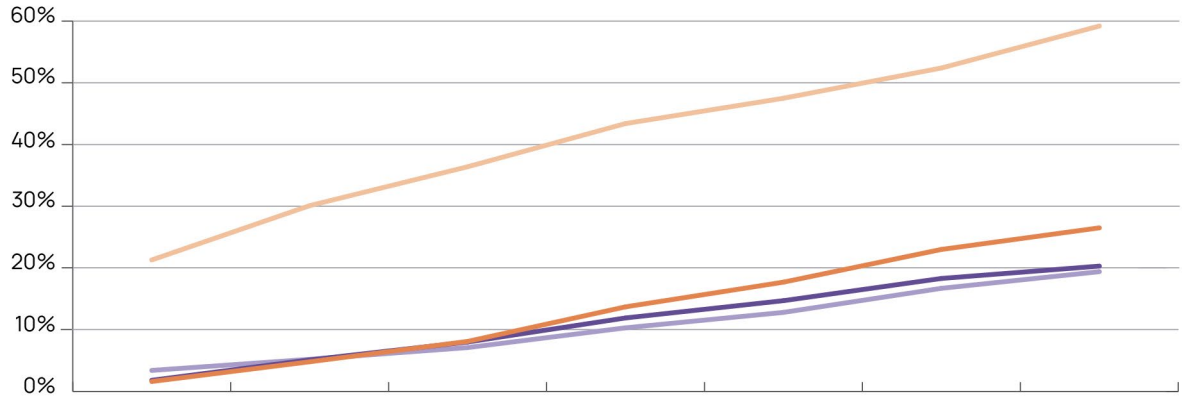
Tabla 5.4 Uso de sustancias en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Sustancias	Brasil			Países andinos y Surinam			México			Países del Cono Sur			América Central			Total		
	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%
Tabaco o productos del tabaco	18.042	7687	42,6	14.966	6636	44,3	14.875	8186	55	11.765	5956	50,6	4655	2102	45,2	64.303	30.567	48
Poppers	18.018	1539	8,5	14.962	3225	21,6	14.874	3574	24	11.756	2304	19,6	4651	714	15,4	64.261	11.356	18
Viagra®, Cialis®, Levitra® u otros que ayudan a conseguir o mantener la erección	18.030	2793	15,5	14.946	2067	13,8	14.860	2296	15,5	11.744	1826	15,5	4649	428	9,2	64.229	9410	15
Sedantes o tranquilizantes	18.042	3551	19,7	14.954	1049	7	14.865	1280	8,6	11.744	1978	16,8	4650	389	8,4	64.255	8247	13

Sustancias	Brasil			Países andinos y Surinam			México			Países del Cono Sur			América Central			Total		
	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%
Cannabis	17.972	6508	36,2	14.861	3179	21,4	14.779	3583	24,2	11.711	4732	40,4	4622	987	21,4	63.945	18.989	30
Canna-binoides sintéticos	17.941	427	2,4	14.838	1412	9,5	14.759	697	4,7	11.695	1122	9,6	4615	274	5,9	63.848	3932	6
Éxtasis	17.965	2297	12,8	14.845	672	4,5	14.760	750	5,1	11.711	852	7,3	4620	125	2,7	63.901	4696	7
MDMA	17.950	1370	7,6	14.848	378	2,5	14.773	489	3,3	11.709	511	4,4	4620	155	3,4	63.900	2903	5
Anfetami-nas	17.961	399	2,2	14.848	152	1	14.765	178	1,2	11.711	585	5	4616	32	0,7	63.901	1346	2
Metanfeta-minas	17.962	240	1,3	14.847	112	0,8	14.772	490	3,3	11.702	130	1,1	4620	33	0,7	63.903	1005	2
Heroína	17.959	121	0,7	14.853	53	0,4	14.766	84	0,6	11.702	37	0,3	4619	18	0,4	63.899	313	1
Mefedrona	17.956	69	0,4	14.840	39	0,3	14.765	36	0,2	11.699	23	0,2	4617	5	0,1	63.877	172	0
Estimu-lantes sintéticos distintos a la mefedrona	17.959	101	0,6	14.855	147	1	14.776	76	0,5	11.708	72	0,6	4619	18	0,4	63.917	414	1
GHB/GBL	17.950	626	3,5	14.846	106	0,7	14.764	182	1,2	11.702	203	1,7	4615	27	0,6	63.877	1144	2
Ketamina	17.962	1185	6,6	14.848	274	1,8	14.766	118	0,8	11.705	240	2,1	4622	35	0,8	63.903	1852	3
LSD	17.952	1610	9	14.846	587	4	14.762	517	3,5	11.696	909	7,8	4617	131	2,8	63.873	3754	6
Cocaína	17.964	2211	12,3	14.849	1156	7,8	14.777	1188	8	11.703	1137	9,7	4621	394	8,5	63.914	6086	10
Crack	17.960	82	0,5	14.854	113	0,8	14.761	238	1,6	11.701	70	0,6	4622	54	1,2	63.898	557	1

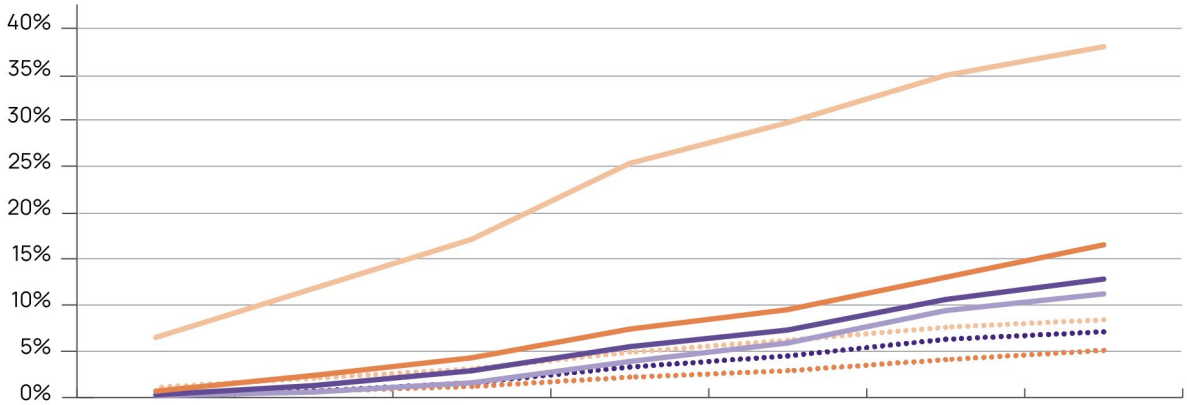
Cada pregunta sobre uso de drogas se formuló por separado y no se obtuvo entre 352 y 807 respuestas a las distintas preguntas del cuestionario.

Figura 5.4 Tiempo desde el último uso de drogas no ilícitas de uso recreacional



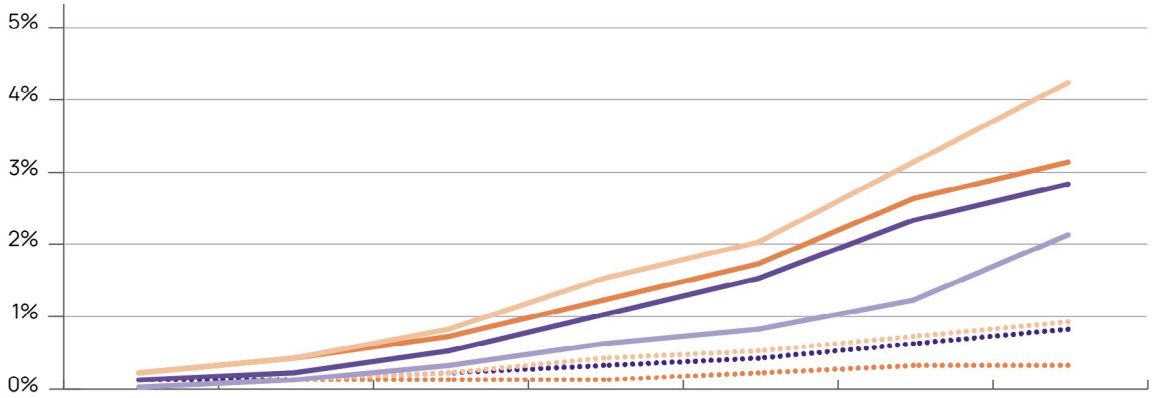
	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Tabaco o productos del tabaco	21,3%	30,1%	36,4%	43,4%	47,5%	52,4%	59,2%
Poppers	1,6%	4,8%	8,1%	13,7%	17,7%	23,0%	26,5%
Viagra®, Cialis®, Levitra® u otros que ayudan a conseguir o mantener la erección	1,8%	5,1%	8,0%	11,9%	14,7%	18,3%	20,3%
Sexo penetrativo con otros hombres	3,4%	5,2%	7,1%	10,3%	12,8%	16,7%	19,4%

Figura 5.5 Tiempo desde el último uso de drogas ilícitas de uso recreativo frecuente (drogas que fueron consumidas alguna vez al menos por el 5% de los participantes)



	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Canabis	6,5%	11,8%	17,1%	25,3%	29,7%	34,8%	37,9%
Cocaína	0,7%	2,4%	4,3%	7,4%	9,5%	13,0%	16,5%
Éxtasis	0,3%	1,3%	2,9%	5,5%	7,3%	10,6%	12,8%
LSD	0,2%	0,6%	1,6%	3,9%	5,9%	9,4%	11,2%
Cannabinoides sintéticos	1,1%	2,1%	3,1%	4,9%	6,2%	7,6%	8,4%
MDMA	0,2%	0,7%	1,6%	3,3%	4,5%	6,3%	7,1%
Ketamina	0,3%	0,7%	1,2%	2,2%	2,9%	4,1%	5,1%

Figura 5.6 Tiempo desde el último uso de drogas ilícitas de uso recreacional poco frecuente (drogas que fueron consumidas alguna vez por menos del 5% del total de participantes)



	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Anfetaminas	0,3%	0,5%	0,9%	1,6%	2,1%	3,2%	4,3%
GHB/GBL	0,3%	0,5%	0,8%	1,3%	1,8%	2,7%	3,2%
Metanfetaminas	0,2%	0,3%	0,6%	1,1%	1,6%	2,4%	2,9%
Crack	0,1%	0,2%	0,4%	0,7%	0,9%	1,3%	2,2%
Estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	0,6%	0,8%	1,0%
Heroína	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,7%	0,9%
Mefedrona	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%

3.2 Esteroides y otras drogas inyectables

3.2.1 Uso reciente de anabólicos inyectables

Entre el total de los participantes, el 2% reportó uso de anabólicos inyectables en los últimos 12 meses y el 95% nunca los usó. Por zona geográfica, Brasil tuvo el porcentaje más alto (3%), mientras que América Central tuvo el más bajo (1%) (*Tabla 5.5*). A nivel país, los porcentajes más altos fueron reportados en Brasil, Venezuela, Paraguay, Ecuador y Costa Rica (más del 2%) mientras que los más bajos fueron hallados en Nicaragua y Honduras (menos del 1%).

Tabla 5.5 Uso reciente de anabólicos inyectables, por zona geográfica

Zona geográfica	En los últimos 12 meses		Hace más de 12 meses		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	615	3,4%	844	4,7%	16.468	91,9%
Países andinos y Surinam	282	1,9%	488	3,3%	13.995	94,8%
México	257	1,7%	411	2,8%	14.064	95,5%
Países del Cono Sur	180	1,5%	238	2,0%	11.244	96,4%
América Central	61	1,3%	102	2,2%	4426	96,4%
Total	**1395**	**2,2%**	**2083**	**3,3%**	**60.197**	**94,5%**

No se obtuvo respuesta de 980 participantes.

3.2.2 Uso de sustancias inyectables no anabólicas

De todos los participantes, el 1% (N = 565) refirió uso de sustancias inyectables no anabólicas alguna vez, y el 0,3% lo hizo en los últimos 12 meses. Por zona geográfica, México tuvo el porcentaje más alto de reporte de inyección de sustancias no anabólicas en los últimos 12 meses (0,5%), mientras que América Central tuvo el porcentaje más bajo (0,1%) (*Tabla 5.6*). Hubo poca diferencia de porcentajes entre países (0%-0,5%).

Tabla 5.6 Uso reciente de sustancias inyectables no anabólicas, por zona geográfica

Zona geográfica	En los últimos 12 meses		Hace más de 12 meses		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	69	0,4%	188	1,0%	17.675	98,6%
Países andinos y Surinam	37	0,3%	49	0,3%	14.687	99,4%
México	72	0,5%	60	0,4%	14.596	99,1%
Países del Cono Sur	27	0,2%	45	0,4%	11.580	99,4%
América Central	6	0,1%	12	0,3%	4576	99,6%
Total	**211**	**0,3%**	**354**	**0,6%**	**63.114**	**99,1%**

No se obtuvo respuesta de 976 participantes.

De las personas que reportaron usar sustancias inyectables no anabólicas en los últimos 12 meses, el 29% indicó haberlo hecho solo una vez, mientras que el 22% dijo haberlo hecho diez veces o más (*Tabla 5.7*). Las drogas utilizadas con mayor frecuencia fueron la metanfetamina (38%), las anfetaminas (16%) y la ketamina (15%), mientras que la mefedrona (7%), MDMA (9%) y *crack* (11%) fueron las sustancias reportadas con menor frecuencia (*Tabla 5.8*).

Tabla 5.7 Número de veces de uso de sustancias inyectables no anabólicas en los últimos 12 meses

Número de veces	n	%
1	52	29,2%
2	24	13,5%
3	16	9,0%
4	10	5,6%
5	12	6,7%
6	12	6,7%
7	6	3,4%
8	5	2,8%
9	2	1,1%
10 o más	39	21,9%
Total	**178**	**100,0%**

Porcentaje calculado en 178 participantes que indicaron uso de drogas inyectables en los últimos 12 meses. No se obtuvo respuesta de 33 participantes.

Tabla 5.8 Sustancias inyectables no anabólicas usadas en los últimos 12 meses (total = 193)

Drogas inyectadas	n	%
MDMA	18	9,3%
Anfetaminas	31	16,1%
Metanfetaminas	73	37,8%
Heroína	26	13,5%
Mefedrona	13	6,7%
Estimulantes sintéticos distintos a mefedrona	25	13,0%
Ketamina	29	15,0%
Cocaína	27	14,0%
Crack	22	11,4%
No sabe	31	16,1%

Porcentaje calculado en 193 participantes que indicaron uso de drogas inyectables en los últimos 12 meses. No se obtuvo respuesta de 18 participantes.

3.3 Uso de inyectables compartidos

Un total de 3811 participantes (6%) indicaron haber usado alguna vez sustancias inyectables anabólicas o no anabólicas. En este grupo, el porcentaje acumulado del uso de inyectables compartidos fue del 1% en las últimas 24 horas, 2% en el último mes, del 4% en los últimos 12 meses y del 8% alguna vez (*Tabla 5.9*).

Tabla 5.9 Última vez que se inyectó con una aguja o jeringa usada, prestada, alquilada o vendida por otra persona

	n	%	%AC
En las últimas 24 horas	25	0,7%	0,7%
En los últimos 7 días	27	0,7%	1,4%
En las últimas 4 semanas	19	0,5%	1,9%
En los últimos 6 meses	32	0,8%	2,7%
En los últimos 12 meses	59	1,6%	4,3%
En los últimos 5 años	64	1,7%	5,9%
Hace más de 5 años	79	21%	8,0%
Nunca	3499	92,0%	100,0%
Total	**3804**	**100,00%**	

%AC: porcentaje acumulado.
No se obtuvo respuesta de 1062 participantes.

4. Uso de sustancias y relaciones sexuales

4.1 Relaciones sexuales sin el efecto de alcohol u otras drogas (sobrio)

En la encuesta LAMIS-2018 se definió "sexo sobrio" como cualquier actividad sexual que no se realizó bajo el efecto de alcohol o cualquier otra droga. El 14% tuvo sexo sobrio en las últimas 24 horas, el 64% en las últimas cuatro semanas y el 84% en los últimos 12 meses (*Figura 5.7*).

4.2 Relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol u otras drogas en los últimos 12 meses

Entre el total de los participantes, el 4% reportó que casi toda o toda su actividad sexual en los últimos 12 meses fue bajo la influencia de alcohol o sustancias, mientras que el 51% indicó no haber tenido actividad sexual bajo el efecto de alcohol o drogas (*Tabla 5.10*).

Tabla 5.10 Actividad sexual bajo la influencia del alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses

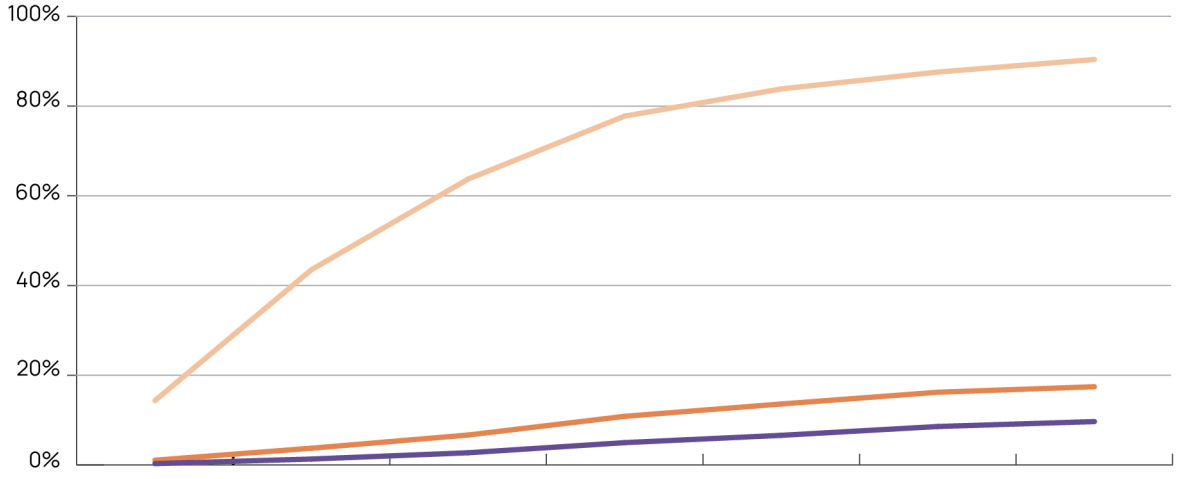
	n	%
Nada	30.969	50,9%
Casi nada	16.606	27,3%
Menos de la mitad	6039	9,9%
Casi la mitad	2666	4,4%
Más de la mitad	1970	3,2%
Casi toda	1927	3,2%
Toda	665	1,1%
Total	**60.842**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 143 participantes.

4.3 Uso de drogas para tener sexo

En relación con los participantes que usaron drogas para que el sexo fuera más intenso o durara más tiempo, el porcentaje acumulado fue del 1% en las últimas 24 horas, del 7% en las últimas cuatro semanas y del 14% en los últimos 12 meses (*Figura 5.7*).

Figura 5.7 Porcentaje acumulado del tiempo transcurrido desde la última vez que hubo sexo sobrio o sexo bajo el efecto de sustancias



	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Combinar drogas y sexo con múltiples parejas sexuales	0%	1%	3%	5%	7%	9%	10%
Uso de drogas para hacer el sexo más intenso o prolongar su duración	1%	4%	7%	11%	14%	16%	17%
Sexo sobrio	14%	44%	64%	78%	84%	88%	90%

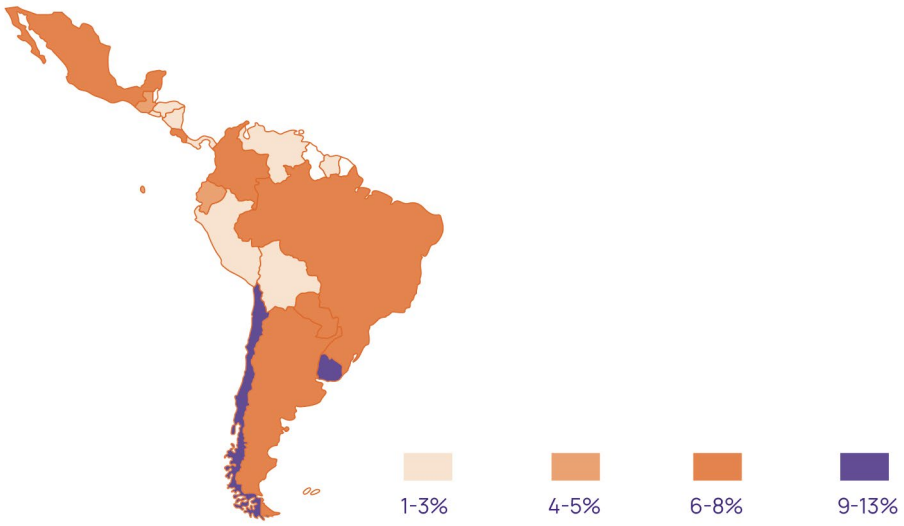
Por zona geográfica, el consumo de drogas para tener sexo en las últimas cuatro semanas fue mayor en los países del Cono Sur, con 9%, y menor en América Central, con 4% (*Tabla 5.11*). A nivel país, Chile, Uruguay y Colombia tuvieron los porcentajes más altos (más del 8%), mientras que Honduras, El Salvador, Venezuela y Nicaragua tuvieron los más bajos (menos del 3%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

Tabla 5.11 Uso de drogas para tener sexo en las últimas 4 semanas, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	17.970	1110	6,2%
Países andinos y Surinam	14.859	920	6,2%
México	14.778	977	6,6%
Países del Cono Sur	11.712	1066	9,1%
América Central	4620	191	4,1%
Total	**63.939**	**4264**	**6,7%**

No se obtuvo respuesta de 716 participantes.

Figura 5.8 Distribución del uso de drogas para tener sexo en las últimas 4 semanas en los países de la región



Al comparar por características sociodemográficas, el uso de drogas para que el sexo fuera más intenso y durara más tiempo, en las últimas cuatro semanas, fue mayor en el grupo etario entre 25 y 39 años, en participantes que vivían en ciudades de mayor tamaño poblacional, con mayor nivel educativo, con un empleo, en aquellos con orientación sexual gay u homosexual y en quienes reportaron que su último resultado de VIH fue positivo (*Tabla 5.12*).

Tabla 5.12 Uso de drogas para tener sexo en las últimas 4 semanas, por características sociodemográficas

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**63.939**	**4264**	**6,7%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.750	998	4,6%	
Entre 25 y 39 años	32.556	2571	7,9%	
Más de 39 años	9633	695	7,2%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	39.628	3064	7,7%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.195	703	5,3%	
Menos de 100 mil habitantes	9239	365	4,0%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	7092	338	4,8%	
Medio (CINE 4-5)	13.938	811	5,8%	
Alto (CINE 6-8)	42.793	3110	7,3%	

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.227	3165	7,3%	
Desempleado	5882	393	6,7%	
Estudiante	13.112	582	4,4%	
Otra	1614	118	7,3%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.505	3591	7,3%	
Bisexual	10.792	471	4,4%	
Otra	3619	200	5,5%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.195	448	3,2%	
Último resultado VIH negativo	39.203	2464	6,3%	
Último resultado VIH positivo	10.175	1326	13,0%	

4.4 Uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas sexuales

En relación con el uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas, el porcentaje acumulado fue del 0,3% en las últimas 24 horas, del 3% en las últimas cuatro semanas y del 7% en los últimos 12 meses (*Figura 5.7*). Por zona geográfica, el porcentaje del uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses fue mayor en los países del Cono Sur, con 8%, y menor en América Central, con 5% (*Tabla 5.13*). A nivel país, los porcentajes más altos fueron en Chile, Costa Rica y Colombia (más del 8%), mientras que los más bajos fueron en El Salvador, Venezuela y Nicaragua (menos del 3%).

Tabla 5.13 Uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas sexuales, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	17.968	1100	6,1%
Países andinos y Surinam	14.856	878	5,9%
México	14.777	1078	7,3%
Países del Cono Sur	11.710	951	8,1%
América Central	4620	213	4,6%
Total	**63.931**	**4220**	**6,6%**

No se obtuvo respuesta de 716 participantes.

En aquellos que reportaron haber tenido sexo bajo el efecto de sustancias con múltiples parejas en los últimos 12 meses, el último encuentro ocurrió con mayor frecuencia en la casa de una de sus parejas sexuales (40%), en su propia casa (26%) o en un cuarto/una habitación de hotel (11%) (*Tabla 5.14*).

Tabla 5.14 Lugar de último encuentro sexual bajo el efecto de sustancias y con múltiples parejas sexuales

Lugar	n	%
En mi casa	1090	25,8%
En la casa de uno de ellos	1674	39,7%
En un cuarto/una habitación de hotel	480	11,4%
En un club o cuarto oscuro de un bar	337	8,0%
En un sauna	358	8,5%
En un cine porno	41	1,0%
En una zona o lugar de ligue	155	3,7%
Otra respuesta	83	2,0%
Total	**4218**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 2 participantes.

Entre los hombres que tuvieron sexo con múltiples parejas sexuales bajo el efecto de drogas, el 30% indicó que lo ha estado haciendo en el último año, el 48% desde hace dos años, el 78% desde hace cinco años y el 6% por más de diez años (*Tabla 5.15*).

Tabla 5.15 Número de años de uso de drogas para tener sexo con múltiples parejas

	n	%
Menos de un año	1240	29,9%
Menos de 2 años	762	18,4%
Menos de 3 años	435	10,5%
Menos de 4 años	312	7,5%
Menos de 5 años	488	11,8%
Menos de 6 años	180	4,3%
Menos de 7 años	117	2,8%
Menos de 8 años	85	2,1%
Menos de 9 años	39	0,9%
Aproximadamente 10 años	237	5,7%
Más de 10 años	251	6,1%
Total	**4146**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 74 participantes.

5. Búsqueda y uso de profilaxis post-exposición (PEP) y profilaxis pre-exposición (PrEP)

5.1 Búsqueda y uso de profilaxis post-exposición

En 53.753 participantes sin diagnóstico de VIH, el 10% (N = 5237) intentó conseguir la PEP alguna vez. Por zona geográfica, dicho porcentaje fue mayor en Brasil (14%) y menor en América Central (7%) (*Tabla 5.16*). A nivel país, Brasil, Guatemala, Paraguay, Perú y México tuvieron los porcentajes más altos (más del 9%), mientras que Nicaragua, Uruguay y Surinam tuvieron los más bajos (menos del 5%).

Tabla 5.16 Búsqueda de la PEP en participantes sin diagnóstico positivo de VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.057	2167	14,4%
Países andinos y Surinam	12.503	920	7,4%
México	12.494	1140	9,1%
Países del Cono Sur	9586	710	7,4%
América Central	4113	300	7,3%
Total	**53.753**	**5237**	**9,7%**

No se obtuvo respuesta de 211 participantes.

Entre los participantes sin un diagnóstico positivo para VIH que intentaron obtener la PEP, el 51% no pudo conseguirla, el 6% decidió no tomarla, el 32% la tomó solo una vez y el 9% más de una vez (*Tabla 5.17*).

Tabla 5.17 Uso de la PEP en participantes que intentaron conseguir la PEP

	n	%
No, no pude conseguirla	2654	50,7%
No, tuve la oportunidad, pero decidí no tomarla	328	6,3%
Sí, la he tomado una vez	1678	32,1%
Sí, la he tomado más de una vez	465	8,9%
No lo sé	106	2,0%
Total	**5231**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 6 participantes.

Entre el total de participantes sin un diagnóstico positivo para VIH, el 4% tomó la PEP al menos una vez. Por zona geográfica, dicho porcentaje variaba entre 1% en América Central y 9% en Brasil (*Tabla 5.18*). A nivel país, Brasil, Argentina, Perú y México tuvieron los porcentajes más altos (más del 2%), mientras que Nicaragua, El Salvador y Surinam tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 0,5%, en Surinam nadie había usado la PEP).

Tabla 5.18 Uso de la PEP en participantes que no reportaron tener un diagnóstico positivo de VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.037	1417	9,4%
Países andinos y Surinam	12.470	188	1,5%
México	12.467	260	2,1%
Países del Cono Sur	9569	242	2,5%
América Central	4098	36	0,9%
Total	**53.641**	**143**	**4,0%**

112 participantes no respondieron o indicaron "No lo sé".

Al comparar por características sociodemográficas, el porcentaje de uso de PEP en participantes sin diagnóstico positivo de VIH fue mayor en el grupo etario entre 25 y 39 años, en participantes que vivían en una ciudad de mayor tamaño poblacional, con nivel educativo alto, con empleo, en aquellos con orientación sexual gay u homosexual, y en quienes reportaron tener un resultado negativo en su última prueba de VIH respecto de quienes nunca se hicieron una prueba (*Tabla 5.19*).

Tabla 5.19 Uso de PEP, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**53.641**	**2143**	**4,0%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	20.377	492	2,4%	
Entre 25 y 39 años	26.269	1368	5,2%	
Más de 39 años	6995	283	4,0%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	32.629	1594	4,9%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.338	360	3,2%	
Menos de 100 mil habitantes	8147	130	1,6%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	5997	192	3,2%	
Medio (CINE 4-5)	11.693	210	1,8%	
Alto (CINE 6-8)	35.673	1733	4,9%	

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				<0,001
Empleado	35.120	1507	4,3%	
Desempleado	4752	192	4,0%	
Estudiante	12.266	390	3,2%	
Otra	1227	48	3,9%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	40.267	1819	4,5%	
Bisexual	10.046	234	2,3%	
Otra	3308	88	2,7%	
Prueba de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.261	65	0,5%	
Último resultado VIH negativo	39.380	2078	5,3%	

5.2 Búsqueda y uso de profilaxis pre-exposición

De todos los participantes, el 8% (N = 4989) intentó conseguir la PrEP alguna vez. Por zona geográfica, dicho porcentaje variaba entre 6% en los países del Cono Sur y 9% en México (*Tabla 5.20*). A nivel de país, Paraguay, Guatemala, Perú y Costa Rica tuvieron los porcentajes más altos (más del 9%), mientras que Venezuela, Surinam, Argentina y Uruguay tuvieron los más bajos (menos del 6%).

Tabla 5.20 Intentar conseguir la PrEP, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	18.072	1401	7,8%
Países andinos y Surinam	14.977	1147	7,7%
México	14.862	1331	9,0%
Países del Cono Sur	11.758	716	6,1%
América Central	4657	394	8,5%
Total	**64.326**	**4989**	**7,8%**

No se obtuvo respuesta de 329 participantes.

En total, 975 participantes (1,5%) habían usado la PrEP alguna vez (*Tabla 5.21*). De los que no tenían un diagnóstico de VIH positivo, el 1% usaba la PrEP diariamente o a demanda (cuando lo necesitaba). Por zona geográfica, el mayor porcentaje fue reportado en Brasil (2%), mientras que en las otras zonas geográficas el porcentaje fue menor al 1% (0,6%-0,8%). Por países, los porcentajes más altos

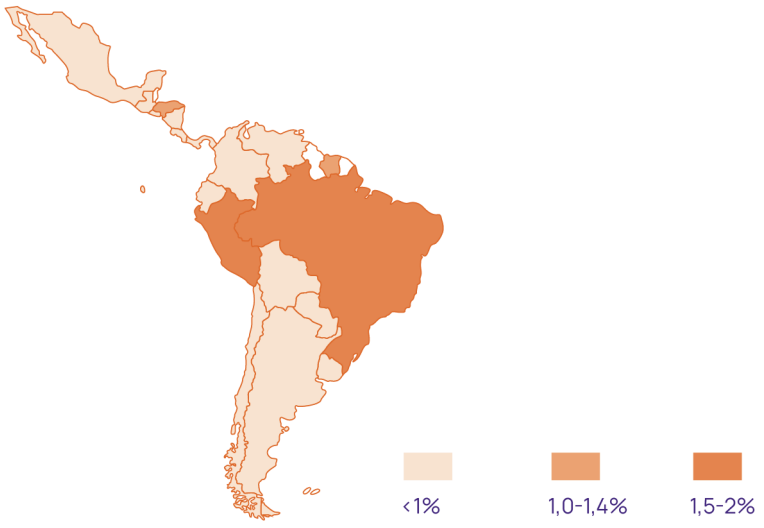
se registraron en Brasil, Perú y Honduras (más del 1%), mientras que El Salvador, Venezuela, Panamá y Bolivia tuvieron los más bajos (menos del 0,5%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

Tabla 5.21 Uso de la PrEP

	Total LAMIS-2018		Sin diagnóstico de VIH*	
	n	%	n	%
No	63.133	98,4%	53.235	98,6%
Sí, diariamente y todavía la estoy tomando	537	0,9%	336	0,6%
Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando	205	0,3%	182	0,3%
Sí, cuando la he necesitado pero no diariamente	233	0,4%	217	0,4%
Total	**64.108**	**100,0%**	**53.970**	**100,0%**

*Sin diagnóstico de VIH son los que tienen un último resultado negativo de VIH o los que no se hicieron la prueba.
No se obtuvo respuesta de 547 (total LAMIS-2018) y 286 (sin diagnóstico de VIH) participantes o indicaron "No lo sé".

Figura 5.9 Distribución de uso diario o a demanda de la PrEP en los países de la región



Al comparar por características sociodemográficas, el porcentaje de uso diario o a demanda de la PrEP fue mayor en el grupo etario mayor de 39 años, en participantes que vivían en una ciudad de 500 mil habitantes o más, con nivel educativo alto, con empleo, en aquellos con orientación sexual gay u homosexual, y en quienes reportaron un resultado negativo en su última prueba de VIH respecto de quienes nunca se hicieron una prueba (*Tabla 5.22*).

Tabla 5.22 Uso de la PrEP en los participantes sin diagnóstico positivo para VIH, por características sociodemográficas

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**54.256**	**553**	**1,0%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	20.547	113	0,5%	
Entre 25 y 39 años	26.538	339	1,3%	
Más de 39 años	7171	101	1,4%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	32.945	443	1,3%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.476	66	0,6%	
Menos de 100 mil habitantes	8237	46	0,6%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	6078	50	0,8%	
Medio (CINE 4-5)	11.831	87	0,7%	
Alto (CINE 6-8)	35.988	412	1,1%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	35.499	415	1,2%	
Desempleado	4804	47	1,0%	
Estudiante	12.327	64	0,5%	
Otra	1263	23	1,8%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	40.709	464	1,1%	
Bisexual	10.177	64	0,6%	
Otra	3348	24	0,7%	
Prueba de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.309	48	0,3%	
Último resultado VIH negativo	39.522	498	1,3%	

5.3 Potenciales inconsistencias sobre el uso de la PrEP y diagnóstico de VIH

En la encuesta LAMIS-2018 se preguntó a todos los participantes si habían usado la PrEP alguna vez. Al comparar las respuestas por diagnóstico de VIH se encontró que de 533 respuestas "Sí, diariamente y todavía la estoy tomando", 201 correspondían a participantes que indicaron tener un diagnóstico de VIH (*Tabla 5.23*).

Tabla 5.23 Uso de la PrEP y diagnóstico de VIH

	Total	Sin diagnóstico de VIH		Con diagnóstico de VIH	
		n	%	n	%
No	62.775	52.877	84,2%	9898	15,8%
Sí, diariamente y todavía la estoy tomando	533	332	62,3%	201	37,7%
Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando	203	180	88,7%	23	11,3%
Sí, cuando la he necesitado pero no diariamente	230	214	93,0%	16	7,0%
Total	**63.741**	**53.603**	**84,1%**	**10.138**	**15,9%**

914 participantes no respondieron o indicaron "No lo sé".

6. Tratamiento para VIH

6.1 Prevalencia de tratamiento para VIH

De todos los participantes que reportaron tener un diagnóstico positivo para VIH (N = 10.265), el 98% se había monitorizado alguna vez su infección por VIH, el 87% fue monitorizado y se encontraba en ese momento tomando tratamiento, y el 71% fue monitorizado, se encontraba en tratamiento y tenía carga viral indetectable.

Por zona geográfica, la prevalencia de estar en tratamiento para VIH fue mayor en Brasil (91%) y menor en los países andinos y Surinam (82%) (*Tabla 5.24*). A nivel país, las prevalencias más altas fueron reportadas en Guatemala, Brasil y Panamá (más del 88%), mientras que las más bajas fueron manifestadas en El Salvador, Paraguay y Venezuela (menos del 80%). Más información por países se encuentra en la Tabla *5.54*.

Tabla 5.24 Estar actualmente en tratamiento para VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	n	%
Brasil	2664	90,6%
Países andinos y Surinam	1965	82,3%
México	2003	87,0%
Países del Cono Sur	1862	87,1%
América Central	437	87,6%
Total	**8931**	**87,0%**

Al comparar por características sociodemográficas, la prevalencia de estar en tratamiento para VIH fue mayor en los grupos etarios de mayor edad, en participantes que vivían en una ciudad de mayor tamaño, con mayor nivel educativo, con situación laboral distinta a la de empleado, desempleados o estudiantes, y con orientación sexual gay u homosexuales (*Tabla 5.25*).

Tabla 5.25 Estar actualmente en tratamiento para VIH, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**10.265**	**8931**	**87,0%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	1433	1118	78,0%	
Entre 25 y 39 años	6273	5451	86,9%	
Más de 39 años	2559	2362	92,3%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	6996	6174	88,3%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	1838	1575	85,7%	
Menos de 100 mil habitantes	1104	894	81,0%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	1051	871	82,9%	
Medio (CINE 4-5)	2171	1812	83,5%	
Alto (CINE 6-8)	7007	6225	88,8%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	7930	6985	88,1%	
Desempleado	1101	899	81,7%	
Estudiante	840	697	83,0%	
Otra	359	325	90,5%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	9177	8040	87,6%	
Bisexual	774	638	82,4%	
Otra	310	251	81,0	

6.2 Tiempo desde el diagnóstico de VIH para iniciar tratamiento antirretroviral

Hubo 8383 participantes con diagnóstico positivo para VIH, monitorizados alguna vez por su infección, y en tratamiento al momento de la encuesta. De este grupo, el 26% inició su tratamiento en el primer mes luego de su diagnóstico y el 63% en los primeros seis meses.

Por zona geográfica, el porcentaje de iniciar tratamiento en el primer mes fue mayor en Brasil (32%) y menor en los países del Cono Sur (23%) (*Tabla 5.26*). Los países con los porcentajes más altos fueron Honduras y Brasil (más del 31%), mientras que Venezuela, Perú y Costa Rica tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 21%).

Tabla 5.26 Inicio de tratamiento antirretroviral en el primer mes luego del diagnóstico, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	2405	754	31,4%
Países andinos y Surinam	1874	445	23,7%
México	1903	482	25,3%
Países del Cono Sur	1788	418	23,4%
América Central	413	117	28,3%
Total	**8383**	**2216**	**26,4%**

No se obtuvo respuesta de 548 participantes.

Iniciar el tratamiento el primer mes luego del diagnóstico de VIH fue más frecuente en aquellas personas diagnosticadas en el último año (42%) en comparación con las diagnosticados hacía más de un año (*Tabla 5.27*). Tal hallazgo reflejaría, en parte, el alineamiento progresivo de los países con los cambios en las recomendaciones de la OMS para inicio de TARV.

Tabla 5.27 Inicio de tratamiento antirretroviral al primer mes del diagnóstico de VIH, según el número de años trascurridos desde el diagnóstico

	Total	n	%
En el último año	1364	566	41,5%
Entre 1 año y 5 años	3559	1028	28,9%
Hace más de 5 años	2933	517	17,6%
Total	**7856**	**2111**	**26,9%**

No se obtuvo respuesta de 1075 participantes.

7. Cobertura de vacunación contra los virus de las hepatitis A y B

7.1 Vacunación contra el virus de la hepatitis A

De todos los participantes, el 46% reportó haber sido vacunado contra la hepatitis A y el 39% reportó haber recibido las dosis completas (*Tabla 5.28*).

De 41.758 participantes que nunca tuvieron hepatitis A, el 44% reportó haber recibido las dosis completas de la vacuna contra la hepatitis A. Por zona geográfica, dicho porcentaje variaba entre 34% en México y 55% en Brasil (*Tabla 5.29*). A nivel país, los porcentajes más altos fueron en Argentina, Brasil, Panamá, Uruguay y Venezuela (más del 50%), mientras que los más bajos se registraron en Nicaragua, Bolivia y Surinam (menos del 25%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54.*

Tabla 5.28 Vacunación contra el virus de la hepatitis A

	n	%
No, porque ya he tenido hepatitis A (y, por tanto, ahora estoy inmunizado naturalmente)	5865	12,3%
No, y no sé si estoy inmunizado	19.710	41,4%
Sí, y completé las dosis	18.498	38,8%
Sí, pero no completé las dosis	3550	7,5%
Total	**47.623**	**100,0%**

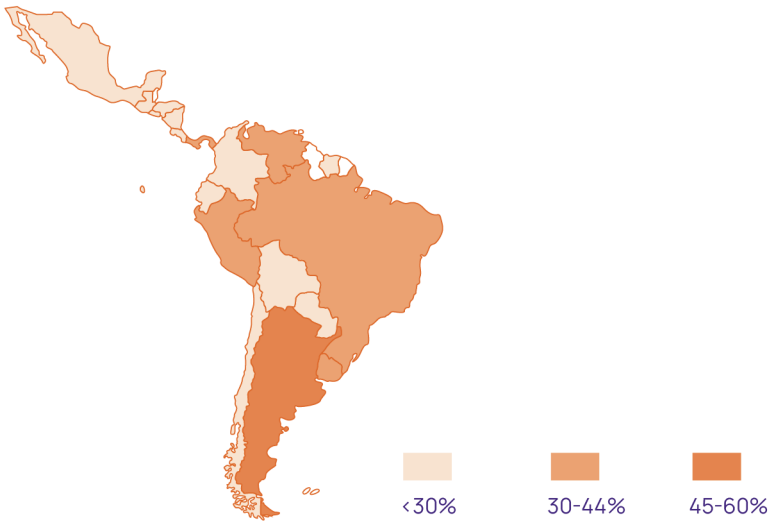
No se obtuvo respuesta de 303 participantes y 16.729 indicaron "No lo sé".

Tabla 5.29 Vacunación con dosis completas contra el virus de la hepatitis A, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	12.304	6728	54,7%
Países andinos y Surinam	9484	3985	42,0%
México	9254	3159	34,1%
Países del Cono Sur	7800	3571	45,8%
América Central	2916	1055	36,2%
Total	**41.758**	**18.498**	**44,3%**

No se obtuvo respuesta de 303 participantes y 16.729 indicaron "No lo sé".

Figura 5.10 Distribución de cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis A (excluyendo a quienes tienen o tuvieron hepatitis A) en los países de la región



7.2 Vacunación contra el virus de la hepatitis B

De todos los participantes, el 52% reportó haber sido vacunado contra la hepatitis B y el 44% indicó haber recibido las dosis completas (*Tabla 5.30*).

Tabla 5.30 Vacunación contra el virus de la hepatitis B

	n	%
No, porque ya he tenido hepatitis B	3748	7,8%
No, y no sé si estoy inmunizado	18.618	38,9%
No, tengo la infección de hepatitis B de manera crónica	440	0,9%
Sí, y completé las dosis	21.079	44,0%
Sí, pero no completé las dosis	3618	7,6%
Sí, pero mi organismo no respondió a las vacunas	353	0,7%
Total	**47.856**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 314 participantes y 16.485 indicaron "No lo sé".

De 43.668 participantes que nunca tuvieron hepatitis B, el porcentaje que recibió las dosis completas de vacuna para la hepatitis B fue del 48%. Por zona geográfica, dicho porcentaje variaba entre 32% en México y 62% en Brasil (*Tabla 5.31*). A nivel país, los porcentajes más altos fueron en Argentina, Brasil

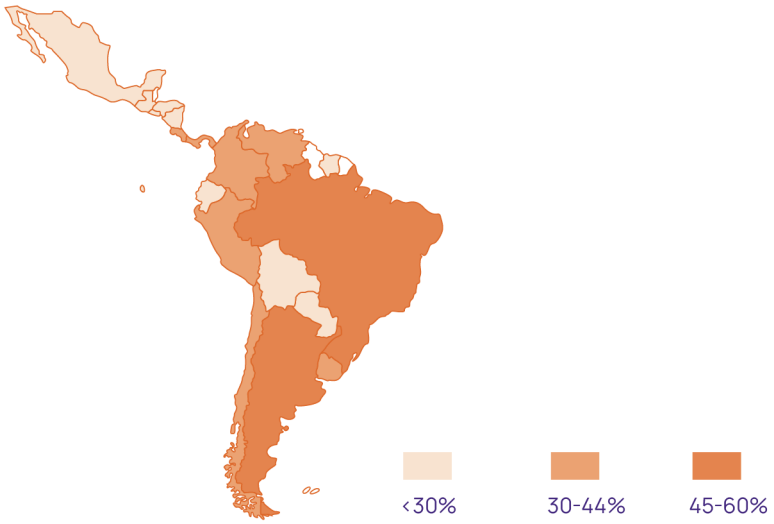
y Uruguay (más del 55%), mientras que los porcentajes más bajos fueron en Honduras, Surinam, El Salvador, Bolivia y Nicaragua (menos del 30%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

Tabla 5.31 Recibieron dosis completas de vacuna para la hepatitis B, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	13.057	8070	61,8%
Países andinos y Surinam	9881	4429	44,8%
México	9578	3094	32,3%
Países del Cono Sur	8166	4398	53,9%
América Central	2986	1088	36,4%
Total	**43.668**	**21.079**	**48,3%**

No se obtuvo respuesta de 314 participantes y 16.485 indicaron "No lo sé".

Figura 5.11 Distribución de cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B (excluyendo a quienes tienen o tuvieron hepatitis B) en los países de la región

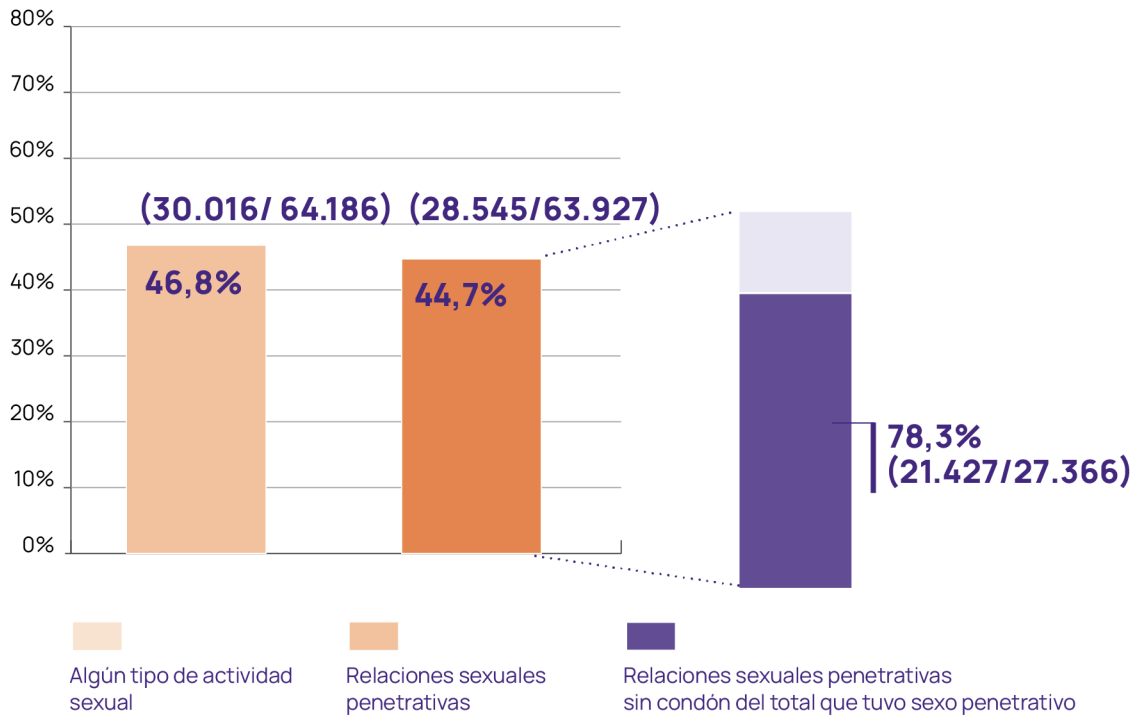


8. Relaciones sexuales con parejas estables y ocasionales en el último año

8.1 Parejas estables

De todos los participantes, el 47% tuvo algún tipo de actividad sexual con alguna pareja estable masculina en los últimos 12 meses, y el 45% tuvo relaciones sexuales penetrativas. De las personas que reportaron tener relaciones sexuales penetrativas con al menos una pareja estable masculina, el 78% las tuvo sin condón con alguna de estas parejas (*Figura 5.12*), representando un 71% en el total de los hombres que tuvieron algún tipo de actividad sexual con una pareja estable.

Figura 5.12 Prácticas sexuales con pareja(s) estable(s) en participantes que tuvieron algún tipo de actividad sexual en los últimos 12 meses



En relación con el número de parejas estables con las que se tuvo sexo en los últimos 12 meses, el 30% tuvo algún tipo de relación sexual con solo una pareja estable y el 17% con dos o más parejas estables. Además, el 28% tuvo sexo penetrativo con una sola pareja estable, mientras que el 16% lo tuvo con dos o más parejas estables. Finalmente, con respecto a las relaciones sexuales penetrativas sin condón, el 25% fue con una sola pareja estable y el 9% con dos o más parejas estables (*Tabla 5.32*).

Tabla 5.32 Número de parejas estables en los últimos 12 meses, por tipo de actividad sexual

Número de parejas estables	Algún tipo de relación sexual		Relaciones sexuales penetrativas		Relaciones sexuales penetrativas sin condón	
	n	%	n	%	n	%
2 o más parejas	10.538	16,5%	10.406	16,3%	5632	9,0%
1 pareja	19.277	30,1%	18.139	28,4%	15.795	25,2%
Ninguna	34.170	53,4%	35.382	55,3%	41.321	65,9%
Total	**63.985**	**100,0%**	**63.927**	**100,0%**	**62.748**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 670, 728 y 1907 participantes sobre tener algún tipo de relación sexual, relaciones sexuales penetrativas y relaciones sexuales penetrativas sin condón, respectivamente.

Por zona geográfica, América Central fue la región con el mayor porcentaje de participantes que tuvieron relaciones sexuales penetrativas sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses (10%), mientras que en los países del Cono Sur hubo el porcentaje más bajo (7%) (Tabla 5.33). A nivel país, los porcentajes más altos se reportaron en Nicaragua, Honduras, Bolivia, Guatemala, El Salvador, Paraguay y Ecuador (más de 11%), mientras que los más bajos fueron registrados en Costa Rica, Argentina y Uruguay (menos del 7%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

Tabla 5.33 Número de parejas estables con las que hubo relaciones sexuales penetrativas sin condón en los últimos 12 meses, por zona geográfica

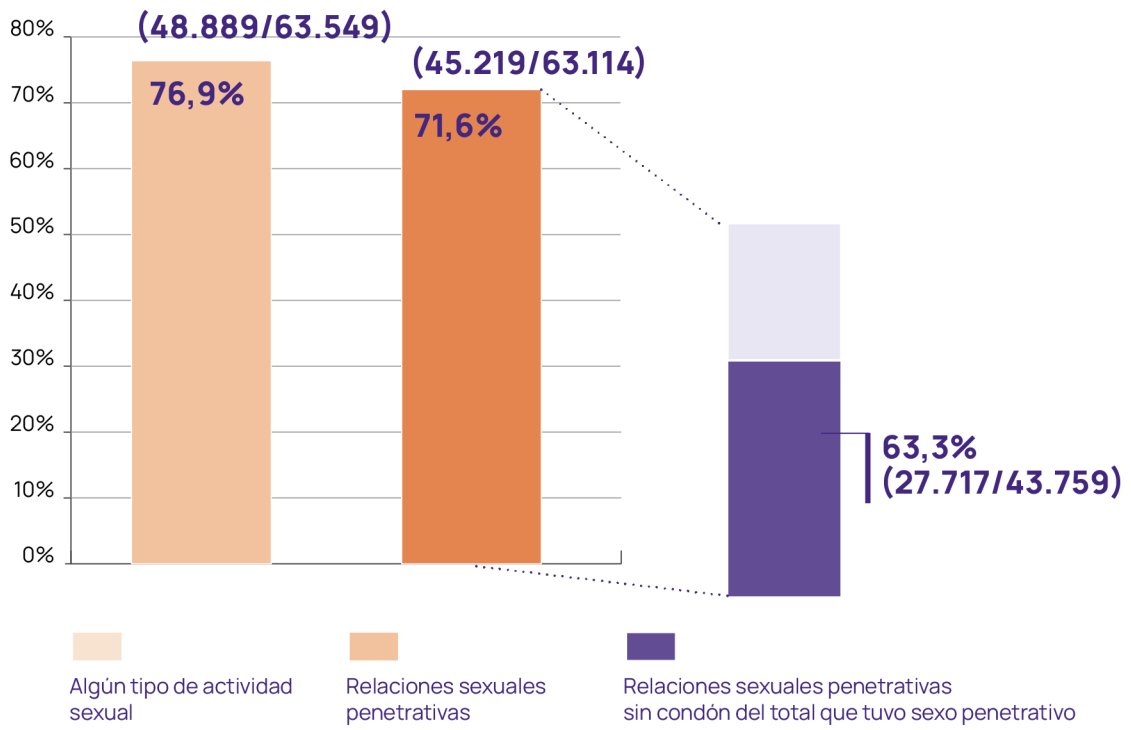
Zona geográfica	Ninguna		Solo 1		2 o más	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	11.190	63,7%	4726	26,9%	1656	9,4%
Países andinos y Surinam	9822	67,1%	3415	23,3%	1408	9,6%
México	9730	67,1%	3466	23,9%	1305	9,0%
Países del Cono Sur	7580	65,9%	3119	27,1%	802	7,0%
América Central	2999	66,2%	1069	23,6%	461	10,2%
Total	**41.321**	**65,9%**	**15.795**	**25,2%**	**5632**	**9,0%**

No se obtuvo respuesta de 1907 participantes.

8.2 Parejas ocasionales

De todos los participantes, el 77% tuvo algún tipo de relación sexual con al menos una pareja ocasional en los últimos 12 meses, y el 72% tuvo relaciones sexuales penetrativas con al menos una pareja ocasional. De las personas que reportaron tener relaciones sexuales penetrativas con al menos una pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 63% lo hizo sin condón (*Figura 5.13*).

Figura 5.13 Prácticas sexuales con pareja(s) ocasional(es) en participantes que tuvieron algún tipo de relación sexual con otro hombre en los últimos 12 meses



En cuanto al número de parejas ocasionales, el 9% tuvo algún tipo de relación sexual con una sola pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 33% tuvo de 2 a 5 parejas ocasionales, el 15% entre 6 y 10 parejas y el 20% más de 10. Con respecto a las relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses, el 11% fue solo con una pareja ocasional, el 32% de las tuvo con 2 a 5 parejas, el 13% de 6 a 10 parejas y el 17% con más de 10. Finalmente, en relación a las relaciones sexuales penetrativas sin condón, el 16% fue con una sola pareja ocasional, el 21% de 2 a 5 parejas, 4% de 6 a 10 parejas y el 4% con más de 10 parejas ocasionales (*Tabla 5.34*).

Tabla 5.34 Número de parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses, por tipo de actividad sexual

Número de parejas	Algún tipo de relación sexual		Relaciones sexuales penetrativas		Relaciones sexuales penetrativas sin condón	
	n	%	n	%	n	%
Más de 10	12.378	19,6%	10.421	16,5%	2243	3,6%
6-10	9392	14,8%	7931	12,6%	2474	4,0%
2-5	20.829	32,9%	19.899	31,5%	13.101	21,2%
1	5990	9,5%	6968	11,0%	9899	16,1%
Ninguna	14.660	23,2%	17.895	28,4%	33.937	55,0%
Total	**63.249**	**100,0%**	**63.114**	**100,0%**	**61.654**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 1406, 1541 y 3001 participantes sobre tener algún tipo de relación sexual, relaciones sexuales penetrativas y relaciones sexuales penetrativas sin condón, respectivamente.

La mediana del número de parejas sexuales ocasionales en LAMIS-2018 fue de 3 parejas, con intervalo intercuartílico (IIQ) entre 1 y 9 parejas ocasionales. Por zona geográfica, los participantes de Brasil reportaron el mayor número de parejas sexuales ocasionales (mediana de 4 parejas, e IIQ de 1 a 11 parejas), mientras que el menor número fue reportado en América Central (mediana de 2 parejas, e IIQ de 0 a 5 parejas). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

8.3 Uso de condón durante las relaciones sexuales penetrativas con parejas ocasionales

8.3.1 Frecuencia de uso de condón

De 45.150 participantes que tuvieron sexo penetrativo con al menos una pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 4% nunca usó condón, el 57% tuvo un uso inconsistente (lo usó raramente, algunas veces o la mayoría de las veces), mientras que el 39% indicó que siempre lo usó (uso consistente de condón) (*Tabla 5.35*).

Tabla 5.35 Frecuencia de uso de condón al tener relaciones sexuales penetrativas con pareja ocasional en los últimos 12 meses

	n	%
Nunca	1949	4,3%
Raramente	2734	6,1%
Algunas veces	5928	13,1%
La mayoría de las veces	17.090	37,9%
Siempre	17.449	38,6%
Total	**45.150**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 69 participantes.

Por zona geográfica, el uso consistente de condón al tener relaciones sexuales penetrativas con pareja(s) ocasional(es) fue mayor en los países del Cono Sur, con 41%, y menor en América Central, con 34% (*Tabla 5.36*). A nivel país, los porcentajes más altos fueron reportados en Surinam, Uruguay y Venezuela (más del 45%), mientras que los más bajos fueron registrados en Honduras, Paraguay, Guatemala, El Salvador y Nicaragua (menor del 35%).

Tabla 5.36 Uso de condón al tener relaciones sexuales penetrativas con pareja ocasional en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	Nunca		Raramente		Algunas veces		La mayoría de las veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	491	3,7%	733	5,5%	1682	12,7%	5146	38,8%	5212	39,3%
Países andinos y Surinam	429	4,1%	657	6,3%	1400	13,4%	3977	38,1%	3982	38,1%

Zona geográfica	Nunca		Raramente		Algunas veces		La mayoría de las veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
México	474	4,6%	690	6,6%	1383	13,3%	3932	37,8%	3915	37,7%
Países del Cono Sur	370	4,6%	448	5,5%	1009	12,5%	2926	36,2%	3331	41,2%
América Central	185	6,2%	206	7,0%	454	15,3%	1109	37,4%	1009	34,1%
Total	**1949**	**4,3%**	**2734**	**6,1%**	**5928**	**13,1%**	**17.090**	**37,9%**	**17.449**	**38,6%**

No se obtuvo respuesta de 69 participantes.

8.3.2 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional VIH positiva

De 27.662 participantes que tuvieron relaciones sexuales sin condón con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 11% fue con alguna pareja ocasional VIH positiva (N = 3046). De este último grupo, el 53% sabía que la(s) pareja(s) ocasional(es) estaba(n) viralmente suprimida(s); el 11% sabía que solo algunas estaban viralmente suprimidas; el 5% sabía que no estaba(n) suprimida(s); y el 31% no sabía si estaban suprimidas o no (*Tabla 5.37*).

De 21.977 participantes sin diagnóstico de VIH que tuvieron relaciones sexuales sin condón con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 5% fue con alguna pareja ocasional VIH positiva. De este grupo, el 30% reportó que no sabía si estaban viralmente suprimidas o no, el 10% sabía que no lo estaban; el 7% que algunas lo estaban; y el 53% que todas estaban viralmente suprimidas (*Tabla 5.37*).

Tabla 5.37 Conocimiento sobre estado de supresión viral en parejas ocasionales VIH positivas con las que tuvieron relaciones sexuales penetrativas sin condón en los últimos 12 meses

	Hombres que tuvieron sexo sin condón con pareja ocasional		Hombres sin diagnóstico de VIH* que tuvieron sexo sin condón con pareja ocasional	
	n	%	n	%
Sí, yo sabía que tenían carga viral indetectable	1587	52,7%	568	52,9%
Sí, yo sabía que algunos de ellos tenían carga indetectable	336	11,2%	77	7,2%
No, él no/ninguno de ellos tenía carga indetectable	160	5,3%	106	9,9%
No lo sé	930	30,9%	322	30,0%
Total	**3013**	**100,0%**	**1073**	**100,0%**

*"Sin diagnóstico de VIH" son los que tienen un último resultado negativo de VIH y los que nunca se hicieron la prueba.
No se obtuvo respuesta de 33 (total LAMIS-2018) y 24 (sin diagnóstico de VIH) participantes o indicaron "No entiendo la pregunta".

8.3.3 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional VIH negativa

De 27.654 participantes que tuvieron relaciones sexuales sin condón con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 43% tuvo relaciones sexuales penetrativas sin condón con una pareja ocasional VIH negativa en los últimos 12 meses. De este grupo, el 4,6% sabía que todas estaban tomando la PrEP, el 3,6% que algunas la tomaban, el 33% que ninguna la estuvo tomando y el 59% no sabía si la tomaban o no (*Tabla 5.38*).

Tabla 5.38 Conocimiento sobre uso de la PrEP en parejas ocasionales VIH negativas con las que tuvieron relaciones sexuales penetrativas sin condón en los últimos 12 meses

	n	%
Sí, yo sabía que él/ellos estaba(n) tomándola	535	4,6%
Sí, yo sabía que algunos de ellos estaban tomándola	417	3,6%
No, él/ninguno de ellos la estaba(n) tomando	3916	33,4%
No lo sé	6861	58,5%
Total	**11.729**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 116 participantes o indicaron "No entiendo la pregunta".

8.3.4 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional de seroestado de VIH desconocido

De toda la muestra, el porcentaje de relaciones sexuales penetrativas sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido fue del 27%, mientras que en aquellos sin diagnóstico positivo de VIH fue del 24%.

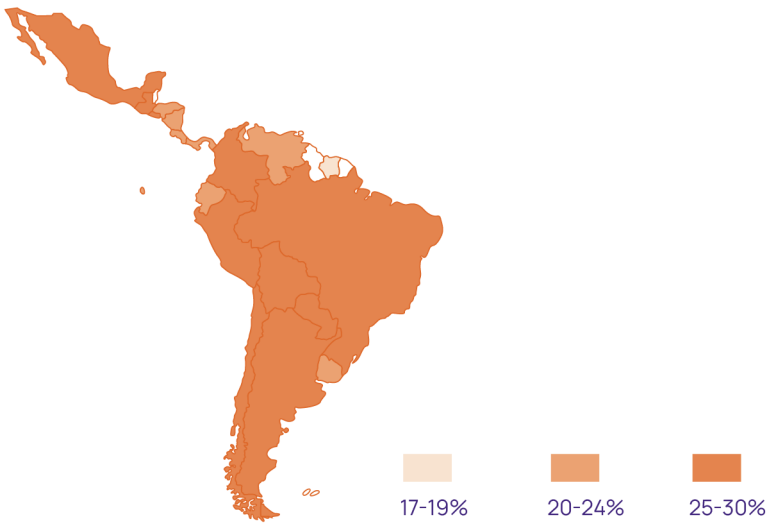
Por zona geográfica, Brasil tuvo el mayor porcentaje de participantes que tuvieron relaciones sexuales penetrativas sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses, con 28%, mientras que América Central tuvo el porcentaje más bajo, con 24% (*Tabla 5.39*). A nivel país, los porcentajes más altos fueron reportados en Colombia, El Salvador y Brasil (más del 28%), mientras que los más bajos fueron registrados en Honduras, Venezuela y Surinam (menos del 21%). Más información por países se encuentra en la *Tabla 5.54*.

Tabla 5.39 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	n	%
Brasil	5032	28,2%
Países andinos y Surinam	4029	27,2%
México	4031	27,4%
Países del Cono Sur	3077	26,5%
América Central	1123	24,4%
Total	**17.292**	**27,2%**

No se obtuvo respuesta de 1134 participantes.

Figura 5.14 Distribución de relaciones sexuales sin condón en los últimos 12 meses con pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los países de la región



Al comparar el porcentaje de relaciones sexuales penetrativas sin condón con alguna pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses por características sociodemográficas, este fue ligeramente mayor en el grupo etario entre 25 y 39 años, en quienes vivían en una ciudad de mayor tamaño poblacional, con mayor nivel educativo, con desempleo y en aquellos con orientación sexual gay u homosexual. Una diferencia más importante se observa en los que reportaron su último resultado de VIH como positivo (*Tabla 5.40*).

Tabla 5.40 Relaciones sexuales penetrativas sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**63.521**	**17.292**	**27,2%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.699	5508	25,4%	
Entre 25 y 39 años	32.332	9178	28,4%	
Más de 39 años	9490	2606	27,5%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	39.364	11.078	28,1%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.123	3496	26,6%	
Menos de 100 mil habitantes	9194	2308	25,1%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	7025	1746	24,9%	
Medio (CINE 4-5)	13.810	3706	26,8%	
Alto (CINE 6-8)	42.492	11.812	27,8%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	42.826	11.899	27,8%	
Desempleado	5832	1642	28,2%	
Estudiante	13.076	3317	25,4%	
Otra	1600	406	25,4%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.151	14.029	28,5%	
Bisexual	10.751	2434	22,6%	
Otra	3596	826	23,0%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.112	3095	21,9%	
Último resultado VIH negativo	38.975	9868	25,3%	
Último resultado positivo	10.065	4253	42,3%	

9. Último encuentro sexual con pareja(s) ocasional(es)

Este apartado muestra la información sobre el último encuentro sexual con alguna pareja ocasional entre los 48.673 hombres (77% del total) que indicaron tener este tipo de parejas en los últimos 12 meses.

9.1 Número de parejas sexuales involucradas en el último encuentro sexual

Una gran mayoría de participantes (80%; rangos por país 76-86%) reportó que el último encuentro sexual con una pareja ocasional había sido solo entre el participante y una pareja ocasional. En el 6% de los casos, el encuentro había sido entre el participante, su pareja estable y una pareja ocasional (trío), en el 9% de los casos entre el participante y dos parejas ocasionales (trío), y en el 6% de los casos entre el participante y tres o más personas (sexo grupal) (*Tabla 5.41*).

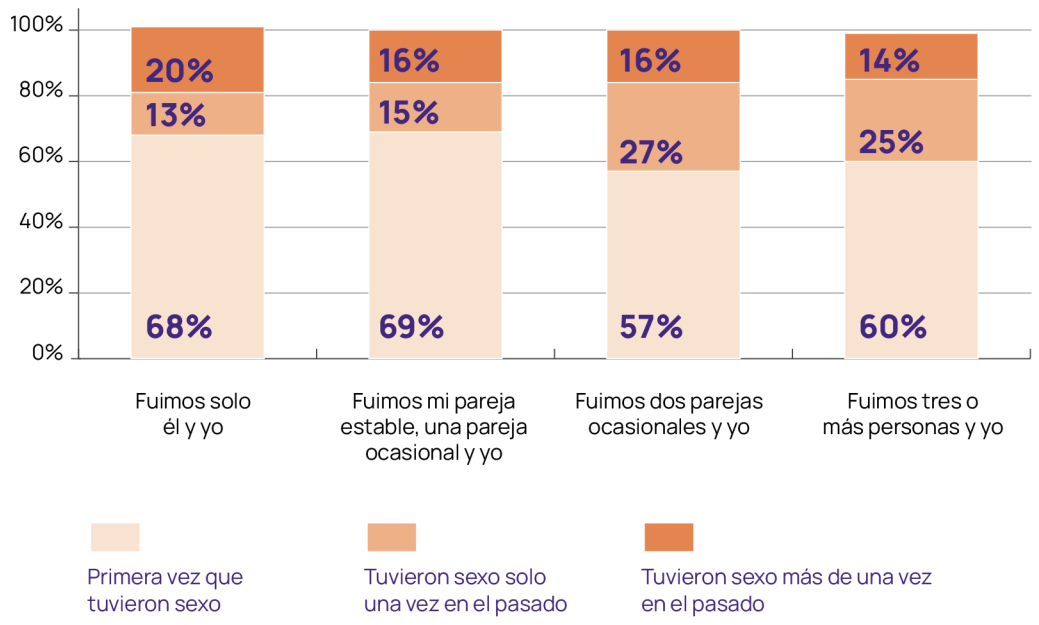
Tabla 5.41 Número de hombres involucrados en el último encuentro sexual con alguna pareja ocasional

	n	%
Fuimos solo él y yo	38.729	79,6%
Fuimos mi pareja estable, una pareja ocasional y yo	2860	5,9%
Fuimos dos parejas ocasionales y yo	4363	9,0%
Fuimos tres o más personas y yo	2721	5,6%
Total	**48.673**	**100,0%**

9.2 Antecedente de relaciones sexuales previas con esta(s) pareja(s)

La mayoría de los últimos encuentros sexuales con pareja(s) ocasional(es) fueron con hombre(s) con quien(es) se tuvo una relación sexual por primera vez (67%), mientras que el 15% reportaron que el sexo fue con alguien con quien habían tenido un contacto sexual previamente, y el 19% con parejas con quienes ya habían tenido relaciones sexuales más de una vez en el pasado. El sexo con dos o más parejas ocasionales (tríos o grupos) fue más frecuente con parejas ocasionales con quienes ya habían tenido al menos una relación sexual en el pasado (*Figura 5.15*).

Figura 5.15 Antecedente de relaciones sexuales previas con la(s) pareja(s) ocasional(es), según el número de parejas sexuales ocasionales en el último encuentro sexual



El último encuentro sexual con alguna pareja ocasional con quien ya tuvieron relaciones sexuales en el pasado fue reportado con mayor frecuencia por hombres con diagnóstico de VIH (37% vs. 33% para hombres con última prueba negativa y 30% en los que nunca se hicieron una prueba de VIH).

9.3 Lugar donde conoció por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es)

A los participantes se les preguntó por el lugar donde conocieron a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro sexual. Dado que algunos tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja ocasional, en esos casos más de una respuesta era posible, obteniéndose 52.294 respuestas de un total de 48.642 participantes. En general, la mayoría de los participantes conocieron a su última pareja sexual ocasional en línea (alrededor del 70%) (*Tabla 5.42*), usando *apps* de citas entre hombres u otros lugares por internet, con un rango entre 50% para Surinam y 77% para Argentina (*Tabla 5.55*).

Tabla 5.42 Lugar donde conoció a la(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)

	n	%
En mi teléfono celular, a través de las *apps*	23.376	48,1%
En internet (p.ej. página web de contactos gay)	11.115	22,9%
Una zona o lugar de ligue	2103	4,3%
Un sauna gay	2056	4,2%
Una discoteca gay	1882	3,9%
Un centro comunitario gay, organización gay	1364	2,8%
Un cuarto oscuro de un bar, disco de sexo gay	1050	2,2%

	n	%
Un café gay o un bar gay	842	1,7%
Un cine porno	542	1,1%
Una fiesta de sexo gay en una casa particular	462	1,0%
En otro lugar	7502	15,4%

% de respuestas; un participante puede entrar en más de una categoría.
No se obtuvo respuesta de 31 participantes.

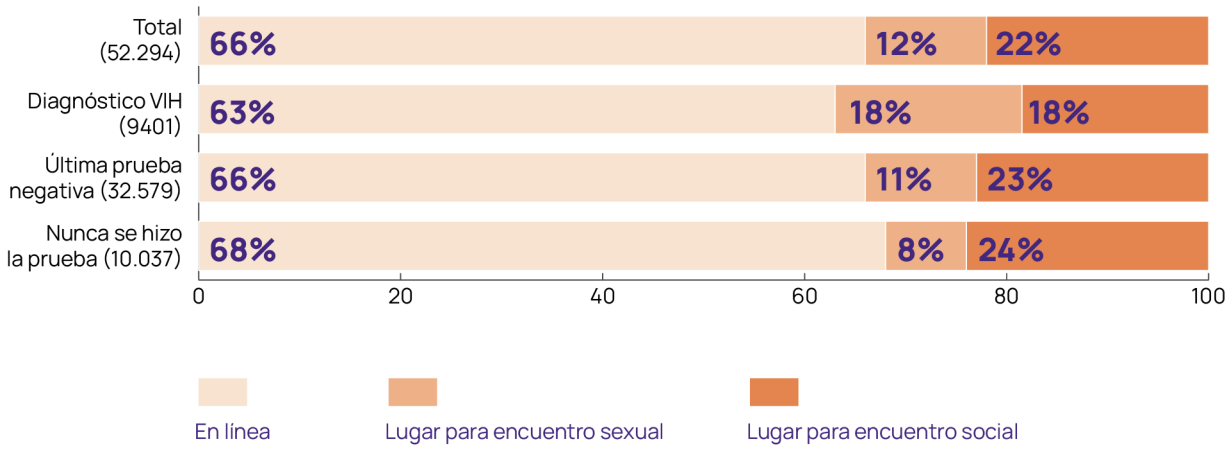
El uso de internet para conocer parejas sexuales ocasionales no mostró diferencias según la edad. Las organizaciones o centros comunitarios gais y las discos nocturnas gais fueron más comunes entre hombres más jóvenes (menores de 30 años), mientras que los cafés o bares, saunas, cuartos oscuros, cines porno y lugares de ligue fueron más comunes entre grupos de mayor edad (30 años o más).

Se clasificaron las respuestas sobre el lugar donde los participantes conocieron por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro en tres grupos:

- En línea: incluye aplicaciones de teléfono móvil u otros lugares por internet. Representaron el 66% de respuestas (34.491 respuestas).
- Lugares para encuentro sexual: incluye saunas, cuartos oscuros, cine porno, zona o lugar de ligue, o fiestas de sexo gay. Representaron el 12% de respuestas (6213 respuestas).
- Lugares de encuentro social: incluye centros comunitarios gais, cafés gais, bares gais, discotecas gais u otros. Representaron el 22% de respuestas (11.590 respuestas).

Los hombres diagnosticados con VIH habían conocido con más frecuencia a sus últimas parejas sexuales ocasionales en un lugar para encuentros sexuales en comparación con los hombres que tuvieron un último resultado negativo o que nunca se habían hecho la prueba (*Figura 5.16*).

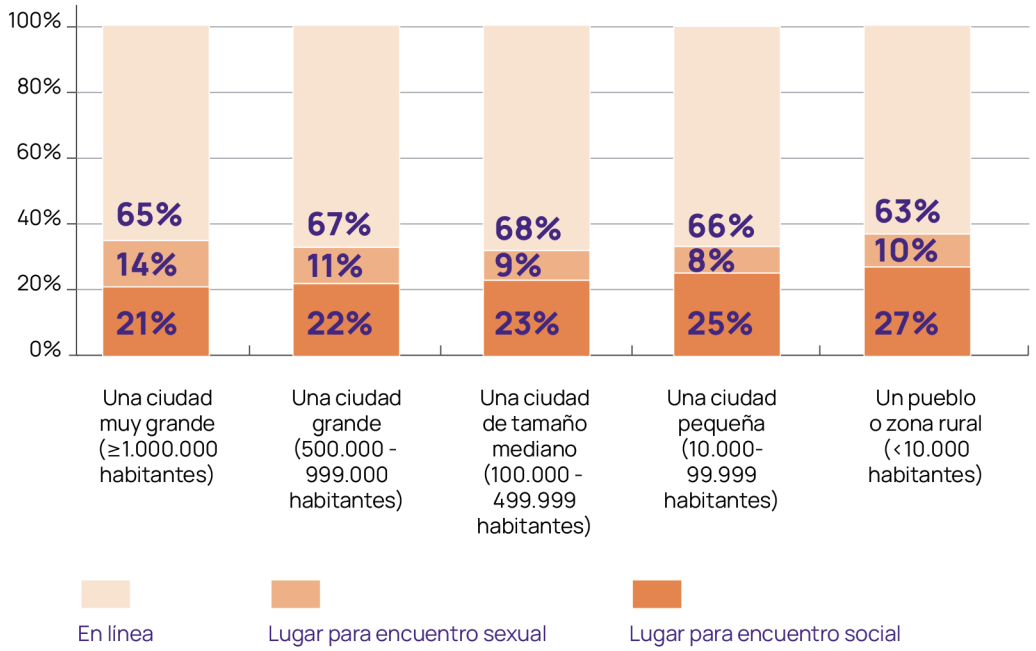
*Figura 5.16 Lugar donde se conoció por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro sexual según historia de prueba y diagnóstico de VIH**



* % de respuestas; un participante puede entrar en más de una categoría.

Según el tamaño poblacional de la ciudad de residencia, se observó un mayor porcentaje de hombres que habían conocido a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro sexual en lugares de encuentro social al disminuir el tamaño poblacional (desde 21% en ciudades muy grandes a 27% en villas o zonas rurales) (*Figura 5.17*).

*Figura 5.17 Lugar donde se conoció por primera vez a la(s) última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) según tamaño poblacional de lugar de residencia**

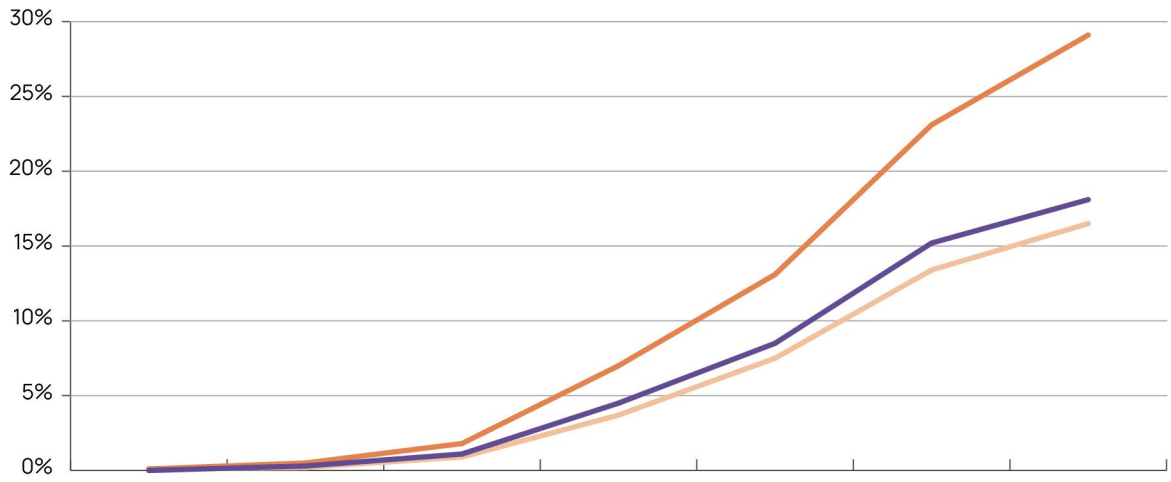


* % de respuestas; un participante puede entrar en más de una categoría.

9.4 Indicadores de riesgo sexual según las modalidades para conocer por primera vez a la(s) pareja(s) ocasional(es) del último encuentro sexual: análisis preliminar

Para las tres ITS bacterianas, el porcentaje de diagnóstico de cada una de ellas fue mayor cuando el lugar para conocer a su última pareja sexual fue un lugar para encuentros sexuales. Haberse conocido en línea o en lugares para encuentro social tuvo porcentajes similares (*Figura 5.18*).

*Figura 5.18 Frecuencia acumulada del tiempo desde el último diagnóstico de sífilis según el lugar donde conoció por primera vez a la(s) última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según tamaño poblacional de lugar de residencia**

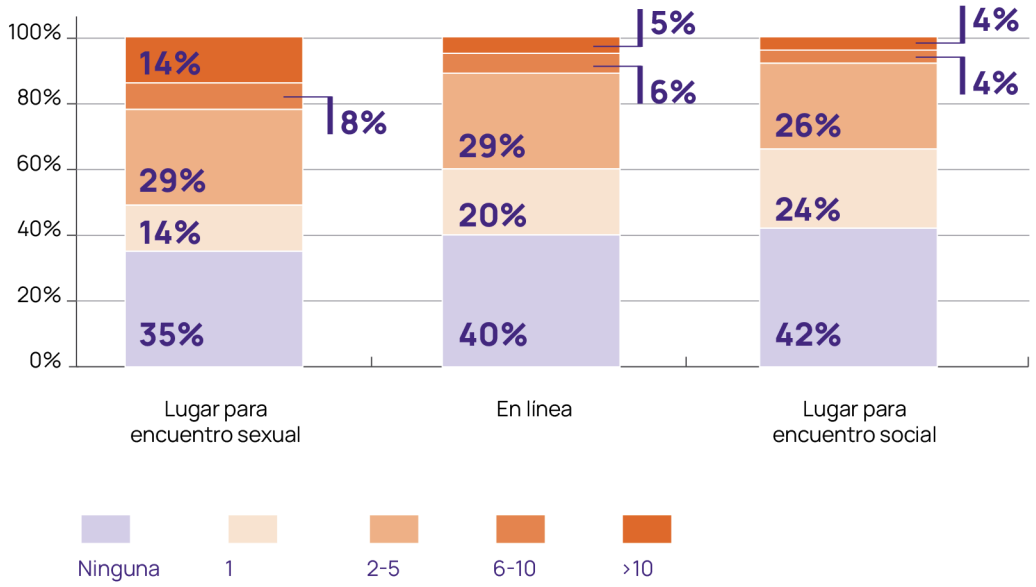


	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
En línea	0,0%	0,3%	1,1%	4,5%	8,5%	15,2%	18,1%
Lugar para encuentro sexual	0,1%	0,5%	1,8%	7,0%	13,1%	23,1%	29,1%
Lugar para en cuentro social	0,1%	0,2%	0,9%	3,7%	7,5%	13,4%	16,5%

* % de respuestas; un participante puede entrar en más de una categoría.

Así mismo, el número de parejas sexuales ocasionales con quienes hubo sexo sin condón en los últimos 12 meses fue mayor cuando se conoció a las últimas parejas sexuales ocasionales en lugares para encuentros sexuales, seguido de haberlas conocido en línea, y menor si las conoció en lugares de encuentro social, particularmente para el número de parejas sexuales ocasionales con quienes hubo sexo anal sin condón (*Figura 5.19*). El patrón se mantiene, pero con diferencias menores, cuando se analiza solo en hombres sin diagnóstico de VIH.

*Figura 5.19 Número de parejas sexuales ocasionales con quienes hubo sexo penetrativo sin condón por lugar donde conoció por primera vez a la(s) última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)**



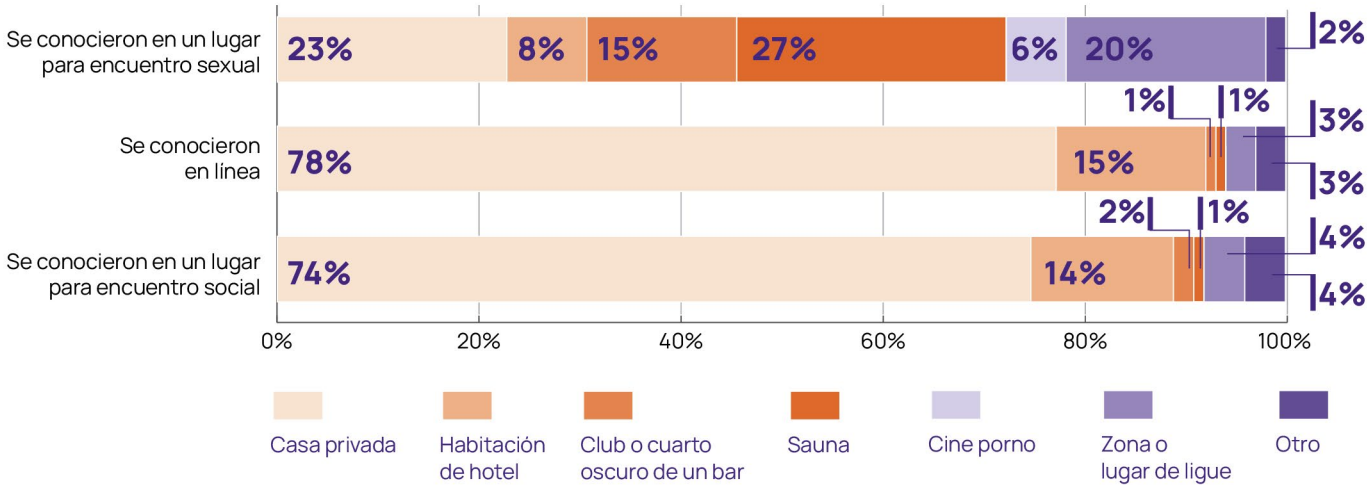
* % de respuestas; un participante puede entrar en más de una categoría.

9.5 Lugar donde ocurrió el último encuentro sexual con pareja(s) ocasional(es)

El lugar más común donde ocurrió el último encuentro sexual con la(s) pareja(s) ocasional(es) fue en una casa privada (72%), seguido de un cuarto de hotel (14%), una zona de ligue (5%), un sauna (3%), una disco o cuarto oscuro de un bar (2%) y un cine porno (1%); un 3% indicó que fue en otro lugar, siendo el automóvil uno de los otros lugares citados con mayor frecuencia.

Al comparar el lugar donde se había conocido a la(s) pareja(s) ocasional(es) por primera vez con el lugar donde ocurrió el último encuentro sexual con esta(s) pareja(s) ocasional(es) se observó que, a excepción de los locales explícitamente de sexo gay, la mayoría de las relaciones sexuales ocurrieron en la privacidad de un hogar o cuarto de hotel, independiente del lugar donde se conocieron por primera vez. Al contrario, si la(s) pareja(s) ocasional(es) fue/fueron conocida(s) por primera vez en un lugar para encuentro sexual, las relaciones sexuales ocurrieron con mayor frecuencia en ese local: 70% para sauna gay, 55% para cuarto oscuro o disco de sexo gay y cerca del 50% para cine porno o zona de ligue (*Figura 5.20*).

*Figura 5.20 Lugar de encuentro sexual, según lugar donde conoció por primera vez a la(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)**

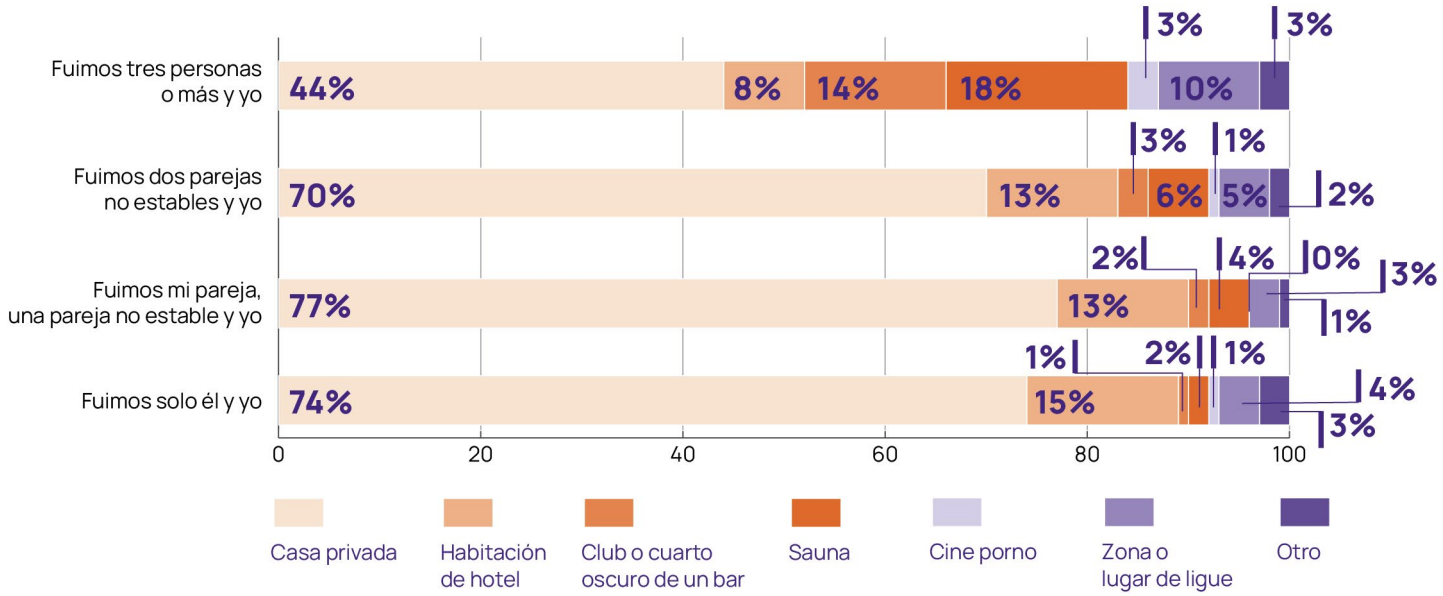


* % de respuestas; un participante puede entrar en más de una categoría.

Los porcentajes más altos del último encuentro sexual en un hogar privado fueron reportados en Argentina y Chile (más del 80%), los más bajos en El Salvador, Surinam y Guatemala (menos del 60%). Además, los porcentajes más altos de encuentros en una habitación de hotel fueron registrados en Surinam (35%) y El Salvador, Panamá, Perú y Guatemala (más del 25%) y los menores en Chile, Argentina y Uruguay (menos del 10%). En la *Tabla 5.55* se puede analizar la distribución de encuentros en locales de sexo por países.

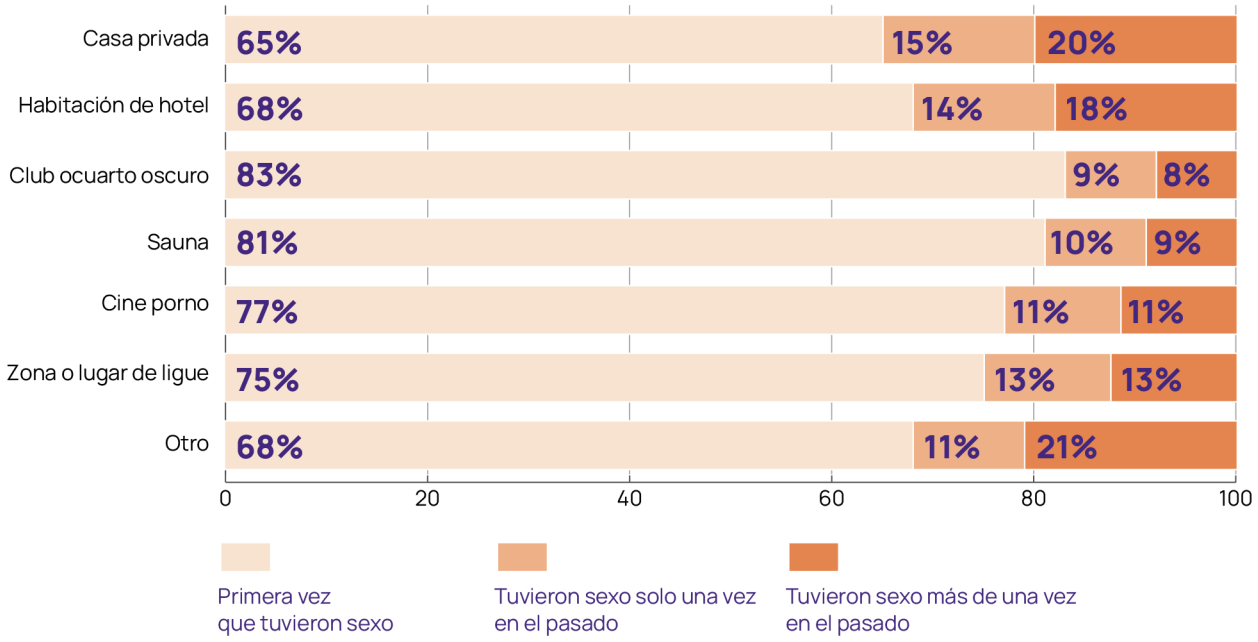
Se observó que, a mayor número de parejas involucradas en el último encuentro sexual con alguna pareja ocasional, mayor frecuencia que este encuentro fuera en lugares para encuentro sexual tales como saunas gais, discos sexuales y cuartos oscuros de bares (*Figura 5.21*).

Figura 5.21 Lugar de encuentro sexual, según número de parejas sexuales involucradas



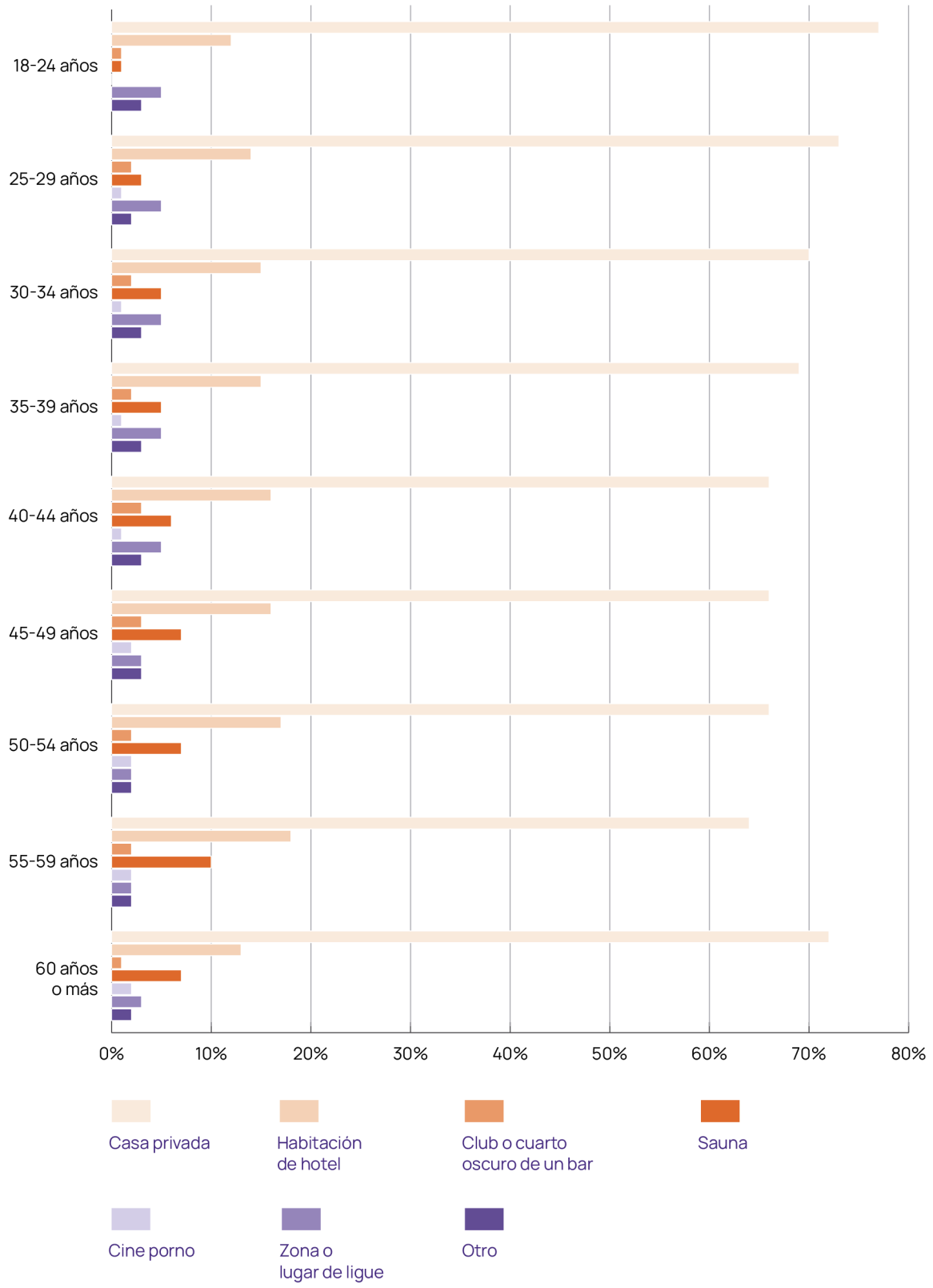
Haber tenido encuentros previos con la(s) pareja(s) ocasional(es) fue reportado por más del 30% de participantes cuyo último encuentro sexual con dicha(s) pareja(s) fue en hogares privados u hoteles. En lugares de encuentro sexual, fue más frecuente haber conocido por primera vez a la pareja ocasional en este último encuentro. Por ejemplo, el 83% de los hombres que tuvieron su último encuentro sexual en discos o cuartos oscuros reportaron que esa fue la primera vez que tenían relaciones sexuales con esa pareja sexual ocasional (*Figura 5.22*).

Figura 5.22 Reuniones sexuales previas con la(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según lugar de encuentro sexual



No se observaron diferencias según edad en cuanto a los lugares del último encuentro sexual, excepto por saunas, cuya popularidad aumentaba con la edad (*Figura 5.23*).

Figura 5.23 Lugar de último encuentro sexual con pareja ocasional, según grupo etario



9.6 Prácticas sexuales en el último encuentro sexual con pareja ocasional

Se realizó una pregunta de opción múltiple donde 48.353 participantes indicaron todos los actos sexuales practicados con la(s) última(s) pareja(s) ocasional(es).

Para muchos participantes, el sexo oral (receptivo, insertivo o ambos), la masturbación mutua y el sexo anal (receptivo, insertivo o ambos) fueron parte del repertorio estándar de actos sexuales practicados con la última pareja ocasional. Las prácticas orales-anales (*anilingus*) fueron reportadas por aproximadamente un tercio de los hombres. El *fisting* (puño) insertivo o receptivo se reportó por el 15%, y otras prácticas sexuales por menos del 3% de los participantes (*Tabla 5.43*).

Tabla 5.43 Prácticas sexuales realizadas en el último encuentro sexual con pareja ocasional

	n	%
Mamó el pene de otros(s) (sexo oral receptivo)	37.490	77,5%
Masturbación mutua	34.845	72,1%
Le mamaron el pene (sexo oral insertivo)	34.820	72,0%
Fue penetrado (sexo anal receptivo)*	24.968	51,4%
Penetró a otro(s) (sexo anal insertivo)*	21.536	44,3%
Le lamieron su ano (sexo oral-anal receptivo)	19.084	39,5%
Lamió el ano de otro(s) (sexo oral-anal insertivo)	16.200	33,5%
Metió la mano en el ano de otro(s) (*fisting* insertivo)	7581	15,7%
Le metieron la mano en su ano (*fisting* receptivo)	6950	14,4%
Usaron juguetes sexuales	1420	2,9%
Compartieron juguetes sexuales	503	1,0%

*La pregunta de opción múltiple sobre tipo de sexo anal en último encuentro sexual fue respondida por 48.597 (76 datos perdidos) participantes.
No se obtuvo respuesta de 320 participantes.

9.6.1 Tipo de sexo anal con la última pareja ocasional

Aproximadamente uno de cada seis (17%) participantes reportó no haber tenido sexo anal penetrativo con la(s) pareja(s) ocasional(es) durante el último encuentro sexual. Más de un tercio (39%) indicó solo sexo anal receptivo, el 32% manifestó solo sexo anal insertivo, y el 13% refirió ambas formas de sexo anal (*Tabla 5.44*).

Tabla 5.44 Práctica de la penetración anal en el último encuentro sexual con pareja ocasional

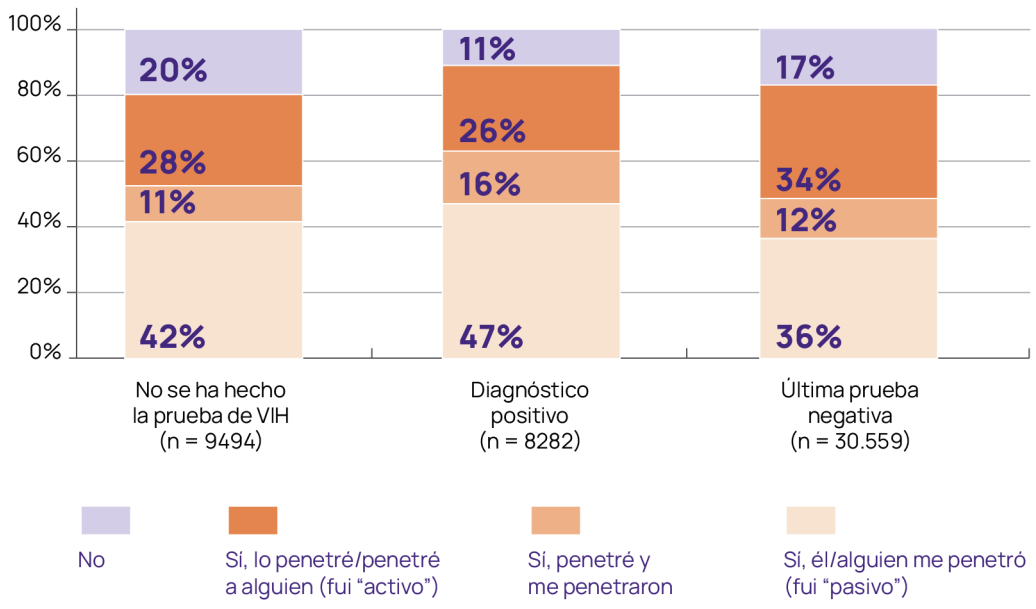
	n	%
No	8161	16,8%
Sí, él/alguien me penetró (fui "pasivo")	18.900	38,9%
Sí, yo penetré a alguien (fui "activo")	15.468	31,8%
Sí, nos penetramos mutuamente (fui "pasivo" y "activo")	6068	12,5%
Total	**48.597**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 76 participantes.

El porcentaje de hombres que reportaron haber tenido cualquier tipo de sexo anal (insertivo o receptivo) con su última pareja sexual ocasional fue desde 75% en Costa Rica hasta 88% en Nicaragua.

En cuanto al porcentaje de participantes que no practicaron sexo anal con su última pareja sexual ocasional, este fue mayor entre quienes nunca se habían realizado una prueba de VIH (20%), mientras que aquellos que fueron diagnosticados con VIH tuvieron el mayor porcentaje de haber practicado tanto sexo anal receptivo como insertivo (16%) así como solo sexo anal receptivo (47%), y los hombres cuyo último resultado fue negativo tuvieron el mayor porcentaje de practicar solo sexo anal insertivo (34%) (*Figura 5.24*).

Figura 5.24 Tipo de sexo anal en el último encuentro sexual con alguna pareja ocasional, según historia de prueba y diagnóstico de VIH



9.6.2 Sexo anal y uso de condón

De los 40.417 participantes que tuvieron algún sexo anal (receptivo y/o insertivo) con la última pareja ocasional y reportaron acerca del uso de condón, el 28% no lo había utilizado o no lo recordaba/no lo sabía, el 60% indicó uso consistente de condón ("Sí, todo el tiempo") y el 12% manifestó uso inconsistente ("Sí, pero no todo el tiempo"). Por país, los porcentajes de "No uso de condón"/"Uso inconsistente de condón" fueron desde el 37% en Ecuador y Uruguay hasta el 56% en Nicaragua (*Tabla 5.55*).

El uso consistente de condón fue muy similar tanto para el sexo anal exclusivamente receptivo como exclusivamente insertivo (61-62%), pero sustancialmente menor para aquellos que tuvieron tanto sexo anal insertivo como receptivo en el último encuentro sexual (50%).

El uso de condón por grupo de edad mostró un patrón similar tanto para el sexo anal receptivo como el insertivo: el porcentaje más alto de uso consistente de condón fue reportado por hombres en el grupo etario de 20-29 años. El uso de condón declinó al aumentar la edad tanto para sexo anal receptivo como insertivo, y se estabilizó para sexo anal insertivo a la edad de 50 años. También fue más bajo en general en el grupo de hombres menores de 20 años (*Figura 5.25* y *Figura 5.26*).

Figura 5.25 Uso de condón durante el sexo anal receptivo (pasivo), según grupo etario

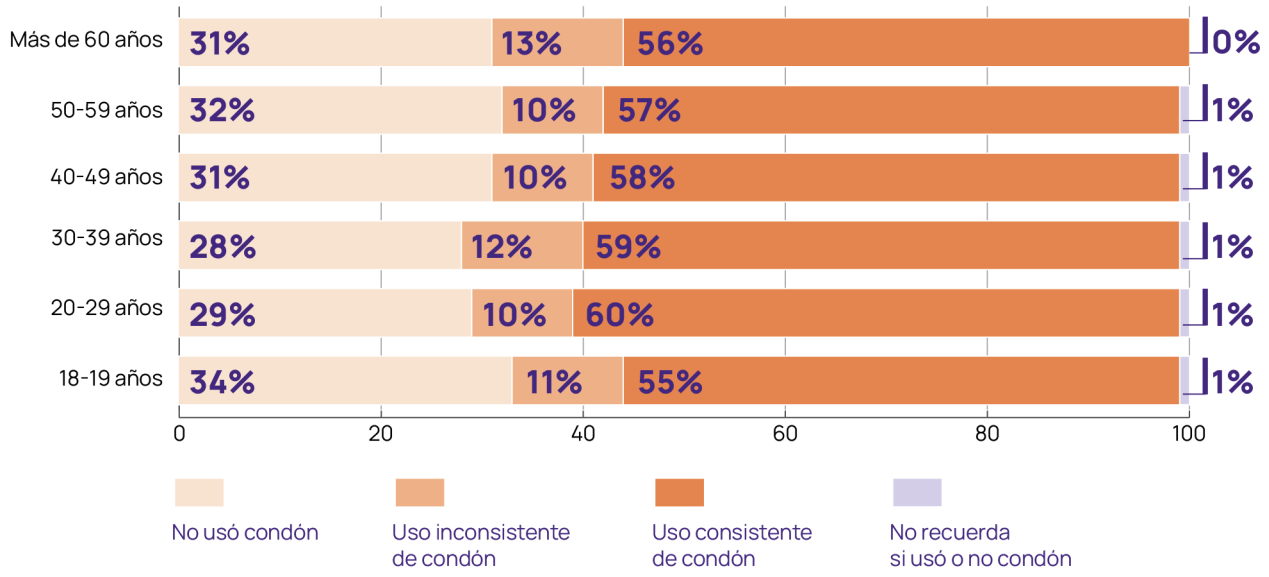
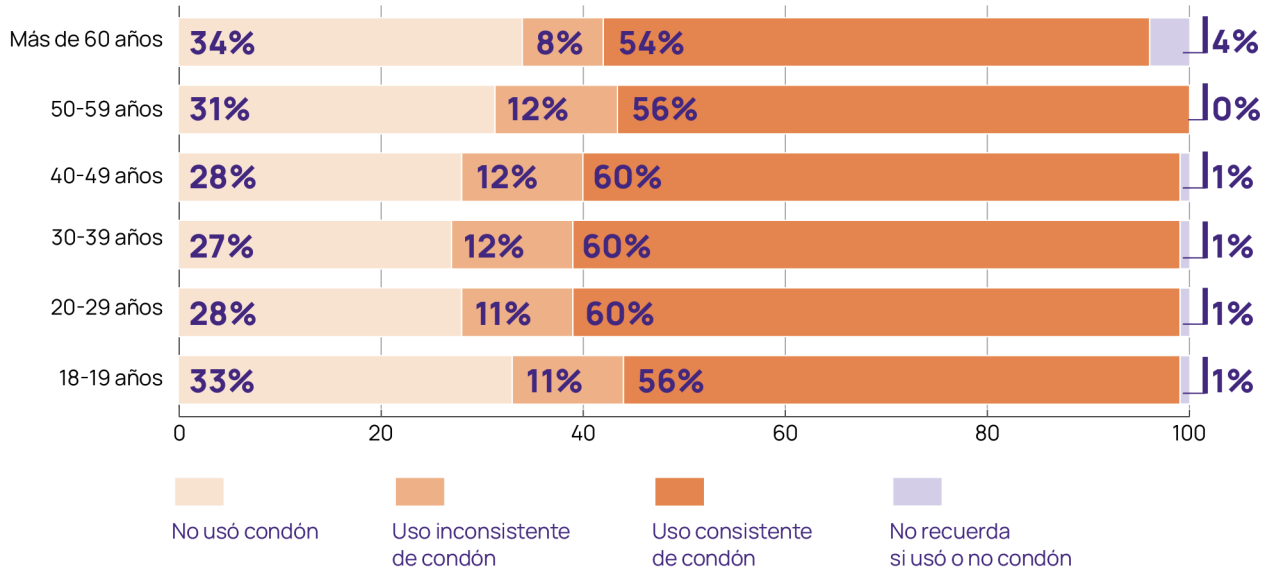
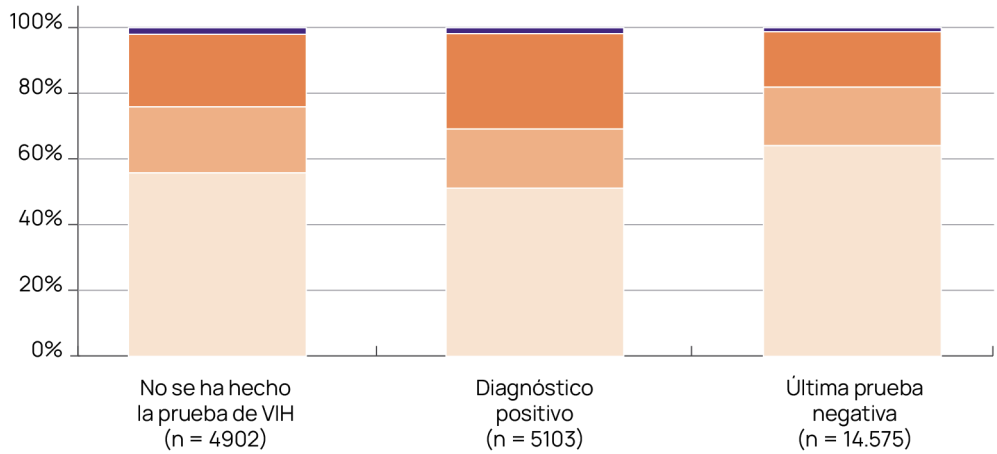


Figura 5.26 Uso de condón durante el sexo anal insertivo (activo), según grupo etario



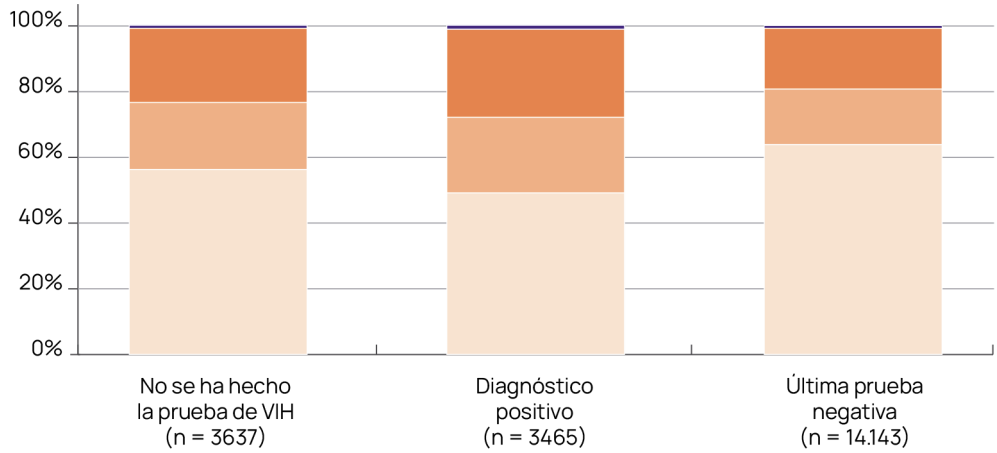
Al comparar el uso de condón y eyaculación dentro del recto en el último encuentro sexual con la(s) pareja(s) ocasional(es) según historia de prueba y diagnóstico de VIH, los participantes diagnosticados con VIH reportaron el menor porcentaje de uso de condón y el mayor porcentaje de eyaculación dentro del recto, observándose el mismo patrón tanto para sexo anal insertivo como receptivo (*Figura 5.27* y *Figura 5.28*).

Figura 5.27 Uso de condón y eyaculación durante el sexo anal receptivo, según historia de prueba y diagnóstico de VIH



	No se ha hecho la prueba de VIH (n = 4902)	Diagnóstico positivo (n = 5103)	Última prueba negativa (n = 14.575)
No recuerdo	2,0%	1,8%	1,2%
Sí, eyaculó/eyacularon en su ano	22,1%	29,0%	16,9%
No eyaculó/eyacularon en su ano	20,1%	18,0%	17,8%
Uso consistente de condón	55,8%	51,2%	64,1%

Figura 5.28 Uso de condón y eyaculación durante el sexo anal insertivo, según historia de prueba y diagnóstico de VIH



	No se ha hecho la prueba de VIH (n = 3637)	Diagnóstico positivo (n = 3465)	Última prueba negativa (n = 14.143)
No recuerdo	0,6%	0,9%	0,5%
Sí, eyaculó en el ano de alguien	22,6%	26,8%	18,5%
No eyaculó en el ano de alguien	20,4%	23,1%	17,0%
Uso consistente de condón	56,4%	49,2%	63,9%

9.7 Estrategias de comunicación y manejo de riesgo para la infección de VIH antes o durante el último encuentro sexual con pareja(s) sexual(es) ocasional(es)

Se preguntó a los hombres que tuvieron sexo con alguna pareja ocasional en los últimos 12 meses si hubo penetración, comunicación sobre uso de la PrEP (uso propio y/o de la pareja ocasional), comunicación sobre la carga viral (propia y/o de pareja), revelación del propio estado de VIH, presunción del estado serológico de la pareja, y si usaron condones durante el sexo anal. Esta información fue agrupada en estrategias de comunicación y manejo de riesgos para la infección de VIH, que comprende las siguientes categorías, de menor a mayor manejo del riesgo:

1. No manejo del riesgo: participantes que no usaron ninguna estrategia de manejo del riesgo descrita.

2. Pareja con estado de VIH conocido o asumido como negativo o positivo: participantes que sabían o asumieron el estado serológico de VIH de su pareja. Como estrategia de manejo de riesgo, esto implica que decidieron el uso de condón con sus parejas, basados en lo que sabían (*serosorting*) o asumían (*seroguessing*) del estado de VIH de sus parejas.

3. Revelación del estado serológico: participantes que revelaron su propio estado de VIH (incluye quienes asumieron el estado serológico de VIH de sus parejas y revelaron su propio estado serológico).

4. Uso de condón: participantes que reportaron uso de condón sin revelar su estado serológico de VIH.

5. Uso de condón y revelación de estado serológico: participantes que revelaron su estado serológico de VIH y usaron condón.

6. Antirretrovirales/Indetectable: participantes que comunicaron tomar la PrEP o tener una carga viral indetectable (ambos casos implican revelación del propio estado serológico).

7. Uso de condones y antirretroviral: participantes que usaron condón y que ellos o sus parejas sexuales comunicaron que usaban antirretrovirales (por ejemplo, al menos una de las parejas involucradas comunicó tener carga viral indetectable o uso de la PrEP).

8. No penetración: participantes que no tuvieron sexo anal penetrativo (ya no se les preguntó sobre otras estrategias para el manejo de riesgo).

En la *Tabla 5.45* encontramos dos análisis que nos permiten comparar lo siguiente: Análisis 1, solo la información comunicada durante el último encuentro sexual a la(s) pareja(s) ocasional(es); Análisis 2, incluye una corrección donde se toma en cuenta el reporte de carga viral indetectable por el participante en otra sección del cuestionario, para incluirlo en las categorías sobre uso de antirretrovirales/indetectable.

Tabla 5.45 Estrategia de comunicación y manejo de riesgo para la infección de VIH con llas últimas parejas sexuales ocasionales

	Análisis 1*		Análisis 2**	
	n	%	n	%
No penetración	8161	16,8%	8161	16,8%
Uso de condón y antirretrovirales/Indetectable	801	1,6%	3186	6,6%
Antirretrovirales/Indetectable	991	2,0%	3166	6,5%
Uso de condón y revelación del estado serológico	6095	12,5%	6036	12,4%
Uso de condón	17.191	35,4%	14.865	30,6%
Revelación de estado serológico	4063	8,4%	4012	8,3%
Pareja sabido o asumido VIH positiva	481	1,0%	200	0,4%
Pareja sabido o asumido VIH negativa	3270	6,7%	2897	6,0%
No manejo de riesgo	7544	15,5%	6074	12,5%
Total	**48.597**	**100,0%**	**48.597**	**100,0%**

* Análisis 1: categorías agrupadas de información comunicada únicamente en la pregunta sobre el último encuentro sexual con pareja ocasional.
** Análisis 2: categorías que incluyen, en la estrategia Antirretrovirales/Indetectable, la información de carga viral proporcionada por el participante en otra sección del cuestionario.

En la *Tabla 5.45* se observa una diferencia importante del porcentaje del uso de la estrategia Antirretrovirales/Indetectable, evidenciando que la mayoría de hombres con diagnóstico de VIH no comunicaron su diagnóstico y/o carga viral a sus parejas sexuales ocasionales (ver *Figura 5.29*), por tanto en el Análisis 1, donde solo se toma en cuenta lo comunicado en el último encuentro sexual ocasional (incluyendo lo que la pareja comunicó), existe un subregistro del uso real del tratamiento antirretroviral como prevención (TasP) y como profilaxis pre-exposición (PrEP), que está mejor representado en el Análisis 2. El porcentaje del uso de esta estrategia estuvo entre el 6% en Nicaragua y el 19% en Argentina (ver porcentajes por países en *Tabla 5.55*).

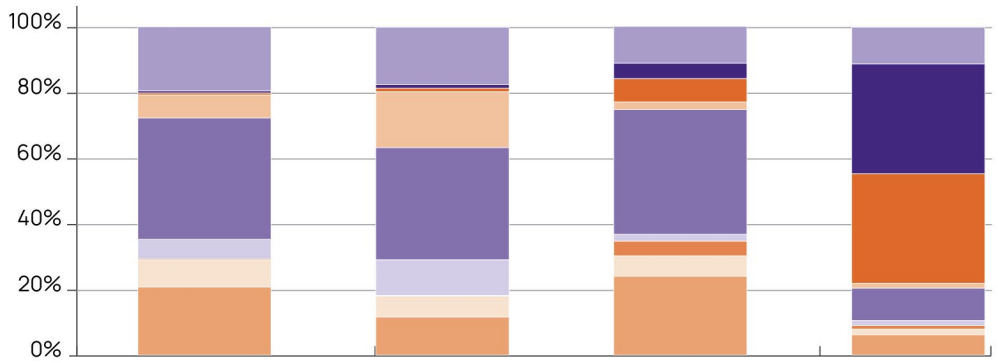
El porcentaje de participantes que reportaron ya sea que usaron condón o le comunicaron a la última pareja sexual ocasional sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para prevenir la trasmisión de VIH, así como el porcentaje de participantes que usaron la revelación de seroestado o el conocimiento o asunción sobre el estado de VIH de sus parejas para manejar el riesgo de trasmisión de VIH, se presentan por país en la *Tabla 5.55*.

Al compararlo por historia de prueba y diagnóstico de VIH, los hombres cuya última prueba de VIH fue negativa usaron con mayor frecuencia las estrategias de uso de condón, revelación de su estado serológico o presunción del estado serológico de sus parejas (59%). Solo el 2% utilizó la estrategia Antirretrovirales/Indetectable (con o sin uso de condón) que comprende el uso de la PrEP (propio o de la pareja) y/o conocer que la pareja tenía carga viral indetectable (ver *Figura 5.29*).

Los participantes que fueron diagnosticados con VIH usaron condones con menor frecuencia, pero un porcentaje importante comunicaba (ver *Figura 5.29*, Análisis 1) que tenía una carga viral indetectable (12%). El porcentaje de hombres que no reportaron ningún manejo de riesgo fue del 24%; sin embargo, debe enfatizarse que gran parte de estos participantes tenían una carga viral indetectable (ver *Figura 5.29*, Análisis 2) y pudieron no encontrar necesario comunicar esto a sus parejas.

Los participantes que nunca se hicieron una prueba de VIH tuvieron el mayor porcentaje de no haber practicado la penetración anal (receptiva o insertiva) durante el último encuentro sexual con pareja ocasional (19,5%). Si bien hay un porcentaje menor que indicó que usaron otras estrategias, como la revelación de estado serológico de VIH y asunción de estado serológico de la pareja, estas son estrategias poco confiables ya que en este grupo nunca se hicieron una prueba de VIH. Además, el 21% no reportó ninguna estrategia de manejo de riesgo durante la penetración anal.

Figura 5.29 Estrategias de comunicación y manejo de riesgo para la trasmisión del VIH, por historia y diagnóstico de VIH y tipo de análisis



	No se ha hecho la prueba de VIH (n =9494)	Última prueba negativa (n = 30.559)	Diagnóstico positivo Análisis 1 (n = 8282)	Diagnóstico positivo Análisis 2 (n = 8282)
No penetración	19,5%	17,5%	11,2%	11,2%
Uso de condón y antiretrovirales/indetectable	0,7%	1,1%	4,7%	33,5%
Antiretrovirales/Indetectable	0,6%	1,1%	7,1%	33,3%
Uso de condón y revelación del estado serológico	7,0%	17,0%	2,3%	1,5%
Uso del condón	37,0%	34,2%	38,0%	9,9%
Revelación de estado serológico	5,9%	10,8%	2,1%	1,5%
Pareja sabida o asumida VIH positiva	0,3%	0,2%	4,5%	1,1%
Pareja sabida o asumida VIH negativa	8,3%	6,4%	6,2%	1,7%
No manejo de riego	20,7%	11,6%	24,0%	6,2%

No se observaron diferencias substanciales en el uso de estrategias de prevención de riesgo entre los que practicaron la penetración anal receptiva o insertiva durante el último encuentro sexual con pareja ocasional.

9.8 Sexo anal, revelación del estado VIH y patrones de uso de condón según la historia de pruebas y diagnóstico de VIH

La *Tabla 5.46* muestra la práctica de sexo anal estratificado por historia de pruebas y diagnóstico de VIH. Los hombres que han sido diagnosticados con VIH fueron quienes reportaron el porcentaje más alto de sexo anal tanto insertivo como receptivo. Mientras que en el grupo de hombres con una última prueba de VIH negativa reportaron casi el mismo porcentaje de sexo anal insertivo y receptivo con la última pareja ocasional, y en el grupo de hombres que nunca se han hecho una prueba de VIH se registró el mayor porcentaje de sexo anal receptivo.

Tabla 5.46 Porcentaje de sexo anal reportado con la(s) última(s) parejas(s) sexual(es) ocasional(es), según historia de prueba y diagnóstico de VIH del participante

	No se hizo la prueba (n = 9494)	Diagnóstico positivo (n = 8282)	Última prueba negativa (n = 30.559)
No tuve sexo anal	19,5	11,2	17,5
Sí, alguien me penetró	41,7	46,6	36,0
Sí, yo penetré a alguien	28,3	26,3	34,4
Sí, nos penetramos mutuamente	10,5	15,9	12,2

No se obtuvo respuesta de 338 participantes.

La *Tabla 5.47* muestra las diferencias en el uso de condón entre los tres grupos de historia de pruebas y diagnóstico de VIH. El uso de condón para el sexo anal receptivo y/o insertivo fue sustancialmente menos común en hombres diagnosticados con VIH. El uso de condón fue más común en hombres que tuvieron un último resultado de VIH negativo comparado tanto con los que nunca se hicieron la prueba de VIH como los diagnosticados con VIH.

Tabla 5.47 Porcentaje de uso de condón con la última pareja ocasional, según historia de examen VIH del participante y según tipo de sexo anal

	Sexo anal insertivo			Sexo anal receptivo		
	No se ha hecho la prueba (n = 3678)	Diagnósti-co positivo (n = 3496)	Último examen negativo (n = 14.230)	No se ha hecho la prueba (n = 4952)	Diagnósti-co positivo (n = 5171)	Último examen negativo (n = 14.696)
No usamos condón	43,1	50,4	35,9	43,8	48,2	35,7
Usamos condón	55,8	48,7	63,6	55,2	50,6	63,5
No recuerdo	1,1	0,9	0,6	1,0	1,3	0,8

No se obtuvo respuesta de 119 y 135 participantes para el análisis por sexo anal insertivo y sexo anal receptivo, respectivamente.

No decir nada sobre el propio seroestado de VIH fue la conducta predominante en el último encuentro sexual con parejas ocasionales. En este contexto, los hombres cuyo último resultado de la prueba de VIH fue negativo revelaron con mayor frecuencia su seroestado (VIH negativo) con 34%, seguidos por los hombres diagnosticados con VIH, de los cuales el 13% revelaron ser VIH positivos. Uno de cada seis hombres (16%) que nunca se han hecho el examen de VIH dijo que era VIH negativo (*Tabla 5.48*).

Tabla 5.48 Porcentaje de comunicación del seroestado VIH a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según historia de prueba y diagnóstico de VIH

	No se ha hecho la prueba (n = 9496)	Diagnóstico positivo (n = 8278)	Última prueba negativa (n = 30.538)
Le/les dije que no sabía	11,3	3,5	3,1
Le/les dije VIH negativo	15,8	3,1	34,1
Le/les dije VIH positivo	0,2	12,8	0,2
No le/les dije nada	65,5	77,4	57,7
No lo recuerdo	7,3	3,1	5,0

No se obtuvo respuesta de 361 participantes.

Más del 51% de los hombres con un último examen de VIH negativo reportaron saber o suponer el estado VIH de la(s) última(s) pareja(s) ocasional(es). En los hombres que nunca se han hecho la prueba de VIH el porcentaje fue 38%, y para los hombres diagnosticados con VIH, 37% (*Tabla 5.49*).

Tabla 5.49 Porcentaje de suposiciones sobre el seroestado VIH de la última pareja sexual ocasional en participantes que respondieron sobre historia de prueba y diagnóstico de VIH

	No se ha hecho la prueba (n = 9487)	Diagnóstico positivo (n = 8282)	Última prueba negativa (n = 30.528)
Pensaba que él/ellos era/eran VIH negativo	26,4	17,7	33,5
Sabía que él/ellos era/eran VIH negativo	10,5	5,3	15,1
Pensaba que él/ellos era/eran VIH negativo	0,8	7,0	1,4
Sabía que él/ellos era/eran VIH positivo	0,4	4,7	0,6
Pensaba que ellos tenían diferente estados serológicos	0,2	1,7	0,5
Sabía que ellos tenían diferente estado serológico	0,1	0,7	0,2
No recuerdo	7,5	5,1	5,9
No pensé nada sobre su estado serológico	54,1	57,6	42,8

No se obtuvo respuesta de 376 participantes.

9.8.1 Potenciales inconsistencias de información

Dado que la información sobre historia de prueba de VIH, tratamiento antirretroviral y uso de la PrEP se recolectó en el cuestionario independientemente de las respuestas entregadas sobre el último encuentro sexual, fue posible comparar la comunicación autorreportada a la última pareja ocasional con esta información. Las discrepancias pueden tener variadas razones, por ejemplo, dado que el momento de la última pareja ocasional se desconoce, a menos que haya sido dentro de los últimos 12 meses, la información comunicada pudo haber sido verdad en ese momento y haber cambiado desde entonces.

La discrepancia más común es la comunicación de un estado VIH negativo por personas que nunca se han hecho la prueba de VIH (N = 1497), que fue reportada por el 3% de hombres en la muestra con un último encuentro sexual ocasional (N = 48.312). Además, esta misma discrepancia representó el 10% de los hombres que comunicaron su seroestado VIH a sus parejas ocasionales (15.606 dijeron no saber su seroestado, o dijeron que eran VIH negativo o positivo), y el 12% de los hombres que comunicaron un estado VIH negativo (N = 12.169). En la *Tabla 5.50* se compara el estado de VIH comunicado a la última pareja, según la realización y resultado de la prueba de VIH.

Tabla 5.50 Comunicación del estado VIH a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es), según historia

	No se ha hecho la prueba		Diagnóstico positivo		Última prueba negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Le/les dije que no sabía cuál era mi seroestado	1070	11,3%	292	3,5%	946	3,1%	2308	4,8%
Le/les dije que era VIH negativo	1497	15,8%	257	3,1%	10.415	34,1%	12.169	25,2%
Le/les dije que era VIH positivo	19	0,2%	1060	12,8%	50	0,2%	1129	2,3%
No le/les dije nada sobre mi seroestado	6220	65,5%	6409	77,4%	17.610	57,7%	30.239	62,6%
No lo recuerdo	690	7,3%	260	3,1%	1517	5,0%	2467	5,1%
Total	**9496**	**100%**	**8278**	**100%**	**30.538**	**100%**	**48.312**	**100%**

No se obtuvo respuesta de 361 participantes.

Del mismo modo, de 240 participantes que le comunicaron a la pareja ocasional de su último encuentro sexual que estaban tomando la PrEP, el 51% respondieron en otra parte del cuestionario que no estaban usando la PrEP (*Tabla 5.51*).

Tabla 5.51 Uso real de la PrEP y comunicación de uso de la PrEP a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)

		No	Sí, diariamente y todavía la estoy tomando	Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando	Sí, cuando la he necesitado pero no diariamente	No lo sé	Total
Le/les dije que estaba tomando la PrEP	n	120	77	15	21	1	234
	%	51,3%	32,9%	6,4%	9%	0,4%	100%
Total	**n**	**11.536**	**119**	**73**	**86**	**20**	**11.834**

No se obtuvo respuesta de 28 participantes.

En cambio, la información sobre la comunicación de tener carga viral indetectable parece ser más confiable. Del grupo de participantes con diagnóstico de VIH, el 6% (53 participantes) le dijeron a su(s) última(s) pareja(s) ocasional(es) que tenían una carga viral indetectable, cuando reportaron en otro lugar del cuestionario que su carga viral no era indetectable (*Tabla 5.52*).

Tabla 5.52 Última medición de carga viral reportada y comunicación de carga viral a última(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)

		Indetectable	No indetectable*	Total
Le/les dije que estaba indetectable	n	792	53	845
	%	93,7%	6,3%	100%
Total	**n**	**878**	**119**	**1049**

*Incluye a aquellos que, en relación a su carga viral, respondieron: detectable, "Me lo dijeron pero no me acuerdo del resultado", "Lo midieron pero me lo dijeron el resultado", "No lo midieron en esa ocasión", "No me acuerdo", "No entiendo la pregunta".
No se obtuvo respuesta de 11 participantes.

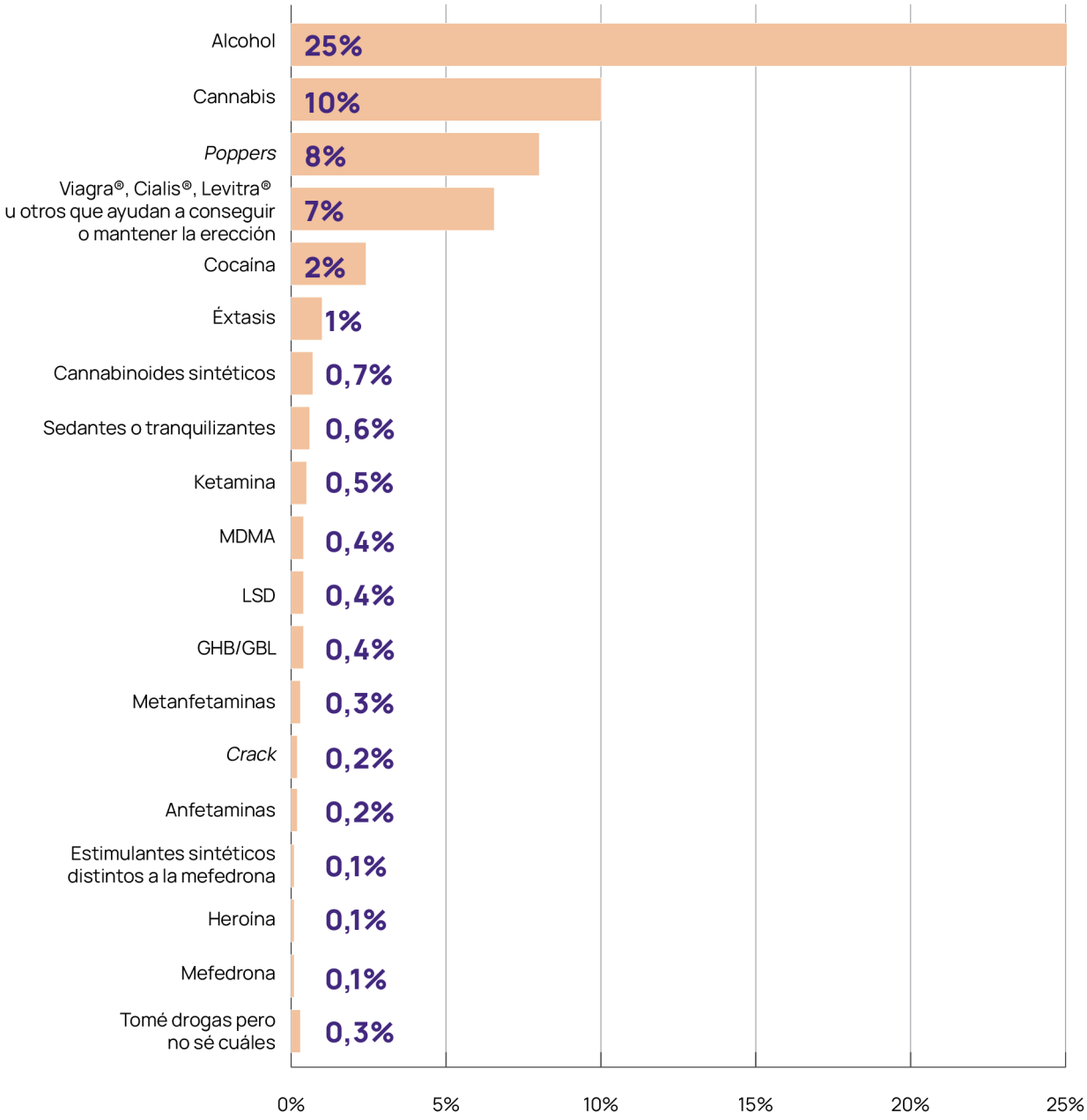
9.9 Uso de sustancias antes y durante el último encuentro sexual con una pareja ocasional

9.9.1 Sustancias usadas

De los 46.049 hombres que respondieron las preguntas sobre el último encuentro sexual con una pareja ocasional y sobre uso de sustancias antes o durante ese encuentro sexual, el 37% reportó haber usado al menos una sustancia.

Las sustancias usadas con mayor frecuencia en este último encuentro sexual con una(s) pareja(s) ocasional(es) fueron alcohol (25%), cannabis (10%), *poppers* [inhalantes de nitrito] (8%), medicamentos para la disfunción eréctil (7%) y cocaína (2%). El resto de las sustancias fueron reportadas por menos del 2% de los participantes (*Figura 5.30*).

Figura 5.30 Uso de sustancias durante el último encuentro sexual con una pareja ocasional



9.9.2 Uso de sustancias y lugar del encuentro sexual

De los lugares de encuentro sexual mencionados, las zonas de ligue y los cines porno fueron los lugares más libres de uso de sustancias, seguidos por los hogares privados y los cuartos de hotel. Los lugares donde se usaron con mayor frecuencia fueron los clubes o cuartos oscuros de bares, seguido por los saunas (*Tabla 5.53*).

Tabla 5.53 Uso de sustancias antes o durante el sexo con pareja sexual ocasional, por lugar de encuentro sexual

	Total	Sí	%
Club o cuarto de bar	908	37	4,1%
Sauna	1604	36	2,2%
Cine porno	348	5	1,4%
Zona o lugar de ligue	2185	25	1,1%
Casa privada	33.313	331	1,0%
Habitación de hotel	6454	67	1,0%
Otro	1236	9	0,7%
Total	**46.048**	**510**	**1,1%**

El alcohol y/o cannabis fueron las sustancias más frecuentemente usadas (51%) entre los hombres cuyo último encuentro sexual con alguna pareja ocasional ocurrió en discos o cuartos oscuros de bares. El porcentaje de hombres que usaron alcohol y/o cannabis en otros lugares fluctuó entre un 20% y un 35%.

Poppers y/o medicamentos para la disfunción sexual fueron utilizados por 24-31% de los hombres cuyo último encuentro sexual con pareja ocasional ocurrió en discos/cuartos oscuros de bares o saunas, y por 12-13% de los hombres cuyo último encuentro sexual con pareja ocasional ocurrió en un hogar privado o cuarto de hotel.

La cocaína fue utilizada por un 8% de los hombres en clubes o cuartos oscuros de bares, mientras que en otros lugares fluctuó entre 2 y 4%.

El uso de metanfetamina cristal, mefedrona, otros estimulantes sintéticos, GHB/GBL y ketamina (drogas comúnmente relacionadas al *chemsex* en algunos países de Europa) fue más común en discos/cuartos oscuros (4%), seguido por saunas (2%); en todos los otros lugares se usaron por alrededor del 1%.

9.10 Nivel de satisfacción del último encuentro sexual con una pareja ocasional

El puntaje medio de satisfacción sexual, medido en una escala de 1 a 10 (10 representando el nivel máximo de satisfacción) en LAMIS-2018 fue de 7,09 puntos durante el último encuentro sexual con pareja ocasional. El puntaje medio de satisfacción por país se muestra en la *Tabla 5.55*.

9.10.1 Nivel de satisfacción por sustancias usadas durante el encuentro sexual

Cuando se comparó la satisfacción de hombres que consumieron alcohol o cannabis con el puntaje de hombres que no usaron ninguna sustancia, encontramos solo diferencias marginales (7,05 pun-

tos sin drogas versus 7,21 puntos con uso de alcohol y/o cannabis). Los niveles de satisfacción más altos fueron reportados por usuarios de inhalantes de nitrito y drogas para la disfunción eréctil (7,59 versus 7,02 puntos) así como por participantes que reportaron el uso de drogas como metanfetamina cristal, mefedrona, otros estimulantes sintéticos, GHB/GBL, ketamina, (7,09 versus 7,62 puntos) y los que usaron cocaína (7,09 vs. 7,49).

En un análisis preliminar por historia de prueba y diagnóstico de VIH, la comparación de los puntajes de satisfacción mostró niveles de satisfacción ligeramente más altos en hombres diagnosticados con VIH, pero las diferencias fueron pequeñas (6,94 puntos en quienes nunca se hicieron la prueba de VIH, 7,07 puntos en quienes tenían un último resultado negativo y 7,30 en los que fueron diagnosticados con VIH). Un análisis más detallado es necesario para interpretar este hallazgo.

10. Resumen de indicadores sobre conductas de riesgo y protección, por país de residencia

Tabla 5.54 Indicadores sobre edad de inicio sexual, uso de condón, sexo bajo efecto de sustancias, tratamiento para VIH y cobertura de vacunación contra hepatitis A y B, por país de residencia

País de residencia	Actividad sexual					Uso de antirretrovirales como prevención o tratamiento para VIH		Cobertura de vacunación contra virus de hepatitis	
	Inicio sexual con otro hombre antes de los 17 años	Relaciones sexuales sin condón con más de 2 parejas estables en los últimos 12 meses	Mediana del número de parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses	Sexo penetrativo sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses	Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias en las últimas 4 semanas	Uso actual diario o a demanda de la PrEP (excluyendo los diagnosticados con VIH)	Participantes en tratamiento y controlados al menos una vez por su infección por VIH	Vacunación completa contra el virus de la hepatitis A (excluyen aquellos con infección actual o antigua)	Vacunación completa contra el virus de la hepatitis B (excluyen aquellos con infección actual o antigua)
	%	%		%	%	%	%	%	%
Argentina	44,7	6,1	4	27,2	6,2	0,6	87,7	63,3	65,9
Bolivia	42,7	11,7	2	25,7	3,8	0	81,8	20,4	18,1
Brasil	48,6	9,4	4	28,2	6,2	1,9	90,6	54,7	61,8
Chile	40,1	7,6	3	26,4	12,6	0,7	87,9	27,6	42
Colombia	54,2	10,2	3	30,5	8,8	0,5	84,6	41,8	45
Costa Rica	47,1	6,3	3	24,2	7,6	0,6	85,8	43,3	47,4
Ecuador	49,7	10,1	3	22,5	4,2	0,6	81,9	37,2	36,3
El Salvador	52,1	11,6	2	28,4	2,3	0,2	80,3	27,8	25,9
Guatemala	50,7	11,7	3	25,4	4,4	0,7	95,3	32,4	36,3
Honduras	53,6	11,8	2	20,9	2,7	1	82,1	31	29,3
México	46,6	9	3	27,4	6,6	0,7	87	34,1	32,3
Nicaragua	52,5	12,6	2	24,9	1,1	0,6	Menos de 30 personas	19,4	17,2
Panamá	47	8,9	2	22,7	3,9	0,2	88,1	53,7	53

País de residencia	Actividad sexual					Uso de antirretrovirales como prevención o tratamiento para VIH		Cobertura de vacunación contra virus de hepatitis	
	Inicio sexual con otro hombre antes de los 17 años	Relaciones sexuales sin condón con más de 2 parejas estables en los últimos 12 meses	Mediana del número de parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses	Sexo penetrativo sin condón con al menos una pareja ocasional de estado de VIH desconocido en los últimos 12 meses	Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias en las últimas 4 semanas	Uso actual diario o a demanda de la PrEP (excluyendo los diagnosticados con VIH)	Participantes en tratamiento y controlados al menos una vez por su infección por VIH	Vacunación completa contra el virus de la hepatitis A (excluyen aquellos con infección actual o antigua)	Vacunación completa contra el virus de la hepatitis B (excluyen aquellos con infección actual o antigua)
	%	%		%	%	%	%	%	%
Paraguay	48,9	11,3	3	25,8	6,5	0,8	78,9	30,5	30,3
Perú	47,3	8	3	26,8	3,5	1,7	85,9	43,3	52,2
Surinam	35,8	7,4	1	17,2	3,3	1	Menos de 30 personas	22,1	26,4
Uruguay	43,1	6	2,5	22,9	9,2	0,4	84	51,9	59,7
Venezuela	51,3	8,3	2	20,9	1,7	0,3	73,2	50,8	50,8
Total	**47,9**	**9**	**3**	**27,2**	**6,7**	**1**	**87,7**	**44,3**	**48,3**

Tabla 5.55 Indicadores relacionados al último encuentro sexual con pareja(s) sexual(es) ocasional(es), por país de residencia

País de residencia	Sexo con múltiples parejas (3 personas o más) en el último encuentro sexual	Sesiones sexuales solo con compañeros nuevos	Conoció a sus últimas parejas ocasionales en línea (*apps* por teléfono celular y otros medios por internet)	La sesión sexual fue en un local de sexo gay o en una zona de ligue	Sexo anal sin uso de condón o con uso inconsistente de condón	Uso de condón y/o comunicar el uso de ARV	Revelación del estado VIH	Uso de TasP o PrEP para prevenir trasmisión de VIH	Puntaje medio de satisfacción
	%	%	%	%	%	%	%	%	
Argentina	22,3	65,2	77	9,1	38,2	64,8	18,4	18,5	7,24
Bolivia	15,7	65,5	72,5	9,6	41,3	59,6	22,6	10,9	6,86
Brasil	22,8	63	65,4	11	37,5	64,9	17,5	17,2	7
Chile	18,5	67,5	73,1	9,8	42,2	60,9	20,1	18,9	6,92
Colombia	20,9	70,1	70,9	11,4	42	60,2	18,8	14,2	7,04
Costa Rica	19,4	67	71,4	10,7	44,2	58,7	23,4	12,7	6,97
Ecuador	17,2	68,4	71,1	9,5	36,8	64,9	15,5	11,4	7,07
El Salvador	14,7	71,2	60,4	16,3	49,1	52,1	18,7	9,9	7,15
Guatemala	16,1	65,1	62,1	13,4	47,6	56,1	19,6	12,1	6,98
Honduras	14,4	66,9	63,3	3,8	47	54,5	21,4	6	7,08

País de residencia	Sexo con múltiples parejas (3 personas o más) en el último encuentro sexual	Sesiones sexuales solo con compañeros nuevos	Conoció a sus últimas parejas ocasionales en línea (*apps* por teléfono celular y otros medios por internet)	La sesión sexual fue en un local de sexo gay o en una zona de ligue	Sexo anal sin uso de condón o con uso inconsistente de condón	Uso de condón y/o comunicar el uso de ARV	Revelación del estado VIH	Uso de TasP o PrEP para prevenir trasmisión de VIH	Puntaje medio de satisfacción
	%	%	%	%	%	%	%	%	
México	19,1	69,1	69,7	11,9	42,3	60,4	17,7	15,4	7,34
Nicaragua	15,7	68	54,7	6,2	56,2	45,8	23,9	4	7,01
Panamá	17,4	69,3	68,4	8,4	38,6	63	21,1	13	6,9
Paraguay	23,6	66,4	70,7	10,8	45,7	56	21,3	15,7	7,11
Perú	18	67,5	68,4	12	40,2	62	17	16,2	6,71
Surinam	21,2	61,9	50,4	5,3	49,5	51,6	31,2	9,7	6,57
Uruguay	16,4	65	68,8	10,9	36,9	64,3	19,3	14,8	7,07
Venezuela	19,9	66,4	64,4	7,8	37,7	63,2	18,2	12,3	6,92
Total	**20,4**	**66,6**	**68,9**	**10,8**	**40,4**	**62**	**18,3**	**15,7**	**7,09**

6. Necesidades sociales y salud

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Necesidades relacionadas con interacciones sociales 146
1.1 Experiencias homonegativas 146
1.2 Homonegatividad internalizada 147
1.3 Soporte social 149
2. Necesidades relacionadas con sexo seguro 151
2.1 Autoeficacia para controlar la seguridad y actividad sexual: "El sexo es tan seguro como quiero" y "Es fácil decir que no al sexo que no quiero" 151
2.2 Acceso a condones: tiempo desde la última vez que practicó el sexo penetrativo sin condón porque no tenía un condón 152
2.3 Conocimiento sobre transmisión de VIH e infecciones de trasmisión sexual (ITS) 154
3. Preocupación sobre consumo de drogas 156
4. Necesidades y conocimiento sobre uso de la PEP 158
4.1 Haber escuchado sobre la PEP 158
4.2 Conocimientos relacionados con la PEP 160
4.3 Percepción sobre acceso a la PEP 161
5. Necesidades sobre el uso de la PrEP 163
5.1 Haber escuchado sobre la PrEP 163
5.2 Conocimientos relacionados con la PrEP 165
5.3 Percepción de uso potencial de la PrEP 168
6. Necesidades sobre pruebas de VIH y tratamiento antirretroviral para VIH (TARV) 170
6.1 Conocimientos generales sobre VIH y diagnóstico 170
6.2 Conocimiento sobre el tratamiento para VIH 171
6.3 Incertidumbre o inseguridad sobre el propio estado de VIH 172
6.4 Conocimiento sobre dónde hacerse la prueba de VIH 174

6.5 Acceso a tratamiento antirretroviral para VIH 175
6.5.1 Nunca estuvo en TARV 178
6.5.2 Interrupción de tratamiento antirretroviral para VIH 178
7. Necesidades sobre cobertura de vacunación contra hepatitis virales 179
7.1 Conocimiento sobre hepatitis virales 182
7.2 Conocimiento sobre dónde obtener vacunación contra hepatitis virales A y B 183
8. Resumen de indicadores sobre necesidades en salud, por país de residencia 183

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 6.1 Promedio del puntaje de la Escala corta de homonegatividad internalizada, por zona geográfica 148
Tabla 6.2 Promedio de los puntajes de las subescalas Integración social y Alianza confiable, por zona geográfica 150
Tabla 6.3 Autoeficacia para controlar la seguridad y actividad sexual 151
Tabla 6.4 Sexo penetrativo sin condón porque no hubo condón disponible en los últimos 12 meses, por zona geográfica 152
Tabla 6.5 Sexo penetrativo sin condón porque no tenía condón en los últimos 12 meses 153
Tabla 6.6 Conocimiento sobre trasmisión de VIH 154
Tabla 6.7 Conocimiento sobre trasmisión de ITS 155
Tabla 6.8 Porcentaje de desconocimiento sobre trasmisión de ITS, por zona geográfica 156
Tabla 6.9 Acuerdo o desacuerdo en relación con la preocupación sobre consumo de drogas recreativas en aquellos hombres que consumieron en los últimos 12 meses 156
Tabla 6.10 Preocupación sobre consumo de drogas recreativas en aquellos que consumieron drogas recreativas en los últimos 12 meses, por zona geográfica 157
Tabla 6.11 Haber oído hablar sobre la PEP 158
Tabla 6.12 No haber escuchado sobre la PEP en los participantes sin diagnóstico de VIH, por zona geográfica 158
Tabla 6.13 Hombres sin diagnóstico de VIH que no habían escuchado sobre la PEP, por características sociodemográficas 159
Tabla 6.14 Conocimientos sobre la PEP 160
Tabla 6.15 Conocimiento sobre la PEP (E1), por zona geográfica 161
Tabla 6.16 Nivel de seguridad para poder conseguir la PEP 162
Tabla 6.17 Baja percepción de acceso a la PEP si fuera a necesitarla, por zona geográfica 162
Tabla 6.18 Baja percepción de acceso a la PEP, por características sociodemográficas 163
Tabla 6.19 Haber oído hablar de la PrEP 164
Tabla 6.20 No haber escuchado sobre la PrEP, por zona geográfica 164

Tabla 6.21 Hombres que habían escuchado sobre la PrEP, por características sociodemográficas 165
Tabla 6.22 Conocimientos sobre la PrEP 166
Tabla 6.23 Conocimiento sobre la PrEP (E1), por zona geográfica 167
Tabla 6.24 Probabilidad del uso de la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible/accesible 168
Tabla 6.25 Inseguridad para usar la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible, por zona geográfica 168
Tabla 6.26 Inseguridad para usar la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible, por características sociodemográficas 169
Tabla 6.27 Conocimientos generales sobre VIH y diagnóstico 170
Tabla 6.28 Conocimientos sobre tratamiento para VIH 171
Tabla 6.29 Desconocimiento sobre VIH y prueba de VIH, por zona geográfica 172
Tabla 6.30 Estado serológico frente al VIH 173
Tabla 6.31 Reporte de conocimiento sobre dónde hacerse la prueba de VIH en aquellos que nunca se hicieron la prueba, por zona geográfica 174
Tabla 6.32 Desconocimiento de dónde hacerse la prueba de VIH, por características sociodemográficas, en el grupo de participantes que nunca se hicieron la prueba de VIH 175
Tabla 6.33 Motivos para nunca haber tomado TARV para la infección por VIH 176
Tabla 6.34 Nunca haber tomado TARV, por zona geográfica 177
Tabla 6.35 Motivos para dejar de tomar TARV para la infección por VIH 178
Tabla 6.36 Interrupción de TARV para VIH, por zona geográfica 179
Tabla 6.37 Conocimientos sobre hepatitis virales 180
Tabla 6.38 Desconocimiento sobre las hepatitis virales, por zona geográfica 181
Tabla 6.39 Desconocimiento sobre recomendación de vacunación contra hepatitis A y B en hombres que tienen sexo con hombres, por características sociodemográficas 181
Tabla 6.40 Resumen de indicadores sobre necesidades sociales, sobre trasmisión de ITS/VIH y acceso a la PEP y la PrEP, por país de residencia 183
Tabla 6.41 Resumen de indicadores sobre el diagnóstico y tratamiento del VIH y sobre las hepatitis virales, por país de residencia 184

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 6.1 Experiencias homonegativas por personas que sabían o creían saber su sexualidad 146
Figura 6.2 Insultos verbales en los últimos 12 meses, por zona geográfica 147
Figura 6.3 Distribución de participantes que habían experimentado violencia verbal por su sexualidad en los últimos 12 meses en los países de la región 147
Figura 6.4 Distribución de los puntajes de la Escala corta de homonegatividad internalizada 148

Figura 6.5 Distribución del puntaje de la Escala corta de homonegatividad internalizada en los países de la región 149

Figura 6.6 Distribución de puntajes de la subescala Integración social 149

Figura 6.7 Distribución de puntajes de la subescala Alianza confiable 150

Figura 6.8 Porcentaje acumulado de la última vez que hubo penetración anal sin condón porque no tenía condones 152

Figura 6.9 Preocupación por consumo de drogas por sustancia consumida en los últimos 12 meses 157

Figura 6.10 Distribución de los conocimientos sobre la PEP en los países de la región (quienes ya conocían que la PEP pretende evitar la infección por VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus) 161

Figura 6.11 Distribución de los conocimientos sobre PrEP en los países de la región (quienes ya conocían que la PrEP implica que alguien que no tiene VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH) 167

Figura 6.12 Distribución de conocimiento sobre Indetectable=Intrasmisible (E7) en los países de la región 172

Figura 6.13 Percepción sobre estado actual de VIH según antecedente de realización de prueba y diagnóstico para VIH 173

Figura 6.14 Motivos para nunca iniciar TARV por tiempo desde el diagnóstico de VIH 177

Figura 6.15 Distribución del conocimiento de que los médicos recomiendan a los HSH que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B en los países de la región 180

Figura 6.16 Desconocimiento de dónde vacunarse contra las hepatitis A y B, por zona geográfica 183

En este capítulo se detallan las experiencias negativas y las brechas de información o de predisposición a uso de servicios de salud descritos en la literatura como factores que pueden aumentar la susceptibilidad de los HSH a incurrir en conductas de mayor riesgo para contraer VIH, otras ITS o enfermedades de salud mental. Estas necesidades representan oportunidades de intervención para el control de enfermedades y para mejorar la calidad de vida de los HSH de Latinoamérica.

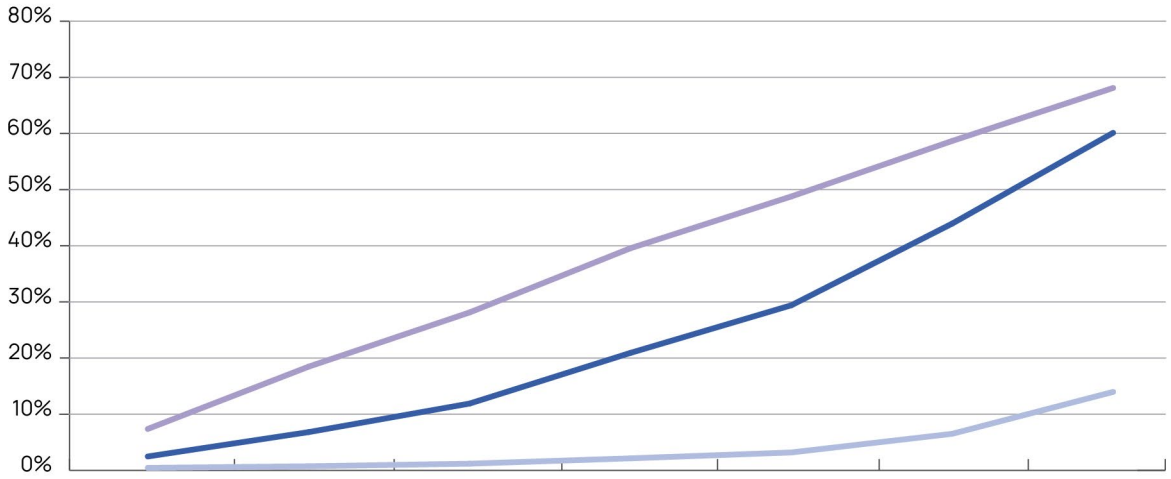
1. Necesidades relacionadas con interacciones sociales

1.1 Experiencias homonegativas

Se preguntó a los participantes del estudio si fueron intimidados (les miraron fijamente o se sintieron intimidados) o víctimas de violencia verbal (recibieron insultos verbales) o física (recibieron un puñetazo, les atacaron, les dieron una patada o golpearon) por alguien que sabía o creía saber sobre su sexualidad.

En relación con la intimidación, el 68% de la muestra la experimentó alguna vez y el 49% en los últimos 12 meses. En cuanto a la violencia verbal, el 60% la experimentó alguna vez y el 29% en los últimos 12 meses. En lo que refiere a la violencia física, el 14% la experimentó alguna vez y el 3% en los últimos 12 meses (*Figura 6.1*).

Figura 6.1 Experiencias homonegativas por personas que sabían o creían saber su sexualidad



	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Intimidación	7,4%	18,5%	28,1%	39,6%	48,8%	58,7%	68,1%
Violencia verbal	2,5%	6,8%	11,9%	20,9%	29,4%	44,0%	60,1%
Violencia física	0,4%	0,7%	1,2%	2,1%	3,2%	6,5%	14,0%

El porcentaje de HSH que habían sufrido violencia verbal en los últimos 12 meses fue mayor en América Central (35%) (*Figura 6.2*). Los países con porcentajes más altos fueron Nicaragua, Paraguay (más del 40%), Honduras y El Salvador (más del 35%). Los países con porcentajes más bajos fueron Venezuela, Chile, Surinam y Colombia (menos del 25%). En la *Tabla 6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Figura 6.2 Insultos verbales en los últimos 12 meses, por zona geográfica

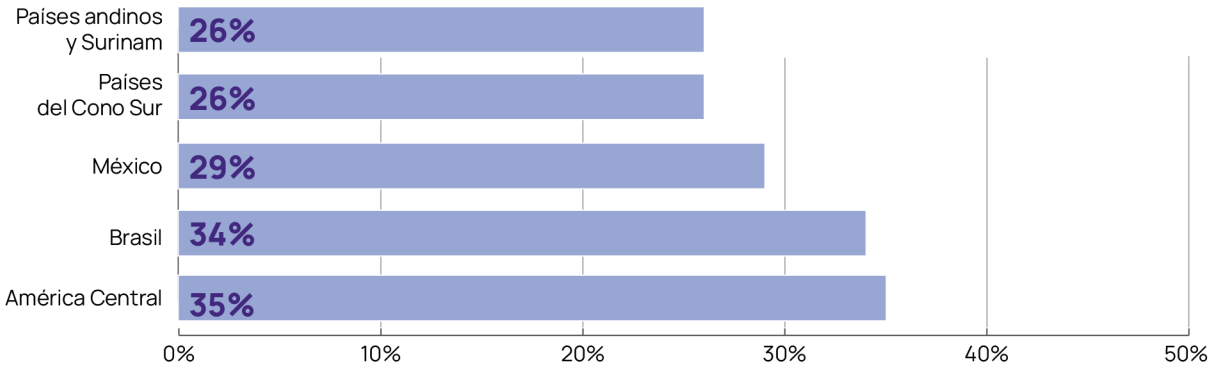
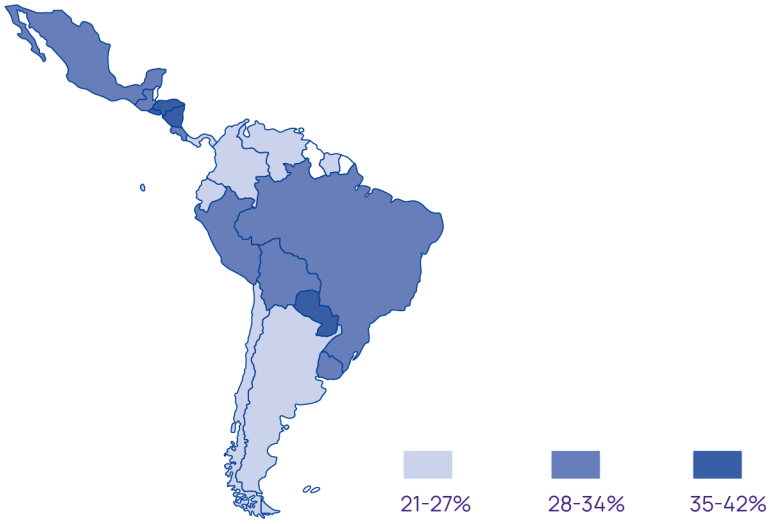


Figura 6.3 Distribución de participantes que habían experimentado violencia verbal por su sexualidad en los últimos 12 meses en los países de la región

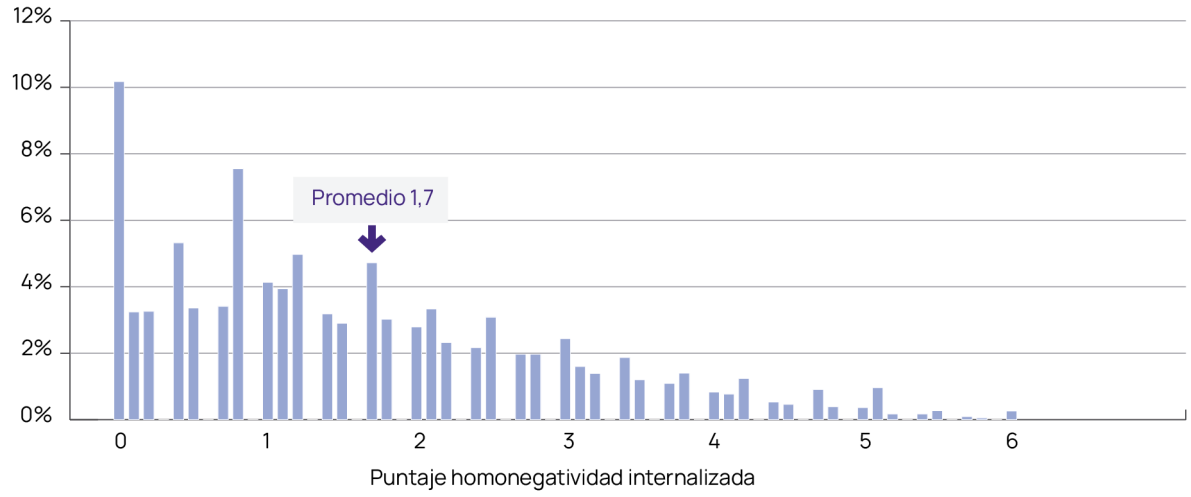


1.2 Homonegatividad internalizada

Se midió la homonegatividad internalizada de los participantes de LAMIS-2018 usando la Escala corta de homonegatividad internalizada, publicada por Smolenski, Diamond, Ross y Rosser (2010)[47]. Se trata de una escala de siete enunciados tipo Likert que puede sumar puntajes entre 0 a 6 puntos. A mayor puntaje, mayor homonegatividad internalizada.

47 Smolenski DJ, Diamond, PM, Ross, MW, & Rosser, BR (2010). Op. Cit.

Figura 6.4 Distribución de los puntajes de la Escala corta de homonegatividad internalizada



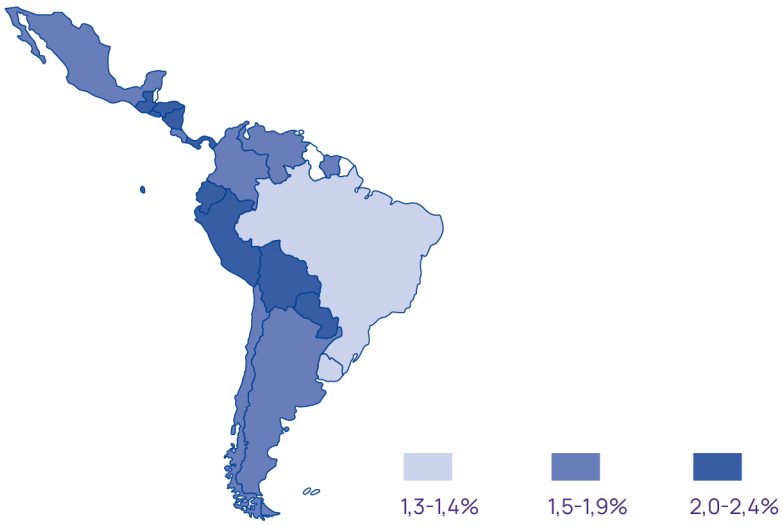
Entre los 53.346 hombres que contestaron a la pregunta de homonegatividad internalizada, el promedio del puntaje de la escala fue de 1,7 puntos (Figura 6.4). Por zona geográfica, el mayor promedio de puntaje se encontró en América Central (2 puntos) y el menor en Brasil (1,5 puntos) (*Tabla 6.1*). Los países con los promedios más altos fueron Bolivia, Honduras y Nicaragua (mayor de 2,1 puntos), mientras que Brasil y Uruguay tuvieron los más bajos (menor de 1,5 puntos). En la *Tabla 6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.1 Promedio del puntaje de la Escala corta de homonegatividad internalizada, por zona geográfica

Zona geográfica	n	Promedio
Brasil	15.811	1,5
Países andinos y Surinam	12.196	1,9
México	12.049	1,7
Países del Cono Sur	9576	1,6
América Central	3714	2,0
Total	**53.346**	**1,7**

No se obtuvo respuesta de 11.309 participantes.

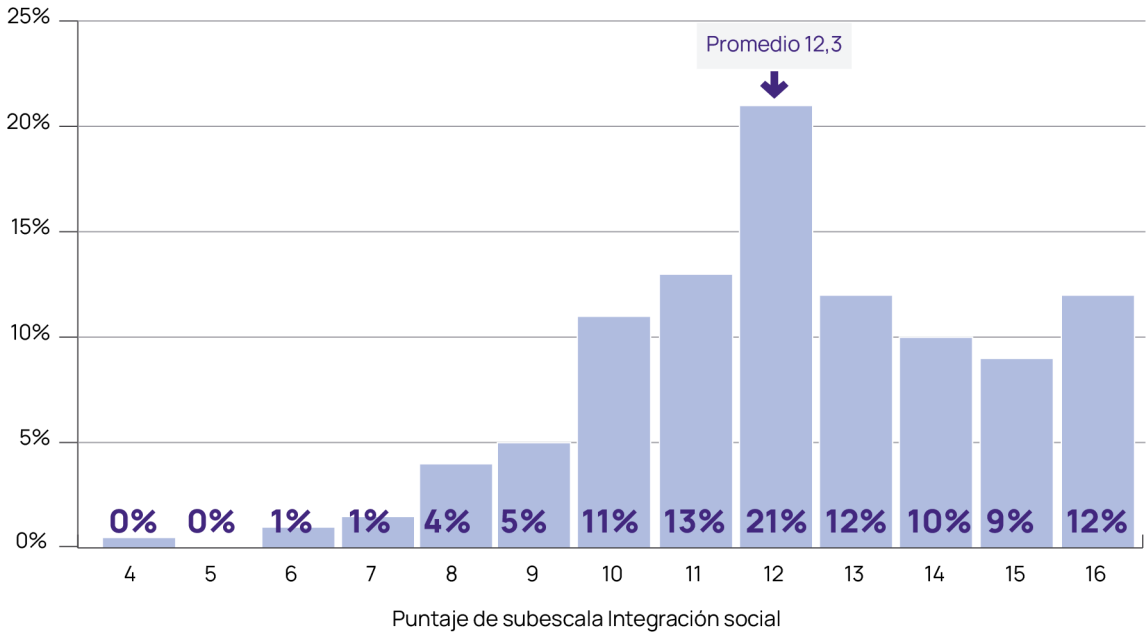
Figura 6.5 Distribución del puntaje de la Escala corta de homonegatividad internalizada en los países de la región



1.3 Soporte social

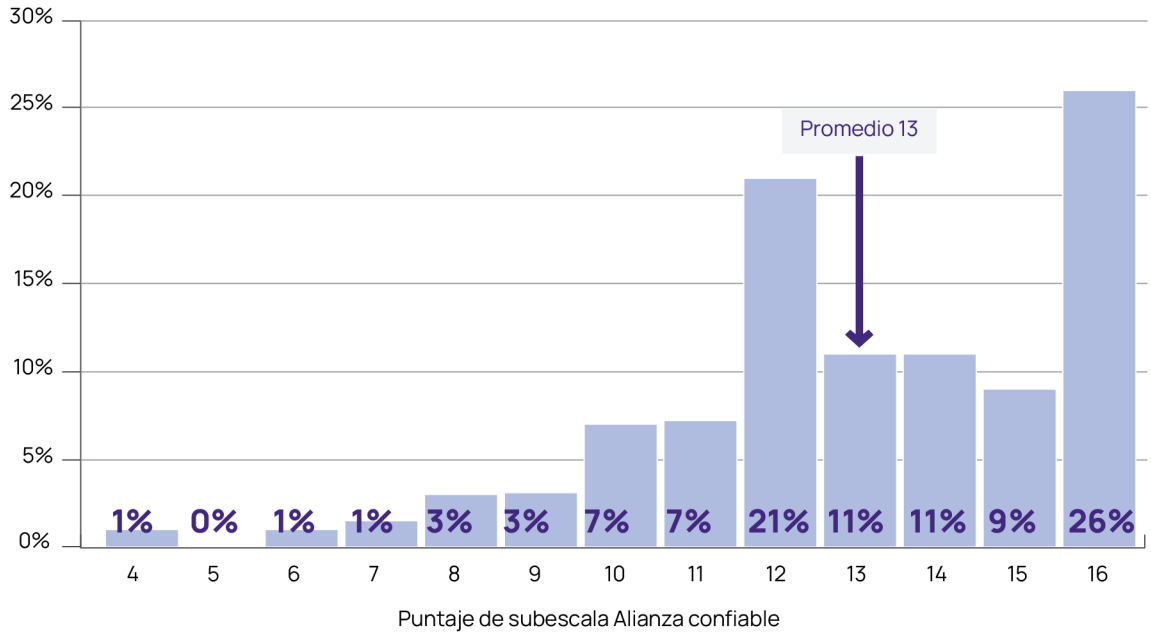
En LAMIS-2018 se midió el soporte social utilizando dos subescalas de Provisión social, diseñadas por Cutrona y Russell (1987)[48], llamadas Integración social y Alianza confiable. Cada subescala está conformada por cuatro enunciados tipo Likert que pueden sumar puntajes entre 4 a 16 puntos. A mayor puntaje, mayor soporte social.

Figura 6.6 Distribución de puntajes de la subescala Integración social



48 Cutrona, CE, & Russell , DW (1987). Op. Cit.

Figura 6.7 Distribución de puntajes de subescala Alianza confiable



En relación con la subescala Integración social, el promedio del puntaje fue de 12,3 puntos y para la subescala Alianza confiable fue de 13 puntos (*Figura 6.6* y *Figura 6.7*). En ambos casos, el promedio fue ligeramente más bajo (menor soporte social) en los países andinos y Surinam y América Central (*Tabla 6.2*). Así mismo, los países con menor puntaje para la subescala Integración social fueron Bolivia (11,1 puntos), Paraguay y Nicaragua (menor de 11,6 puntos), y para la subescala Alianza confiable fueron Bolivia (11,8 puntos), El Salvador y Paraguay (menor de 12,2 puntos).

Tabla 6.2 Promedio de los puntajes de las subescalas Integración social y Alianza confiable, por zona geográfica

Zona geográfica	Integración social		Alianza confiable	
	n	Promedio	n	Promedio
Brasil	17.931	12,4	17.953	13,2
Países andinos y Surinam	14.853	11,9	14.823	12,6
México	14.761	12,3	14.753	13,1
Países del Cono Sur	11.657	12,5	11.665	13,3
América Central	4606	11,9	4616	12,6
Total	**63.808**	**12,3**	**63.810**	**13,0**

No se obtuvo respuesta de 847 y 845 participantes para las subescalas Integración social y Alianza confiable, respectivamente.

2. Necesidades relacionadas con sexo seguro

2.1 Autoeficacia para controlar la seguridad y actividad sexual: "El sexo es tan seguro como quiero" y "Es fácil decir que no al sexo que no quiero"

La autoeficacia es un concepto que indica la capacidad que una persona percibe de sí misma para realizar con éxito una tarea o función ante diferentes circunstancias u obstáculos[49]. Para evaluar la autoeficacia para controlar la seguridad y la actividad sexual se presentaron los enunciados "El sexo es tan seguro como quiero" y "Es fácil decir que no al sexo que no quiero" y se les solicitó a los participantes que indicaran el nivel de acuerdo o desacuerdo con los enunciados. Mayor desacuerdo indicaría menor autoeficacia para controlar la seguridad y actividad sexual.

Con relación a las respuestas al enunciado "El sexo que tengo es siempre tan seguro como quiero", el 69% estuvo "Totalmente de acuerdo/De acuerdo" (mayor autoeficacia), mientras que el 19% estuvo "Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo" (menor autoeficacia) (*Tabla 6.3*). La menor autoeficacia para controlar la seguridad sexual (respuestas "Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo") fue más frecuente en Brasil, Costa Rica, Colombia y Nicaragua (más del 18%) y menos frecuente en Venezuela, Surinam y Argentina (14%).

Con relación a las respuestas al enunciado "Encuentro fácil decir que no al sexo que no quiero", el 76% estuvo "Totalmente de acuerdo/De acuerdo" (mayor autoeficacia), mientras que el 15% estuvo "Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo" (menor autoeficacia) (*Tabla 6.3*). La menor autoeficacia para controlar la actividad sexual (respuestas "Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo") fue más frecuente en Brasil, Honduras, Ecuador (más del 14%), y menos frecuente en Surinam, Argentina, Uruguay y Chile (menos del 12%).

Tabla 6.3 Autoeficacia para controlar la seguridad y actividad sexual

	El sexo es tan seguro como quiero		Encuentro fácil decir que no al sexo que no quiero	
	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	5736	8,9%	4663	7,2%
En desacuerdo	6337	9,8%	4692	7,3%
No estoy seguro	8033	12,4%	6365	9,9%
De acuerdo	23.125	35,8%	20.583	31,9%
Totalmente de acuerdo	21.352	33,1%	28.205	43,7%
Total	**64.583**	**100,0%**	**64.508**	**100,0%**

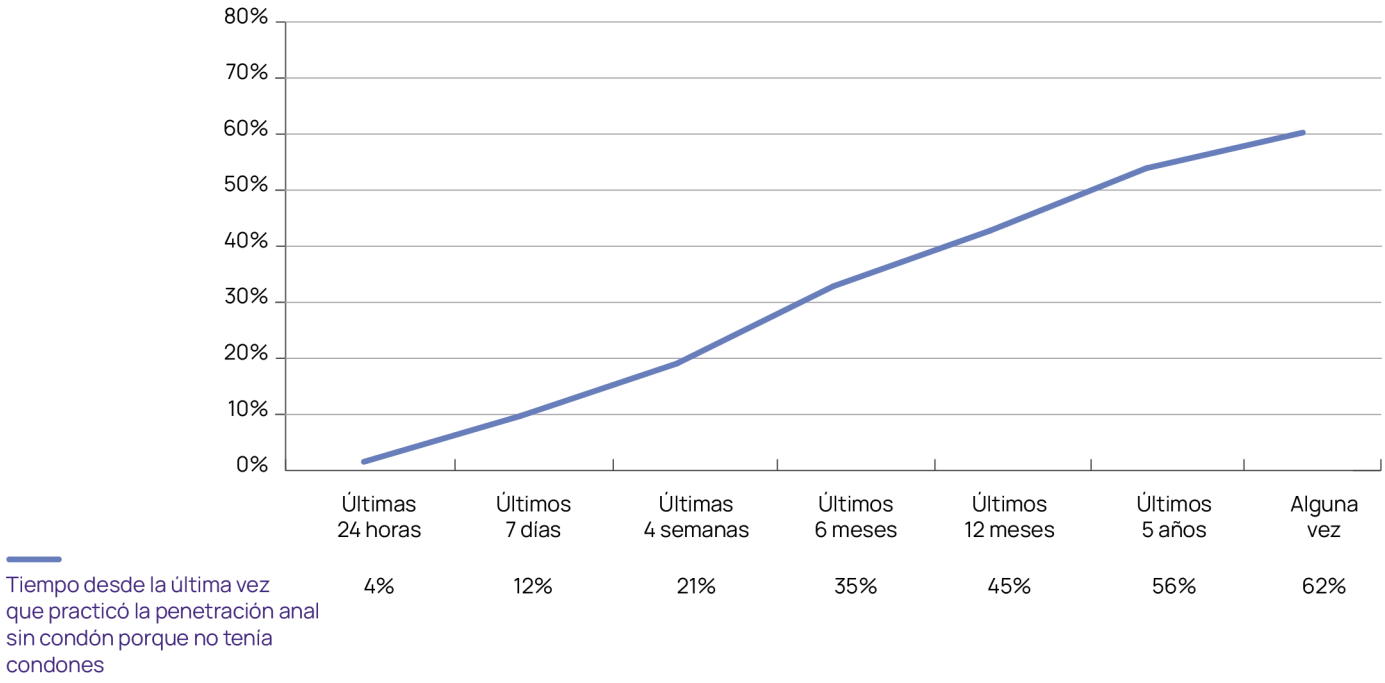
No se obtuvo respuesta de 72 y 147 participantes para "El sexo es tan seguro como quiero" y "Encuentro fácil decir que no al sexo que no quiero", respectivamente

49 Schwarzer, R, & Fuchs, R (1996). Self-efficacy and health behaviours. Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models, 163, 196.

2.2 Acceso a condones: tiempo desde la última vez que practicó el sexo penetrativo sin condón porque no tenía un condón

Entre el total de los participantes, el 45% afirmó haber tenido alguna penetración sin condón en el último año por no tener condones disponibles en ese momento y el 62% afirmó que le había ocurrido alguna vez en la vida (*Figura 6.8*).

Figura 6.8 Porcentaje acumulado de la última vez que hubo penetración anal sin condón porque no tenía condones disponibles



En los 12 meses previos a la encuesta, el porcentaje de participantes que alguna vez habían realizado una penetración sin condón por no tener condones disponibles fue más frecuente en los países andinos y Surinam y América Central (*Tabla 6.4*), donde los porcentajes más altos fueron registrados en Nicaragua, Guatemala y Ecuador (más del 52%). Los porcentajes más bajos fueron en los países del Cono Sur (39%) y Surinam 36%.

Tabla 6.4 Sexo penetrativo sin condón porque no hubo condón disponible en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	18.022	7532	41,8%
Países andinos y Surinam	14.967	7492	50,1%
México	14.871	6849	46,1%
Países del Cono Sur	11.758	4638	39,4%
América Central	4656	2293	49,2%
Total	**64.274**	**28.804**	**44,8%**

No se obtuvo respuesta de 381 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, tener sexo sin condón en los últimos 12 meses porque no tenían condones disponibles fue mayor en los hombres menores de 25 años, los que vivían en una ciudad de menor tamaño poblacional, de nivel educativo medio o bajo, desempleados, con orientación sexual bisexual, y en quienes reportaron tener diagnóstico positivo de VIH (*Tabla 6.5*).

Tabla 6.5 Sexo penetrativo sin condón porque no tenía condones disponibles en los últimos 12 meses

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**64.274**	**28.804**	**44,8%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.887	10.902	49,8%	
Entre 25 y 39 años	32.694	14.352	43,9%	
Más de 39 años	9693	3550	36,6%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	39.832	17.376	43,6%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.259	6097	46,0%	
Menos de 100 mil habitantes	9290	4529	48,8%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo	7137	3567	50,0%	
Medio	14.012	7159	51,1%	
Alto	42.989	18.022	41,9%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.435	19.206	44,2%	
Desempleado	5907	2982	50,5%	
Estudiante	13.180	5908	44,8%	
Otra	1619	653	40,3%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.740	22.151	44,5%	
Bisexual	10.872	5082	46,7%	
Otra	3638	1557	42,8%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.280	6662	46,7%	
Último resultado VIH negativo	39.399	16.942	43,0%	
Último resultado VIH positivo	10.224	5034	49,2%	

2.3 Conocimiento sobre transmisión de VIH e infecciones de trasmisión sexual (ITS)

Para evaluar el conocimiento sobre la trasmisión de VIH se presentaron tres enunciados con información verdadera y se solicitó al participante que indicara si era de su conocimiento (*Tabla 6.6*). Con relación al enunciado "El VIH no puede ser transmitido por besar, incluso si el beso es profundo, porque la saliva no transmite el VIH", el 89% de toda la muestra indicó que ya lo conocía.

En cuanto al enunciado "Tú puedes adquirir el VIH a través de tu pene cuando eres 'activo' (penetrar a otro/as) en el sexo anal o vaginal sin condón, incluso si no eyaculas", el 84% de toda la muestra indicó que ya lo sabía.

En lo que refiere al enunciado "Tú puedes adquirir el VIH a través de tu ano o vagina cuando tienes sexo como 'pasivo/a' (ser penetrado/a)", el 95% de toda la muestra indicó que ya lo sabía.

Tabla 6.6 Conocimiento sobre trasmisión de VIH

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El VIH no puede ser transmitido por besar, incluso si el beso es profundo, porque la saliva no transmite el VIH	57.096	88,8%	4761	7,4%	1599	2,5%	97	0,2%	729	1,1%
Tú puedes adquirir el VIH a través de tu pene cuando eres "activo" (penetrar a otro/as) en el sexo anal o vaginal sin condón, incluso si no eyaculas	54.139	84,2%	6799	10,6%	2890	4,5%	141	0,2%	293	0,5%
Tú puedes adquirir el VIH a través de tu ano o vagina cuando tienes sexo como "pasivo/a" (ser penetrado/a)	60.708	94,6%	2113	3,3%	1154	1,8%	88	0,1%	131	0,2%

No se obtuvo respuesta de 373, 393 y 461 participantes en cada enunciado, respectivamente.

Para evaluar el conocimiento sobre la trasmisión de ITS se presentaron tres enunciados con información verdadera y se solicitó al participante indicar si era de su conocimiento (*Tabla 6.7*).

Con relación al enunciado "La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH", el 66% de toda la muestra indicó que ya lo conocía.

En cuanto al enunciado "Debido a que, a veces, las ITS no tienen síntomas, las personas pueden tener infecciones de transmisión sexual sin saberlo", el 83% de toda la muestra indicó que ya lo sabía.

Con relación al enunciado "El uso correcto de condón durante la penetración reduce la probabilidad de adquirir y transmitir las ITS (incluido el VIH)", el 97% de toda la muestra indicó que ya lo sabía.

Tabla 6.7 Conocimiento sobre trasmisión de ITS

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH	42.638	66,3%	12.826	20,0%	8052	12,5%	255	0,4%	493	0,8%
Debido a que, a veces, las ITS no tienen síntomas, las personas pueden tener infecciones de transmisión sexual sin saberlo	52.965	82,5%	6917	10,8%	4018	6,3%	160	0,2%	134	0,2%
El uso correcto de condón durante la penetración reduce la probabilidad de adquirir y transmitir las ITS (incluido el VIH)	62.090	96,7%	1302	2,0%	654	1,0%	59	0,1%	137	0,2%

No se obtuvo respuesta de 391, 461 y 413 participantes para cada enunciado, respectivamente.

Para determinar el porcentaje de participantes con mayor nivel de desconocimiento sobre las vías de trasmisión de VIH/ITS se calculó el porcentaje que desconocía los seis enunciados previamente mencionados. Para toda la región, este porcentaje de desconocimiento fue menor al 1%, siendo mayor en la zona geográfica de los países andinos y Surinam (1,2%), y menor en Brasil y los países del Cono Sur (0,4%). Los países con los porcentajes más altos de desconocimiento fueron Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia (más del 1%) y los países con los porcentajes más bajos fueron Nicaragua, Chile, Paraguay, Honduras y Uruguay (menos del 0,4%) (*Tabla 6.8*). En la Tabla *6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.8 Porcentaje de desconocimiento sobre trasmisión para ITS, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	17.908	71	0,4%
Países andinos y Surinam	14.823	182	1,2%
México	14.728	105	0,7%
Países del Cono Sur	11.660	50	0,4%
América Central	4617	29	0,6%
Total	**63.736**	**437**	**0,7%**

3. Preocupación sobre consumo de drogas

A todos los participantes que reportaron haber consumido *poppers*, cannabis, canabinoides sintéticos, mefedrona, estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona, éxtasis, anfetaminas, metanfetamina, heroína, GHB/GBL, sedantes o tranquilizantes, ketamina, LSD, cocaína, *crack* o MDMA en los últimos 12 meses se les preguntó sobre su preocupación por el consumo actual de drogas. De 21.495 respuestas válidas, el 68% reportó estar "Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo" en que estaban preocupados por su consumo de drogas, mientras que el 21% estuvieron "De acuerdo/Totalmente de acuerdo" (*Tabla 6.9*).

Tabla 6.9 Acuerdo o desacuerdo en relación con la preocupación sobre consumo de drogas recreativas en aquellos hombres que consumieron en los últimos 12 meses*

	n	%
Totalmente en desacuerdo	9325	43,4%
En desacuerdo	5236	24,4%
No estoy seguro	2506	11,7%
De acuerdo	2699	12,6%
Totalmente de acuerdo	1729	8,0%
Total	**21.495**	**100,0%**

**Poppers*, cannabis, canabinoides sintéticos, mefedrona, estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona, éxtasis, anfetaminas, metanfetamina, heroína, GHB/GBL, sedantes o tranquilizantes, ketamina, LSD, cocaína, *crack* o MDMA.
No se obtuvo respuesta de 144 participantes.
Se excluyeron 7574 participantes que indicaron "No tomo drogas".

Se reportó mayor preocupación por el consumo de drogas recreativas en la zona geográfica Brasil (18%) y menor en los países del Cono Sur (12%) (*Tabla 6.10*). Por país, la preocupación fue mayor en El Salvador, Guatemala, Colombia, Honduras y Brasil (más del 22%), en cambio, una menor preocupación fue observada en Uruguay, Argentina y Surinam (menos del 15%).

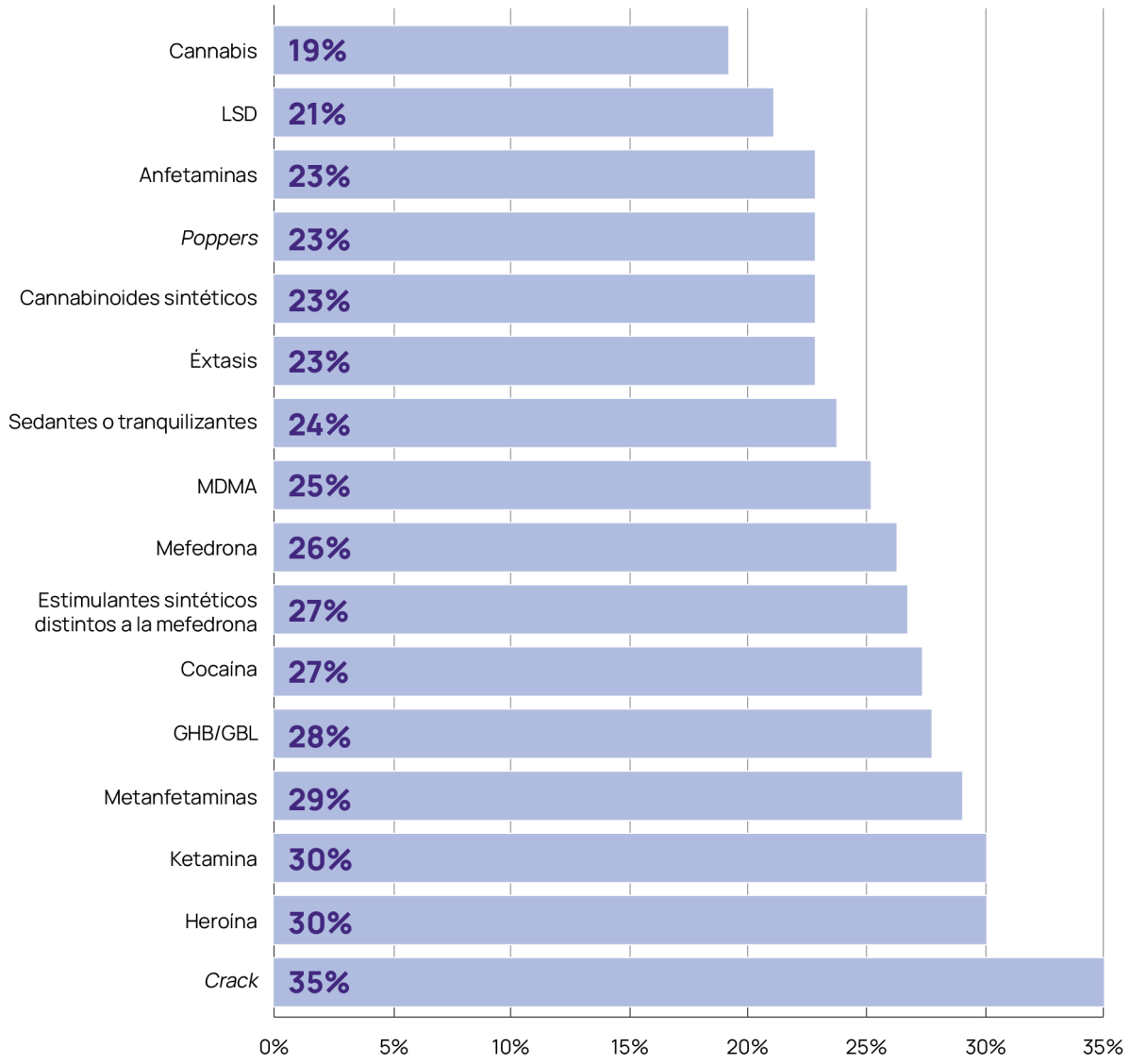
Tabla 6.10 Preocupación sobre consumo de drogas recreativas en aquellos que consumieron drogas recreativas en los últimos 12 meses, por zona geográfica*

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	9065	1668	18,4%
Países andinos y Surinam	5562	887	15,9%
México	6344	865	13,6%
Países del Cono Sur	6453	746	11,6%
América Central	1645	262	15,9%
Total	**29.069**	**4.428**	**15,2**

**Poppers*, cannabis, canabinoides sintéticos, mefedrona, estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona, éxtasis, anfetaminas, metanfetamina, heroína, GHB/GBL, sedantes o tranquilizantes, ketamina, LSD, cocaína, *crack* o MDMA.
No se obtuvo respuesta de 144 participantes.

Los porcentajes de preocupación por el consumo de drogas recreativas fueron más altos en aquellos que consumieron *crack*, heroína, ketamina y metanfetaminas (más del 29%) (*Figura 6.9*).

Figura 6.9 Preocupación por consumo de drogas por sustancia consumida en los últimos 12 meses



4. Necesidades y conocimiento sobre uso de la PEP

4.1 Haber escuchado sobre la PEP

Se preguntó a los participantes si alguna vez habían escuchado sobre la profilaxis post-exposición: el 53% reportó que sí, mientras que el 38% no había escuchado y el 9% no estaba seguro. Entre los hombres sin diagnóstico de VIH (última prueba negativa o que nunca se hizo la prueba), el 49% había escuchado alguna vez sobre la PEP (*Tabla 6.11*).

Tabla 6.11 Haber oído hablar sobre la PEP

	Todos		Participantes sin diagnóstico de VIH	
	n	%	n	%
Sí	34.225	53,2%	26.763	49,4%
No	24.371	37,9%	22.271	41,1%
No estoy seguro	5759	8,9%	5106	9,4%
Total	**64.355**	**100,0%**	**54.140**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 300 y 250 participantes en toda la muestra y en participantes sin diagnóstico VIH (con un último resultado negativo o que nunca se hizo la prueba), respectivamente.

El porcentaje de hombres que no habían escuchado sobre la PEP o no estaban seguros (respondieron "No" a la pregunta si habían oído hablar sobre PEP), entre los participantes sin diagnóstico de VIH fue del 51%. Los porcentajes mayores fueron reportados en los países andinos y Surinam (67%) y América Central (62%) (*Tabla 6.12*). Los países con mayores porcentajes fueron Nicaragua (78%), Bolivia y Honduras (más del 68%), mientras que los de menores porcentajes fueron Guatemala, Chile (menos del 53%) y Brasil (28%). En la *Tabla 6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.12 No haber escuchado sobre la PEP en los participantes sin diagnóstico de VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.159	4189	27,6%
Países andinos y Surinam	12.603	8410	66,7%
México	12.587	6891	54,7%
Países del Cono Sur	9631	5309	55,1%
América Central	4160	2578	62,0%
Total	**54.140**	**27.377**	**50,6%**

No se obtuvo respuesta de 250 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, no haber escuchado sobre la PEP fue más frecuente en el grupo etario de menor edad, aquellos que residían en una ciudad de menor tamaño poblacional, con nivel educativo medio, estudiantes o desempleados, con orientación sexual distinta a gay u homosexual y en quienes nunca se hicieron una prueba de VIH (*Tabla 6.13*).

Tabla 6.13 Hombres sin diagnóstico de VIH que no habían escuchado sobre la PEP, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**54.140**	**27.377**	**50,6%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	20.526	12.164	59,3%	
Entre 25 y 39 años	26.496	11.912	45,0%	
Más de 39 años	7118	3301	46,4%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	32.887	15.403	46,8%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.448	6120	53,5%	
Menos de 100 mil habitantes	8226	5030	61,1%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo	6092	3629	59,6%	
Medio	11.827	7803	66,0%	
Alto	35.914	15.723	43,8%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	35.451	17.414	49,1%	
Desempleado	4797	2554	53,2%	
Estudiante	12.320	6502	52,8%	
Otra	1265	681	53,8%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	40.621	18.812	46,3%	
Bisexual	10.153	6466	63,7%	
Otra	3345	2085	62,3%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.312	9539	66,7%	
Último resultado VIH negativo	39.457	17.653	44,7%	

4.2 Conocimientos relacionados con la PEP

Para evaluar el conocimiento sobre la PEP se presentaron tres enunciados con información verdadera y se solicitó al participante que indicara si era de su conocimiento.

Con relación al enunciado "La profilaxis post-exposición (PEP) pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus (p.ej. al tener sexo sin condón)", el 50% de toda la muestra indicó que ya lo conocía (*Tabla 6.14*).

En cuanto al enunciado "La PEP es un tratamiento con medicamentos contra el VIH, y dura aproximadamente un mes", el 36% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.14*).

En lo que refiere al enunciado "La PEP debería usarse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las horas posteriores", el 44% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.14*).

Tabla 6.14 Conocimientos sobre la PEP

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La profilaxis post-exposición (PEP) pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus (p.ej. al tener sexo sin condón)	32.173	49,9%	8516	13,2%	21.946	34,0%	1106	1,7%	770	1,2%
La PEP es un tratamiento con medicamentos contra el VIH, y dura aproximadamente un mes	23.223	36,0%	11.282	17,5%	28.408	44,1%	747	1,2%	809	1,3%
La PEP debería usarse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las horas posteriores	28.117	43,7%	8779	13,6%	26.048	40,5%	760	1,2%	687	1,1%

No se obtuvo respuesta de 144, 186 y 264 participantes en los tres enunciados, respectivamente.

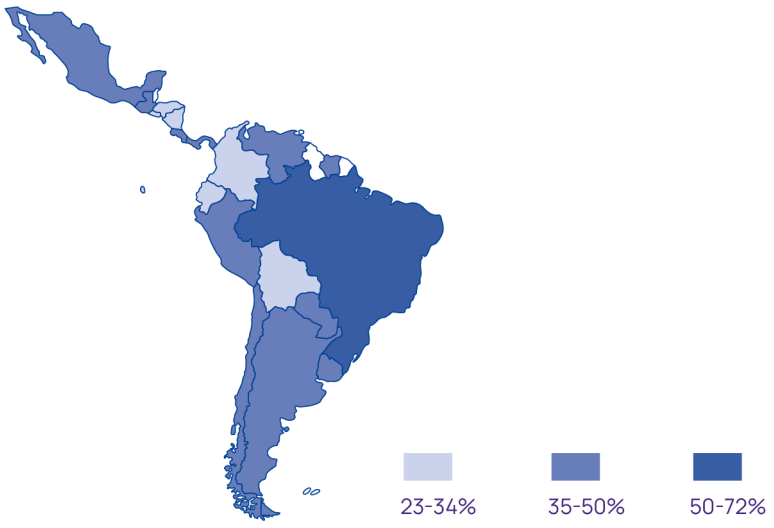
Los porcentajes más bajos de conocimiento del enunciado "La profilaxis post-exposición (PEP) pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus (p.ej. al tener sexo sin condón" se reportaron en los países andinos y Surinam (35%) y en América Central (38%) (*Tabla 6.15*). Los países con menores conocimientos fueron Nicaragua (24%), Bolivia (30%) y El Salvador (32%) y los de mayores conocimientos fueron Brasil (72%) Chile y Surinam (47%).

Tabla 6.15 Conocimiento sobre la PEP (E1), por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	18.103	13.093	72,3%
Países andinos y Surinam	15.030	5272	35,1%
México	14.922	6726	45,1%
Países del Cono Sur	11.785	5312	45,1%
América Central	4671	1770	37,9%
Total	**64.511**	**32.173**	**49,9%**

E1: La profilaxis post-exposición (PEP) pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus (p.ej. al tener sexo sin condón).
No se obtuvo respuesta de 389 participantes .

Figura 6.10 Distribución de los conocimientos sobre la PEP en los países de la región (quienes ya conocían que la PEP pretende evitar la infección por VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus)



4.3 Percepción sobre acceso a la PEP

A los participantes sin diagnóstico de VIH se les preguntó qué tan seguros estaban de poder conseguir la PEP si pensaran necesitarla. El 30% reportó que estaba "Muy/Bastante seguro" de poder conseguir la PEP, el 46% "Poco/Nada seguro" y el 24% no lo sabía (*Tabla 6.16*).

Tabla 6.16 Nivel de seguridad para poder conseguir la PEP

	n	%
Muy seguro	8938	16,6%
Bastante seguro	7259	13,5%
Poco seguro	14.985	27,9%
Nada seguro	9770	18,2%
No lo sé	12.844	23,9%
Total	**53.796**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 168 participantes.

La baja percepción de acceso a la PEP fue medida por las respuestas "Poco seguro", "Nada seguro" o "No lo sé" (70%) (*Tabla 6.17*). Los países con mayor porcentaje de baja percepción de acceso a la PEP fueron Surinam, Venezuela, El Salvador y Uruguay (más del 80%), mientras que los de menores porcentajes fueron Brasil (58%), Perú (69%) y Guatemala (71%). En la *Tabla 6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.17 Baja percepción de acceso a la PEP si fuera a necesitarla, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.064	8750	58,1%
Países andinos y Surinam	12.517	9275	74,1%
México	12.513	9075	72,5%
Países del Cono Sur	9582	7408	77,3%
América Central	4120	3091	75,0%
Total	**53.796**	**37.599**	**69,9%**

No se obtuvo respuesta de 168 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, una baja percepción de acceso a la PEP fue más frecuente en los grupos etarios de mayor edad, aquellos que residían en ciudades de menor tamaño poblacional, con mayor nivel educativo, con orientación sexual distinta a gay u homosexual, y en quienes nunca se habían hecho la prueba de VIH (*Tabla 6.18*).

Tabla 6.18 Baja percepción de acceso a la PEP, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**53.796**	**37.599**	**69,9%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	20.458	13.929	68,1%	
Entre 25 y 39 años	26.339	18.656	70,8%	
Más de 39 años	6999	5014	71,6%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	32.704	22.454	68,7%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.380	8141	71,5%	
Menos de 100 mil habitantes	8171	5960	72,9%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo	6025	4087	67,8%	
Medio	11.722	8171	69,7%	
Alto	35.771	25.155	70,3%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	40.364	28.047	69,5%	
Bisexual	10.091	7062	70,0%	
Otra	3322	2477	74,6%	
Estado de VIH				0,006
No se hizo la prueba de VIH	14.324	10.140	70,8%	
Último resultado VIH negativo	39.472	27.459	69,6%	

5. Necesidades sobre el uso de la PrEP

5.1 Haber escuchado sobre la PrEP

Se preguntó a todos los participantes si habían escuchado sobre la profilaxis pre-exposición. El 53% reportó haber escuchado alguna vez, el 40% no había escuchado, y el 7% no estaba seguro. Porcentajes similares fueron observados en el grupo de participantes sin diagnóstico de VIH, donde el 50% reportó haber escuchado sobre la PrEP, el 43% no había escuchado y el 7% no estaba seguro (*Tabla 6.19*).

Tabla 6.19 Haber oído hablar de la PrEP

	Todos		Sin diagnóstico positivo de VIH	
	n	%	n	%
Sí	33.988	53,1%	26.705	49,6%
No	25.812	40,3%	23.417	43,5%
No estoy seguro	4244	6,6%	3748	7,0%
Total	**64.044**	**100,0%**	**53.870**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 611 y 520 participantes en toda la muestra y en el grupo que no reportó tener diagnóstico positivo de VIH, respectivamente.

No haber escuchado sobre la PrEP fue más común en los países andinos y Surinam (65%) y América Central (59%) (*Tabla 6.20*), siendo Nicaragua, Bolivia, Venezuela y Honduras (más del 67%) los países con los porcentajes más altos de la región, y Brasil (33%), Chile y Guatemala (menos del 50%) los de porcentajes más bajos. En la *Tabla 6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.20 No haber escuchado sobre la PrEP, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.098	4975	33,0%
Países andinos y Surinam	12.538	8152	65,0%
México	12.526	6464	51,6%
Países del Cono Sur	9567	5126	53,6%
América Central	4141	2448	59,1%
Total	**53.870**	**27.165**	**50,4%**

No se obtuvo respuesta de 520 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, no haber escuchado hablar sobre la PrEP fue más frecuente en el grupo etario de menos de 25 años, aquellos que residían en una ciudad de menor tamaño poblacional, con menor nivel educativo, que no tenían un empleo (desempleado, estudiantes y otros), con orientación sexual distinta a gay u homosexual, y en quienes nunca se habían hecho la prueba de VIH (*Tabla 6.21*).

Tabla 6.21 Hombres que no habían escuchado sobre la PrEP, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**53.870**	**27.165**	**50,4%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	20.389	11.937	58,5%	
Entre 25 y 39 años	26.400	11.787	44,6%	
Más de 39 años	7081	3441	48,6%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	32.738	15.138	46,2%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.391	6195	54,4%	
Menos de 100 mil habitantes	8174	5021	61,4%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo	6053	3690	61,0%	
Medio	11.758	7534	64,1%	
Alto	35.785	15.746	44,0%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	35.313	17.338	49,1%	
Desempleado	4778	2493	52,2%	
Estudiante	12.257	6444	52,6%	
Otra	1248	688	55,1%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	40.456	18.637	46,1%	
Bisexual	10.068	6447	64,0%	
Otra	3326	2067	62,1%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.219	9435	66,4%	
Último resultado VIH negativo	39.286	17.545	44,7%	

5.2 Conocimientos relacionados con la PrEP

Para evaluar el conocimiento sobre la PrEP se presentaron tres enunciados con información verdadera y se solicitó al participante que indicara si era de su conocimiento.

Con relación al enunciado "La profilaxis pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH", el 42% de toda la muestra indicó que ya lo conocía (*Tabla 6.22*).

En cuanto al enunciado "La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales", el 33% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.22*).

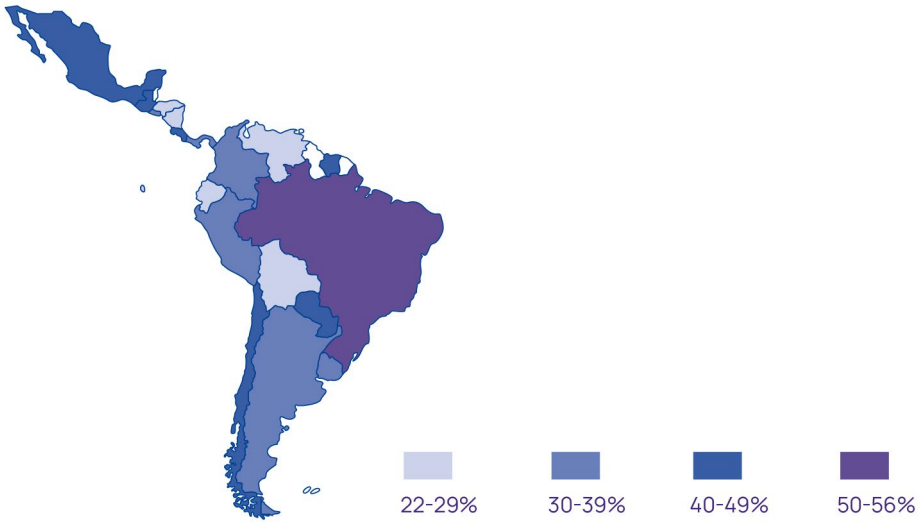
En lo que refiere al enunciado "Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales debe tomar una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 como a las 48 horas después de la dosis doble", el 15% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.22*).

Tabla 6.22 Conocimientos sobre la PrEP

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La profilaxis pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH	27.166	42,3%	10.018	15,6%	25.172	39,2%	866	1,3%	1066	1,7%
La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales	21.723	33,8%	10.938	17,0%	29.439	45,8%	1014	1,6%	1165	1,8%
Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales debe tomar una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 como a las 48 horas después de la dosis doble	9639	15,0%	10.008	15,6%	41.576	64,8%	1421	2,2%	1544	2,4%

No se obtuvo respuesta de 367, 376 y 467 participantes por cada enunciado, respectivamente.

Figura 6.11 Distribución de los conocimientos sobre PrEP en los países de la región (quienes ya conocían que la PrEP implica que alguien que no tiene VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH)



Los porcentajes más bajos de conocimiento del ítem "La profilaxis pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH" se reportaron en los países andinos y Surinam (31%) y América Central (37%) (*Tabla 6.23*), siendo menor en Nicaragua, Bolivia, Ecuador y Venezuela (menos del 30%). Hubo mayor conocimiento en Brasil (56%), Guatemala y Chile (más del 43%).

Tabla 6.23 Conocimiento sobre la PrEP (E1), por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	18.067	10.118	56,0%
Países andinos y Surinam	14.946	4658	31,2%
México	14.875	6104	41,0%
Países del Cono Sur	11.751	4581	39,0%
América Central	4649	1705	36,7%
Total	**64.288**	**27.166**	**42,3%**

E1: La profilaxis pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH.
No se obtuvo respuesta de 698 participantes.

5.3 Percepción de uso potencial de la PrEP

A los participantes sin diagnóstico de VIH se les preguntó sobre la probabilidad de uso de la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible/accesible. El 28% indicó que era muy/bastante improbable que usara PrEP si estuviera disponible/asequible, el 18% no estaba seguro (inseguridad para usar la PrEP) y el 55% que era bastante/muy probable (*Tabla 6.24*).

Tabla 6.24. Probabilidad del uso de la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible/accesible

	n	%
Muy improbable	10.837	20,1%
Bastante improbable	3990	7,4%
No estoy seguro	9551	17,8%
Bastante probable	11.516	21,4%
Muy probable	17.912	33,3%
Total	**53.806**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 159 participantes.

La mayor inseguridad para usar la PrEP si estuviera disponible/asequible (responder "No estoy seguro") fue reportada en los países del Cono Sur y Brasil, con 21%, mientras que en las demás zonas geográficas se reportó un porcentaje entre el 15-16% (*Tabla 6.25*). Los países con mayor porcentaje de inseguridad fueron Surinam, Uruguay y Argentina (más del 23%), mientras que aquellos con menor inseguridad fueron Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Colombia y México (menos del 15%). En la *Tabla 6.40* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.25 Inseguridad para usar la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.060	3146	20,9%
Países andinos y Surinam	12.526	1942	15,5%
México	12.513	1840	14,7%
Países del Cono Sur	9589	2022	21,1%
América Central	4118	601	14,6%
Total	**53.806**	**9.551**	**17,8%**

No se obtuvo respuesta de 159 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, se encontró un mayor porcentaje de inseguridad para usar la PrEP si estuviera disponible/asequible en los participantes de bajo nivel educativo y con orientación sexual distinta a gay, homosexual o bisexual (*Tabla 6.26*).

Tabla 6.26 Inseguridad para usar la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**53.806**	**9551**	**17,8%**	
Grupo etario				0,609
Menos de 25 años	20.428	3604	17,6%	
Entre 25 y 39 años	26.347	4670	17,7%	
Más de 39 años	7031	1277	18,2%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				0,078
500 mil habitantes o más	32.724	5898	18,0%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.373	1946	17,1%	
Menos de 100 mil habitantes	8167	1433	17,5%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo	6031	1277	21,2%	
Medio	11.744	1963	16,7%	
Alto	35.799	6261	17,5%	
Situación laboral				0,264
Empleado	35.273	6204	17,6%	
Desempleado	4770	846	17,7%	
Estudiante	12.297	2203	17,9%	
Otra	1235	243	19,7%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	40.380	7080	17,5%	
Bisexual	10.084	1778	17,6%	
Otra	3322	690	20,8%	
Estado de VIH				0,696
No se hizo la prueba de VIH	14.303	2554	17,9%	
Último resultado VIH negativo	39.502	6996	17,7%	

6. Necesidades sobre pruebas de VIH y tratamiento antirretroviral para VIH (TARV)

6.1 Conocimientos generales sobre VIH y diagnóstico

Para evaluar el conocimiento sobre el VIH y la prueba de VIH se presentaron cuatro enunciados con información verdadera y se solicitó al participante que indicara si era de su conocimiento.

Con relación al enunciado "El sida está causado por el virus del VIH", el 97% de toda la muestra indicó que ya lo conocía (*Tabla 6.27*).

En cuanto al enunciado "Por el aspecto físico no puedes estar seguro de que alguien tenga o no el VIH", el 87% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.27*).

Respecto al enunciado "Existe un test diagnóstico que puede indicar si tienes o no el VIH", el 88% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.27*).

En lo que refiere al enunciado "Si alguien adquiere el VIH pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba", el 87% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.27*).

Tabla 6.27 Conocimientos generales sobre VIH y diagnóstico

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El sida está causado por el virus del VIH	62.823	97,2%	1099	1,7%	289	0,4%	187	0,3%	204	0,3%
Por el aspecto físico no puedes estar seguro de que alguien tenga o no el VIH	56.444	87,3%	4567	7,1%	1551	2,4%	697	1,1%	1391	2,2%
Existe un test diagnóstico que puede indicar si tienes o no el VIH	56.612	87,7%	2406	3,7%	4010	6,2%	402	0,6%	1113	1,7%
Si alguien adquiere el VIH, pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba	55.869	86,5%	4709	7,3%	3077	4,8%	353	0,5%	564	0,9%

No se obtuvo respuesta de 53, 95, 112 y 83 participantes para cada enunciado, respectivamente.

6.2 Conocimiento sobre el tratamiento para VIH

Para evaluar el conocimiento sobre el tratamiento para VIH se presentaron tres enunciados con información verdadera y se solicitó al participante que indicara si era de su conocimiento.

Con relación al enunciado "Actualmente no hay cura para la infección por el VIH", el 92% de toda la muestra indicó que ya lo conocía (*Tabla 6.28*).

En cuanto al enunciado "La infección por el VIH se puede controlar con un tratamiento de modo que su impacto en la salud sea menor", el 95% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.28*).

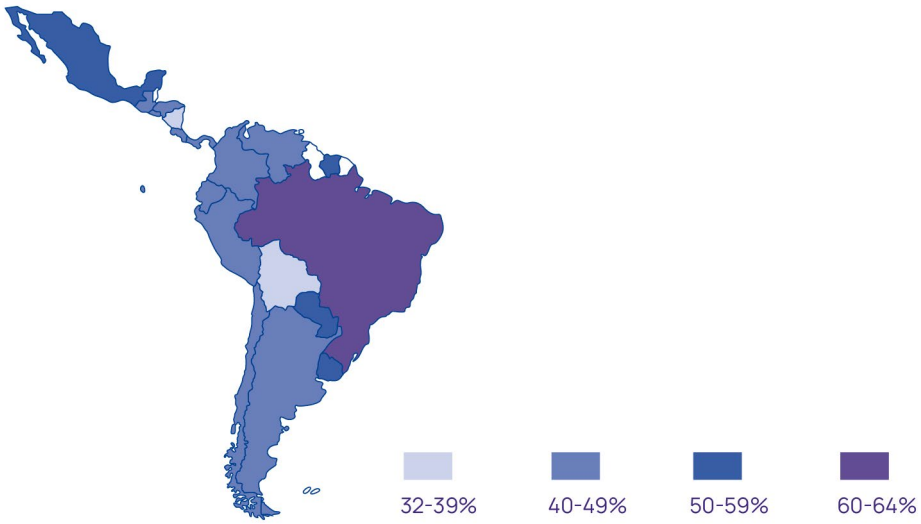
En lo que refiere al enunciado "Una persona con VIH que está en tratamiento efectivo (es decir, que tiene carga viral indetectable) no puede transmitir el virus a nadie durante las relaciones sexuales" (Indetectable=Intrasmisible), el 52% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.28*). La distribución de conocimiento de Indetectable=Intrasmisible entre los países de la región se presenta en la *Figura 6.12*.

Tabla 6.28 Conocimientos sobre tratamiento para VIH

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Actualmente no hay cura para la infección por el VIH	59.309	91,9%	2838	4,4%	715	1,1%	177	0,3%	1491	2,3%
La infección por el VIH se puede controlar con un tratamiento de modo que su impacto en la salud sea menor	61.003	94,6%	2300	3,6%	843	1,3%	151	0,2%	204	0,3%
Una persona con VIH que está en tratamiento efectivo (es decir, que tiene carga viral indetectable) no puede transmitir el virus a nadie durante las relaciones sexuales	33.495	51,9%	13.077	20,3%	11.314	17,5%	1490	2,3%	5167	8,0%

No se obtuvo respuesta de 53, 95, 112 y 83 participantes para cada enunciado, respectivamente.

Figura 6.12 Distribución de conocimiento sobre Indetectable=Intrasmisible (E7) en los países de la región



Para cuantificar el desconocimiento sobre generalidades, diagnóstico y tratamiento para VIH en la región, se calculó el porcentaje de participantes que desconocían los siete enunciados previamente mencionados en la *Tabla 6.27* y *Tabla 6.28*. El porcentaje de desconocimiento en toda la muestra fue del 0,2%. Los países andinos y Surinam tuvieron los porcentajes más altos (0,4%) (*Tabla 6.29*), siendo mayor en Bolivia (0,9%) y otros países como Uruguay y Guatemala (0,5%). En países como Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá y Surinam no hubo participantes que reportaran desconocer los siete enunciados sobre VIH.

Tabla 6.29 Desconocimiento sobre VIH y prueba de VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	18.027	22	0,12%
Países andinos y Surinam	14.893	66	0,44%
México	14.816	42	0,28%
Países del Cono Sur	11.720	13	0,11%
América Central	4648	7	0,15%
Total	**64.104**	**150**	**0,23%**

No se obtuvo respuesta de 401 participantes.

6.3 Incertidumbre o inseguridad sobre el propio estado de VIH

Se les solicitó a los participantes que indicaran el estado serológico que pensaban que tenían en ese momento, independientemente de haberse realizado una prueba de VIH. El 76% pensaba que su

estado frente al VIH era negativo (con seguridad o probablemente), el 15% pensaba que su estado frente al VIH era positivo (con seguridad o probablemente) y un 9% tenía incertidumbre sobre su estado serológico ("No estoy seguro/No lo sé") (*Tabla 6.30*).

El porcentaje de incertidumbre ("No estoy seguro/No lo sé") fue mayor en Paraguay, Perú, Ecuador y Bolivia (más del 12%) y menor en Uruguay (5%), Brasil y Venezuela (7%). En la *Tabla 6.41* se presentan los porcentajes por países de la región.

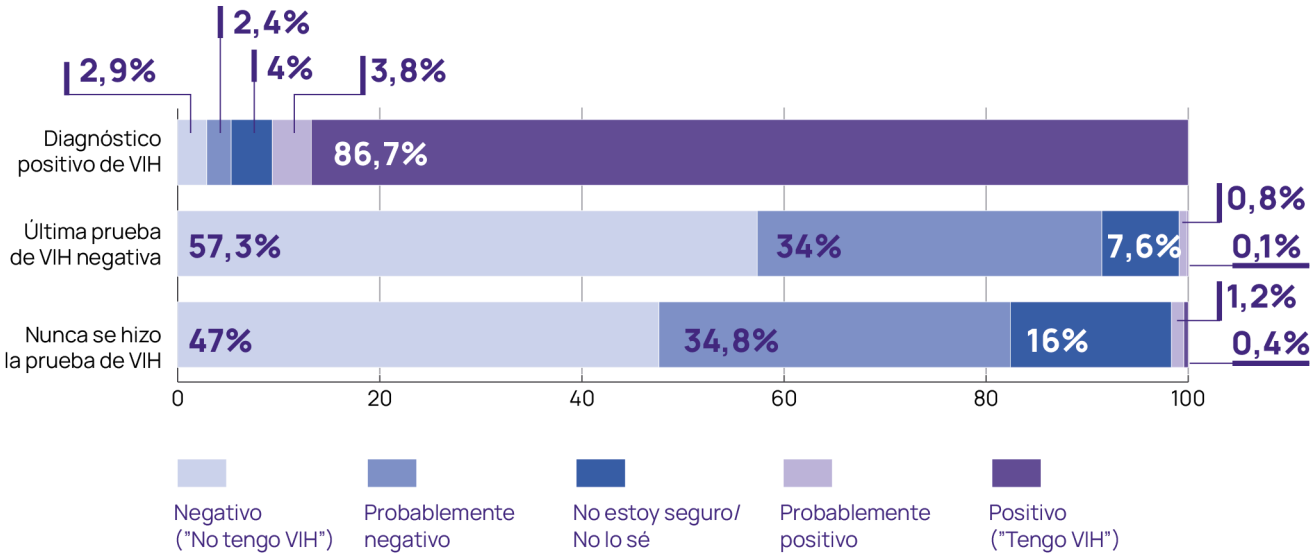
Tabla 6.30 Estado serológico frente al VIH

	n	%
Negativo ("No tengo VIH")	29.862	46,4%
Probablemente negativo	18.733	29,1%
No estoy seguro/No lo sé	5770	9,0%
Probablemente positivo	888	1,4%
Positivo ("Tengo VIH")	9040	14,1%
Total	**64.293**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 362 participantes.

Al estratificar por historia de prueba y diagnóstico de VIH se observó que en el grupo que nunca se hizo la prueba de VIH hubo mayor incertidumbre sobre su estado serológico (16%), con un 2% que pensaba que definitivamente/probablemente era VIH positivo. En el grupo cuyo último resultado de VIH fue negativo, el 8% no estaba seguro y el 0,9% creía que era o podía ser VIH positivo. Mientras que en el grupo con diagnóstico de VIH un 5% consideraba que era o podía ser VIH negativo y un 4% no estaba seguro (*Figura 6.13*).

Figura 6.13 Percepción sobre estado actual de VIH según antecedente de realización de prueba y diagnóstico para VIH



6.4 Conocimiento sobre dónde hacerse la prueba de VIH

De 14.357 participantes que reportaron nunca haberse hecho la prueba de VIH, el 56% indicó que sí sabía dónde hacerse la prueba de VIH, el 26% que no lo sabía y el 17% no estaba seguro.

Se creó el indicador "Desconocimiento sobre dónde hacerse una prueba de VIH" midiendo el porcentaje de respuestas "No" y "No estoy seguro" a la pregunta "¿Sabes dónde podrías ir a hacerte una prueba del VIH?" en el grupo de participantes que nunca se hicieron una prueba de VIH. El porcentaje de desconocimiento sobre dónde hacerse una prueba de VIH fue del 44%. Hubo mayor desconocimiento en la zona geográfica de México y los países andinos y Surinam (48%) y menor en América Central (37%) (Tabla 6.31). Los países con mayor porcentaje de desconocimiento fueron Perú, Bolivia y Colombia (más del 48%), mientras que los de porcentajes más bajos fueron Surinam (19%), Honduras (29%) y Paraguay (31%).

Tabla 6.31 Reporte de desconocimiento sobre dónde hacerse la prueba de VIH en aquellos que nunca se hicieron la prueba, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	3656	1407	38,5%
Países andinos y Surinam	3310	1587	47,9%
México	3908	1868	47,8%
Países del Cono Sur	2301	977	42,5%
América Central	1182	435	36,8%
Total	**14.357**	**6274**	**43,7%**

No se obtuvo respuesta de 8 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, desconocer dónde hacerse una prueba de VIH fue más frecuente en los grupos de menor edad (menos de 25 años), de nivel educativo bajo o medio, estudiantes o desempleados y en aquellos con orientación sexual distinta a gay u homosexual (*Tabla 6.32*).

Tabla 6.32 Desconocimiento de dónde hacerse la prueba de VIH, por características sociodemográficas, en el grupo de participantes que nunca se hicieron la prueba de VIH

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**54.256**	**553**	**1,0%**	
Grupo etario				<0.001
Menos de 25 años	8759	4364	49,8%	
Entre 25 y 39 años	4674	1681	36,0%	
Más de 39 años	924	229	24,8%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo	2488	1193	48,0%	
Medio	4144	1994	48,1%	
Alto	7629	3053	40,0%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	7316	2861	39,1%	
Desempleado	1466	668	45,6%	
Estudiante	5200	2590	49,8%	
Otra	278	117	42,1%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	9373	3979	42,5%	
Bisexual	3826	1766	46,2%	
Otra	1152	527	45,7%	

6.5 Acceso a tratamiento antirretroviral para VIH

6.5.1 Nunca estuvo en TARV

A los participantes con diagnóstico de VIH (N = 10.265) se les preguntó si habían tomado tratamiento antirretroviral (TARV) alguna vez. El 90% reportó haberlo tomado alguna vez (y habían monitorizado su infección por VIH), el 8% indicó que nunca lo tomó y el 2% no estaba seguro.

Aquellos que respondieron nunca haber tomado TARV (N = 842) indicaron todos los motivos (pregunta de opción múltiple) por los cuales nunca iniciaron tratamiento. El motivo reportado con mayor frecuencia fue "Fui diagnosticado recientemente" (41%). De estos participantes, el 95% había sido diagnosticado en los últimos 12 meses. Otros motivos mencionados con frecuencia fueron "Mi doctor dijo que no lo necesitaba en ese momento" (24%) y otros relacionados con el estigma a vivir con VIH (el 15% respondió "Me da miedo que la gente lo note" y el 13% dijo "No quiero recordar que tengo el VIH cada día") (*Tabla 6.33*).

Motivos relacionados con falta de acceso a TARV fueron reportados con menor frecuencia (el 9% respondió "No tengo cobertura de seguro de salud" y el 7% dijo "No puedo permitirme pagar el tratamiento").

Tabla 6.33 Motivos para nunca haber tomado TARV para la infección por el VIH

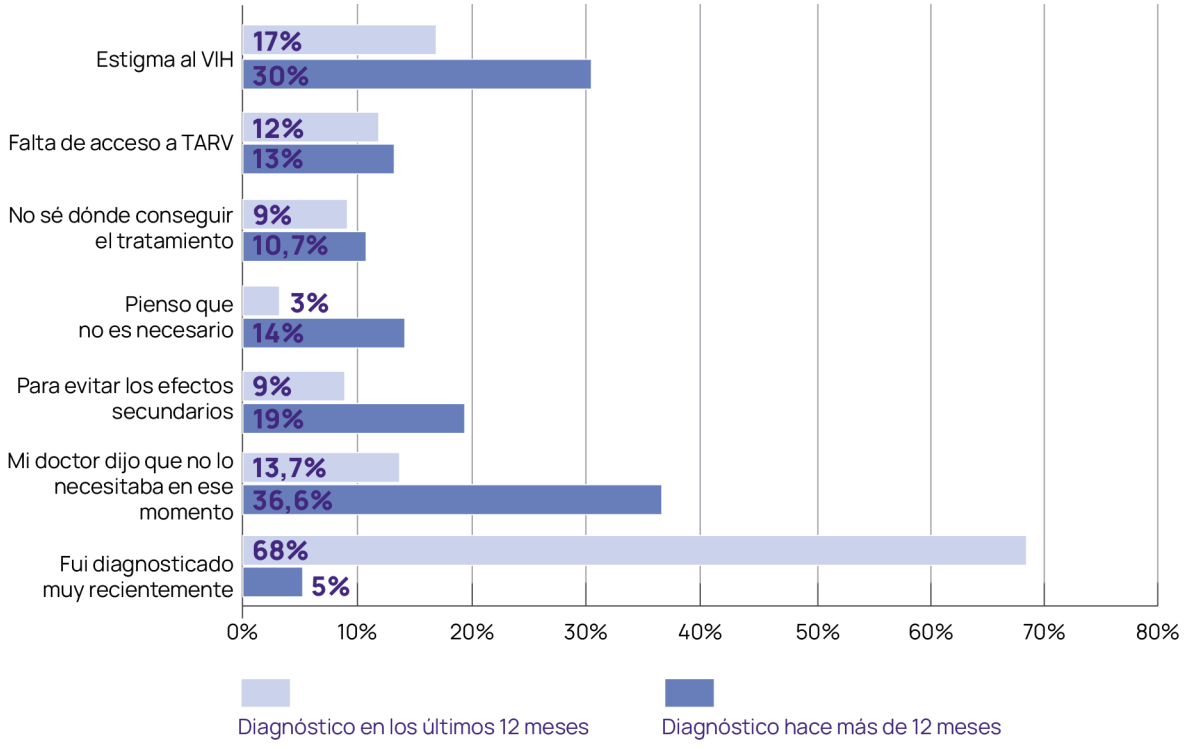
	n	%
Fui diagnosticado muy recientemente	333	40,8%
Mi doctor dijo que no lo necesitaba en ese momento	192	23,5%
Me da miedo que la gente lo note	123	15,1%
No quiero recordar que tengo el VIH cada día	111	13,6%
Para evitar los efectos secundarios	106	13,0%
No sé dónde conseguir el tratamiento	79	9,7%
No tengo cobertura de seguro de salud	73	8,9%
Pienso que no es necesario	65	8,0%
No puedo permitirme pagar el tratamiento	60	7,3%
Otra razón	120	14,7%

No se obtuvo respuesta de 25 participantes.

Se realizó una exploración rápida de las otras razones para nunca haber iniciado TARV. Las causas más comunes fueron el indicar que no tenían diagnóstico de VIH (34 respuestas, 4%), aún no habían terminado de realizar los trámites y pruebas necesarias para iniciar tratamiento (19 respuestas, 2%) y la falta de disponibilidad de tratamiento (9 respuestas, 1%).

Con excepción del motivo "Fui diagnosticado muy recientemente", todos los motivos para no iniciar TARV fueron más frecuentes en aquellos hombres cuyo diagnóstico ocurrió hacía más de 12 meses (a inicios de 2017 o antes), encontrándose una aparente mayor diferencia con los motivos "Pienso que no es necesario" y "Mi doctor dijo que no lo necesitaba en ese momento" (*Figura 6.14*).

Figura 6.14. Motivos para nunca iniciar TARV por tiempo desde el diagnóstico de VIH



El porcentaje de hombres que nunca habían estado en TARV fue mayor en la zona geográfica de los países andinos y Surinam (11%) y menor en Brasil (5%) (*Tabla 6.34*). Los países de la región con mayor porcentaje de nunca haber estado en TARV fueron Honduras, Paraguay, Bolivia y Ecuador (más del 12%), mientras que Guatemala, Panamá y Brasil tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 6%). En la *Tabla 6.41* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.34 Nunca haber tomado TARV, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	2936	161	5,5%
Países andinos y Surinam	2378	262	11,0%
México	2294	207	9,0%
Países del Cono Sur	2134	176	8,2%
América Central	495	36	7,3%
Total	**10.237**	**842**	**8,2%**

No se obtuvo respuesta de 28 participantes.

6.5.2 Interrupción de tratamiento antirretroviral para VIH

Entre los participantes que alguna vez monitorizaron su infección por VIH y tomaron alguna vez TARV (N = 9226), el 97% reportó que actualmente lo estaba tomando, mientras que el 3% no lo estaba tomando.

A los que no estaban tomando TARV (N = 274) se les pidió que indicaran todas las causas por las cuales dejaron de tomarla. Los principales motivos se relacionaron con estigma a vivir con VIH (25% de respuesta "Me da miedo que la gente lo note" o "No quiero recordar que tengo VIH cada día") y con falta de acceso a medicamentos (25% de respuestas "Ya no tengo cobertura de seguro social" o "Ya no puedo permitirme pagar el tratamiento") o para evitar los efectos secundarios 24% (*Tabla 6.35*).

Tabla 6.35 Motivos para dejar de tomar TARV para la infección por VIH

	n	%
Para evitar los efectos secundarios	67	24,7%
No quiero recordar que tengo el VIH cada día	55	20,3%
Ya no tengo cobertura de seguro de salud	57	21,0%
Me da miedo que la gente lo note	36	13,3%
Ya no puedo permitirme pagar el tratamiento	29	10,7%
Pienso que no es necesario	20	7,4%
Mi doctor dijo que no lo necesitaba en ese momento	12	4,4%
Otra razón	110	40,6%

No se obtuvo respuesta de 3 participantes.

Se realizó una revisión de las respuestas que dieron los hombres en otros motivos, siendo los más importantes la falta de disponibilidad de tratamiento (13%), haber cambiado de ciudad o país de residencia (4%) y utilizar tratamientos alternativos para su infección por VIH (5%).

El porcentaje de interrupción de TARV (los que indicaron que ya no la estaban tomando) fue mayor en la zona geográfica de los países andinos y Surinam (6%) y menor en Brasil (1%) (*Tabla 6.36*). Los porcentajes más altos de interrupción de TARV estuvieron en Venezuela, El Salvador y Bolivia (más del 5%), mientras que los porcentajes más bajos estuvieron en México, Brasil y Guatemala (menos del 2,5%). En la *Tabla 6.41* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.36 Interrupción de TARV para VIH, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	2702	35	1,3%
Países andinos y Surinam	2088	119	5,7%
México	2054	49	2,4%
Países del Cono Sur	1921	59	3,1%
América Central	451	13	2,9%
Total	**9216**	**275**	**3,0%**

No se obtuvo respuesta de 20 participantes.

7. Necesidades sobre cobertura de vacunación contra hepatitis virales

7.1 Conocimiento sobre hepatitis virales

Para evaluar el conocimiento sobre la hepatitis viral se presentaron cinco enunciados con información verdadera y se solicitó al participante que indicara si era de su conocimiento.

Con relación al enunciado "La hepatitis es una inflamación del hígado", el 74% de toda la muestra indicó que ya lo conocía (*Tabla 6.37*).

En cuanto al enunciado "La mayoría de las hepatitis son causadas por un virus", el 72% de toda la muestra dijo que ya lo sabía (*Tabla 6.37*).

En lo que refiere al enunciado "Hay diversos tipos de hepatitis virales, nombradas con las letras del alfabeto", el 84% de toda la muestra refirió que ya lo sabía (*Tabla 6.37*).

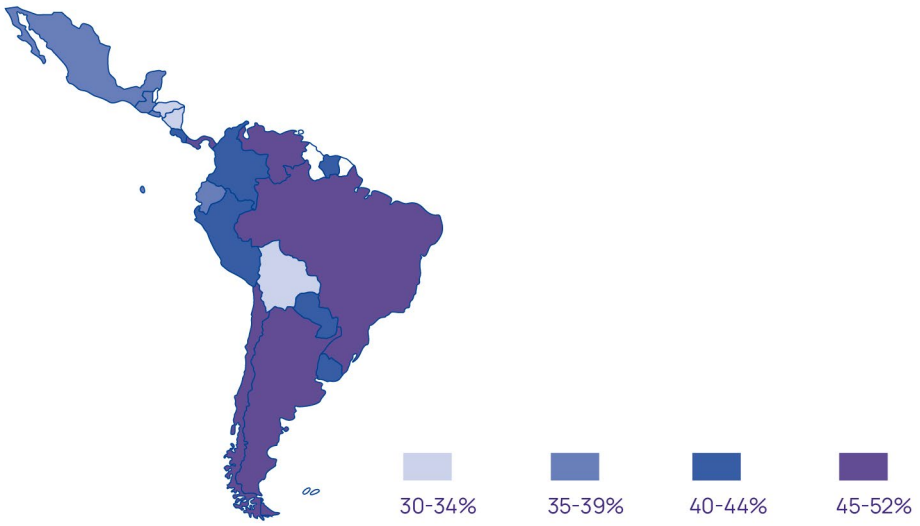
Sobre el enunciado "Solo existen vacunas para la hepatitis A y para la hepatitis B", el 62% de toda la muestra manifestó que ya lo sabía (*Tabla 6.37*).

Con relación al enunciado "Los médicos recomiendan a los hombres que tienen sexo con hombres que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B", el 44% de toda la muestra indicó que ya lo sabía (*Tabla 6.37*). La distribución del conocimiento de este enunciado por países se presenta en la *Figura 6.15.*

Tabla 6.37 Conocimientos sobre hepatitis virales

	Ya lo conocía		No estaba seguro		No lo conocía		No lo entendía		No me la creo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La hepatitis es una inflamación del hígado	47.829	74,3%	9124	14,2%	6767	10,5%	397	0,6%	292	0,5%
La mayoría de las hepatitis son causadas por un virus	46.288	71,9%	11.289	17,5%	6254	9,7%	292	0,5%	230	0,4%
Hay diversos tipos de hepatitis virales, nombradas con las letras del alfabeto	53.761	83,6%	5015	7,8%	5113	8,0%	300	0,5%	110	0,2%
Solo existen vacunas para la hepatitis A y para la hepatitis B	39.829	61,9%	14.851	23,1%	8944	13,9%	355	0,6%	353	0,5%
Los médicos recomiendan a los hombres que tienen sexo con hombres que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B	28.224	43,8%	13.246	20,6%	22.138	34,4%	351	0,5%	422	0,7%

Figura 6.15 Distribución del conocimiento de que los médicos recomiendan a los HSH que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B en los países de la región



Se calculó el indicador "Desconocimiento sobre hepatitis virales" en el 7% como el porcentaje para las respuestas "No estaba seguro", "No lo conocía", "No lo entendía" o "No me la creo" a los cinco enunciados presentados en la Tabla 6.37. El desconocimiento fue más frecuente en las zonas geográficas de México, América Central y países andinos y Surinam (9%), y menor en Brasil y los países del Cono Sur (4%) (*Tabla 6.38*). Los países con mayor porcentaje de desconocimiento fueron Surinam, Honduras, Bolivia, Colombia y El Salvador (más del 10%), mientras que los países con menor porcentaje fueron Argentina, Uruguay y Venezuela (menos del 4%). En la *Tabla 6.41* se presentan los porcentajes por países de la región.

Tabla 6.38 Desconocimiento sobre las hepatitis virales, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	17.972	786	4,4%
Países andinos y Surinam	14.863	1274	8,6%
México	14.777	1349	9,1%
Países del Cono Sur	11.705	458	3,9%
América Central	4623	409	8,8%
Total	**63.940**	**4276**	**6,7%**

No se obtuvo respuesta de 715 participantes.

Al comparar por características sociodemográficas, el desconocimiento sobre hepatitis virales fue más frecuente en los participantes de menor edad, los que residían en ciudades de menor tamaño poblacional, de menor nivel educativo, que no tenían empleo por diversos motivos (desempleado, estudiantes u otros), con orientación sexual distinta a gay u homosexual (bisexual u otros) y quienes nunca se hicieron una prueba de VIH (*Tabla 6.39*).

Tabla 6.39. Desconocimiento sobre recomendación de vacunación contra hepatitis A y B en hombres que tienen sexo con hombres, por características sociodemográficas

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**64.381**	**4276**	**6,6%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.891	2091	9,6%	
Entre 25 y 39 años	32.787	1833	5,6%	
Más de 39 años	9703	352	3,7%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	39.888	2402	6,1%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.272	926	7,0%	
Menos de 100 mil habitantes	9320	805	8,7%	

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Nivel educativo				<0,001
Bajo	7125	710	10,0%	
Medio	14.004	1329	9,6%	
Alto	42.995	2205	5,2%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.449	2658	6,2%	
Desempleado	5901	449	7,6%	
Estudiante	13.155	1019	7,8%	
Otra	1620	118	7,4%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.809	3070	6,2%	
Bisexual	10.906	882	8,1%	
Otra	3643	322	8,9%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.276	1615	11,4%	
Último resultado VIH negativo	39.483	409	4,0%	
Último resultado VIH positivo	10.244	2212	5,6%	

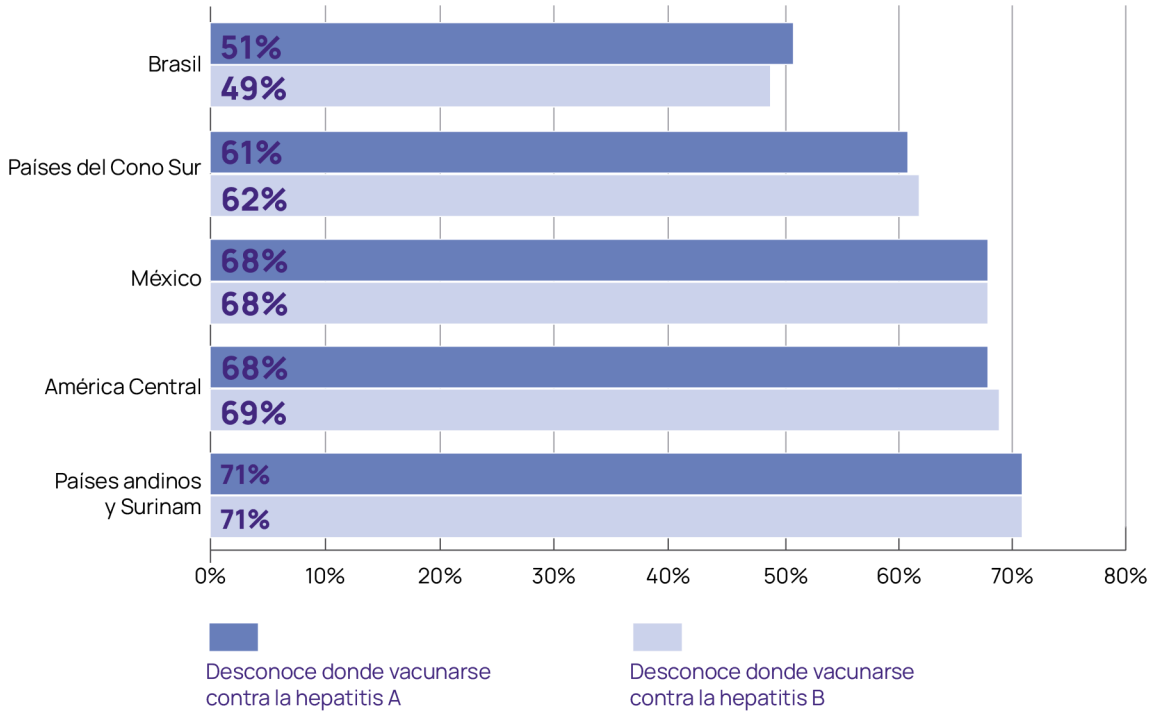
7.2 Conocimiento sobre dónde obtener vacunación contra hepatitis virales A y B

A los 39.989 hombres que no indicaron haber tenido infección previa o dosis completa de vacunación para la hepatitis A se les preguntó si sabían dónde podían vacunarse contra ese virus; el 37% sí sabía, el 46% no sabía y el 18% no estaba seguro.

Igualmente, a 39.074 participantes sin infección actual o antigua, que nunca se vacunaron, no completaron sus vacunas o no sabían si fueron vacunados contra la hepatitis B, se les preguntó si sabían dónde podían vacunarse: el 37% sí sabía, el 46% no sabía y el 18% no estaba seguro.

El desconocimiento de dónde vacunarse contra la hepatitis A o B fue calculado para cada virus sumando los porcentajes de respuestas "No" o "No estoy seguro" en las preguntas "¿Sabes dónde podrías vacunarte contra la hepatitis A/B?" en los participantes sin evidencia de estar inmunizados para el virus correspondiente. El patrón de desconocimiento de dónde vacunarse por países fue similar tanto para hepatitis A como B, siendo del 63% en ambos casos. Hubo mayor desconocimiento en la zona geográfica de los países andinos y Surinam (71%) y menor en Brasil (alrededor del 50%) (*Figura 6.16*). Los países con mayor desconocimiento fueron El Salvador, Guatemala y Bolivia (más del 75% tanto para hepatitis A como B), mientras que Uruguay, Brasil, Argentina y Costa Rica fueron los países con menor desconocimiento sobre dónde vacunarse (menos del 55% tanto para hepatitis A como B). En la *Tabla 6.41* se presentan los porcentajes por países de la región.

Figura 6.16 Desconocimiento de dónde vacunarse contra las hepatitis A y B, por zona geográfica



8. Resumen de indicadores sobre necesidades en salud por país de residencia

Tabla 6.40 Resumen de indicadores sobre necesidades sociales, sobre trasmisión de ITS/VIH y acceso a la PEP y la PrEP, por país de residencia

País de residencia	Necesidades sociales		Necesidades sobre trasmisión de ITS/VIH		Necesidades sobre el acceso a la PEP y la PrEP			
	Insultos verbales por su sexualidad en los últimos 12 meses	Promedio de puntaje de Escala corta de homonegatividad internalizada	Desconocimiento de 6 enunciados sobre trasmisión de VIH/ITS	Sexo sin condón en los últimos 12 meses porque no hubo condón	No haber escuchado sobre la PEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*	Baja percepción de acceso a la PEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*	No haber escuchado sobre la PrEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*	Inseguridad para uso de la PrEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*
	%	%	%	%	%	%	%	%
Argentina	25,6	1,35	0,5	37,5	57,5	76,4	57,6	23,3
Bolivia	34,6	1,49	1,5	50,9	73,3	74,8	71	16,5
Brasil	33,6	1,53	0,4	41,8	27,6	58,1	33	20,9
Chile	23,6	1,55	0,3	41	52	78,2	48,4	18,1
Colombia	24,2	1,66	1,3	51,6	66,5	71,6	64,5	14,4
Costa Rica	33,8	1,67	0,6	46,5	57,4	78,7	52,6	12,3
Ecuador	25,3	1,76	1,4	52,5	67,8	75,7	66,6	15,4
El Salvador	38	1,85	0,7	44,8	66,6	82,1	65,5	13,3

País de residencia	Necesidades sociales		Necesidades sobre trasmisión de ITS/VIH		Necesidades sobre el acceso a la PEP y la PrEP			
	Insultos verbales por su sexualidad en los últimos 12 meses	Promedio de puntaje de Escala corta de homonegatividad internalizada	Desconocimiento de 6 enunciados sobre trasmisión de VIH/ITS	Sexo sin condón en los últimos 12 meses porque no hubo condón	No haber escuchado sobre la PEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*	Baja percepción de acceso a la PEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*	No haber escuchado sobre la PrEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*	Inseguridad para uso de la PrEP en aquellos sin diagnóstico de VIH*
	%	%	%	%	%	%	%	%
Guatemala	34,5	1,87	1	53,8	52,3	71	48,7	14,3
Honduras	39,7	2,04	0,3	50,2	68,4	74,2	67,6	17,9
México	29,1	2,05	0,7	46,1	54,7	72,5	51,6	14,7
Nicaragua	42,3	2,09	0,4	54,5	78,3	75	76,2	15,1
Panamá	27,6	2,09	0,5	44,9	61,3	71,7	58,4	15,7
Paraguay	40,4	2,1	0,3	48,9	58,1	74,5	57,7	19,1
Perú	34,2	2,1	1,6	51,9	65,4	68,6	61,9	16,8
Surinam	24,1	2,2	0,5	36	54,3	85,2	53	31,3
Uruguay	29,5	2,31	0,3	36,5	56,1	80,3	54,5	25,6
Venezuela	21,6	2,45	0,5	42,7	67,2	84,6	67,7	16,6
Total	**29,4**	**1,68**	**0,7**	**44,8**	**50,6**	**69,9**	**50,4**	**17,8**

*Sin diagnóstico de VIH: último resultado negativo o nunca se hizo la prueba.

Tabla 6.41 Resumen de indicadores sobre el diagnóstico y tratamiento del VIH y sobre las hepatitis virales, por país de residencia

País de residencia	Necesidad sobre diagnóstico de VIH		Necesidad sobre tratamiento para VIH		Necesidades sobre las hepatitis virales		
	Porcentaje de incertidumbre sobre estado serológico de VIH	Desconocer dónde hacerse la prueba de VIH en quienes nunca se hicieron la prueba	Nunca en TARV en aquellos con diagnóstico de VIH	Interrupción de TARV en aquellos con diagnóstico de VIH, monitorizados, que habían iniciado tratamiento antes	Desconocimiento sobre las hepatitis virales	Desconocimiento sobre dónde vacunarse contra hepatitis A	Desconocimiento sobre dónde vacunarse contra hepatitis B
	%	%	%	%	%	%	%
Argentina	7,44	56,6	7,5	2,7	3	52,5	47
Bolivia	12,13	51,2	12,6	5,3	10,4	30,3	23,1
Brasil	6,5	61,5	5,5	1,3	4,4	47,7	50,7
Chile	8,05	56,3	8,2	3,2	4,5	47	30,1
Colombia	11,45	49,6	10,3	4,1	10,4	40,7	28,6
Costa Rica	9,62	54,9	8,4	2,8	7,3	43,5	44,1
Ecuador	13,19	58,3	12,6	3	8	38,7	28,9
El Salvador	11,82	62,6	10,8	7	10,2	37,1	25,1

País de residencia	Necesidad sobre diagnóstico de VIH		Necesidad sobre tratamiento para VIH		Necesidades sobre las hepatitis virales		
	Porcentaje de incertidumbre sobre estado serológico de VIH	Desconocer dónde hacerse la prueba de VIH en quienes nunca se hicieron la prueba	Nunca en TARV en aquellos con diagnóstico de VIH	Interrupción de TARV en aquellos con diagnóstico de VIH, monitorizados, que habían iniciado tratamiento antes	Desconocimiento sobre las hepatitis virales	Desconocimiento sobre dónde vacunarse contra hepatitis A	Desconocimiento sobre dónde vacunarse contra hepatitis B
	%	%	%	%	%	%	%
Guatemala	9,52	66,4	2,4	0	8,5	39	22,8
Honduras	8,09	71,4	14,3	4,2	11,1	33,9	30
México	10,34	52,2	9	2,4	9,1	38,9	31,9
Nicaragua	11,68	64,6	menos de 30 personas	menos de 30 personas	9,5	30,8	32
Panamá	7,94	60,1	5,6	4	8	46,7	34,4
Paraguay	14,38	69,5	14	4,3	8,7	41,1	33,2
Perú	14,24	51,5	11,2	2,5	7,3	40,5	34,8
Surinam	7,44	81,4	menos de 30 personas	menos de 30 personas	12,1	41,9	29,1
Uruguay	5,34	62,1	9,6	4,8	3	43,1	50,1
Venezuela	7,05	55,9	11,9	15,14	3	49,8	25,1
Total	**8,97**	**56,3**	**7,5**	**3**	**6,7**	**43,8**	**36,5**

7. Oferta y uso de servicios de salud

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Uso de servicios para el control de abuso de drogas o alcohol 190
2. Fuente de obtención de condones 192
3. Uso de servicios de salud para educación e información sobre VIH/ITS 195
4. Uso de servicios de salud para el uso de la PrEP 197
4.1 Fuente de información sobre la PrEP 197
4.2 Obtención y fuente de prescripción de recetas para tomar la PrEP 199
5. Uso de servicios de salud para pruebas de VIH 203
5.1 Oferta de prueba de VIH por servicios de salud 203
5.2 Tiempo desde última prueba de VIH 204
5.3 Tipo de servicio de salud utilizado para prueba y diagnóstico de VIH 206
5.4 Satisfacción de la atención recibida en centros de prueba y diagnóstico de VIH 209
5.5 Uso de servicios de salud para monitoreo de infección por VIH 212
6. Uso de servicios en salud para pruebas de ITS 214
6.1 Tiempo desde la última prueba de ITS (no VIH) 214
6.2 Percepción del conocimiento de proveedores de salud sobre su sexualidad 217
6.3 Pruebas realizadas para descarte de ITS 218
7. Notificación a parejas para diagnóstico/tratamiento para ITS 220
8. Oferta de vacunación contra los virus de la hepatitis 221
9. Resumen de indicadores sobre oferta y uso de servicios de salud, por país de residencia 221

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 7.1 Búsqueda de un profesional de salud por preocupación sobre consumo de drogas (aparte de tabaco y/o alcohol) y alcohol en los últimos 12 meses, por zona geográfica 192

Tabla 7.2 Fuente de obtención gratuita de condones en los últimos 12 meses, por zona geográfica 193

Tabla 7.3 Obtención gratuita de condones en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas 194

Tabla 7.4 ¿Cuándo fue la última vez que leíste o escuchaste alguna información sobre el VIH o las infecciones de transmisión sexual, específicamente para hombres gais, bisexuales u otros hombres que tienen sexo con hombres? 195

Tabla 7.5 Haber recibido información sobre VIH/ITS en los últimos 12 meses, por zona geográfica 195

Tabla 7.6 Haber recibido información sobre VIH/ITS, por características sociodemográficas 196

Tabla 7.7 Lugares donde se recibió información sobre la PrEP, por zona geográfica (respuestas múltiples) 198

Tabla 7.8 Lugares en que se recibió receta para tomar la PrEP, por zona geográfica (respuestas múltiples) 200

Tabla 7.9 ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste la prueba del VIH? 204

Tabla 7.10 Reporte de prueba de VIH en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas 206

Tabla 7.11 Lugares donde los participantes realizaron su última prueba de VIH u obtuvieron su diagnóstico de VIH 207

Tabla 7.12 ¿Hasta qué punto estuviste satisfecho con el apoyo y la información que recibiste? 210

Tabla 7.13 Estar muy satisfecho o satisfecho (satisfacción) con el apoyo e información recibida durante su última prueba de VIH o al momento del diagnóstico, por zona geoográfica 212

Tabla 7.14 ¿Cuándo fue la última vez que visitaste a un profesional de la salud para hacerte un seguimiento de tu infección por el VIH? 212

Tabla 7.15 Participantes con diagnóstico de VIH cuyo último seguimiento de la infección fue en los últimos 6 meses 213

Tabla 7.16 ¿Alguna vez te has realizado una prueba para detectar alguna infección de transmisión sexual (ITS) que no sea el VIH? 214

Tabla 7.17 Realización de pruebas para detección de ITS (no VIH) en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas 216

Tabla 7.18 En esa ocasión, el personal de salud que te atendió ¿sabía que tenías relaciones sexuales con hombres? 217

Tabla 7.19 Realización de tamizaje completo de ITS/VIH en los últimos 12 meses, por zona geográfica 219

Tabla 7.20 Notificación a parejas sexuales recientes del diagnóstico de sífilis o gonorrea en los últimos 12 meses 220

Tabla 7.21 Uso de servicios por consumo de alcohol y drogas, y medidas de prevención de ITS/VIH 221

Tabla 7.22 Uso de servicios para tamizaje/monitoreo de VIH/ITS y prevención de hepatitis virales 222

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 7.1 Tiempo desde última vez que usó los servicios de salud por su consumo de alcohol o drogas 190

Figura 7.2 Uso de servicios de salud sobre consumo de drogas o alcohol, por grupo etario 191

Figura 7.3 Fuente de obtención de condones en los últimos 12 meses (respuestas múltiples) 193

Figura 7.4 Distribución de recepción de información sobre VIH/ITS específica para HSH en los últimos 12 meses en los países de la región 196

Figura 7.5 Lugares donde se recibió información sobre la PrEP (respuestas múltiples) 197

Figura 7.6 Distribución de grupos etarios por lugar o tipo de servicio de salud que brinda información sobre la PrEP 199

Figura 7.7 Uso de servicios de salud antes de iniciar la PrEP, por zona geográfica 199

Figura 7.8 Recepción de una receta para tomar la PrEP, por zona geográfica 200

Figura 7.9 Servicios en donde recibió una receta para tomar la PrEP (respuestas múltiples) 201

Figura 7.10 Fuentes donde se obtuvieron las pastillas para la PrEP 202

Figura 7.11 Lugar de obtención de la PrEP, por tipo de servicio de salud y zona geográfica 203

Figura 7.12 Reporte de ofrecimiento de pruebas de VIH en un servicio de salud en participantes que nunca se hicieron la prueba de VIH, por zona geográfica 204

Figura 7.13 Reporte de prueba de VIH en los últimos 12 meses, por zona geográfica 205

Figura 7.14 Distribución del uso de pruebas de VIH en los últimos 12 meses en los países de la región 205

Figura 7.15 Distribución de uso de pruebas por estrategias comunitarias para el último descarte de VIH en los últimos 12 meses, en los países de la región 208

Figura 7.16 Lugares donde los participantes realizaron su última prueba de VIH u obtuvieron su diagnóstico de VIH, por zona geográfica 209

Figura 7.17 Respuestas sobre satisfacción del apoyo e información recibida en la última prueba de VIH en participantes con un último resultado negativo de VIH 210

Figura 7.18 Respuestas sobre satisfacción del apoyo e información recibida en el momento del diagnóstico de VIH 211

Figura 7.19 Participantes VIH positivos que hicieron el último seguimiento de su infección en los últimos seis meses, por zona geográfica 213

Figura 7.20 Porcentaje acumulado de la última vez que se realizó una prueba para detectar ITS (no VIH) por historia de prueba y diagnóstico de VIH 215

Figura 7.21 Porcentaje de realización de pruebas de ITS diferentes a VIH alguna vez en los últimos 12 meses y presencia de síntomas 215

Figura 7.22 Realización de pruebas para detectar ITS (no VIH) en los últimos 12 meses, por zona geográfica 216

Figura 7.23 Percepción sobre conocimiento del personal de salud de la sexualidad del participante, por zona geográfica 218

Figura 7.24 Tipo de prueba para detección de ITS (no VIH) realizada en los últimos 12 meses (respuestas múltiples) 218

Figura 7.25 Distribución de realización de un tamizaje completo de ITS/VIH en los últimos 12 meses en los países de la región 219

Figura 7.26 Notificaron a una pareja o más sobre la necesidad de prueba/tratamiento para ITS por estado de pareja estable y tiempo de relación 220

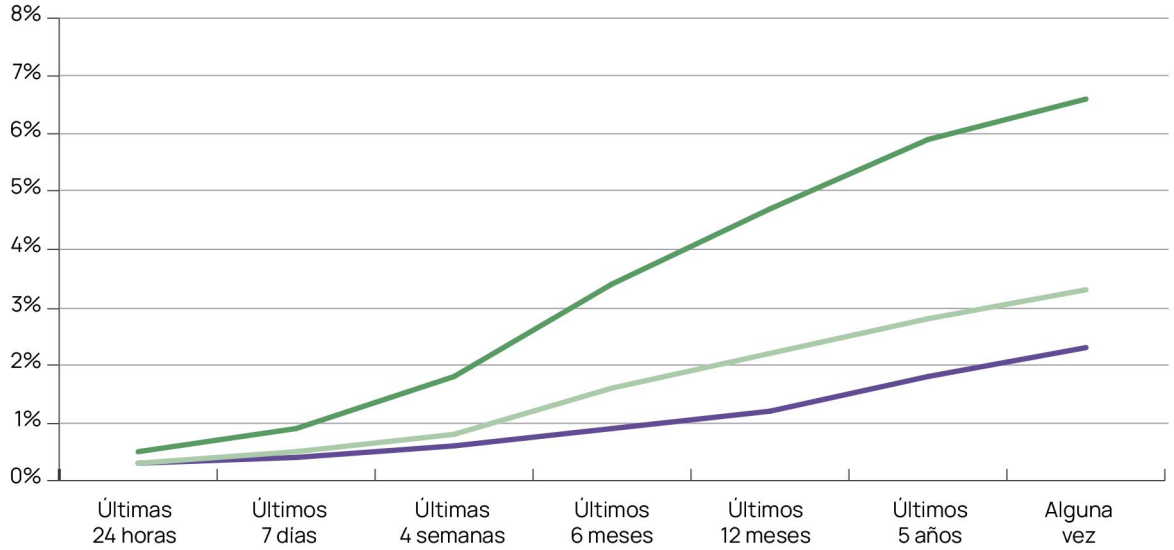
Figura 7.27 Ofrecimiento de alguna vacuna contra la hepatitis por un servicio de salud, por zona geográfica 221

El acceso a los servicios sociales y de salud es necesario para el control de cualquier enfermedad o condición física, psicológica o social. En el contexto de la población de HSH, la cobertura de acceso a programas de control y tratamiento de VIH/ITS, inmunizaciones contra virus de hepatitis, salud mental y consumo de alcohol y sustancias ha mejorado con la creación de organizaciones de la sociedad civil dirigidas a esta población. Sin embargo, su acceso es menor en los centros de salud públicos debido al estigma y discriminación imperante en la región, así como por la escasa implementación de programas de salud dirigidos a responder a las necesidades de los HSH. El objetivo de este capítulo es describir el estado actual de la oferta y el uso de servicios de salud relacionados con los diversos problemas prevalentes en los HSH de la región, los servicios de salud utilizados con mayor frecuencia y la percepción sobre la atención recibida.

1. Uso de servicios para el control de abuso de drogas o alcohol

A todos los participantes se les preguntó sobre la última vez que buscaron ayuda profesional por su preocupación por su consumo de alcohol o drogas, independientemente de lo que contestaron anteriormente en el cuestionario (*Figura 7.1*).

Figura 7.1 Tiempo desde última vez que usó los servicios de salud por su consumo de alcohol o drogas



	Últimas 24 horas	Últimos 7 días	Últimas 4 semanas	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Últimos 5 años	Alguna vez
Consultó con profesional por preocupación por consumo de alcohol	0,3%	0,5%	0,8%	1,6%	2,2%	2,8%	3,3%
Consultó con profesional por preocupación por consumo de drogas*	0,5%	0,9%	1,8%	3,4%	4,7%	5,9%	6,6%
Asistió a grupo de autoayuda/ centro de rehabilitación o asesor por consumo de drogas*	0,3%	0,4%	0,6%	0,9%	1,2%	1,8%	2,3%

* No incluye alcohol o tabaco.

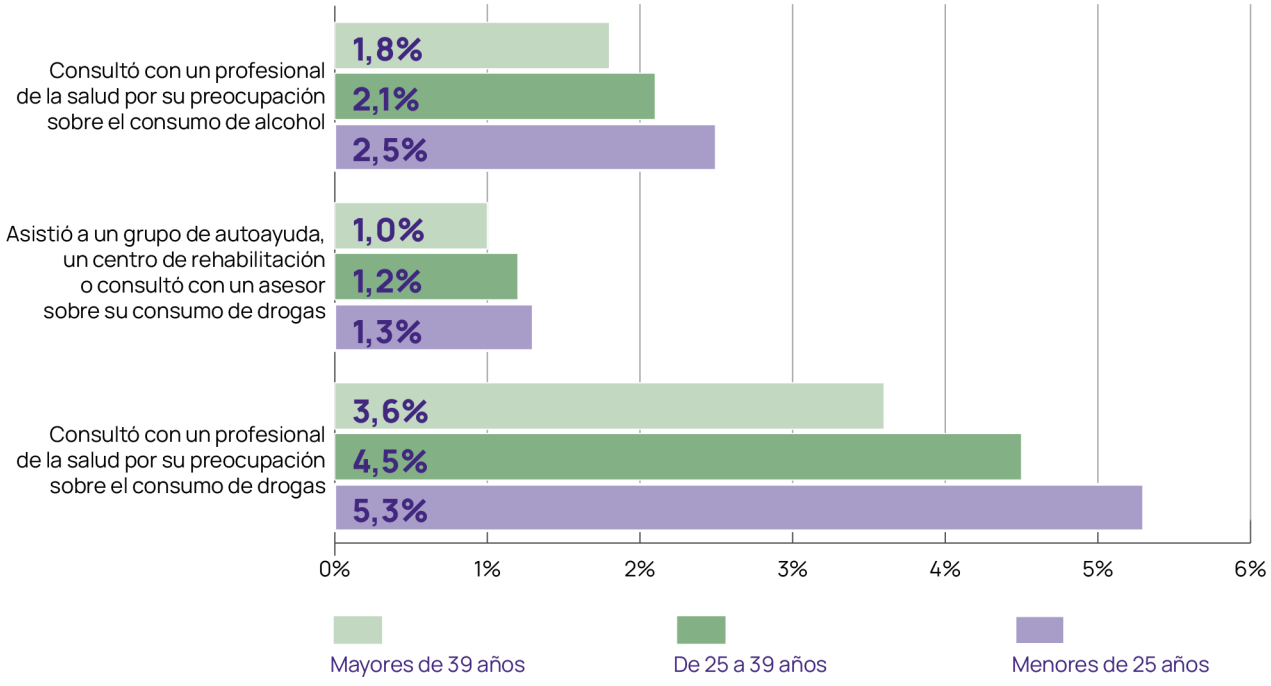
En relación con la consulta de un profesional de la salud por la preocupación por el consumo de drogas (excepto tabaco o alcohol), el 7% lo hizo alguna vez y el 5% lo hizo en los últimos 12 meses.

En lo que refiere a haber asistido a grupos de autoayuda, centros de rehabilitación o a un asesor sobre el consumo de drogas (excepto tabaco o alcohol), el 2% lo hizo alguna vez, mientras que el 1% lo hizo en los últimos 12 meses.

En cuanto a la consulta a un profesional de la salud por la preocupación por el consumo de alcohol, el 3% lo hizo alguna vez y el 2% lo hizo en los últimos 12 meses.

Al comparar por grupo etario, se observó que el uso de servicios de salud sobre el consumo de drogas o alcohol disminuyó con la edad, siendo mayor en el grupo etario de menores de 25 años (*Figura 7.2*).

Figura 7.2 Uso de servicios de salud sobre consumo de drogas o alcohol, por grupo etario



La consulta con un profesional de la salud por la preocupación sobre el consumo de drogas o alcohol en los últimos 12 meses fue mayor en América Central (6% y 3%, respectivamente) (*Tabla 7.1*) y menor en la zona geográfica de Brasil (3% y 2%, respectivamente). Los países con mayor porcentaje de uso de estos servicios de salud fueron Ecuador, Guatemala, Panamá (mayor del 5,5% para consultas por consumo de drogas y mayor del 3,4% para consultas por consumo de alcohol). Los países con menor uso de servicios por consumo de drogas fueron Surinam, Brasil y Venezuela (menos del 4%) y por consumo de alcohol fueron Uruguay, Paraguay, Venezuela, Surinam y Brasil (menos del 1,5%). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.21*.

Tabla 7.1 Búsqueda de un profesional de salud por preocupación sobre consumo de drogas (aparte de tabaco y/o alcohol) y alcohol en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	Sobre el consumo de drogas			Sobre el consumo de alcohol		
	Total	n	%	Total	n	%
Brasil	18.006	590	3,3%	17.968	268	1,5%
Países andinos y Surinam	14.947	792	5,3%	14.917	354	2,4%
México	14.858	822	5,5%	14.826	389	2,6%
Países del Cono Sur	11.749	528	4,5%	11.743	236	2,0%
América Central	4639	267	5,8%	4634	146	3,2%
Total	**64.199**	**2999**	**4,7%**	**64.088**	**1393**	**2,2%**

No se obtuvo respuesta de 456 y 567 participantes sobre la búsqueda de un profesional de la salud por preocupación por el consumo de drogas y alcohol, respectivamente.

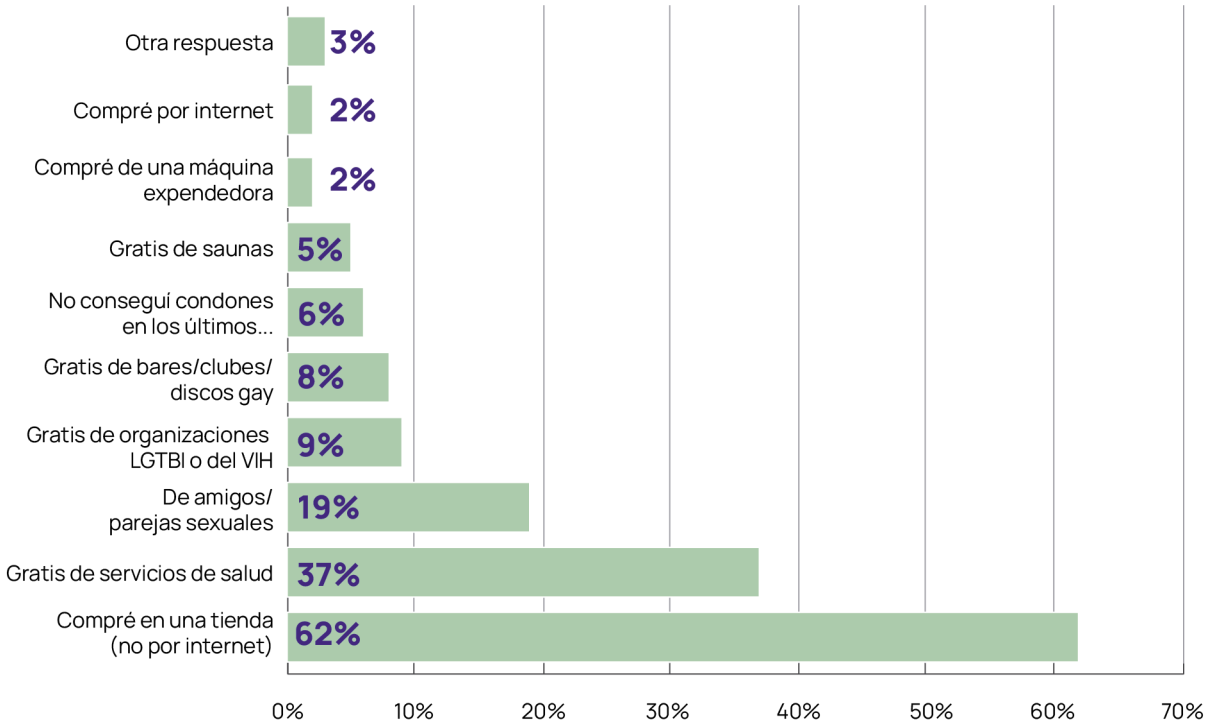
2. Fuente de obtención de condones

Se les pidió a todos los participantes que indicaran todos los lugares o medios utilizados para conseguir condones en los últimos 12 meses (pregunta de opción múltiple), obteniéndose 99.310 respuestas de 64.241 participantes. El 64% adquirió condones en una tienda, por internet o en una máquina expendedora, mientras que el 44% los obtuvo en forma gratuita en servicios de salud, saunas, bares/clubes/discos gais, u organizaciones LGTBI o del VIH.

Dentro de las fuentes gratuitas de obtención de condones, los servicios de salud fueron las más comunes en los últimos 12 meses, con el 37%, seguido por las organizaciones LGTBI o del VIH, con el 9% (*Figura 7.3*).

Los participantes que respondieron "Otra respuesta" reportaron que el lugar indicado con mayor frecuencia para la compra de condones fueron las farmacias o boticas.

Figura 7.3 Fuente de obtención de condones en los últimos 12 meses (respuestas múltiples)



La zona geográfica de México tuvo el porcentaje más alto de obtención de preservativos en los últimos 12 meses por alguna fuente gratuita (52%), mientras que los países del Cono Sur tuvieron el porcentaje más bajo (33%) (*Tabla 7.2*). Por países, Guatemala, El Salvador y México tuvieron los porcentajes más altos de la región (más del 50%), mientras que Chile, Costa Rica y Uruguay tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 28%). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.21*. En relación con la obtención de preservativos por organizaciones LGTBI, América Central fue la zona geográfica con el porcentaje más alto (19%), mientras que Brasil tuvo el porcentaje más bajo (4%) (*Tabla 7.2*). Por países, los porcentajes más altos estuvieron en Guatemala, Bolivia, El Salvador y Paraguay (más del 25%), mientras que Nicaragua, Chile y Brasil tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 7%).

Tabla 7.2 Fuente de obtención gratuita de condones en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	Servicios de salud		Bares/clubs/ discos gay		Saunas		Organizaciones LGTBI o de VIH		Al menos una fuente gratuita*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	7917	43,9%	1512	8,4%	1298	7,2%	770	4,3%	8827	49,0%
Países andinos y Surinam	4667	31,2%	1079	7,2%	760	5,1%	1543	10,3%	5975	40,0%
México	6676	44,9%	1524	10,3%	602	4,1%	1910	12,9%	7705	51,8%
Países del Cono Sur	3078	26,2%	781	6,6%	551	4,7%	939	8,0%	3913	33,3%
América Central	1419	30,5%	381	8,2%	239	5,1%	866	18,6%	2051	44,1%
Total	**23.757**	**37,0%**	**5277**	**8,2%**	**3450**	**5,4%**	**6028**	**9,4%**	**28.471**	**44,3%**

* Obtener condones gratis ya sea de servicios de salud, bares/clubs/discos, saunas u organización LGTBI o de VIH.
No se obtuvo respuesta de 414 participantes a las preguntas sobre fuente de obtención de condones.

Al comparar por características sociodemográficas, la obtención de condones por una fuente gratuita fue más frecuente en los mayores de 25 años, los que vivían en ciudades de mayor tamaño poblacional y de nivel educativo medio o bajo, los desempleados, con orientación sexual gay u homosexual, y aquellos con diagnóstico de VIH (*Tabla 7.3*).

Tabla 7.3 Obtención gratuita de condones en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**64.241**	**28.471**	**44,3%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.843	9.410	43,1%	
Entre 25 y 39 años	32.701	14.726	45,0%	
Más de 39 años	9697	4335	44,7%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				0,001
500 mil habitantes o más	39.819	17.958	45,1%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.251	5707	43,1%	
Menos de 100 mil habitantes	9285	3972	42,8%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	7126	3250	45,6%	
Medio (CINE 4-5)	13.998	6366	45,5%	
Alto (CINE 6-8)	42.987	18.811	43,8%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.432	18.867	43,4%	
Desempleado	5903	2990	50,7%	
Estudiante	13.162	5811	44,1%	
Otra	1622	752	46,4%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.721	22.731	45,7%	
Bisexual	10.859	4293	39,5%	
Otra	3637	1437	39,5%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.242	4680	32,9%	
Último resultado VIH negativo	39.404	17.231	43,7%	
Último resultado VIH positivo	10.224	6384	62,4%	

3. Uso de servicios de salud para educación e información sobre VIH/ITS

De todos los participantes, el 58% había recibido información sobre VIH/ITS específicamente para HSH en las últimas cuatro semanas, el 79% en los últimos seis meses, el 89% en los últimos 12 meses y el 97% alguna vez (*Tabla 7.4*).

Tabla 7.4 ¿Cuándo fue la última vez que leíste o escuchaste alguna información sobre el VIH o las infecciones de transmisión sexual, específicamente para hombres gais, bisexuales u otros hombres que tienen sexo con hombres?

	n	%	%AC
Últimas 24 horas	9404	15,5%	15,5%
Últimos 7 días	13.882	22,9%	38,3%
Últimas 4 semanas	12.055	19,8%	58,2%
Últimos 6 meses	12.487	20,6%	78,7%
Últimos 12 meses	5947	9,8%	88,5%
Últimos 5 años	2858	4,7%	93,2%
Alguna vez	2410	4,0%	97,2%
Nunca	1704	2,8%	100,0%
Total	**60.747**	**100,0%**	

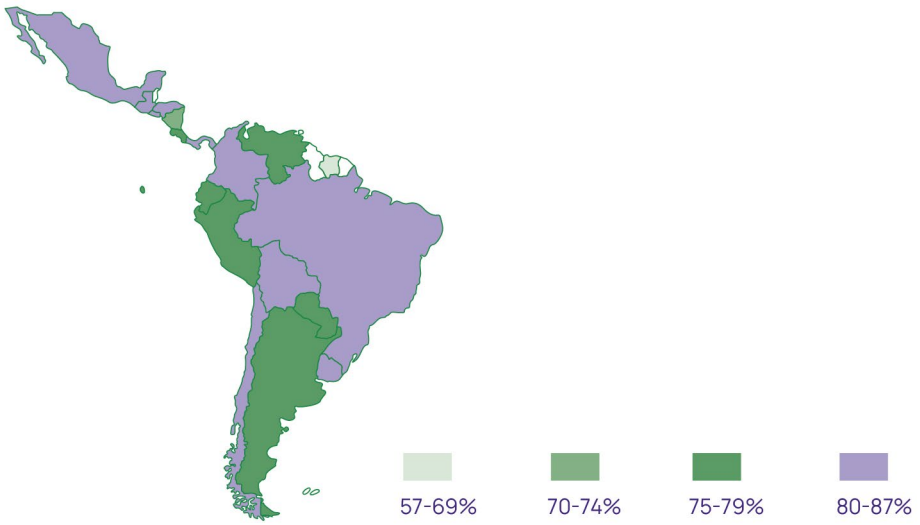
No se obtuvo respuesta de 3908 participantes.

Haber recibido información sobre VIH/ITS específica para HSH fue mayor en la zona geográfica de Brasil (87%) y menor en los países andinos y Surinam (80%) (*Tabla 7.5*). Brasil, Chile y Guatemala tuvieron los porcentajes más altos de haber recibido información (más del 84%). En cambio, Surinam, Nicaragua y Venezuela tuvieron los porcentajes más bajos (menos del 78%). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.21*.

Tabla 7.5 Haber recibido información sobre VIH/ITS específica para HSH en los últimos 12 meses, por zona geográfica

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	18.139	15.830	87,3%
Países andinos y Surinam	15.068	12.033	79,9%
México	14.957	12.458	83,3%
Países del Cono Sur	11.811	9674	81,9%
América Central	4680	3780	80,8%
Total	**64.655**	**53.775**	**83,2%**

Figura 7.4 Distribución de recepción de información sobre VIH/ITS específica para HSH en los últimos 12 meses en los países de la región



Al comparar por características sociodemográficas, haber recibido información sobre VIH/ITS en los últimos 12 meses fue más frecuente en los participantes de entre 25 y 39 años, en los que vivían en ciudades de mayor tamaño poblacional, de mayor nivel educativo, con empleo, con orientación sexual gay u homosexual y en quienes se hicieron alguna vez una prueba de VIH (*Tabla 7.6*).

Tabla 7.6 Haber recibido información sobre VIH/ITS específica para HSH, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**64.655**	**53.775**	**83,2%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	22.037	18.070	82,0%	
Entre 25 y 39 años	32.875	27.835	84,7%	
Más de 39 años	9743	7870	80,8%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	40.027	33.713	84,2%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	13.337	11.038	82,8%	
Menos de 100 mil habitantes	9361	7541	80,6%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	7159	5723	79,9%	
Medio (CINE 4-5)	14.040	11.374	81,0%	
Alto (CINE 6-8)	43.057	36.411	84,6%	

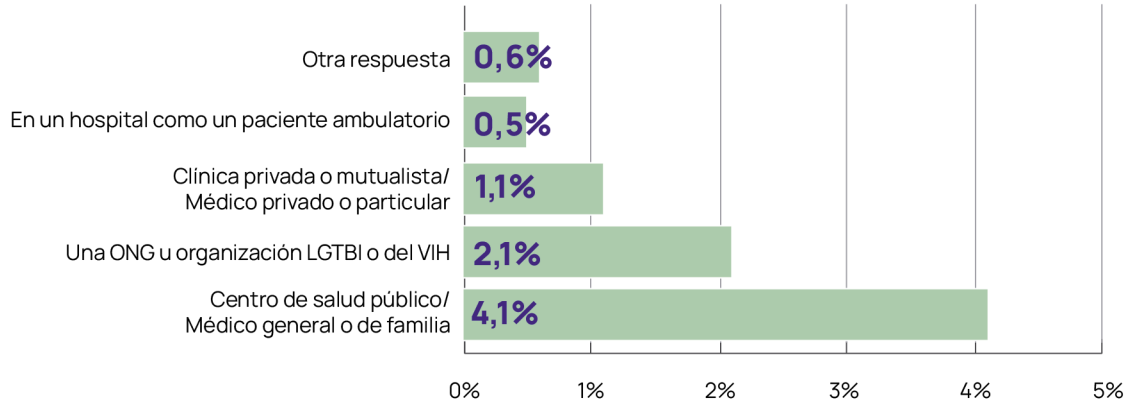
Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				<0,001
Empleado	43.515	36.480	83,8%	
Desempleado	5916	4885	82,6%	
Estudiante	13.193	10.876	82,4%	
Otra	1629	1263	77,5%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	49.970	42.116	84,3%	
Bisexual	10.983	8769	79,8%	
Otra	3675	2873	78,2%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	14.365	10.952	76,2%	
Último resultado VIH negativo	39.599	33.845	85,5%	
Último resultado VIH positivo	10.265	8676	84,5%	

4. Uso de servicios de salud para el uso de la PrEP

4.1 Fuente de información sobre la PrEP

A los participantes se les preguntó si alguna vez en un servicio de salud de su país les habían hablado sobre la PrEP. El 7% reportó que sí les habían hablado alguna vez, el 89% indicó que no y el 4% no estaba seguro. Además, se les preguntó por los lugares donde habían recibido información sobre la PrEP. Los lugares reportados con mayor frecuencia fueron los centros de salud pública o los médicos generales o de familia (4%) y las ONG u organizaciones LGTBI o del VIH (2%). Las instituciones privadas o los hospitales fueron mencionados con menor frecuencia como fuente de información sobre la PrEP (*Figura 7.5*).

Figura 7.5 Lugares donde se recibió información sobre la PrEP (respuestas múltiples)



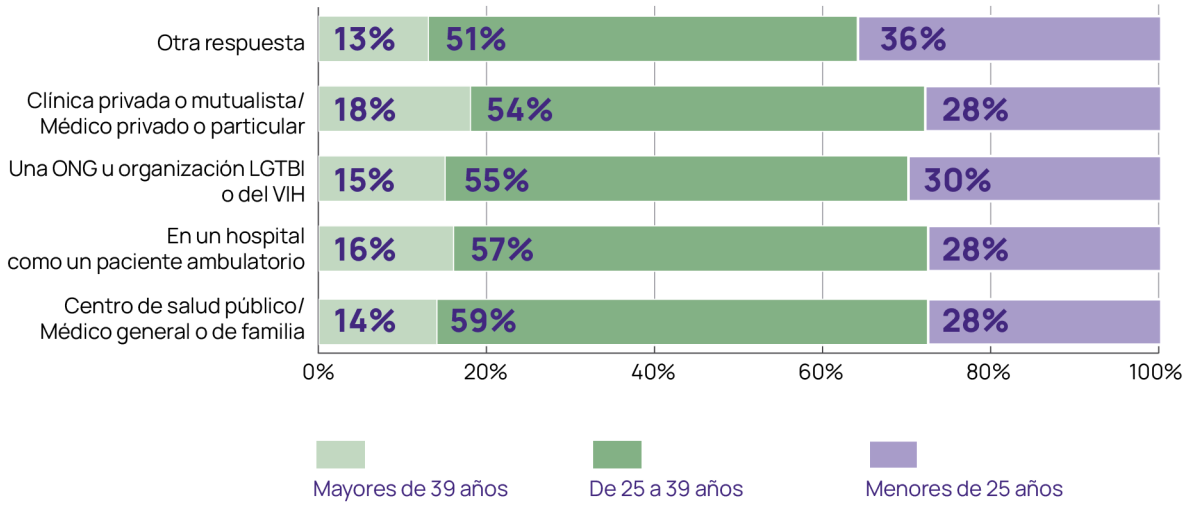
Haber recibido información sobre la PrEP en un centro de salud público/médico general o de familia fue más frecuente en Brasil (8%) y México (4%) (*Tabla 7.7*), mientras que en los demás países de la región el porcentaje fue menor al 3%. Las ONG u organizaciones LGTBI o de VIH fueron reportadas con mayor frecuencia en países como Guatemala (19%), Paraguay (9%) y Perú (5%), mientras que en los demás países de la región el porcentaje fue menor al 4%. Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.21*.

Tabla 7.7 Lugares donde se recibió información sobre la PrEP, por zona geográfica (respuestas múltiples)

	Brasil		Países andinos y Surinam		México		Países del Cono Sur		América Central	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro de salud público/Médico general o de familia	1519	8,4%	282	1,9%	574	3,9%	163	1,4%	98	2,1%
Clínica privada o mutualista/ Médico privado o particular	275	1,5%	114	0,8%	133	0,9%	152	1,3%	33	0,7%
En un hospital como un paciente ambulatorio	173	1,0%	59	0,4%	46	0,3%	41	0,3%	19	0,4%
Una ONG u organización LGTBI o del VIH	442	2,4%	243	1,6%	292	2,0%	121	1,0%	271	5,8%
Otra respuesta	194	1,1%	53	0,4%	63	0,4%	41	0,3%	20	0,4%
Total	**18.092**	**100,0%**	**14.973**	**100,0%**	**14.876**	**100,0%**	**11.769**	**100,0%**	**4658**	**100,0%**

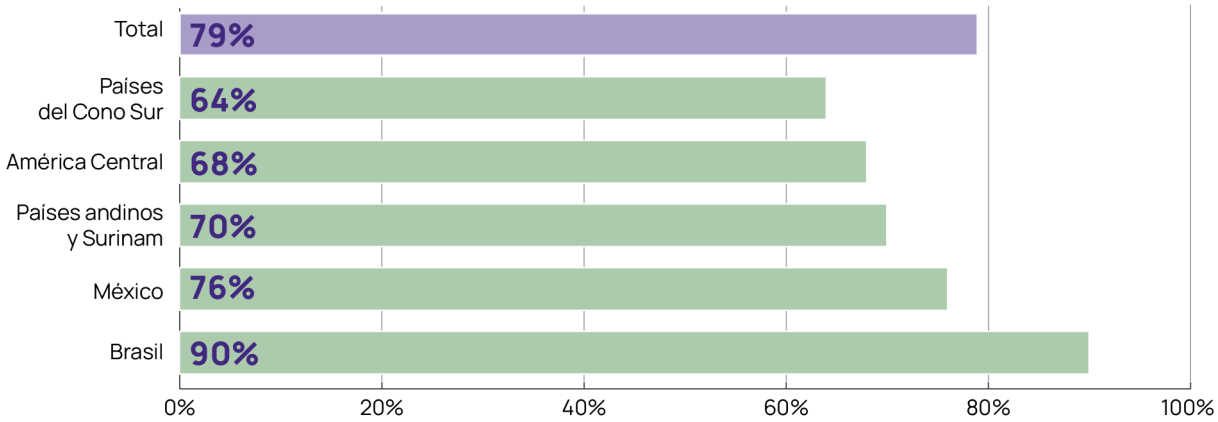
El patrón de edades fue similar entre todos los lugares donde se obtuvo información sobre la PrEP, siendo más frecuente que las personas entre 25 y 39 años recibieran información en cada uno de estos servicios, seguidos por los menores de 25 años (*Figura 7.6*).

Figura 7.6 Distribución de grupos etarios por lugar o tipo de servicio de salud que brinda información sobre la PrEP



En relación con el uso de servicios de salud previo al inicio de la PrEP, entre 972 participantes que reportaron haber usado la PrEP en algún momento, el 79% indicó que sí había consultado con un profesional previamente a empezar a tomar la PrEP, siendo más frecuente en la región geográfica de Brasil (90%) y menos frecuente en los países del Cono Sur (64%) (*Figura 7.7*).

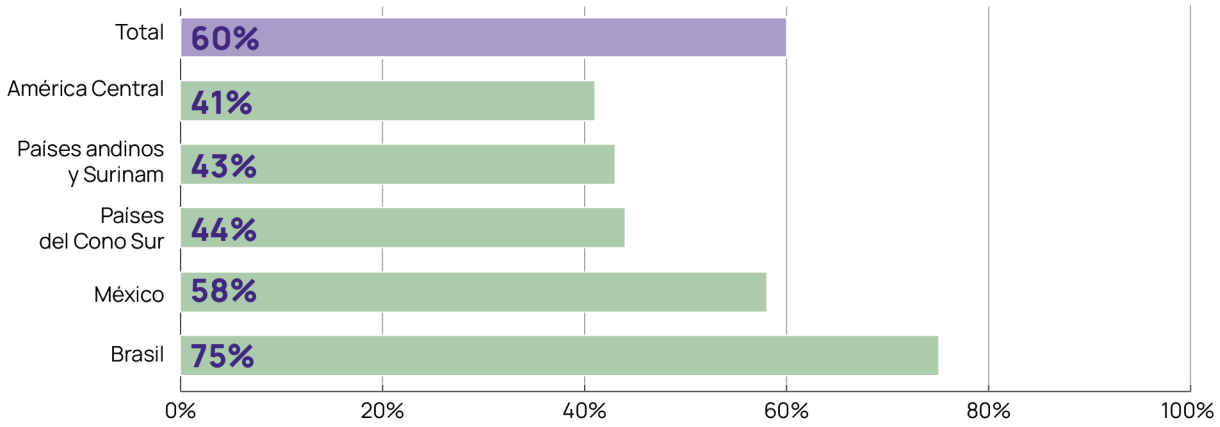
Figura 7.7 Uso de servicios de salud antes de iniciar la PrEP, por zona geográfica



4.2 Obtención y fuente de prescripción de recetas para tomar la PrEP

De 975 participantes que alguna vez usaron la PrEP (1,5%), 972 respondieron a la pregunta sobre haber recibido una prescripción para obtenerla. El 60% reportó haber recibido una receta médica para tomar la PrEP, siendo más frecuente en las zonas geográficas de Brasil (75%) y México (58%). En otras zonas geográficas el porcentaje fue menor al 45% (*Figura 7.8*).

Figura 7.8. Recepción de una receta para tomar la PrEP, por zona geográfica



De 578 participantes que recibieron una receta para la PrEP, los servicios reportados con mayor frecuencia para recibir la receta fueron los centros de salud públicos/médico general o de familia (67%) (*Figura 7.9*), siendo utilizados con mayor frecuencia en México (80%) (*Tabla 7.8*).

Los segundos servicios en importancia fueron las clínicas privadas o mutualistas/médico privado o particular (18%) (*Figura 7.9*), siendo reportados con mayor frecuencia en los países del Cono Sur (46%) (*Tabla 7.8*).

En cambio, las ONG u organizaciones LGTBI o de VIH fueron los servicios reportados con menor frecuencia como fuente de obtención de recetas para tomar la PrEP (9%) (*Figura 7.9*), sin embargo, fueron indicados con mayor frecuencia en los países andinos y Surinam (26%) y en América Central 24% (cuatro participantes), siendo menor al 6,5% en el resto de la región (*Tabla 7.8*).

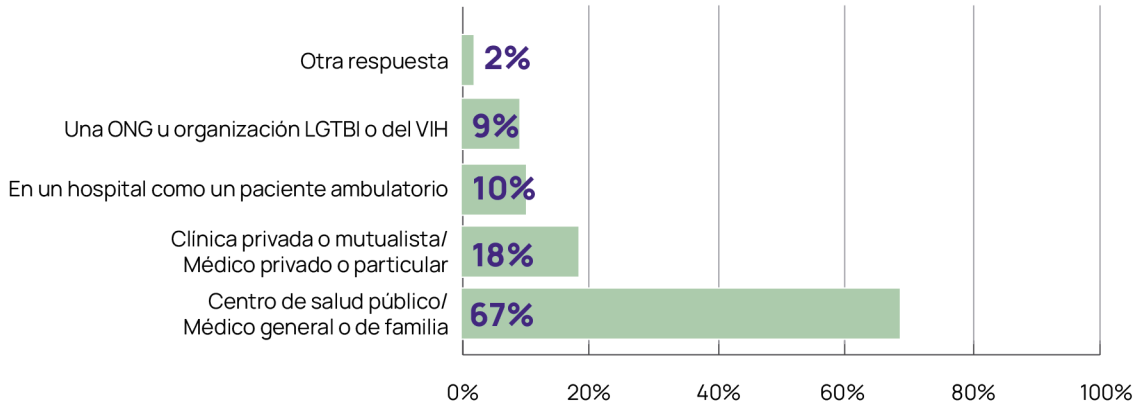
Tabla 7.8 Lugares donde se recibió la receta para tomar la PrEP, por zona geográfica (respuestas múltiples)

	Brasil		Países andinos y Surinam		México		Países del Cono Sur		América Central	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro de salud público/Médico general o de familia	201	69,6%	35	51,5%	120	80,0%	26	48,1%	8	47,1%
Clínica privada o mutualista/ Médico privado o particular	46	15,9%	15	22,1%	16	10,7%	25	46,3%	4	23,5%
En un hospital como un paciente ambulatorio	27	9,3%	8	11,8%	11	7,3%	4	7,4%	5	29,4%

	Brasil		Países andinos y Surinam		México		Países del Cono Sur		América Central	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Una ONG u organización LGTBI o del VIH	18	6,2%	18	26,5%	9	6,0%	3	5,6%	4	23,5%
Otra respuesta	8	2,8%	0	0,0%	3	2,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	**289**	**100,0%**	**68**	**100,0%**	**150**	**100,0%**	**54**	**100,0%**	**17**	**100,0%**

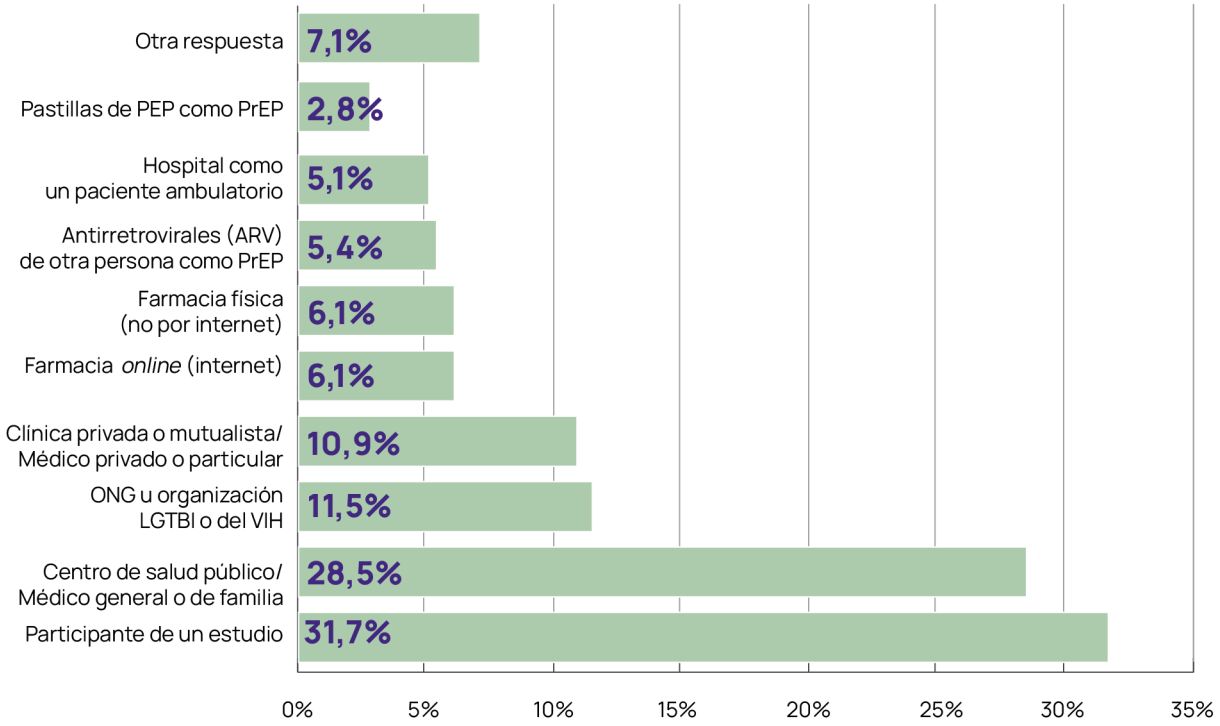
No se obtuvo respuesta de 1 participante.

Figura 7.9 Servicios en donde recibió una receta para tomar la PrEP (respuestas múltiples)



De los 930 encuestados que usaron la PrEP alguna vez y respondieron a la pregunta sobre el lugar donde la obtuvieron, el 32% afirmó haberla obtenido como participante de un estudio (32%) y el 28% en los centros de salud públicos/médico general o de familia. Las otras fuentes fueron reportadas con una frecuencia inferior al 12% (*Figura 7.10*).

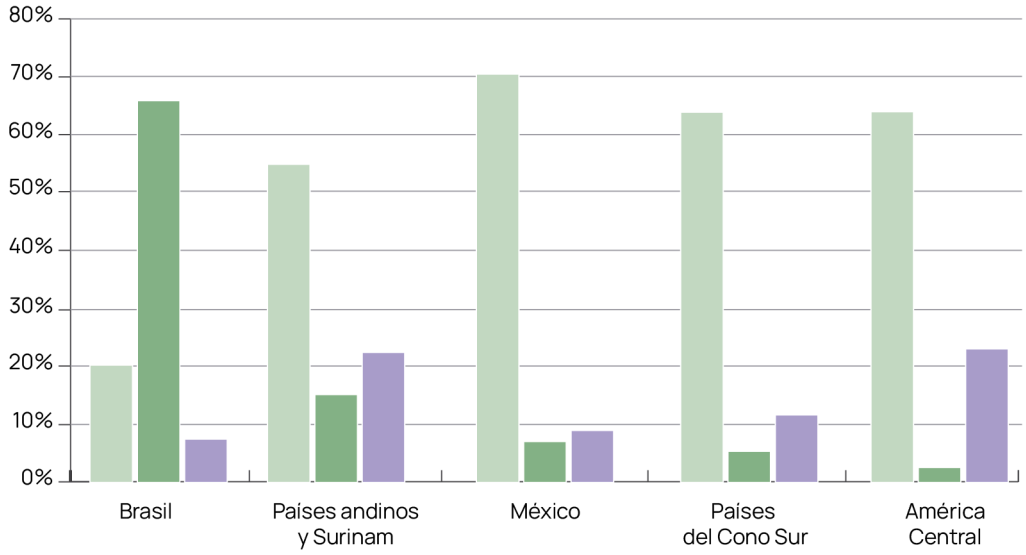
Figura 7.10 Fuentes donde se obtuvieron las pastillas para la PrEP



En toda la región, el 47% de los que usaron la PrEP alguna vez la obtuvieron del sistema de salud (incluye a los que recibieron sus pastillas en un centro de salud público/médico general o de familia, clínica privada o mutualista/médico privado o particular, farmacia física o como paciente ambulatorio de un hospital), siendo más frecuente en la zona geográfica de México (71%); en las demás zonas geográficas el porcentaje fue superior al 50%, con excepción de Brasil, con el 20% (*Figura 7.11*).

En relación con las otras fuentes de obtención de pastillas para la PrEP, la participación en estudios de investigación fue reportada con mayor frecuencia en Brasil (66%), siendo menor al 16% en las otras zonas geográficas. Las ONG u organizaciones LGTBI o de VIH fueron importantes en América Central y los países andinos y Surinam, con un porcentaje superior al 20%, mientras que en las demás zonas geográficas fue menor 12% (*Figura 7.11*).

Figura 7.11 Lugar de obtención de la PrEP, por tipo de servicio de salud y zona geográfica



	Brasil	Países andinos y Surinam	México	Países del Cono Sur	América Central
Algún centro de atención médica público o privado, o farmacia física	20,3%	55,0%	70,6%	64,0%	64,1%
Participantes en un estudio	66,0%	15,2%	7,1%	5,4%	2,6%
Una ONG u organización LGTBI o del VIH	7,5%	22,5%	9,0%	11,7%	23,1%

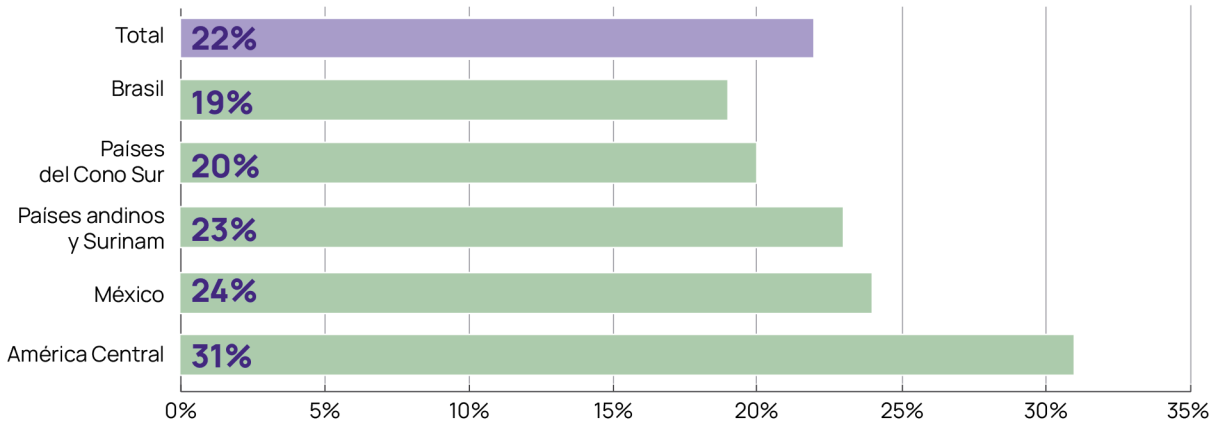
5. Uso de servicios de salud para pruebas de VIH

5.1 Oferta de prueba de VIH por servicios de salud

A los participantes que nunca se hicieron una prueba de VIH (N = 14.365) se les preguntó si alguna vez les habían ofrecido realizarse el test en un servicio de salud. El 22% respondió que sí (oferta de la prueba de VIH por servicios de salud), el 75% que no y 3% dijo que no sabía.

La oferta de la prueba de VIH por servicios de salud fue mayor en la zona geográfica de América Central (31%) y menor en los países del Cono Sur (20%) (*Figura 7.12*). Los países con mayor oferta de la prueba de VIH por servicios de salud fueron Guatemala, El Salvador y Bolivia (más del 30%); mientras que una menor oferta fue observada en Brasil (19%), reportándose menor porcentaje en Brasil, Chile, Costa Rica, Venezuela y Uruguay (menos del 20%). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.21*.

Figura 7.12 Reporte de ofrecimiento de pruebas de VIH en un servicio de salud en participantes que nunca se hicieron la prueba de VIH, por zona geográfica



5.2 Tiempo desde última prueba de VIH

A los participantes que reportaron tener un último resultado negativo de VIH (N = 39.599) se les preguntó sobre la última vez que se habían realizado la prueba, de los cuales el 16% la había realizado en las últimas cuatro semanas, el 56% en los últimos seis meses y el 81% en los últimos 12 meses (*Tabla 7.9*).

Tabla 7.9 ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste la prueba de VIH?

	n	%	%AC
En las últimas 24 horas	267	0,7%	0,7%
En los últimos 7 días	1287	3,3%	3,9%
En las últimas 4 semanas	4756	12,0%	15,9%
En los últimos 6 meses	15.939	40,3%	56,2%
En los últimos 12 meses	9600	24,3%	80,5%
En los últimos 5 años	6396	16,2%	96,6%
Hace más de 5 años	1333	3,4%	100,0%
Total	**39.578**	**100,0%**	

%AC: porcentaje acumulado
No se obtuvo respuesta de 21 participantes.

Para calcular el porcentaje de participantes de LAMIS-2018 que se hicieron pruebas de VIH en los últimos 12 meses, al grupo de personas VIH negativas que indicaron cuándo fue su última prueba se agregó a aquellas diagnosticadas con VIH en los últimos 12 meses. Por tanto, el porcentaje de prue-

bas de VIH en los últimos 12 meses fue del 60%, siendo mayor en Argentina, Brasil y Guatemala (más del 63%). Un menor uso de la prueba en los últimos 12 meses fue registrado en México (55%) y otros países de América Central (*Figura 7.13*) como Nicaragua (50%) y Honduras (55%). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.22*.

Figura 7.13 Reporte de prueba de VIH en los últimos 12 meses, por zona geográfica

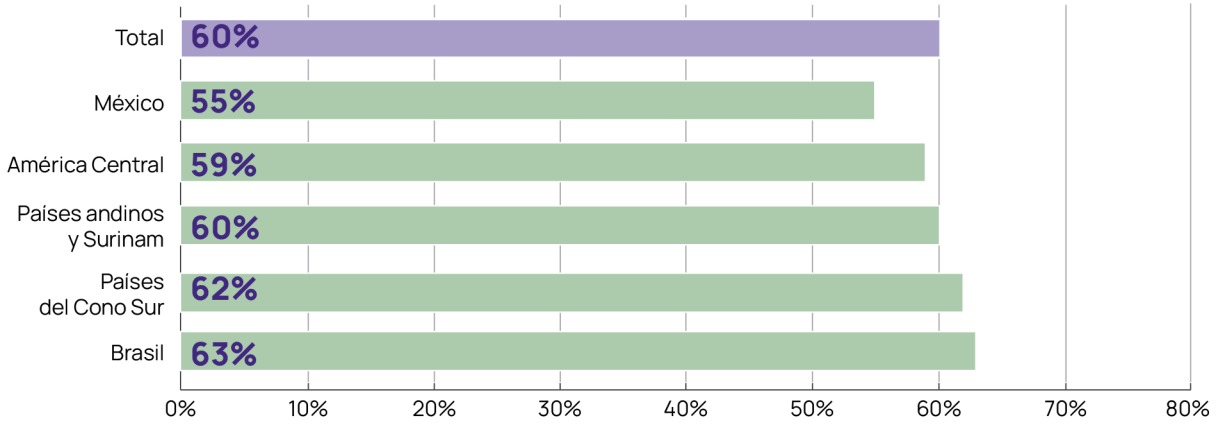
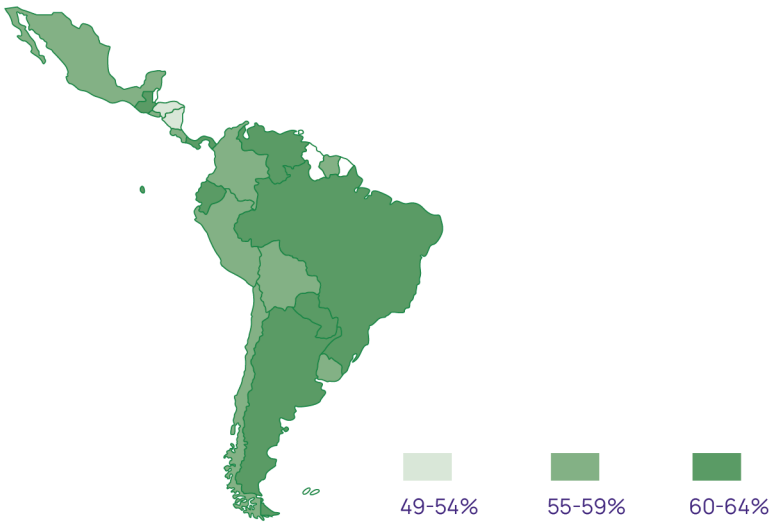


Figura 7.14 Distribución del uso de pruebas de VIH en los últimos 12 meses en los países de la región



Al comparar por características sociodemográficas, la realización de la prueba de VIH en los últimos 12 meses fue mayor en los mayores de 25 años, los que vivían en ciudades de mayor tamaño poblacional, con mayor nivel educativo, con empleo y con orientación sexual gay u homosexual (*Tabla 7.10*).

Tabla 7.10 Reporte de prueba de VIH en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**56.383**	**33.842**	**60,0%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.227	10.911	51,4%	
Entre 25 y 39 años	27.797	18.358	66,0%	
Más de 39 años	7359	4573	62,1%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	34.355	21.415	62,3%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	11.875	6875	57,9%	
Menos de 100 mil habitantes	8504	4521	53,2%	
Nivel educativo				<0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	6353	3217	50,6%	
Medio (CINE 4-5)	12.287	6673	54,3%	
Alto (CINE 6-8)	37.373	23.765	63,6%	
Situación laboral				<0,001
Empleado	36.963	23.511	63,6%	
Desempleado	5069	2938	58,0%	
Estudiante	12.663	6423	50,7%	
Otra	1313	779	59,3%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	42.508	26.740	62,9%	
Bisexual	10.422	5338	51,2%	
Otra	3429	1752	51,1%	

5.3 Tipo de servicio de salud utilizado para prueba y diagnóstico de VIH

En relación con los lugares donde los participantes realizaron su última prueba de VIH, los centros de salud públicos o clínicas privadas fueron los reportados con mayor frecuencia tanto como lugar de última prueba de VIH negativa como para lugar de diagnóstico (75% y 77%, respectivamente). En menor porcentaje, fueron mencionados los hospitales, ya sea como paciente ambulatorio, hospitalizado o donante de sangre (9% y 11%, respectivamente) y las ONG (9% vs. 7%, respectivamente). Finalmente, las campañas comunitarias en bares/pubs/clubes/saunas/unidades móviles (3% y 1%, respectivamente) y mediante el uso de kits de autorrecogida de muestras o autopruebas de VIH (1,5% y 0,9%, respectivamente) fueron los lugares o métodos reportados con menor frecuencia (*Tabla 7.11*).

Tabla 7.11 Lugares donde los participantes realizaron su última prueba de VIH u obtuvieron su diagnóstico de VIH

	Última prueba de VIH en VIH negativos		Diagnóstico de VIH	
	n	%	n	%
Centro de salud público/Médico general o de familia	14.501	36,6%	4146	40,4%
Clínica privada o mutualista/ Médico privado o particular	15.308	38,7%	3748	36,6%
En un hospital como un paciente ambulatorio	1515	3,8%	493	4,8%
En un hospital al estar ingresado/ hospitalizado	530	1,3%	491	4,8%
Una ONG u organización LGTBI o del VIH	3753	9,5%	694	6,8%
En un banco de sangre, durante una donación	1356	3,4%	180	1,8%
Usé un kit de autorrecogida de muestra	59	0,1%	20	0,2%
Usé un kit de autoprueba	524	1,3%	73	0,7%
En un bar/pub, club o sauna	91	0,2%	12	0,1%
En una unidad móvil	1130	2,9%	136	1,3%
En otro lugar	802	2,0%	257	2,5%
Total	**39.569**	**100,0%**	**10.250**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 30 participantes sin diagnóstico de VIH y 15 participantes con diagnóstico de VIH.

Entre los participantes con y sin diagnóstico de VIH que se hicieron una última prueba en los últimos 12 meses, se calculó el porcentaje que había realizado el test en centros de atención médica (centros públicos, clínicas privadas u hospitales), en centros u estrategias comunitarias (ONG, bar/pub/discos/saunas o unidades móviles) y mediante kits de autoprueba de VIH en los últimos 12 meses.

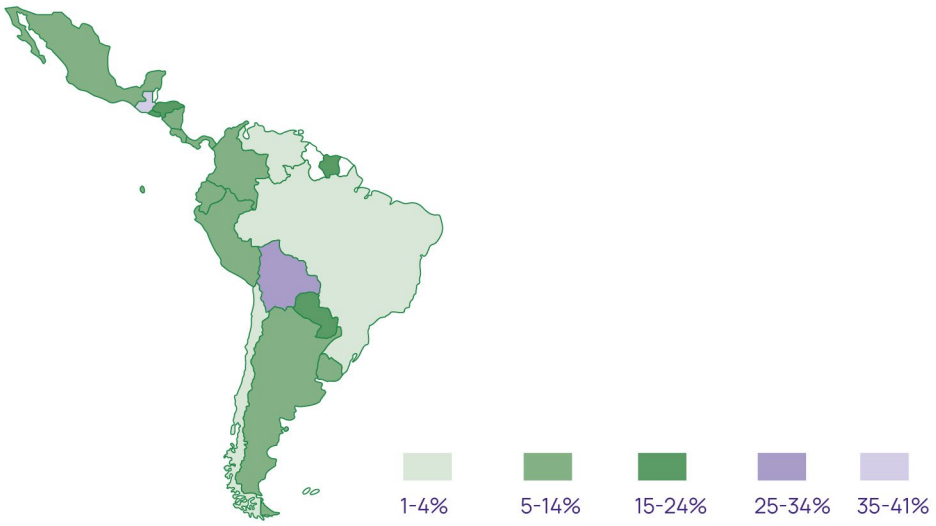
En cuanto a la realización de una última prueba en los últimos 12 meses fue más frecuente en centros de atención médica, con el 50%; en segundo lugar, estuvieron los centros y estrategias comunitarias, con 9%; y en menor orden de frecuencia estuvo el uso de kits de autoprueba de VIH, con 1% (*Figura 7.16*). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.22*.

La realización de pruebas de VIH en centros de atención médica en los últimos 12 meses, esta fue reportada con mayor frecuencia en Brasil (57%) y con menor frecuencia en América Central (39%) (*Figura 7.16*). A nivel país, fue mayor en Venezuela, Brasil y Chile (más del 55%) y menor en países de

América Central como Guatemala (23%), Honduras y Nicaragua (menos del 39%) y otros países de la región como Bolivia (29%).

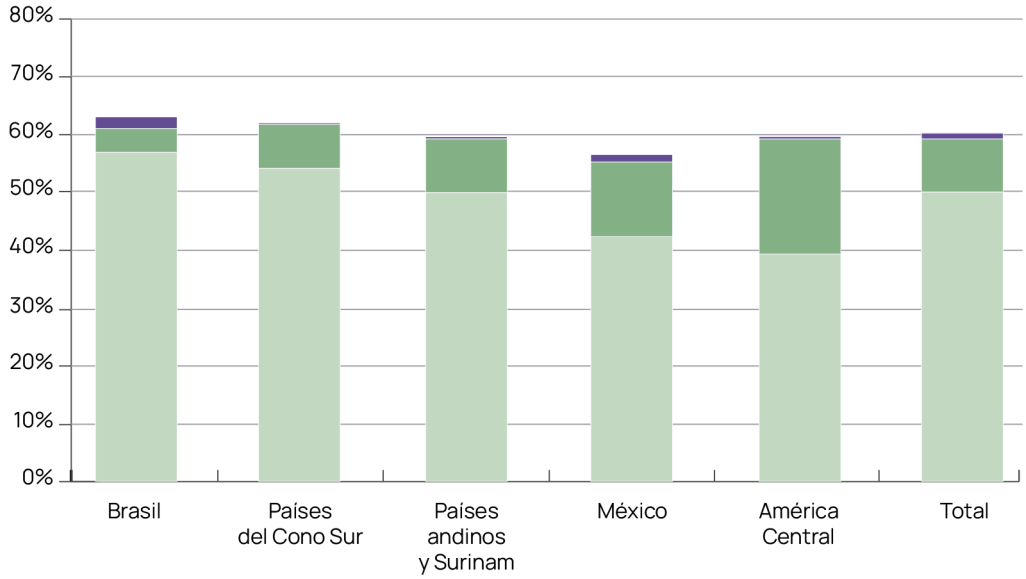
En lo que refiere a la realización de pruebas de VIH en centros o mediante estrategias comunitarias en los últimos 12 meses, esta fue reportada con mayor frecuencia en América Central (20%) y en menor frecuencia en Brasil (4%) (*Figura 7.16*). A nivel país, fue mayor en Guatemala, Bolivia y Paraguay (más del 20%) y menor en países como Chile, Brasil y Venezuela (menos del 5%).

Figura 7.15. Distribución de uso de pruebas por estrategias comunitarias para el último descarte de VIH en los últimos 12 meses en los países de la región



En lo que refiere a la realización de pruebas de VIH usando kits de autoprueba en los últimos 12 meses, en el total de la muestra fue reportado con mayor frecuencia en la zona geográfica de Brasil (2%), seguido por México (1,3%), mientras que en las demás zonas geográficas fue menor al 0,5% (*Figura 7.16*). A nivel país, fue reportado con mayor frecuencia en Brasil (2%) y otros países como México y Nicaragua (más del 1%), y en menor frecuencia Bolivia, Costa Rica, Argentina, Venezuela y Surinam (0,1%, excepto en Surinam, donde ningún participante reportó el uso de kits de autoprueba).

Figura 7.16. Lugares donde los participantes realizaron su última prueba de VIH u obtuvieron su diagnóstico de VIH, por zona geográfica



	Brasil	Países del Cono Sur	Países andinos y Surinam	México	América Central	Total
Centro de atención médica	56,9%	54,1%	49,9%	42,3%	39,3%	50,0%
En la comunidad	4,1%	7,6%	9,3%	12,9%	19,9%	9,2%
Autoprueba	2,0%	0,2%	0,3%	1,3%	0,4%	1,0%

5.4 Satisfacción de la atención recibida en centros de prueba y diagnóstico de VIH

A los participantes que se hicieron la prueba de VIH alguna vez se les preguntó qué tan satisfechos estuvieron con el apoyo o información que recibieron la última vez que se hicieron una prueba con resultado negativo o fueron diagnosticados VIH positivo.

Entre los que recibieron diagnóstico de VIH positivo, el 62% estuvo muy satisfecho/satisfecho con el apoyo y la información recibida, el 18% estuvo muy insatisfecho/insatisfecho y el 14% no recibió apoyo o información (*Tabla 7.12*). Entre los que tenían un último resultado negativo de VIH, el 65% estuvo muy satisfecho/satisfecho, el 7% estuvo muy insatisfecho/insatisfecho y el 23% no recibió apoyo o información (*Tabla 7.12*).

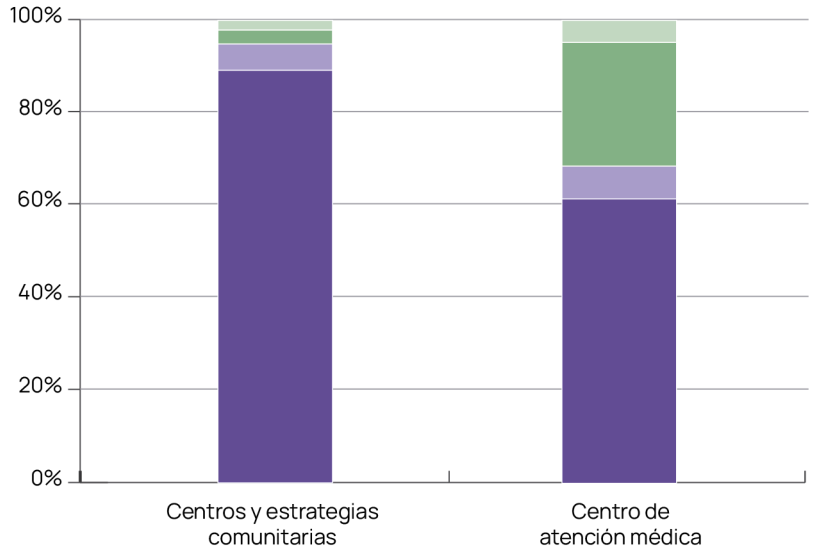
Tabla 7.12 ¿Hasta qué punto estuviste satisfecho con el apoyo y la información que recibiste?

	Último resultado negativo		Diagnóstico de VIH positivo	
	n	%	n	%
No recibí apoyo o información	9253	23,4%	1465	14,3%
Muy satisfecho	12.921	32,7%	2964	29,0%
Satisfecho	12.871	32,5%	3415	33,4%
Insatisfecho	1594	4,0%	1108	10,8%
Muy insatisfecho	1127	2,8%	716	7,0%
No lo recuerdo/No pensé en ello	1783	4,5%	569	5,6%
Total	**39.549**	**100,0%**	**10.237**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 50 participantes VIH negativos y 28 con diagnóstico de VIH positivo.

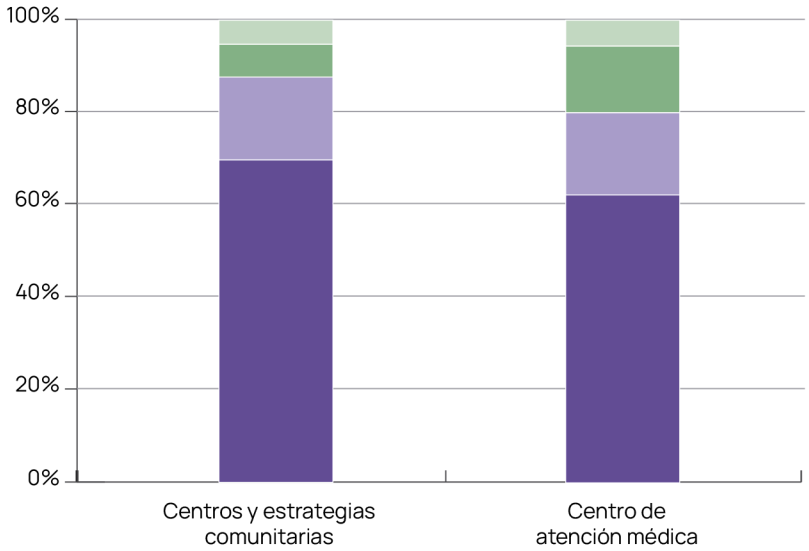
Hubo mayor satisfacción entre los participantes que usaron los centros y estrategias comunitarias en comparación con los que usaron los centros de atención médica, tanto en los participantes con un último resultado negativo como en los que tenían diagnóstico de VIH positivo. En cambio, la falta de apoyo o información fue mayor en los centros de atención médica en comparación con los centros y estrategias comunitarias (*Figura 7.17* y *Figura 7.18*).

Figura 7.17 Respuestas sobre satisfacción del apoyo e información recibida en la última prueba de VIH en participantes con un último resultado negativo de VIH



	Centros y estrategias comunitarias	Centro de atención médica
No lo recuerdo/No pensé en ello	2,1%	4,8%
No recibí apoyo o información	3,0%	26,7%
Muy instatisfecho/Insatisfecho	5,7%	7,1%
Muy satisfecho/Satisfecho	89,1%	61,5%

Figura 7.18 Respuestas sobre satisfacción del apoyo e información recibida en el momento del diagnóstico de VIH



	Centros y estrategias comunitarias	Centro de atención médica
No lo recuerdo/No pensé en ello	5,2%	5,6%
No recibí apoyo o información	7,1%	14,4%
Muy instatisfecho/Insatisfecho	17,9%	17,8%
Muy satisfecho/Satisfecho	69,7%	62,2%

El porcentaje de participantes muy satisfechos/satisfechos con la atención recibida en su último control de VIH negativo fue mayor en México (71%) y menor en los países del Cono Sur (58%) (*Tabla 7.13*). A nivel país, la frecuencia fue mayor en Guatemala (81%), Bolivia, Surinam y El Salvador (más del 71%) y menor en Venezuela (45%), Chile, Costa Rica, Argentina y Uruguay (menos del 60%). También se observó que los países con menor porcentaje de satisfacción tuvieron mayor porcentaje de no haber recibido información cuando realizaron su última prueba de VIH (más del 30% en Venezuela, Uruguay y Argentina).

En el caso de participantes con diagnóstico de VIH, hubo pocas diferencias entre zonas geográficas en el porcentaje que estuvo muy satisfecho/satisfecho (60%-64%) (*Tabla 7.13*). A nivel país, la frecuencia fue mayor en Surinam (80%), Guatemala, Colombia y Costa Rica (68-69%) y menor en países como El Salvador, Paraguay y Venezuela (menos del 55%). Igualmente, la distribución de no haber recibido información fue mayor en los países con menor satisfacción de la atención recibida.

Tabla 7.13 Estar muy satisfecho o satisfecho (satisfacción) con el apoyo e información recibida durante su última prueba de VIH o al momento del diagnóstico, por zona geográfica

Zona geográfica	VIH negativos			VIH positivos		
	Total	n	%	Total	n	%
Brasil	11.427	7359	64,4%	2936	1761	60,0%
Países andinos y Surinam	9240	6045	65,4%	2379	1524	64,1%
México	8632	6123	70,9%	2293	1471	64,2%
Países del Cono Sur	7299	4241	58,1%	2132	1304	61,2%
América Central	2951	2024	68,6%	497	319	64,2%
Total	**39.549**	**25.792**	**65,2%**	**10.237**	**6.379**	**62,3%**

5.5 Uso de servicios de salud para monitoreo de infección por VIH

A los participantes con diagnóstico de VIH se les preguntó sobre la última vez que visitaron a un profesional de la salud para hacer seguimiento de su infección por VIH. El 92% tuvo su último control en los últimos seis meses, el 96% en los últimos 12 meses y el 98% alguna vez (*Tabla 7.14*).

Tabla 7.14 ¿Cuándo fue la última vez que visitaste a un profesional de la salud para hacerte un seguimiento de tu infección por el VIH?

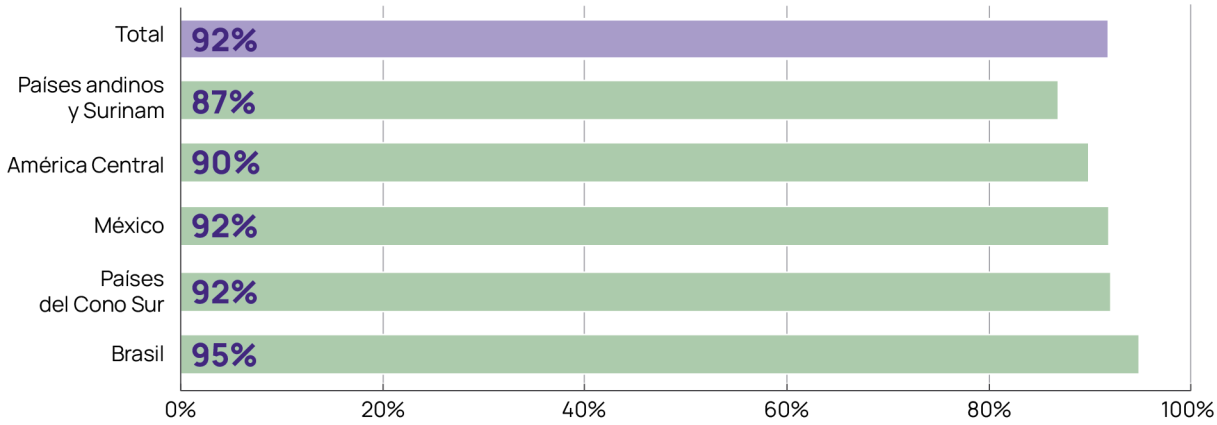
	n	%	%AC
En las últimas 24 horas	342	3,3%	3,3%
En los últimos 7 días	1495	14,6%	17,9%
En las últimas 4 semanas	3892	38,0%	56,0%
En los últimos 6 meses	3674	35,9%	91,8%
En los últimos 12 meses	419	4,1%	95,9%
En los últimos 5 años	155	1,5%	97,5%
Hace más de 5 años	49	0,5%	97,9%
Nunca	212	2,1%	100,0%
Total	**10.238**	**100,0%**	

%AC: porcentaje acumulado
No se obtuvo respuesta de 27 participantes.

Haberse realizado su último seguimiento de la infección por el VIH en los últimos seis meses fue reportado con mayor frecuencia en la región geográfica de Brasil (95%) y con menor frecuencia en los países andinos y Surinam (87%) (*Figura 7.19*). A nivel país, fue reportado con mayor frecuencia en

Brasil, Nicaragua y Guatemala (más del 94%) y con menor frecuencia en Venezuela (70%), Panamá y Costa Rica (84-86%). Los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.22*.

Figura 7.19 Participantes VIH positivos que hicieron el último seguimiento de su infección en los últimos seis meses, por zona geográfica



Al comparar por características sociodemográficas, acudir a su control de VIH en los últimos seis meses fue más frecuente en participantes de mayor edad, aquellos que vivían en ciudades de mayor tamaño poblacional, con mayor nivel educativo y con empleo (*Tabla 7.15*).

Tabla 7.15 Participantes con diagnóstico de VIH cuyo último seguimiento de la infección fue en los últimos seis meses

Caracteristicas sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**10.265**	**9403**	**91,6%**	
Grupo etario				0,001
Menos de 25 años	1433	1286	89,7%	
Entre 25 y 39 años	6273	5734	91,4%	
Más de 39 años	2559	2383	93,1%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				‹0,001
500 mil habitantes o más	6996	6453	92,2%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	1838	1665	90,6%	
Menos de 100 mil habitantes	1104	982	88,9%	
Nivel educativo				0,001
Bajo (CINE 0-1/3)	1051	945	89,9%	
Medio (CINE 4-5)	2171	1962	90,4%	
Alto (CINE 6-8)	7007	6472	92,4%	

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				0,045
Empleado	7930	7279	91,8%	
Desempleado	1101	988	89,7%	
Estudiante	840	774	92,1%	
Otra	359	337	93,9%	

6. Uso de servicios en salud para pruebas de ITS

6.1 Tiempo desde la última prueba de ITS (no VIH)

De todos participantes, el 61% indicó que se había hecho una prueba de ITS distinta a VIH alguna vez, el 37% dijo que no lo había hecho y el 2% reportó que no sabía.

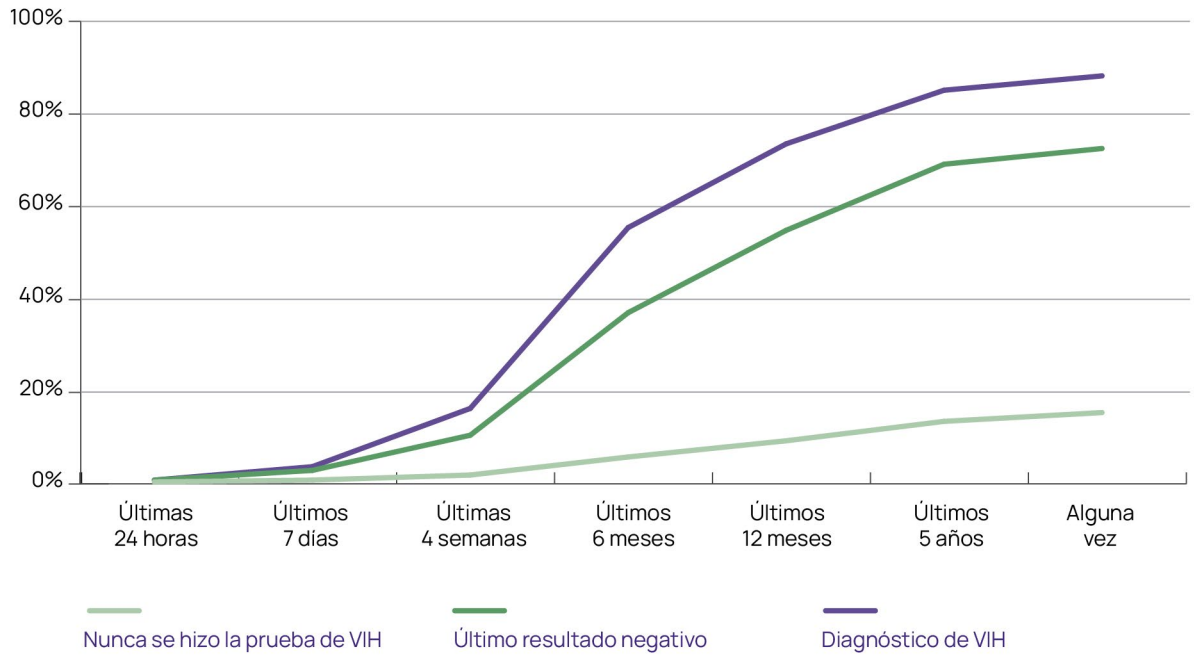
En cuanto a la última vez que se habían realizado pruebas para ITS (no VIH), de todos los participantes, el 9% se las había realizado en las últimas cuatro semanas, el 33% en los últimos seis meses y el 47% en los últimos 12 meses (*Tabla 7.16*). Realizarse una prueba de ITS que no fuera el VIH fue más frecuente en quienes tenían diagnóstico de VIH, seguido por los que tuvieron un último resultado negativo en la prueba de VIH, y menos frecuente en aquellos que nunca se hicieron la prueba de VIH (*Figura 7.20*).

Tabla 7.16 ¿Alguna vez te has realizado una prueba para detectar alguna infección de transmisión sexual que no sea VIH?

	n	%	%AC
En las últimas 24 horas	252	0,4%	0,4%
En los últimos 7 días	1173	1,9%	2,3%
En las últimas 4 semanas	4370	7,0%	9,2%
En los últimos 6 meses	14.747	23,5%	32,7%
En los últimos 12 meses	9191	14,6%	47,4%
En los últimos 5 años	7315	11,7%	59,0%
Hace más de 5 años	1896	3,0%	62,1%
Nunca	23.814	37,9%	100,0%
Total	**62.758**	**100,0%**	

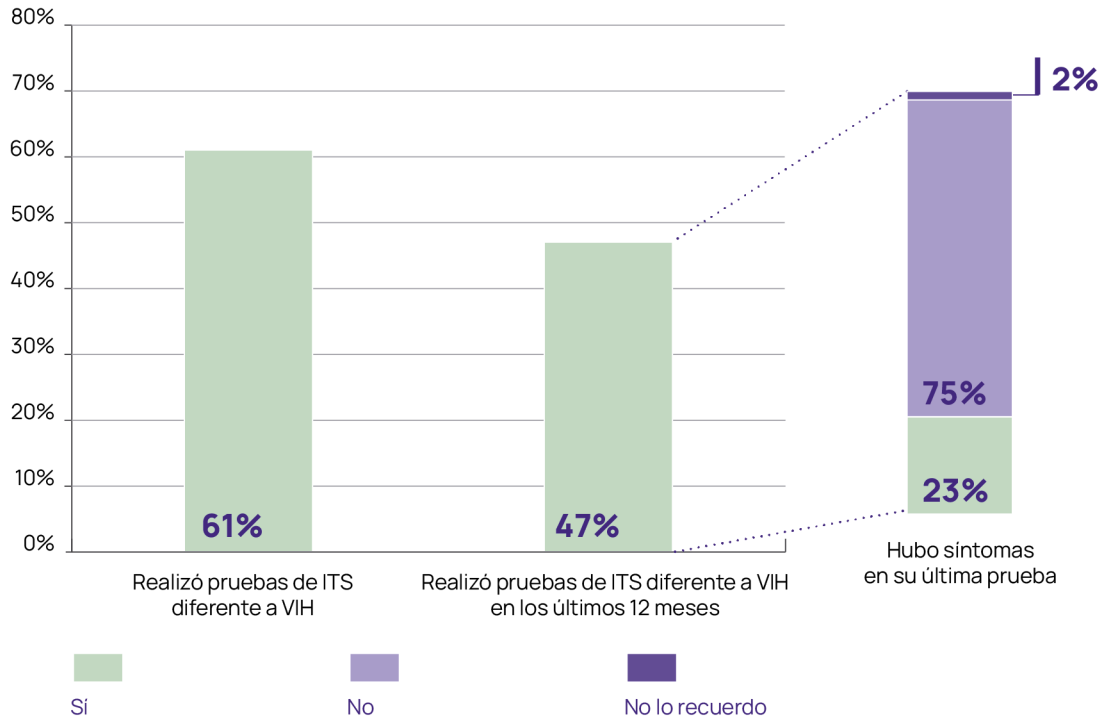
%AC: porcentaje acumulado
No se obtuvo respuesta de 802 participantes.

Figura 7.20 Porcentaje acumulado de la última vez que se realizó una prueba para detectar ITS (no VIH) por historia de prueba y diagnóstico de VIH



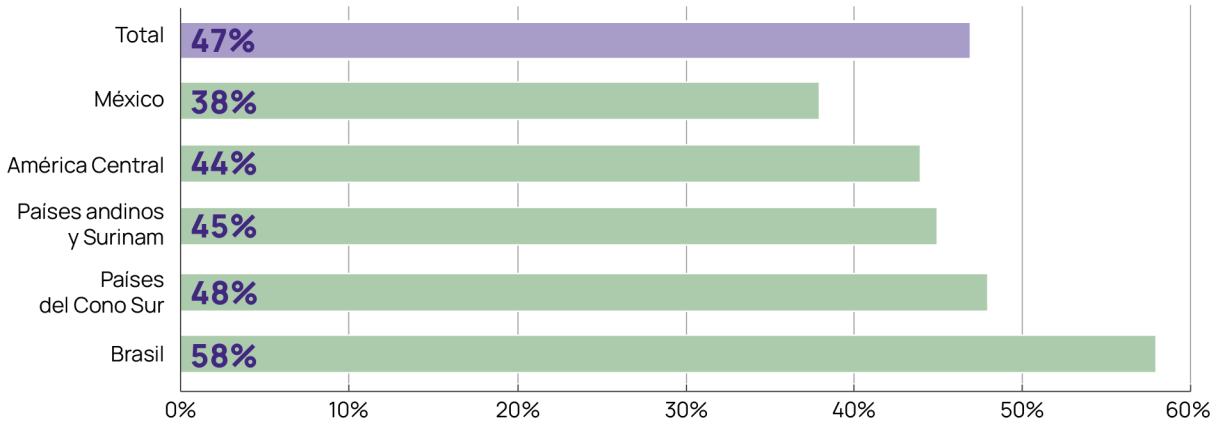
En aquellos que se habían realizado la prueba de ITS (diferente a VIH) en los últimos 12 meses, el 23% refirió que había tenido síntomas en esa ocasión, el 75% indicó que no y el 2% no lo recordaba (*Figura 7.21*).

Figura 7.21 Porcentaje de realización de pruebas de ITS diferentes a VIH alguna vez en los últimos 12 meses y presencia de síntomas de prueba y diagnóstico de VIH



El porcentaje de hombres que se habían realizado una prueba para detectar ITS (no VIH) en los últimos 12 meses fue mayor en Brasil (58%) y otros países de la región como Paraguay, Guatemala y Chile (mayor del 49%) y menor en países de América Central como Nicaragua y Honduras (menos del 35%) y otros de la región, como México (38%), Surinam y Ecuador (40%). Los porcentajes por zona geográfica se presentan en la *Figura 7.22* y los expresados por países se encuentran en la *Tabla 7.22.*

Figura 7.22 Realización de pruebas para detectar ITS (no VIH) en los últimos 12 meses, por zona geográfica



Al comparar por características sociodemográficas, el uso de pruebas de ITS (no VIH) en los últimos 12 meses fue más frecuente entre los hombres de 25 a 39 años, en quienes vivían en una ciudad de mayor tamaño poblacional, con empleo, con orientación sexual gay u homosexual, y en quienes se hicieron una prueba de VIH, sobre todo en aquellos con diagnóstico de VIH positivo (*Tabla 7.17*).

Tabla 7.17 Realización de pruebas para detección de ITS (no VIH) en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Totales	**62.758**	**29.733**	**47,4%**	
Grupo etario				<0,001
Menos de 25 años	21.388	8124	38,0%	
Entre 25 y 39 años	32.007	17.016	53,2%	
Más de 39 años	9363	4593	49,1%	
Tamaño de población de ciudad de residencia				<0,001
500 mil habitantes o más	38.933	19.433	49,9%	
De 100 mil a 499 mil habitantes	12.966	5816	44,9%	
Menos de 100 mil habitantes	9027	3567	39,5%	

Características sociodemográficas	Total	n	%	Valor p
Situación laboral				<0,001
Empleado	42.340	21.383	50,5%	
Desempleado	5726	2647	46,2%	
Estudiante	12.910	4873	37,7%	
Otra	1561	722	46,3%	
Orientación sexual				<0,001
Gay u homosexual	48.647	24.387	50,1%	
Bisexual	10.574	4008	37,9%	
Otra	3517	1328	37,8%	
Estado de VIH				<0,001
No se hizo la prueba de VIH	13.932	1251	9,0%	
Último resultado VIH negativo	38.440	20.939	54,5%	
Último resultado VIH positivo	10.031	7339	73,2%	

6.2 Percepción del conocimiento de proveedores de salud sobre su sexualidad

A los 29.733 participantes que se hicieron una prueba de ITS (no VIH) en los últimos 12 meses se les preguntó si, cuando se hicieron esa última prueba, el personal de salud que los atendió sabía que tenían relaciones sexuales con hombres. El 68% respondió que el equipo de salud sí lo sabía definitiva o probablemente (*Tabla 7.18*).

Tabla 7.18 En esa ocasión, el personal de salud que te atendió ¿sabía que tenías relaciones sexuales con hombres?

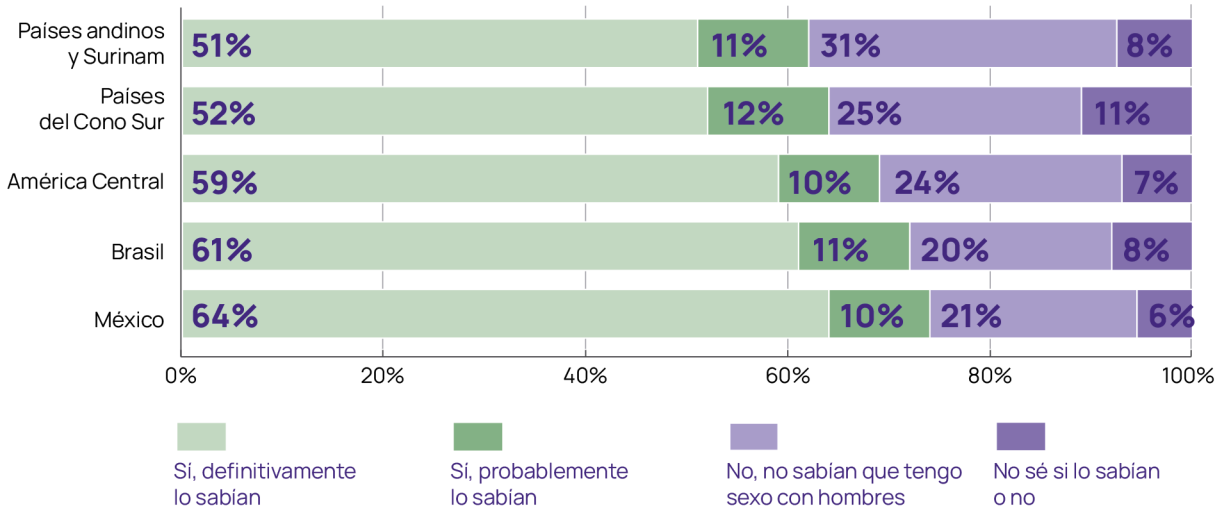
	n	%
Sí, definitivamente lo sabían	17.033	57,3%
Sí, probablemente lo sabían	3221	10,8%
No, no sabían que tengo sexo con hombres	7106	23,9%
No sé si lo sabían o no	2356	7,9%
Total	**29.716**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de 17 participantes.

En la zona geográfica de México se halló el porcentaje más alto de personal de salud que sabía (definitiva o probablemente) que el participante tenía relaciones sexuales con hombres (73%), mientras

que en los países andinos y Surinam se encontró el porcentaje más bajo (62%) (*Figura 7.23*). Por países, Guatemala, México, Bolivia, El Salvador y Brasil tuvieron los porcentajes más altos de la región (más del 70%), mientras que Nicaragua, Panamá, Uruguay, Ecuador y Venezuela tuvieron los más bajos (menos del 60%).

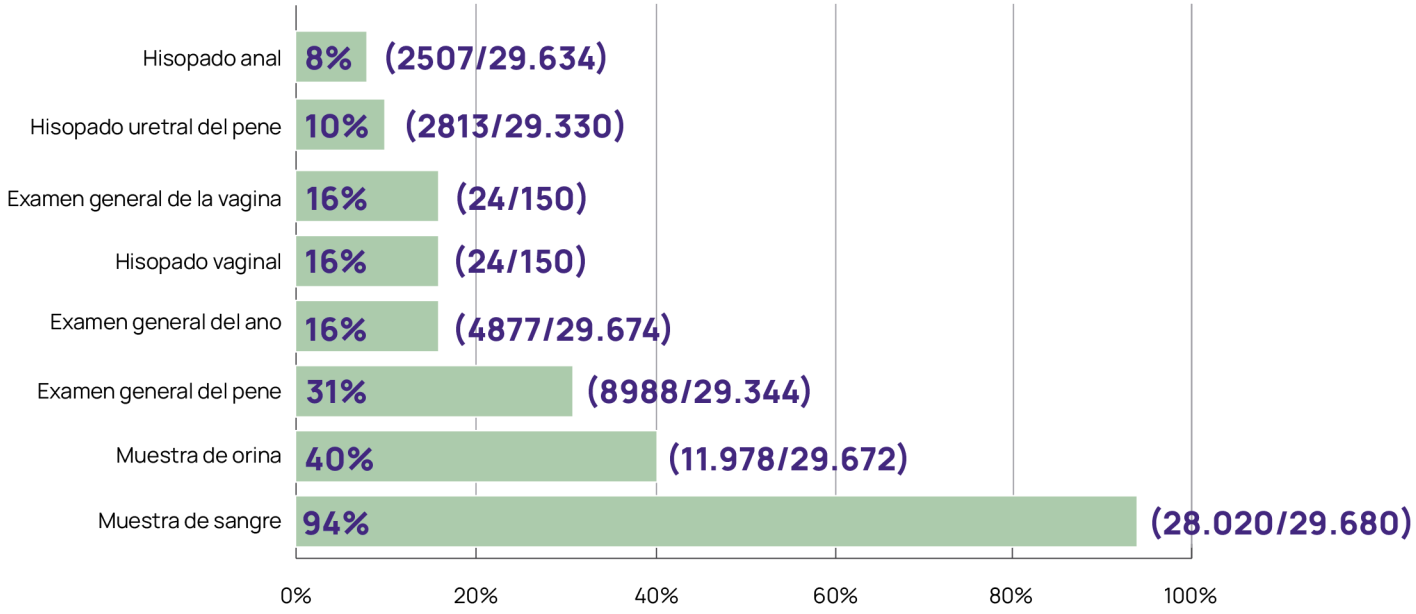
Figura 7.23 Percepción sobre conocimiento del personal de salud de la sexualidad del participante, por zona geográfica



6.3 Pruebas realizadas para descarte de ITS

De los participantes que reportaron haberse hecho pruebas para ITS (no VIH) en los últimos 12 meses, el 94% indicó que se había hecho pruebas de sangre, el 40% indicó dejar muestras de orina, al 31% le examinaron el pene, al 16% le examinaron el ano y al 16% la vagina. Los hisopados de pene y ano tuvieron las frecuencias más bajas, con porcentajes inferiores al 10% (*Figura 7.24*).

Figura 7.24 Tipo de prueba para detección de ITS (no VIH) realizada en los últimos 12 meses (respuestas múltiples)



Se creó el indicador sobre tamizaje completo de ITS/VIH en los últimos 12 meses como el porcentaje de hombres que reportaron haber realizado cada una de las siguientes pruebas en el último año: 1) prueba de VIH; 2) toma de muestra de sangre para el diagnóstico de otras ITS; 3) hisopado anal; y 4) hisopado uretral o examen de orina. Se excluyó de este indicador a los participantes cuyo diagnóstico de VIH ocurrió hacía más de 12 meses.

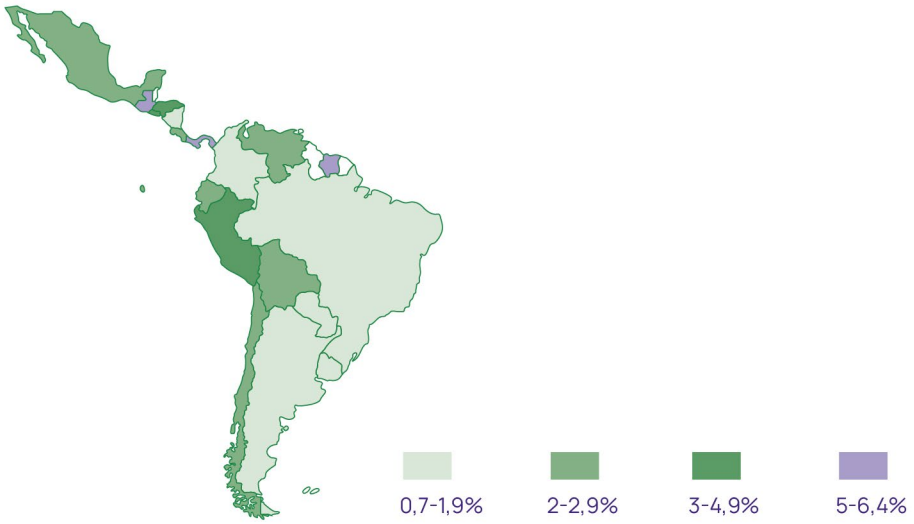
El porcentaje de tamizaje completo de ITS/VIH en los últimos 12 meses en toda la región fue del 2%, siendo mayor en países de América Central (4%). A nivel país, los porcentajes más altos fueron en Guatemala (6%) y en Honduras, El Salvador, Surinam y Panamá (todos con 5%). El porcentaje fue menor en Uruguay (menos del 1%), Nicaragua, Brasil y Colombia (menos del 2%). Los porcentajes por zona geográfica se presentan en la *Tabla 7.19* y por países se encuentran en la *Tabla 7.22*.

Tabla 7.19 Realizaron tamizaje completo de ITS/VIH en los últimos 12 meses, por zona geográfica*

Zona geográfica	Total	n	%
Brasil	15.795	251	1,6%
Países andinos y Surinam	13.151	296	2,3%
México	13.136	293	2,2%
Países del Cono Sur	10.031	197	2,0%
América Central	4270	184	4,3%
Total	**56.383**	**1221**	**2,2%**

*Prueba de VIH, pruebas de sangre para otras ITS, hisopado anal e hisopado uretral (o examen de orina).
*Se excluyó a los diagnosticados con VIH hace más de 12 meses.

Figura 7.25 Distribución de realización de un tamizaje completo de ITS/VIH en los últimos 12 meses en los países de la región



7. Notificación a parejas para diagnóstico/tratamiento para ITS

De todos los participantes que tuvieron sífilis en los últimos 12 meses (N = 4727), el 57% reportó que a todas/algunas de sus parejas sexuales recientes les informaron sobre la necesidad de pruebas/tratamiento, el 39% reportó no haberle informado a ninguna y el 4% no lo recordaba (*Tabla 7.20*).

De igual forma, de los que fueron diagnosticados con gonorrea en los últimos 12 meses (N = 2449), el 53% reportó que a todas/algunas de sus parejas sexuales recientes les informaron sobre la necesidad de pruebas/tratamiento, el 44% indicó no haberle informado a ninguna de sus parejas y el 3% no lo recordaba (*Tabla 7.20*).

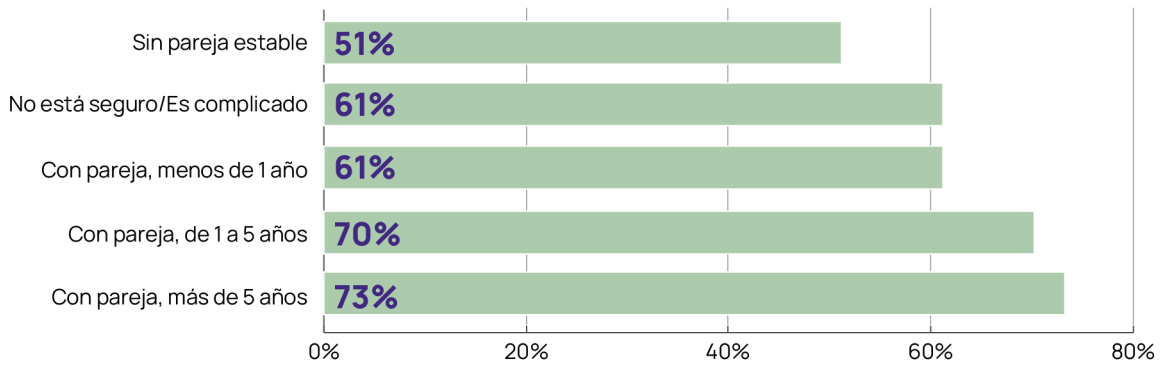
Tabla 7.20 Notificación a parejas sexuales recientes del diagnóstico de sífilis o gonorrea en los últimos 12 meses

	Sífilis en los últimos 12 meses		Gonorrea en los últimos 12 meses	
	n	%	n	%
No, a ninguno de ellos	1842	39,0%	1080	44,2%
Sí, a algunos de ellos	1317	27,9%	588	24,0%
Sí, a todos ellos	1394	29,5%	709	29,0%
No recuerdo	172	3,6%	69	2,8%
Total	**4725**	**100,0%**	**2446**	**100,0%**

No se obtuvo respuesta de dos y tres participantes en las preguntas sobre sífilis y gonorrea, respectivamente.

La notificación a parejas sexuales recientes sobre su diagnóstico de sífilis o gonorrea ocurrió con mayor frecuencia si el participante tenía una pareja estable al momento de llenar el cuestionario (68% vs. 51% cuando no tenía pareja estable), siendo más frecuente a mayor tiempo de relación (*Figura 7.26*).

Figura 7.26 Notificaron a una pareja o más sobre la necesidad de prueba/tratamiento para ITS, por estado de pareja estable y tiempo de relación

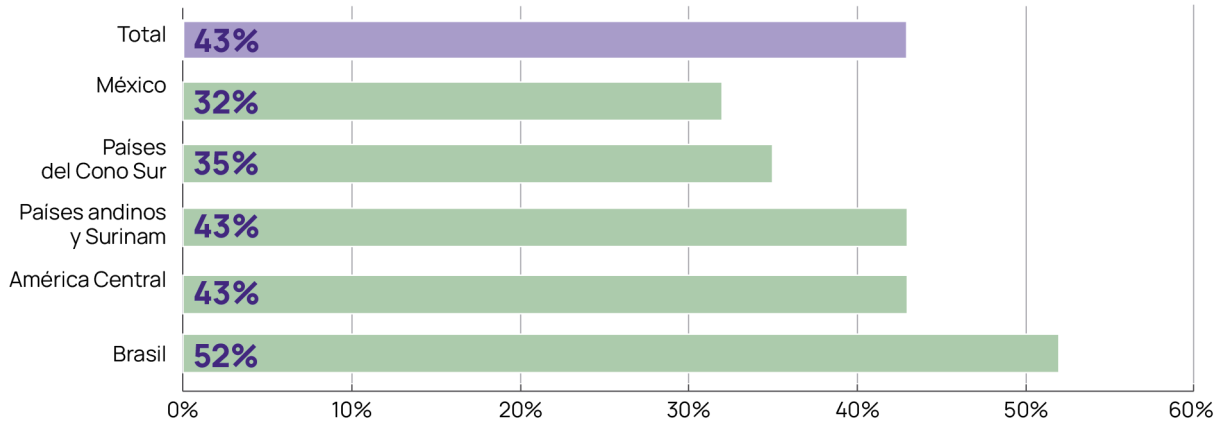


8. Oferta de vacunación contra los virus de la hepatitis

En relación a la oferta de vacunas contra alguno de los virus de la hepatitis por un servicio de salud, el 43% indicó que sí se las habían ofrecido alguna vez, al 50% no se las habían ofrecido nunca y el 7% no estaba seguro.

Un mayor porcentaje de ofrecimiento de alguna vacuna contra la hepatitis por un servicio de salud fue encontrado en países como Venezuela, Argentina, Brasil, Perú y Panamá (más del 50%) y menor en Nicaragua, Guatemala y El Salvador (menos del 25%). Los porcentajes por zona geográfica se presentan en la *Figura 7.27* y los porcentajes por países se encuentran en la *Tabla 7.22*.

Figura 7.27 Ofrecimiento de alguna vacuna contra la hepatitis por un servicio de salud, por zona geográfica



9. Resumen de indicadores sobre oferta y uso de servicios de salud, por país de residencia

Tabla 7.21 Uso de servicios por consumo de alcohol y drogas, y medidas de prevención de ITS/VIH

País de residencia	Consumo de alcohol o drogas		Medidas de prevención de ITS/VIH			
	Consulta a profesional de salud por preocupación por consumo de alcohol en los últimos 12 meses	Consulta a profesional de salud por preocupación por consumo de drogas en los últimos 12 meses	Obtención de condones por alguna fuente gratuita* en los últimos 12 meses	Haber leído o escuchado información sobre ITS/VIH específica para HSH en los últimos 12 meses	Haber escuchado alguna vez sobre la PrEP en un centro de salud público, médico general o de familia	Oferta de prueba de VIH por un servicio de salud en aquellos que nunca se hicieron una prueba de VIH
	%	%	%	%	%	%
Argentina	1,7	4,0	39,3	79,9	1,6	21,7
Bolivia	3,1	6,7	47,3	81,1	1,6	30,7
Brasil	1,5	3,3	49,0	87,3	8,4	19,4
Chile	2,7	4,9	26,0	84,9	1,1	19,1
Colombia	2,1	5,4	41,0	81,3	1,9	22,5
Costa Rica	2,1	5,6	26,7	79,8	1,7	17,3

País de residencia	Consumo de alcohol o drogas		Medidas de prevención de ITS/VIH			
	Consulta a profesional de salud por preocupación por consumo de alcohol en los últimos 12 meses	Consulta a profesional de salud por preocupación por consumo de drogas en los últimos 12 meses	Obtención de condones por alguna fuente gratuita* en los últimos 12 meses	Haber leído o escuchado información sobre ITS/VIH específica para HSH en los últimos 12 meses	Haber escuchado alguna vez sobre la PrEP en un centro de salud público, médico general o de familia	Oferta de prueba de VIH por un servicio de salud en aquellos que nunca se hicieron una prueba de VIH
	%	%	%	%	%	%
Ecuador	4,7	8,7	38,6	78,8	2,4	25,4
El Salvador	2,8	4,8	57,3	80,6	1,6	40,1
Guatemala	4,3	6,0	59,6	84,5	2,8	44,5
Honduras	3,1	6,5	49,8	81,1	1,7	28,6
México	2,6	5,5	51,8	83,3	3,9	23,8
Nicaragua	2,7	5,8	35,2	71,9	2,1	29,1
Panamá	3,5	5,6	35,1	82,3	2,4	28,6
Paraguay	1,0	5,5	46,7	78,7	2,4	26,0
Perú	3,3	4,5	38,2	79,9	1,6	25,7
Surinam	1,4	2,4	38,7	57,4	0,9	20,9
Uruguay	0,7	4,3	27,4	80	0,8	13,1
Venezuela	1,2	3,3	36,6	77,3	1,9	13,3
Total	**2,2**	**4,7**	**44,3**	**83,2**	**4,1**	**22,4**

*Servicios de salud, saunas, bares/clubes/discos gais, saunas u organizaciones LGTBI o del VIH.

Tabla 7.22 Uso de servicios para tamizaje/monitoreo de VIH/ITS y prevención de hepatitis virales

País de residencia	Tamizaje/monitoreo de VIH			Tamizaje de ITS		Prevención de hepatitis virales
	Prueba de VIH en los últimos 12 meses (excluyendo a personas con diagnóstico de VIH por más de 12 meses)	Prueba de VIH en los últimos 12 meses en centros de atención médica	Monitoreo de infección por VIH en los últimos 6 meses	Prueba de ITS (no VIH) en los últimos 12 meses	Tamizaje completo* para ITS/VIH (excluyendo a personas con diagnóstico de VIH por más de 12 meses)	Oferta de vacunación contra hepatitis
	%	%	%	%	%	%
Argentina	63,7	54,7	94,0	45,9	2,0	55,4
Bolivia	57,7	29,2	88,6	43,1	2,1	25,0
Brasil	63,5	56,9	94,8	57,8	1,6	52,3
Chile	59,8	55,4	91,1	50,0	2,1	30,9
Colombia	59,6	51,6	91,6	45,7	1,9	39,8
Costa Rica	57,3	51,3	85,8	46,4	2,3	40,6
Ecuador	60,8	47,8	88,4	39,6	2,3	35,2
El Salvador	58,8	44,4	87,9	43,2	4,6	24,0

País de residencia	Tamizaje/monitoreo de VIH			Tamizaje de ITS		Prevención de hepatitis virales
	Prueba de VIH en los últimos 12 meses (excluyendo a personas con diagnóstico de VIH por más de 12 meses)	Prueba de VIH en los últimos 12 meses en centros de atención médica	Monitoreo de infección por VIH en los últimos 6 meses	Prueba de ITS (no VIH) en los últimos 12 meses	Tamizaje completo* para ITS/VIH (excluyendo a personas con diagnóstico de VIH por más de 12 meses)	Oferta de vacunación contra hepatitis
	%	%	%	%	%	%
Guatemala	63,4	23,4	96,1	51,1	6,4	22,9
Honduras	54,7	36,7	92,9	34,9	4,9	27,5
México	55,5	42,3	91,7	37,5	2,2	34,7
Nicaragua	49,4	38,6	95,2	30,8	1,2	20,4
Panamá	62,7	47,4	84,4	46,3	5,2	50,2
Paraguay	62,4	39,0	93,0	57,3	2,0	28,8
Perú	59,0	43,9	90,1	45,1	3,4	51,9
Surinam	58,9	41,6	93,3	39,5	5,4	26,2
Uruguay	59,1	52,9	89,4	46,9	0,7	43,1
Venezuela	60,3	57,7	69,8	47,7	2,2	58,6
Total	**60,0**	**50,0**	**91,6**	**47,4**	**2,2**	**42,9**

*Tamizaje completa incluye examen de sangre, hisopado anal y examen de orina o hisopado uretral.

8. Poblaciones vulnerables

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Grupos etarios 227
   1.1 Estado de salud psico-socio-sexual 227
   1.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales 228
   1.3 Necesidades sociales y salud 229
   1.4 Oferta y uso de servicios de salud 230
2. Visibilidad de atracción sexual 231
   2.1 Estado de salud psico-socio-sexual 231
   2.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales 232
   2.3 Necesidades sociales y salud 233
   2.4 Oferta y uso de servicios de salud 234
3. Diagnóstico de VIH 236
   3.1 Estado de salud psico-socio-sexual 236
   3.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales 236
   3.3 Necesidades sociales y salud 237
   3.4 Oferta y uso de servicios de salud 238
4. Ser pagado por sexo 239
   4.1 Estado de salud psico-socio-sexual 239
   4.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales 239
   4.3 Necesidades sociales y salud 240
   4.4 Oferta y uso de servicios de salud 241
5. Estado migratorio 242
   5.1 Estado de salud psico-socio-sexual 243
   5.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales 244

5.3 Necesidades sociales y salud 244
5.4 Oferta y uso de servicios de salud 246
6. Uso de drogas inyectables 247
6.1 Estado de salud psico-socio-sexual 247
6.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales 248
6.3 Necesidades sociales y salud 249
6.4 Oferta y uso de servicios de salud 250

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 8.1 Estado de salud psico-socio-sexual, por grupo etario 227
Tabla 8.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por grupo etario 228
Tabla 8.3 Necesidades sociales y salud, por grupo etario 229
Tabla 8.4 Oferta y uso de servicios de salud, por grupo etario 230
Tabla 8.5 Estado de salud psico-socio-sexual, según nivel de visibilidad de atracción sexual 232
Tabla 8.6 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, según nivel de visibilidad de atracción sexual 232
Tabla 8.7 Necesidades sociales y salud, según nivel de visibilidad de atracción sexual 233
Tabla 8.8 Oferta y uso de servicios de salud, según nivel de visibilidad de atracción sexual 235
Tabla 8.9 Estado de salud psico-socio-sexual, por diagnóstico de VIH 236
Tabla 8.10 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por diagnóstico de VIH 236
Tabla 8.11 Necesidades sociales y salud, por diagnóstico de VIH 237
Tabla 8.12 Oferta y uso de servicios de salud, por diagnóstico de VIH 238
Tabla 8.13 Estado de salud psico-socio-sexual, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses 239
Tabla 8.14 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses 240
Tabla 8.15 Necesidades sociales y salud, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses 240
Tabla 8.16 Oferta y uso de servicios de salud, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses 241
Tabla 8.17 Estado de salud psico-socio-sexual, por estado y motivo de migración 243
Tabla 8.18 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por estado y motivo de migración 244
Tabla 8.19 Necesidades sociales y salud, por estado y motivo de migración 244
Tabla 8.20 Oferta y uso de servicios de salud, por estado y motivo de migración 246
Tabla 8.21 Estado de salud psico-socio-sexual, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses 248

Tabla 8.22 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses 248

Tabla 8.23 Necesidades sociales y salud, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses 249

Tabla 8.24 Oferta y uso de servicios de salud, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses 251

Dentro de la población de HSH existen subgrupos que se encuentran en un estado mayor de desventaja social o de vulnerabilidad y que presentan barreras de acceso a servicios de salud, incluyendo acceso a información, métodos diagnósticos, estrategias de prevención de ITS/VIH, atención de infección por VIH y problemas de salud mental, además de sufrir un mayor estigma, discriminación y violencia debido a su orientación sexual. En este capítulo se describe la distribución de ciertos indicadores según edad, visibilidad de orientación sexual, reporte de diagnóstico de VIH, ser pagado por sexo, motivo de migración, identidad sexual y uso de drogas inyectables para identificar aquellos subgrupos más desfavorecidos.

1. Grupos etarios

En el estudio LAMIS, el 34% de los participantes tenía entre 18 y 25 años, el 51% entre 25 y 39 años y el 15% más de 39 años. Los participantes de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de vivir en una ciudad de 500 mil habitantes o más (57%, 66% y 73%, respectivamente). El grupo de 25 años o más tuvo mayor frecuencia de identificación como gay u homosexual (80-81% vs. 71% en menores de 25 años) y mayor visibilidad de su atracción sexual por otros hombres (40-42% vs. 33% en menores de 25 años).

1.1 Estado de salud psico-socio-sexual

Los participantes menores de 25 años tuvieron los porcentajes más altos de problemas relacionados con la salud mental (síntomas ansioso-depresivos severos, ideación suicida y dependencia de alcohol). En los que viven con VIH, los menores de 25 años presentaron el mayor porcentaje de carga viral detectable, comparado con los de 25 años o más. Aquellos de entre 25 y 39 años tuvieron los mayores porcentajes de diagnóstico reciente de VIH/ITS (*Tabla 8.1*).

Tabla 8.1 Estado de salud psico-socio-sexual, por grupo etario

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Síntomas severos ansioso-depresivos, últimas dos semanas (PHQ-4)	22,0%	17,4%	11,3%
Ideación suicida, últimas dos semanas	36,2%	27,2%	20,7%
Insatisfacción sexual	28,0%	24,1%	24,0%
Dependencia de alcohol	22,8%	22,3%	13,9%
Haber sido diagnosticado alguna vez con VIH	6,5%	19,2%	26,6%
Diagnóstico reciente de VIH, últimos 12 meses	2,9%	3,7%	1,9%
Carga viral detectable en diagnosticados con VIH que conocen su carga viral	30,4%	16,4%	8,7%
Último diagnóstico de sífilis, últimos 12 meses	5,2%	8,8%	7,9%
Último diagnóstico de gonorrea, últimos 12 meses	3,5%	4,4%	2,7%

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Último diagnóstico de infección por clamidia, últimos 12 meses	1,0%	1,9%	1,7%
Primer diagnóstico de verrugas genitales, últimos 12 meses	6,0%	4,6%	2,5%

1.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales

Tanto las conductas de riesgo como de protección fueron más frecuentes en los participantes de 25 años o más. Se observó que, a mayor edad, hubo más frecuencia de recibir TARV; además, en mayores de 25 años, el uso de la PEP y el uso actual o a demanda de la PrEP fue mayor. En relación con las conductas de riesgo como sexo sin condón con parejas estables, con parejas ocasionales de estado de VIH desconocido y el uso sexualizado de drogas, estas fueron mayores a partir de los 25 años (*Tabla 8.2*).

Tabla 8.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por grupo etario

Conductas de riesgo y protección (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Recibir antirretrovirales en diagnosticados con VIH (estadio 5 de cascada de atención)	78,0%	86,9%	92,3%
Haber usado PEP	2,4%	5,2%	4,0%
Uso actual de PrEP diario o a demanda	0,6%	1,3%	1,4%
Sexo anal sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses	8,5%	9,3%	9,2%
Sexo anal sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido, últimos 12 meses	25,4%	28,4%	27,5%
Uso sexualizado de drogas en las últimas cuatro semanas	4,6%	7,9%	7,2%
Uso de drogas inyectables (excepto esteroides), últimos 12 meses	0,3%	0,4%	0,4%
Número promedio de parejas sexuales ocasionales, últimos 12 meses	3,0	4,0	4,0

1.3 Necesidades sociales y salud

Los participantes menores de 25 años concentraron gran parte de las necesidades analizadas. Este grupo tuvo los mayores porcentajes de desconocimiento sobre transmisión, diagnóstico, tratamiento y profilaxis (PrEP o PEP) para VIH, transmisión de otras ITS y hepatitis. También fue el grupo con mayor porcentaje de sexo sin condón por no contar con condones, con mayor inseguridad sobre su estado serológico y mayor desconocimiento sobre dónde hacerse una prueba de VIH. Además, fue el grupo que experimentó agresión verbal con mayor frecuencia (*Tabla 8.3*).

Tabla 8.3 Necesidades sociales y de salud, por grupo etario

Necesidades (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Puntaje promedio en Escala corta de homonegatividad internalizada (SIHS: 0-6)	1,7%	1,7%	1,7%
Desacuerdo sobre "El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero"	16,9%	19,8%	18,9%
Desacuerdo sobre "Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero"	14,8%	14,8%	12,7%
Sexo anal sin condón porque no estaba disponible, últimos 12 meses	49,8%	43,9%	36,6%
Desconocer las seis afirmaciones sobre trasmisión de VIH/ITS	1,0%	0,5%	0,5%
De acuerdo sobre "Me preocupa mi consumo de drogas recreativas"	16,3%	15,4%	12,2%
No haber escuchado sobre PEP	57,6%	41,2%	41,1%
Sin confianza para conseguir PEP	68,1%	70,8%	71,6%
No haber escuchado sobre PrEP	56,9%	41,2%	43,7%
No seguro sobre uso probable de PrEP	17,6%	17,7%	18,2%
Desconocer las seis afirmaciones sobre PEP y PrEP	50,8%	37,2%	37,8%
Desconocer las seis afirmaciones sobre pruebas y tratamiento para VIH	0,3%	0,2%	0,3%
Desconocer sobre I=I*	53,2%	44,6%	48,5%
Inseguridad sobre estado serológico de VIH	10,4%	8,6%	7,1%
Desconocer dónde realizarse una prueba de VIH, en quienes nunca se hicieron la prueba	49,8%	36,0%	24,8%
Desconocer las cinco afirmaciones sobre hepatitis A y B	9,6%	5,6%	3,7%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis A	60,9%	64,9%	64,0%

Necesidades (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis B	61,1%	65,3%	63,5%
Experimentar agresión verbal por alguien que sabía/presumía su atracción sexual por hombres, últimos 12 meses	38,5%	27,6%	14,8%

*I=I Indetectable = Intransmisible

1.4 Oferta y uso de servicios de salud

Todos los servicios de salud analizados como fuente de obtención de condones, PrEP, pruebas de VIH, atención y tratamiento para VIH, pruebas para ITS y vacunación contra los virus de las hepatitis A y B fueron usados con mayor frecuencia por participantes de 25 años o más. El uso de servicios para atención y tratamiento de la infección por VIH y vacunación para hepatitis fue más frecuente en los mayores de 39 años (*Tabla 8.4*).

Tabla 8.4 Oferta y uso de servicios de salud, por grupo etario

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Obtener condones gratis en ONG, clínicas, bares o saunas, últimos 12 meses	43,1%	45,0%	44,7%
Escuchar sobre PrEP por el personal de salud	5,6%	7,9%	7,1%
Escuchar o ver información sobre VIH para HSH, últimos 12 meses	82,0%	84,7%	80,8%
Prueba de VIH, últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados hace más de 12 meses	51,4%	66,0%	62,1%
Última prueba de VIH por servicios comunitarios, últimos 12 meses	8,6%	10,0%	7,9%
Alguna vez monitorizado infección por VIH (estadio 3 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	94,6%	97,9%	98,9%
Monitorizado infección por VIH en los últimos 6 meses (estadio 4 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	89,7%	91,4%	93,1%
Carga viral indetectable (estadio 6 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	50,0%	70,9%	83,4%

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.655)	Menos de 25 años (n = 22.037)	De 25 a 39 años (n = 32.875)	Más de 39 años (n = 9743)
Invitación para vacunación para algún tipo de hepatitis por el personal de salud, alguna vez	39,7%	45,2%	42,4%
Dosis completas de vacuna para hepatitis A, excluyendo aquellos con historia de hepatitis A	27,3%	33,8%	34,9%
Dosis completas de vacuna para hepatitis B, excluyendo aquellos con historia de hepatitis B	29,5%	38,5%	40,6%
Tamizaje completo para ITS (VIH, pruebas de sangre, hisopado anal, hisopado uretral o examen de orina), últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados con VIH hace más de 12 meses	2,0%	2,3%	1,9%

2. Visibilidad de atracción sexual

En el estudio LAMIS-2018, el 39% indicó que todos o casi todos sus conocidos sabían sobre su atracción sexual por otros hombres (mayor visibilidad de su atracción sexual), el 31% indicó que solo algunos sabían y el 31% restante que pocos o ninguno sabía (menor visibilidad de su atracción sexual). El promedio de edad fue similar en los tres grupos (29-30 años). Los participantes con mayor visibilidad de su atracción sexual vivían con mayor frecuencia en ciudades de 500 mil habitantes o más. El grupo donde solo algunos sabían sobre su atracción sexual tuvo la mayor frecuencia de haber alcanzado estudios de bachiller, estudios superiores técnicos o universitarios (91% vs. 88% tanto en el grupo con mayor como con menor visibilidad). El porcentaje de desempleo fue similar, indistintamente del grado de visibilidad de la atracción sexual (9%). También se observó que, a mayor visibilidad de atracción sexual, mayor identificación como gay u homosexual (92%, 82% y 55%, respectivamente).

2.1 Estado de salud psico-socio-sexual

Los participantes con mayor visibilidad de su atracción sexual tuvieron mayor frecuencia de diagnóstico de VIH e ITS bacterianas, como sífilis, gonorrea y clamidia, y mayor frecuencia de dependencia de alcohol. Por otro lado, los participantes con menor visibilidad de su atracción sexual tuvieron mayor porcentaje de ideación suicida en las últimas dos semanas, insatisfacción sexual y reporte de carga viral detectable (entre las personas con diagnóstico de VIH que conocen su carga viral) (*Tabla 8.5*).

Tabla 8.5 Estado de salud psico-socio-sexual, según nivel de visibilidad de atracción sexual

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 63.809, datos perdidos: 846)	Todos o casi todos saben (n =24.690)	Algunos saben (n = 19.573)	Pocos, ninguno sabe (n = 19.546)
Síntomas severos ansioso-depresivos, últimas dos semanas (PHQ-4)	18,6%	19,1%	16,3%
Ideación suicida, últimas dos semanas	28,3%	29,9%	29,9%
Insatisfacción sexual	20,9%	24,7%	31,8%
Dependencia de alcohol	24,0%	22,2%	16,8%
Haber sido diagnosticado alguna vez de VIH positivo	21,4%	15,3%	10,1%
Diagnóstico reciente de VIH positivo, últimos 12 meses	3,7%	3,2%	2,4%
Carga viral detectable en diagnosticados con VIH positivo que conocen su carga viral	14,1%	17,1%	19,7%
Último diagnóstico de sífilis, últimos 12 meses	9,8%	7,0%	5,0%
Último diagnóstico de gonorrea, últimos 12 meses	4,3%	3,8%	3,3%
Último diagnóstico de infección por clamidia, últimos 12 meses	1,7%	1,7%	1,3%
Primer diagnóstico de verrugas genitales, últimos 12 meses	4,7%	4,8%	4,8%

2.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales

Los participantes con mayor visibilidad de su atracción sexual tuvieron mayor frecuencia de todas las conductas de riesgo o protección analizadas en este apartado, incluyendo el uso de antirretrovirales para prevención (PEP alguna vez o uso actual de la PrEP) o TARV en aquellos con diagnóstico de VIH, mayor frecuencia de sexo sin condón con pareja estable u ocasional, sexo bajo el efecto de drogas, uso de drogas inyectables, o número de parejas sexuales ocasionales (*Tabla 8.6*).

Tabla 8.6 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, según nivel de visibilidad de atracción sexual

Conductas de riesgo y protección (n = 63.809, datos perdidos: 846)	Todos o casi todos saben (n = 24.690)	Algunos saben (n = 19.573)	Pocos, ninguno sabe (n = 19.546)
Recibir antirretrovirales en diagnosticados con VIH (estadio 5 de cascada de atención)	88,5%	86,9%	83,3%
Haber usado PEP	5,7%	4,2%	2,0%

Conductas de riesgo y protección (n = 63.809, datos perdidos: 846)	Todos o casi todos saben (n = 24.690)	Algunos saben (n = 19.573)	Pocos, ninguno sabe (n = 19.546)
Uso actual de PrEP diario o a demanda	1,5%	0,9%	0,6%
Sexo sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses	10,2%	8,7%	7,7%
Sexo anal sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido, últimos 12 meses	29,7%	28,4%	23,3%
Uso sexualizado de drogas en las últimas cuatro semanas	9,4%	6,6%	3,3%
Uso de drogas inyectables (excepto esteroides), últimos 12 meses	0,4%	0,3%	0,3%
Número promedio de parejas sexuales ocasionales, últimos 12 meses	4,0	3,0	3,0

2.3 Necesidades sociales y salud

Los participantes con menor visibilidad de su atracción sexual tuvieron mayor puntaje en la Escala corta de homonegatividad internalizada; además, tuvieron menor información o conocimiento sobre transmisión, diagnóstico, tratamiento y prevención (incluidas PEP y PrEP) para VIH/ITS y los virus de las hepatitis A y B. En cambio, el grupo con mayor visibilidad de su atracción sexual tuvo mayor frecuencia de sexo sin condón porque no estaban disponibles, mayor dificultad para controlar la seguridad de las relaciones sexuales que tienen, mayor preocupación por su consumo de alcohol y mayor reporte de haber experimentado agresión verbal (*Tabla 8.7*).

Tabla 8.7 Necesidades sociales y salud, según nivel de visibilidad de atracción sexual

Necesidades (n = 63.809, datos perdidos: 846)	Todos o casi todos saben (n = 24.690)	Algunos saben (n = 19.573)	Pocos, ninguno sabe (n = 19.546)
Puntaje promedio en Escala corta de homonegatividad internalizada (SIHS: 0-6)	1,0%	1,6%	2,6%
Desacuerdo sobre “El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero”	20,2%	18,9%	16,6%
Desacuerdo sobre “Encuentro fácil decir ‘no’ al sexo que no quiero”	14,8%	14,5%	14,1%
Sexo anal sin condón porque no estaba disponible, últimos 12 meses	45,5%	44,5%	44,1%
Desconocer las seis afirmaciones sobre trasmisión de VIH/ITS	0,3%	0,5%	1,3%
De acuerdo sobre “Me preocupa mi consumo de drogas recreativas”	16,0%	14,6%	14,4%

Necesidades (n = 63.809, datos perdidos: 846)	Todos o casi todos saben (n = 24.690)	Algunos saben (n = 19.573)	Pocos, ninguno sabe (n = 19.546)
No haber escuchado sobre PEP	38,2%	44,1%	59,6%
Sin confianza para conseguir PEP	66,1%	71,1%	72,8%
No haber escuchado sobre PrEP	38,5%	43,9%	59,9%
No seguro sobre uso probable de PrEP	17,6%	17,5%	18,0%
Desconocer las seis afirmaciones sobre PEP y PrEP	33,2%	39,7%	54,7%
Desconocer las seis afirmaciones sobre pruebas y tratamiento para VIH	0,1%	0,1%	0,5%
Desconocer sobre I=I*	39,5%	48,0%	58,8%
Inseguridad sobre estado serológico de VIH	7,7%	8,6%	11,0%
Desconocer dónde realizarse una prueba de VIH, en quienes nunca se hicieron la prueba	38,1%	44,2%	46,3%
Desconocer las cinco afirmaciones sobre hepatitis A y B	5,4%	6,4%	8,5%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis A	61,8%	64,1%	64,1%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis B	61,7%	64,4%	64,5%
Experimentar agresión verbal por alguien que sabía/presumía su atracción sexual por hombres, últimos 12 meses	32,6%	30,7%	24,2%

*I=I Indetectable = Intransmisible

2.4 Oferta y uso de servicios de salud

Los participantes con mayor visibilidad de su atracción tuvieron los porcentajes más altos de uso de los servicios de salud analizados, incluyendo acceso a condones de forma gratuita, acceso a información sobre prevención para VIH, acceso a pruebas diagnósticas para VIH y otras ITS, a atención y tratamiento para VIH, y a servicios de inmunizaciones contra los virus de las hepatitis A y B (*Tabla 8.8*).

Tabla 8.8 Oferta y uso de servicios de salud, según nivel de visibilidad de atracción sexual

Oferta y uso de servicios de salud (n = 63.809, datos perdidos: 846)	Todos o casi todos saben (n = 24.690)	Algunos saben (n = 19.573)	Pocos, ninguno sabe (n = 19.546)
Obtener condones gratis en ONG, clínicas, bares o saunas, últimos 12 meses	49,8%	45,0%	37,1%
Escuchar sobre PrEP por el personal de salud	9,3%	6,4%	4,6%
Escuchar o ver información sobre VIH para HSH, últimos 12 meses	85,7%	84,4%	79,2%
Prueba de VIH, últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados hace más de 12 meses	67,9%	61,8%	49,8%
Última prueba de VIH por servicios comunitarios, últimos 12 meses	10,3%	10,0%	7,1%
Alguna vez monitorizado infección por VIH (estadio 3 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	98,2%	97,8%	96,3%
Monitorizado infección por VIH en los últimos 6 meses (estadio 4 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	92,6%	91,1%	89,8%
Carga viral indetectable (estadio 6 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	74,5%	70,2%	63,6%
Invitación para vacunación para algún tipo de hepatitis por el personal de salud, alguna vez	45,7%	42,5%	39,8%
Dosis completas de vacuna para hepatitis A, excluyendo aquellos con historia de hepatitis A	35,2%	29,8%	29,0%
Dosis completas de vacuna para hepatitis B, excluyendo aquellos con historia de hepatitis B	39,5%	34,8%	31,7%
Tamizaje completado para ITS (VIH, pruebas de sangre, hisopado anal, hisopado uretral o examen de orina), últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados con VIH hace más de 12 meses	2,8%	2,1%	1,4%

3. Diagnóstico de VIH

En el estudio LAMIS-2018, el 16% reportó tener un diagnóstico de VIH, quienes, en comparación con los que no tenían ese diagnóstico, tuvieron mayor edad (34 años vs. 29 años en promedio), vivían con mayor frecuencia en ciudades de 500 mil habitantes o más (70% vs. 63%), estaban desempleados (11% vs. 9%), se identificaron como gay u homosexual (89% vs. 75%) y su atracción sexual era más visible (52% vs. 36% que indicó que todos o casi todos sus conocidos sabían sobre su atracción sexual por otros hombres).

3.1 Estado de salud psico-socio-sexual

El grupo con diagnóstico de VIH tuvo mayor frecuencia de problemas de salud mental, como síntomas ansioso-depresivos e ideación suicida, mayor dependencia de alcohol y mayor porcentaje de diagnóstico de otras ITS. En cambio, este mismo grupo reportó menor frecuencia de insatisfacción sexual (*Tabla 8.9*).

Tabla 8.9 Estado de salud psico-socio-sexual, por diagnóstico de VIH

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 64.229, datos perdidos: 426)	No diagnosticado con VIH (n = 53.964)	Diagnosticado con VIH (n = 10.265)
Síntomas severos ansioso-depresivos, últimas dos semanas (PHQ-4)	17,6%	20,2%
Ideación suicida, últimas dos semanas	28,4%	34,1%
Insatisfacción sexual	25,9%	22,7%
Dependencia de alcohol	21,1%	21,6%
Último diagnóstico de sífilis, últimos 12 meses	4,9%	20,4%
Último diagnóstico de gonorrea, últimos 12 meses	3,7%	4,7%
Último diagnóstico de infección por clamidia, últimos 12 meses	1,4%	2,3%
Primer diagnóstico de verrugas genitales, últimos 12 meses	4,2%	7,7%

3.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales

El grupo con diagnóstico de VIH tuvo el mayor porcentaje de conductas sexuales de riesgo, incluyendo mayor número de parejas sexuales, mayor frecuencia de sexo anal no protegido, uso sexualizado de drogas y uso de drogas inyectables (*Tabla 8.10*).

Tabla 8.10 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por diagnóstico de VIH

Conductas sexuales de riesgo y protección (n = 64.229, datos perdidos: 426)	No diagnosticado con VIH (n = 53.964)	Diagnosticado con VIH (n = 10.265)
Sexo sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses	8,5%	11,2%
Sexo anal sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido, últimos 12 meses	24,4%	42,3%
Uso sexualizado de drogas en las últimas cuatro semanas	5,5%	13,0%
Uso de drogas inyectables (excepto esteroides), últimos 12 meses	0,3%	0,6%
Número promedio de parejas sexuales ocasionales, últimos 12 meses	3,0	5,0

3.3 Necesidades sociales y salud

Los participantes con diagnóstico de VIH tuvieron mayor dificultad para negociar las condiciones en que tenían sexo con otros hombres y también reportaron mayor sexo sin condón porque estos no estaban disponibles. Además, hubo mayor preocupación por su consumo de alcohol.

El grupo sin diagnóstico de VIH tuvo mayor desinformación sobre transmisión del VIH y otras ITS, estrategias de prevención para VIH (PEP y PrEP), y conocimientos generales y de prevención (vacunación) para las hepatitis virales A y B (*Tabla 8.11*).

Tabla 8.11 Necesidades sociales y salud, por diagnóstico de VIH

Necesidades (n = 64.229, datos perdidos: 426)	No diagnosticado con VIH (n = 53.964)	Diagnosticado con VIH (n = 10.265)
Puntaje promedio en Escala corta de homonegatividad internalizada (SIHS: 0-6)	1,7%	1,5%
Desacuerdo sobre "El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero"	17,4%	25,4%
Desacuerdo sobre "Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero"	13,9%	17,5%
Sexo anal sin condón porque no estaba disponible, últimos 12 meses	44,0%	49,2%
Desconocer las seis afirmaciones sobre trasmisión de VIH/ITS	0,7%	0,3%
De acuerdo sobre "Me preocupa mi consumo de drogas recreativas"	14,5%	18,0%
No haber escuchado sobre PEP	50,6%	27,0%
No haber escuchado sobre PrEP	50,4%	28,4%
Desconocer las seis afirmaciones sobre PEP y PrEP	45,4%	23,7%
Desconocer las seis afirmaciones sobre pruebas y tratamiento para VIH	0,2%	0,2%
Desconocer sobre I=I*	52,3%	26,2%
Inseguridad sobre estado serológico de VIH	9,8%	4,1%
Desconocer las cinco afirmaciones sobre hepatitis A y B	7,2%	4,0%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis A	63,7%	60,4%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis B	64,0%	59,0%
Experimentar agresión verbal por alguien que sabía/presumía su atracción sexual por hombres, últimos 12 meses	29,9%	26,7%

*I=I Indetectable = Intransmisible

3.4 Oferta y uso de servicios de salud

En los participantes con diagnóstico de VIH hubo mayor frecuencia de uso de servicios de salud para la recepción de condones, recepción de información para diagnóstico y prevención de VIH/ITS (PrEP) y acceso a servicios de inmunización contra hepatitis virales A y B (*Tabla 8.12*).

Tabla 8.12 Oferta y uso de servicios de salud, por diagnóstico de VIH

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.229, datos perdidos: 426)	No diagnosticado con VIH (n = 53.964)	Diagnosticado con VIH (n = 10.265)
Obtener condones gratis en ONG, clínicas, bares o saunas, últimos 12 meses	40,8%	62,4%
Escuchar sobre PrEP por el personal de salud	6,2%	11,0%
Escuchar o ver información sobre VIH para HSH, últimos 12 meses	83,0%	84,5%
Última prueba de VIH por servicios comunitarios, últimos 12 meses	9,2%	10,6%
Última prueba de VIH por automuestreo, últimos 12 meses (solo 65 casos)	0,1%	0,3%
Última prueba de VIH por autoprueba, últimos 12 meses	1,0%	1,5%
Invitación para vacunación para algún tipo de hepatitis por el personal de salud, alguna vez	39,7%	59,8%
Dosis completas de vacuna para hepatitis A, excluyendo aquellos con historia de hepatitis A	29,0%	46,0%
Dosis completas de vacuna para hepatitis B, excluyendo aquellos con historia de hepatitis B	32,5%	53,0%
Tamizaje completado para ITS (VIH, pruebas de sangre, hisopado anal, hisopado uretral o examen de orina), últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados con VIH hace más de 12 meses	2,1%	5,4%

4. Ser pagado por sexo

En el estudio LAMIS-2018 se definió el "ser pagado por sexo" como el haber recibido dinero, algún bien o servicio a cambio de sexo con otro hombre al menos tres veces en los últimos 12 meses, lo cual fue reportado por el 3% de los participantes (N = 1938). Este grupo tuvo menor edad (26 vs. 30 años en promedio), menor porcentaje de haber alcanzado estudios de bachiller, estudios superiores técnicos o universitarios (82% vs. 89%), mayor porcentaje de desempleo (15% vs. 9%), menor identificación como gay u homosexual (72% vs. 78%) y mayor visibilidad de su atracción sexual (48% vs. 38% de que todos o casi todos sepan de su atracción sexual).

Ser pagado por sexo fue más común en los migrantes (5% vs. 3%), sobre todo en los que viajaron como refugiados o buscando asilo (9% vs. 4%) o para vivir más abiertamente gay/bi/trans (7% vs. 5%). Además, ser pagado por sexo fue más común en la población de HSH que se idenfican como hombres trans o reportaron que el sexo asignado al nacer fue mujer, en comparación con los HSH cisgénero (9% vs 3%), es decir, aquellos que reportaron identificarse como hombres y cuyo sexo asignado al nacer también fue hombre.

4.1 Estado de salud psico-socio-sexual

Los participantes que fueron pagados por sexo tuvieron mayor frecuencia de síntomas ansioso-depresivos, ideación suicida, dependencia de alcohol, así como diagnóstico de VIH y otras ITS; en cambio, los que no fueron pagados por sexo tuvieron una mayor frecuencia de insatisfacción sexual (*Tabla 8.13*).

Tabla 8.13 Estado de salud psico-socio-sexual, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 64.133, datos perdidos: 522)	No ser pagado por sexo (n = 62.195)	Ser pagado por sexo (n = 1938)
Síntomas severos ansioso-depresivos, últimas dos semanas (PHQ-4)	17,9%	21,6%
Ideación suicida, últimas dos semanas	28,9%	39,8%
Insatisfacción sexual	25,7%	16,1%
Dependencia de alcohol	21,0%	29,3%
Haber sido diagnosticado alguna vez con VIH	15,8%	23,2%
Diagnóstico reciente de VIH, últimos 12 meses	3,1%	5,5%
Carga viral detectable en diagnosticados con VIH que conocen su carga viral	15,8%	22,6%
Último diagnóstico de sífilis, últimos 12 meses	7,2%	15,7%
Último diagnóstico de gonorrea, últimos 12 meses	3,7%	8,9%
Último diagnóstico de infección por clamidia, últimos 12 meses	1,5%	2,8%
Primer diagnóstico de verrugas genitales, últimos 12 meses	4,6%	9,1%

4.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales

Los participantes que fueron pagados por sexo tuvieron mayores frecuencias de conductas de protección, como haber usado PEP, uso actual de PrEP, pero también mayores frecuencias de prácticas de riesgo para VIH y otras ITS, como mayor número de parejas sexuales, mayor frecuencia de sexo sin condón, uso sexualizado de drogas y uso de drogas inyectables. En cambio, en aquellos que no fueron pagados por sexo, la frecuencia de recepción de antirretrovirales para tratamiento de VIH fue mayor (*Tabla 8.14*).

Tabla 8.14 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses

Conductas de riesgo y protección (n = 64.133, datos perdidos: 522)	No ser pagado por sexo (n = 62.195)	Ser pagado por sexo (n = 1938)
Recibir antirretrovirales en diagnosticados con VIH (estadio 5 de cascada de atención)	87,5%	77,4%
Haber usado PrEP	4,0%	4,5%
Uso actual de PrEP diario o a demanda	1,0%	2,2%
Sexo sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses	8,6%	20,1%
Sexo anal sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido, últimos 12 meses	26,7%	43,4%
Uso sexualizado de drogas en las últimas cuatro semanas	6,4%	16,5%
Uso de drogas inyectables (excepto esteroides), últimos 12 meses	0,3%	1,6%
Número promedio de parejas sexuales ocasionales, últimos 12 meses	3,0	10,0

4.3 Necesidades sociales y salud

Los participantes que fueron pagados por sexo tuvieron mayores frecuencias de no sentirse capaces de mantener relaciones sexuales seguras o voluntarias y de tener sexo sin protección por no tener condones. También fueron el grupo con mayor frecuencia de desinformación sobre transmisión de VIH/ITS, diagnóstico, tratamiento y prevención de VIH (PrEP y PEP), así como con conocimientos generales y prevención (vacunación) contra los virus de las hepatitis A y B. También hubo mayor incertidumbre sobre el estado de VIH en los participantes que fueron pagados por sexo.

Por otro lado, los participantes que no fueron pagados por sexo reportaron menor confianza de dónde conseguir PEP y de usar PrEP si fuera asequible (*Tabla 8.15*).

Tabla 8.15 Necesidades sociales y salud, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses

Necesidades (n = 64.133, datos perdidos: 522)	No ser pagado por sexo (n = 62.195)	Ser pagado por sexo (n = 1938)
Puntaje promedio en Escala corta de homonegatividad internalizada (SIHS: 0-6)	1,7%	1,7%
Desacuerdo sobre “El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero”	18,6%	21,5%
Desacuerdo sobre “Encuentro fácil decir ‘no’ al sexo que no quiero”	14,3%	19,7%

Necesidades (n = 64.133, datos perdidos: 522)	No ser pagado por sexo (n = 62.195)	Ser pagado por sexo (n = 1938)
Sexo anal sin condón porque no estaba disponible, últimos 12 meses	44,2%	65,6%
Desconocer las seis afirmaciones sobre trasmisión de VIH/ITS	0,7%	1,4%
De acuerdo sobre "Me preocupa mi consumo de drogas recreativas"	14,9%	21,8%
No haber escuchado sobre PEP	46,5%	51,7%
Sin confianza para conseguir PEP	70,1%	64,2%
No haber escuchado sobre PrEP	46,7%	50,1%
No seguro sobre uso probable de PrEP	17,8%	13,0%
Desconocer las seis afirmaciones sobre PEP y PrEP	41,8%	45,1%
Desconocer las seis afirmaciones sobre pruebas y tratamiento para VIH	0,2%	0,9%
Desconocer sobre I=I*	48,1%	47,5%
Inseguridad sobre estado serológico de VIH	8,8%	14,0%
Desconocer dónde realizarse una prueba de VIH, en quienes nunca se hicieron la prueba	43,6%	45,9%
Desconocer las cinco afirmaciones sobre hepatitis A y B	6,5%	10,6%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis A	63,1%	67,3%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis B	63,3%	67,6%
Experimentar agresión verbal por alguien que sabía/presumía su atracción sexual por hombres, últimos 12 meses	28,9%	43,9%

*I=I Indetectable = Intransmisible

4.4 Oferta y uso de servicios de salud

Los participantes que fueron pagados por sexo tuvieron mayores frecuencias tanto de acceso a servicios de prevención para la infección de VIH como a condones, información y pruebas diagnósticas para el descarte de VIH. En cambio, los participantes que no fueron pagados por sexo tuvieron mayores frecuencias de monitoreo de la infección por el VIH, alcanzar una carga viral indetectable y completar sus esquemas de vacunaciones contra los virus de las hepatitis A y B (*Tabla 8.16*).

Tabla 8.16 Oferta y uso de servicios de salud, por ser pagado por sexo en los últimos 12 meses

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.133, datos perdidos: 522)	No ser pagado por sexo (n = 62.195)	Ser pagado por sexo (n = 1938)
Obtener condones gratis en ONG, clínicas, bares o saunas, últimos 12 meses	43,8%	60,0%
Escuchar sobre PrEP por el personal de salud	6,9%	10,8%

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.133, datos perdidos: 522)	No ser pagado por sexo (n = 62.195)	Ser pagado por sexo (n = 1938)
Escuchar o ver información sobre VIH para HSH, últimos 12 meses	83,2%	85,5%
Prueba de VIH, últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados hace más de 12 meses	59,8%	69,6%
Última prueba de VIH por servicios comunitarios, últimos 12 meses	9,0%	16,0%
Alguna vez monitorizado infección por VIH (estadio 3 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	97,8%	96,4%
Monitorizado infección por VIH en los últimos 6 meses (estadio 4 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	91,9%	87,0%
Carga viral indetectable (estadio 6 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	71,8%	57,0%
Invitación para vacunación para algún tipo de hepatitis por el personal de salud, alguna vez	42,8%	43,9%
Dosis completas de vacuna para hepatitis A, excluyendo aquellos con historia de hepatitis A	31,6%	30,8%
Dosis completas de vacuna para hepatitis B, excluyendo aquellos con historia de hepatitis B	35,7%	32,4%
Tamizaje completado para ITS (VIH, pruebas de sangre, hisopado anal, hisopado uretral o examen de orina), últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados con VIH hace más de 12 meses	2,1%	5,1%

5. Estado migratorio

En el estudio LAMIS-2018, el 4% de los hombres habían nacido en un país diferente al de residencia (migrante), de los cuales un 10% migró para vivir más abiertamente como gay/bi/trans, un 15% para buscar refugio o asilo y un 77% por otros motivos diferentes a búsqueda de refugio, asilo o vivir más abiertamente como gay/bi/trans.

El promedio de la edad fue similar entre migrantes y no migrantes (30-32 años). Los migrantes vivían con mayor frecuencia en ciudades de 500 mil habitantes o más (63% de no migrantes, 79% de migrantes que buscan refugio o asilo, 84% de los migrantes por su orientación sexual y 73% de los que migraron por otros motivos), presentaban un mayor porcentaje de haber alcanzado estudios de bachiller, estudios superiores técnicos o universitarios (89% de no migrantes, 97% de migrantes que buscan refugio o asilo, 92% de los migrantes por su orientación sexual y 92% de los que migraron por otros motivos), mayor porcentaje de desempleo (9% de no migrantes, 13% de migrantes que buscan refugio o asilo, 13% de los migrantes por su orientación sexual y 8% de los que migraron por otros motivos), mayor porcentaje de identificarse como gay u homosexual (77% de no migrantes, 84% de

migrantes que buscan refugio o asilo, 86% de los migrantes por su orientación sexual y 78% de los que migraron por otros motivos), y mayor porcentaje de visibilidad de su orientación sexual (42% de no migrantes, 44% de migrantes que buscan refugio o asilo, 44% de los migrantes por su orientación sexual y 41% de los que migraron por otros motivos).

5.1 Estado de salud psico-socio-sexual

Los participantes que migraron para vivir más abiertamente como gay/bi/trans fueron los que tuvieron mayores frecuencias de síntomas severos ansioso-depresivos en las últimas dos semanas e ideación suicida, mayor diagnóstico de VIH alguna vez y mayor diagnóstico de otras ITS en los últimos 12 meses. Por otro lado, los migrantes por refugio o asilo tuvieron las mayores frecuencias de diagnóstico reciente de VIH y sífilis, así como carga viral indetectable en aquellos VIH positivos.

En relación con los síntomas ansioso-depresivos, estos fueron reportados con mayor frecuencia en quienes migraron para vivir más abiertamente como gay/bi/trans, seguidos por los no migrantes; y ambos grupos tuvieron el porcentaje más alto de ideación suicida en las últimas dos semanas. Los no migrantes, además, reportaron mayor insatisfacción sexual y dependencia del alcohol (*Tabla 8.17*).

Tabla 8.17 Estado de salud psico-socio-sexual, por estado y motivo de migración

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 64.772, valores perdidos: 128)	No migrante (n = 61.770)	Refugiado o con asilo (n = 448)	Vivir más abiertamente gay/bi/trans (n = 309)	Otros motivos (n = 2306)
Síntomas severos ansioso-depresivos, últimas 2 semanas (PHQ-4)	18,2%	13,5%	18,9%	12,8%
Ideación suicida, últimas dos semanas	29,6%	22,4%	29,6%	23,2%
Insatisfacción sexual	25,5%	23,0%	19,2%	23,1%
Dependencia de alcohol	21,3%	12,7%	19,5%	19,8%
Haber sido diagnosticado alguna vez de VIH	15,9%	18,6%	21,2%	17,0%
Diagnóstico reciente de VIH, últimos 12 meses	3,1%	5,0%	4,0%	2,9%
Carga viral detectable en diagnosticados con VIH que conocen su carga viral	15,9%	28,4%	12,1%	17,1%
Último diagnóstico de sífilis, últimos 12 meses	7,4%	11,1%	10,9%	7,7%
Último diagnóstico de gonorrea, últimos 12 meses	3,8%	5,7%	6,9%	4,3%
Último diagnóstico de infección por clamidia, últimos 12 meses	1,6%	1,8%	3,4%	1,7%
Primer diagnóstico de verrugas genitales, últimos 12 meses	4,8%	3,9%	5,5%	4,2%

5.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales

Los participantes que migraron para vivir más abiertamente como gay/bi/trans tuvieron las mayores frecuencias de tomar antirretrovirales para el control de la infección o para prevenir (PEP o PrEP) la trasmisión del VIH; también tuvieron la frecuencia mayor de sexo anal sin condón con pareja ocasional y uso sexualizado de drogas.

Los migrantes refugiados o con asilo tuvieron mayor porcentaje de sexo sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses (*Tabla 8.18*).

Tabla 8.18 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por estado y motivo de migración

Conductas de riesgo y protección (n = 64.772, valores perdidos: 128)	No migrante (n = 61.770)	Refugiado o con asilo (n = 448)	Vivir más abiertamente gay/bi/trans (n = 309)	Otros motivos (n = 2306)
Recibir antirretrovirales, en diagnosticados con VIH (estadio 5 de cascada de atención)	87,1%	75,9%	87,7%	85,9%
Haber usado PEP	4,0%	3,9%	4,6%	3,1%
Uso actual de PrEP diario o a demanda	1,0%	1,1%	2,5%	1,5%
Sexo sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses	8,9%	13,2%	11,4%	9,2%
Sexo anal sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido, últimos 12 meses	27,2%	28,2%	32,4%	27,2%
Uso sexualizado de drogas en las últimas 4 semanas	6,6%	9,7%	12,0%	8,5%
Uso de drogas inyectables (excepto esteroides), últimos 12 meses	0,3%	0,2%	0,0%	0,7%
Número promedio de parejas sexuales ocasionales, últimos 12 meses	3,0	4,0	4,0	4,0

5.3 Necesidades sociales y salud

Los participantes que migraron buscando refugio o asilo tuvieron mayor frecuencia de sexo sin condón por no estar disponible, no haber escuchado y/o no conocer sobre el uso de antirretrovirales para prevención de VIH (PEP y PrEP), no conocer dónde realizarse una prueba de VIH (en quienes no se hicieron la prueba) y no conocer dónde obtener vacunas contra las hepatitis A o B.

Los participantes que migraron para vivir más abiertamente como gay/bi/trans tuvieron la mayor frecuencia de experiencias de agresión verbal en los últimos 12 meses.

Los que no eran migrantes tuvieron mayor preocupación por su consumo de drogas recreativas (*Tabla 8.19*).

Tabla 8.19 Necesidades sociales y salud, por estado y motivo de migración

Necesidades (n = 64.772, valores perdidos: 128)	No migrante (n = 61.770)	Refugiado o con asilo (n = 448)	Vivir más abiertamente gay/bi/trans (n = 309)	Otros motivos (n = 2306)
Puntaje promedio en Escala corta de homonegatividad internalizada (SIHS: 0-6)	1,7%	1,5%	1,6%	1,6%
Desacuerdo sobre "El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero"	18,8%	15,2%	16,8%	16,0%
Desacuerdo sobre "Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero"	14,6%	13,0%	15,2%	12,0%
Sexo anal sin condón porque no estaba disponible, últimos 12 meses	44,8%	53,7%	48,7%	45,1%
Desconocer las seis afirmaciones sobre trasmisión de VIH/ITS	0,7%	0,5%	1,0%	0,5%
De acuerdo sobre "Me preocupa mi consumo de drogas recreativas"	15,4%	14,3%	11,8%	11,7%
No haber escuchado sobre PEP	46,6%	60,5%	50,3%	51,4%
Sin confianza para conseguir PEP	69,8%	73,8%	68,3%	72,8%
No haber escuchado sobre PrEP	46,8%	55,9%	47,5%	48,5%
No seguro sobre uso probable de PrEP	17,8%	13,0%	17,8%	17,6%
Desconocer las seis afirmaciones sobre PEP y PrEP	41,7%	53,3%	44,6%	45,2%
Desconocer las seis afirmaciones sobre pruebas y tratamiento para VIH	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%
Desconocer sobre I=I*	48,0%	52,9%	50,2%	49,0%
Inseguridad sobre estado serológico de VIH	9,0%	8,8%	9,1%	8,2%
Desconocer dónde realizarse una prueba de VIH, en quienes nunca se hicieron la prueba	43,5%	55,4%	52,4%	46,2%
Desconocer las cinco afirmaciones sobre hepatitis A y B	6,8%	3,2%	5,2%	4,8%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis A	62,7%	84,9%	78,9%	73,6%

Necesidades (n = 64.772, valores perdidos: 128)	No migrante (n = 61.770)	Refugiado o con asilo (n = 448)	Vivir más abiertamente gay/bi/trans (n = 309)	Otros motivos (n = 2306)
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis B	62,9%	86,5%	80,4%	74,0%
Experimentar agresión verbal por alguien que sabía/presumía su atracción sexual por hombres, últimos 12 meses	29,6%	25,2%	39,1%	23,2%

*I=I Indetectable = Intransmisible

5.4 Oferta y uso de servicios de salud

Los participantes que migraron para vivir más abiertamente como gay/bi/trans tuvieron la mayor frecuencia de oferta y uso de servicios de salud como obtención gratuita de condones, realización de tamizaje de VIH y otras ITS en los últimos 12 meses, reporte de carga viral indetectable, recibir información sobre PrEP y ser invitado a recibir vacunación contra el virus de la hepatitis A.

En contraste, los migrantes refugiados o con asilo tuvieron los porcentajes más bajos de uso de servicios tanto para recibir información como para realización de pruebas de tamizaje para VIH; además, el subgrupo con diagnóstico de VIH tuvo las frecuencias más bajas de vinculación, retención a la atención a VIH y menor frecuencia de reporte de carga viral indetectable (*Tabla 8.20*).

Tabla 8.20 Oferta y uso de servicios de salud, por estado y motivo de migración

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.772, valores perdidos: 128)	No migrante (n = 61.770)	Refugiado o con asilo (n = 448)	Vivir más abiertamente gay/bi/trans (n = 309)	Otros motivos (n = 2306)
Obtener condones gratis en ONG, clínicas, bares o saunas, últimos 12 meses	44,5%	39,3%	51,6%	40,5%
Escuchar sobre PrEP por el personal de salud	7,1%	4,0%	8,1%	5,5%
Escuchar o ver información sobre VIH para HSH, últimos 12 meses	83,3%	80,8%	82,9%	81,1%
Prueba de VIH, últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados hace más de 12 meses	59,7%	64,3%	69,1%	65,4%
Última prueba de VIH por servicios comunitarios, últimos 12 meses	9,2%	8,5%	13,3%	9,7%
Alguna vez monitorizado infección por VIH (estadio 3 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	97,7%	91,6%	96,9%	97,9%

Oferta y uso de servicios de salud (n = 64.772, valores perdidos: 128)	No migrante (n = 61.770)	Refugiado o con asilo (n = 448)	Vivir más abiertamente gay/bi/trans (n = 309)	Otros motivos (n = 2306)
Monitorizado infección por VIH en los últimos seis meses (estadio 4 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	91,9%	81,9%	90,8%	86,9%
Carga viral indetectable (estadio 6 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	71,2%	55,4%	75,4%	69,2%
Invitación para vacunación para algún tipo de hepatitis por el personal de salud, alguna vez	42,6%	51,2%	51,5%	48,6%
Dosis completas de vacuna para hepatitis A, excluyendo aquellos con historia de hepatitis A	31,3%	41,6%	41,9%	38,9%
Dosis completas de vacuna para hepatitis B, excluyendo aquellos con historia de hepatitis B	35,4%	38,7%	38,5%	40,4%
Tamizaje completado para ITS (VIH, pruebas de sangre, hisopado anal, hisopado uretral o examen de orina), últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados con VIH hace más de 12 meses	2,1%	2,8%	3,9%	3,3%

6. Uso de drogas inyectables

Para este apartado se define como usuarios de drogas inyectables a aquellos participantes que reportaron haberse inyectado drogas distintas a esteroides en los últimos 12 meses, representando el 0,3% de LAMIS-2018 (N 211). En este grupo, el promedio de edad fue similar a los que no usaron drogas inyectables (30 vs. 31 años, respectivamente); además, los que usaron drogas inyectables vivían con mayor frecuencia en ciudades de 500 mil habitantes o más (71% vs. 64%), habían alcanzado el grado de bachiller o superior técnico o universitario con menor frecuencia (82% vs. 89%), eran desempleados con mayor frecuencia (14 vs. 9%) y tuvieron un mayor porcentaje de visibilidad de su atracción sexual (50% vs. 39% que todos o casi todos sepan su atracción sexual por otros hombres).

6.1 Estado de salud psico-socio-sexual

Los usuarios de drogas inyectables tuvieron una mayor frecuencia de síntomas ansioso-depresivos, ideación suicida y dependencia del alcohol. Además, tuvieron las frecuencias más altas de

diagnóstico de VIH y otras ITS en los últimos 12 meses. Por otro lado, tuvieron los porcentajes más bajos de insatisfacción sexual y reportaron carga viral detectable en aquellos con VIH que conocían su carga viral (*Tabla 8.21*).

Tabla 8.21 Estado de salud psico-socio-sexual, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses

Estado de salud psico-socio-sexual (n = 63.679, datos perdidos: 976)	No usuario de drogas inyectables (n = 63.468)	Usuario de drogas inyectables (n = 211)
Síntomas severos ansioso-depresivos, últimas dos semanas (PHQ-4)	18,1%	30,7%
Ideación suicida, últimas dos semanas	29,3%	45,9%
Insatisfacción sexual	25,5%	17,2%
Dependencia de alcohol	21,2%	35,6%
Haber sido diagnosticado alguna vez de VIH	16,0%	31,7%
Diagnóstico reciente de VIH, últimos 12 meses	3,1%	4,9%
Carga viral detectable en diagnosticados con VIH que conocen su carga viral	16,0%	9,4%
Último diagnóstico de sífilis, últimos 12 meses	7,4%	28,0%
Último diagnóstico de gonorrea, últimos 12 meses	3,8%	10,9%
Último diagnóstico de infección por clamidia, últimos 12 meses	1,6%	7,1%
Primer diagnóstico de verrugas genitales, últimos 12 meses	4,7%	10,0%

6.2 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales

El grupo de usuarios de drogas inyectables tuvo una mayor frecuencia de conductas de protección como uso de PEP o PrEP y conductas de riesgo como sexo sin condón con parejas estables u ocasionales, o uso sexualizado de drogas. En cambio, los que no usaron drogas inyectables tuvieron la mayor frecuencia de recepción de tratamiento antirretroviral en diagnosticados con VIH (*Tabla 8.22*).

Tabla 8.22 Conductas de riesgo y protección para infección por VIH/ITS y hepatitis virales, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses

Conductas de riesgo y protección (n = 63.679, datos perdidos: 976)	No usuario de drogas inyectables (n = 63.468)	Usuario de drogas inyectables (n = 211)
Recibir antirretrovirales en diagnosticados con VIH (estadio 5 de cascada de atención)	87,1%	81,8%
Haber usado PEP	4,0%	8,6%

Conductas de riesgo y protección (n = 63.679, datos perdidos: 976)	No usuario de drogas inyectables (n = 63.468)	Usuario de drogas inyectables (n = 211)
Uso actual de PrEP diario o a demanda	1,0%	6,2%
Sexo sin condón con dos o más parejas estables en los últimos 12 meses	8,9%	21,5%
Sexo anal sin condón con pareja ocasional de estado de VIH desconocido, últimos 12 meses	27,3%	40,8%
Uso sexualizado de drogas en las últimas cuatro semanas	6,6%	39,2%
Número promedio de parejas sexuales ocasionales, últimos 12 meses	4,7	7,2

6.3 Necesidades sociales y salud

Los usuarios de drogas inyectables reportaron una mayor frecuencia de situaciones en que no pudieron controlar las condiciones en que tenían relaciones sexuales, mayor desconocimiento sobre trasmisión de VIH/ITS, pruebas y tratamiento para VIH, e información general sobre los virus de la hepatitis; además, estos usuarios indicaron con mayor frecuencia tener incertidumbre sobre su diagnóstico de VIH y o desconocer dónde realizarse una prueba de VIH. También experimentaron actos de violencia debido a su orientación sexual con mayor frecuencia.

En cambio, los no usuarios de drogas inyectables tuvieron mayor frecuencia de desconocimiento sobre PrEP/PEP, no saber dónde adquirir PEP y mayor incertidumbre sobre el uso de la PrEP si fuera asequible (*Tabla 8.23*).

Tabla 8.23 Necesidades sociales y salud, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses

Necesidades (n = 63.679, datos perdidos: 976)	No usuario de drogas inyectables (n = 63.468)	Usuario de drogas inyectables (n = 211)
Puntaje promedio en Escala corta de homonegatividad internalizada (SIHS: 0-6)	1,7	1,7
Desacuerdo sobre “El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero”	18,6%	24,2%
Desacuerdo sobre “Encuentro fácil decir ‘no’ al sexo que no quiero”	14,4%	25,7%
Sexo anal sin condón porque no estaba disponible, últimos 12 meses	44,7%	61,5%
Desconocer las seis afirmaciones sobre trasmisión de VIH/ITS	0,7%	6,8%
De acuerdo sobre “Me preocupa mi consumo de drogas recreativas”	15,1%	34,5%

Necesidades (n = 63.679, datos perdidos: 976)	No usuario de drogas inyectables (n = 63.468)	Usuario de drogas inyectables (n = 211)
No haber escuchado sobre PEP	46,6%	43,3%
Sin confianza para conseguir PEP	69,9%	64,3%
No haber escuchado sobre PrEP	46,7%	41,4%
No seguro sobre uso probable de PrEP	17,7%	12,9%
Desconocer las seis afirmaciones sobre PEP y PrEP	41,8%	35,3%
Desconocer las seis afirmaciones sobre pruebas y tratamiento para VIH	0,2%	1,9%
Desconocer sobre I=I*	48,2%	35,9%
Inseguridad sobre estado serológico de VIH	8,9%	17,6%
Desconocer dónde realizarse una prueba de VIH, en quienes nunca se hicieron la prueba	43,7%	50,0%
Desconocer las cinco afirmaciones sobre hepatitis A y B	6,6%	12,6%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis A	63,3%	63,0%
Desconocer dónde conseguir la vacuna contra hepatitis B	63,5%	65,7%
Experimentar agresión verbal por alguien que sabía/presumía su atracción sexual por hombres, últimos 12 meses	29,4%	44,0%

*I=I Indetectable = Intransmisible

6.4 Oferta y uso de servicios de salud

Los usuarios de drogas inyectables tuvieron una mayor frecuencia de acceso gratuito a condones, a información sobre PrEP, haber sido invitados para vacunarse contra hepatitis A o B y completar sus esquemas de vacunación para los virus de hepatitis A o B, y realizarse exámenes completos para VIH/ITS en los últimos 12 meses.

En cambio, los no usuarios de drogas inyectables reportaron con mayor frecuencia haber recibido información sobre VIH, realizarse pruebas comunitarias o autopruebas y, entre los participantes con diagnóstico de VIH, controlar su infección por el VIH y reportar que su carga viral es indetectable (*Tabla 8.24*).

Tabla 8.24 Oferta y uso de servicios de salud, por uso de drogas inyectables diferentes a esteroides en los últimos 12 meses

Oferta y uso de servicios de salud (n = 63.679, datos perdidos: 976)	No usuario de drogas inyectables (n = 63.468)	Usuario de drogas inyectables (n = 211)
Obtener condones gratis en ONG, clínicas, bares o saunas, últimos 12 meses	44,3%	47,6%
Escuchar sobre PrEP por el personal de salud	6,9%	12,0%
Escuchar o ver información sobre VIH para HSH, últimos 12 meses	83,3%	78,7%
Prueba de VIH, últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados hace más de 12 meses	60,1%	61,3%
Última prueba de VIH por servicios comunitarios, últimos 12 meses	9,2%	7,7%
Última prueba de VIH por automuestreo, últimos 12 meses (solo 65 casos)	0,1%	0,0%
Última prueba de VIH por autoprueba, últimos 12 meses	1,0%	1,9%
Alguna vez monitorizado infección por VIH (estadio 3 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	97,7%	97,0%
Monitorizado infección por VIH en los últimos seis meses (estadio 4 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	91,7%	84,8%
Carga viral indetectable (estadio 6 de cascada de atención) en diagnosticados con VIH	71,2%	69,7%
Invitación para vacunación para algún tipo de hepatitis por el personal de salud, alguna vez	42,9%	49,0%
Dosis completas de vacuna para hepatitis A, excluyendo aquellos con historia de hepatitis A	31,6%	39,7%
Dosis completas de vacuna para hepatitis B, excluyendo aquellos con historia de hepatitis B	35,6%	43,6%
Tamizaje completado para ITS (VIH, pruebas de sangre, hisopado anal, hisopado uretral o examen de orina), últimos 12 meses, excluyendo aquellos diagnosticados con VIH hace más de 12 meses	2,2%	2,6%

9. Discusión, limitaciones y fortalezas

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Metodología 253
2. Características sociodemográficas, de identidad y comportamiento sexual 254
3. Estado de salud psico-socio-sexual 256
4. Conductas de riesgo y protección 258
5. Necesidades sociales y salud 262
6. Oferta y uso de servicios de salud 264
7. Poblaciones vulnerables 266
8. Limitaciones y fortalezas 268

En este capítulo se discutirán los principales hallazgos del estudio LAMIS-2018, iniciando por una reflexión sobre la metodología utilizada y las lecciones aprendidas durante la ejecución de este estudio, seguida por la discusión de los resultados más resaltantes de los datos presentados en cada uno de los capítulos. Al finalizar se revisarán las principales limitaciones de este estudio, así como sus principales fortalezas y aportes a la comunidad civil y científica.

1. Metodología

La encuesta LAMIS-2018 fue promocionada usando múltiples estrategias, incluyendo avisos y alertas en páginas y aplicaciones de citas entre hombres, publicidad en páginas web oficiales del equipo del estudio, publicidad por organizaciones colaboradoras de base comunitaria, publicidad por redes sociales como Facebook y difusión del link de manera personalizada por plataformas como WhatsApp, entre otras.

La promoción por aplicaciones de citas entre hombres fue la estrategia aplicada en forma más homogénea entre los países participantes en LAMIS-2018, y permitió reclutar al mayor número de participantes, siendo Grindr la que tuvo mayor éxito, superando el 50% de reclutamiento en casi todos los países, con excepción de Honduras (39%), Nicaragua (35%), Uruguay (24%) y Surinam (14%). Las otras aplicaciones para citas tuvieron muy limitada presencia en los países del estudio, con excepción de Hornet en Brasil (10% vs. menos del 5% en los demás países); sin embargo, es importante reconocer que Brasil es el único país que recibió promoción adicional de Hornet.

También se utilizaron fuentes locales (organizaciones colaboradoras de cada país), aunque hubo diferencias entre países debido a la carencia de recursos económicos o de personal para la coordinación y seguimiento de la difusión y promoción del estudio, siendo particularmente importantes junto a Facebook (33%) en Surinam (39%).

La promoción mediante Facebook fue útil en varios países de la región, estando entre el 7% y 35% en la mitad de países, siendo utilizada para mejorar el reclutamiento en Bolivia, Honduras y Nicaragua. En estos últimos dos países, Facebook fue la principal fuente de reclutamiento, con porcentajes superiores al 50%.

La promoción por WhatsApp, si bien mínima en toda la región, fue puntualmente importante en Brasil (10%), abriendo el camino para dar un mayor uso a este tipo de plataformas de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes.

Sobre el abandono de participantes a lo largo de la encuesta, observamos que fue mayor en la versión holandesa, pero luego de la primera página, donde se brinda información sobre el estudio y los criterios de inclusión. Los patrones de retiro fueron similares en las tres versiones de la encuesta a partir de la segunda pantalla del cuestionario en línea. Según colaboradores comunitarios clave en Surinam, el mayor abandono en la versión holandesa puede ser explicado por la importancia de mantener la privacidad sobre la sexualidad y el temor a ser descubierto al participar de una encuesta dirigida a hombres gais, bisexuales u otros HSH, de lo cual tenían cierta evidencia anecdótica.

2. Características sociodemográficas, de identidad y comportamiento sexual

Los participantes del estudio LAMIS-2018 fueron, en general, más jóvenes, culminaron el nivel secundario con mayor frecuencia y tuvieron mayor frecuencia de desempleo en comparación con los promedios poblacionales publicados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)[50].

La metodología utilizada para el reclutamiento fue probablemente la causa de estas diferencias, dado que el uso de aplicaciones para citas, redes sociales o presencia en centros de atención dirigidos a población LGTBI fue más popular en los jóvenes, que a su vez tuvieron mayor probabilidad de tener periodos de desempleo[51]. Con respecto al nivel educativo, responder el cuestionario exigía que los participantes supieran leer y tuvieran acceso a una computadora o dispositivo con internet, lo que limitaba potencialmente el acceso a personas sin estudios o que no alcanzaban un nivel educativo básico.

Gran parte de los participantes vivían en ciudades grandes o muy grandes (de 500 mil a más habitantes). Esto puede explicarse tanto por el mayor acceso a internet que facilitó su reclutamiento como por la mayor concentración de hombres gais, bisexuales y otros HSH en grandes ciudades donde pueden vivir abiertamente de acuerdo con su orientación e identidad sexuales.

Considerarse parte de un grupo indígena, afrodescendiente o pueblo originario tuvo un porcentaje menor en LAMIS-2018, comparado con los datos y estimaciones disponibles en población general de Latinoamérica tanto para personas afrodescendientes (6% en LAMIS-2018 vs. 24% en población general)[52] como para pueblos indígenas (3% en LAMIS-2018 vs. 6% en población general)[53].

Con relación a la población afrodescendiente, LAMIS-2018 y las estimaciones nacionales coinciden en identificar a Brasil (17% y 51%, respectivamente) y Panamá (9% tanto en LAMIS-2018 como en población general) como países con un importante porcentaje de residentes afrodescendientes[54]. Sin embargo, países como Venezuela (2% y 55%, respectivamente) y Colombia (2% y 10%, respectivamente) tuvieron porcentajes muy inferiores en este estudio en comparación con las estimaciones nacionales. Con relación a los pueblos indígenas, este estudio logró identificar a Bolivia (9% y 62%, respectivamente), Guatemala (6% y 41%, respectivamente) y Chile (10% y 11%, respectivamente) como países con un porcentaje importante de población indígena[55], pero obtuvo porcentajes muy inferiores en países conocidos por tener una importante representación indígena como Perú (6% y 24%, respectivamente), México (2% y 15%, respectivamente) y Panamá (1% y 12%, respectivamente).

50 CEPAL (s/f). Databases and Statistical Publications: Indicadores demográficos y sociales. CEPAL-Naciones Unidas. Última visita: 28 de octubre, 2021. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1=es

51 Ibíd.

52 Freire G, Díaz-Bonilla C, Schwartz Orellana S, Soler López J, Carbonari F (2018). Afrodescendientes en Latinoamérica: hacia un marco de inclusión.

53 Del Popolo F (2018). *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad.* CEPAL.

54 Freire G. Op. Cit.

55 De Popolo F. Op. Cit.

El menor reporte de afrodescendientes o pertenecientes a pueblos indígenas en LAMIS-2018, así como las diferencias entre países, serían un reflejo del menor acceso de estas poblaciones a internet, computadoras y celulares[56, 57] y, por tanto, menor acceso al cuestionario en línea, así como otros factores sociales que deben ser explorados a nivel nacional.

Existe un flujo migratorio importante entre los países de la región, sobre todo por fines de trabajo. Al compararlo con datos nacionales para 2015, los porcentajes de inmigrantes fueron mayores en el estudio LAMIS-2018, con excepción de Surinam, Venezuela y Costa Rica[58]. Una posible explicación es que el estudio LAMIS-2018 solo muestreó el estado migratorio en población masculina mayoritariamente joven, en la cual la migración se produce con mayor frecuencia. Otro factor importante que modifica el patrón migratorio es la crisis venezolana. Colombia, Panamá, Argentina, Brasil, Perú, Uruguay y México son los países de la región que reciben la mayor cantidad de inmigrantes venezolanos, según un informe elaborado por la Organización de Estados Americanos en 2019[59], por lo que es de esperarse que estos países, y los que sirven de tránsito (como Ecuador), reporten porcentajes altos de inmigrantes, sobre todo aquellos de tamaño poblacional pequeño, como Panamá.

América Central y los países andinos y Surinam son las zonas geográficas con los menores porcentajes de visibilidad sexual (menos personas saben de su atracción sexual por otros hombres) y de inmigrantes que llegaron para vivir más abiertamente como gais/bisexuales/trans; además, América Central tuvo los porcentajes más altos de violencia verbal. Estos datos coinciden con la presencia de un contexto social más hostil para los HSH en estas zonas geográficas, donde el conservadurismo, la heteronormatividad y la evolución más lenta en la lucha por derechos para la población LGTBI (por ejemplo, leyes de protección por violencia de género, unión entre parejas del mismo sexo o adopción, etc.) hacen menos probable que los HSH puedan expresar libremente su sexualidad sin ser víctimas de estigma, discriminación y/o violencia[60].

En relación con la serodiscordancia (uno VIH positivo y otro VIH negativo) y seroconcordancia (ambos VIH positivos o ambos VIH negativos) en parejas estables, los datos difieren en función del sexo de la pareja. Esto puede ser consecuencia tanto de la menor prevalencia de VIH en las mujeres como de una menor frecuencia de pruebas diagnósticas de VIH en este tipo de parejas (que tienden a ser más duraderas), por lo cual tanto la seroconcordancia negativa como el desconocimiento del estado de VIH de alguno de los miembros de la pareja fueron más frecuentes en parejas entre hombres y mujeres.

56 Freire G. Op. Cit.

57 De Popolo F. Op. Cit.

58 OIM (s/f). Población de migrantes internacionales como porcentaje de la población total 2015. Portal de datos mundiales sobre la migración. Accessed 29 de Octubre, 2021. Disponible en: https://www.migrationdataportal.org/es/international-data?i=stock_perc_&t=2015

59 OEA (2019). Informe del Grupo de Trabajo de la OEA para abordar la crisis de migrantes y refugiados venezolanos en la región. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/OEA-informe-migrantes-venezolanos-espanol_0.pdf

60 Malta M, Cardoso R, Montenegro L, *et al.* (2019). Sexual and gender minorities rights in Latin America and the Caribbean: a multi-country evaluation. BMC International Health and Human Rights. 2019/11/06 2019;19(1):31. doi:10.1186/s12914-019-0217-3

La práctica de ser pagado por sexo tuvo una frecuencia del 7% en LAMIS-2018, siendo un resultado similar a otra encuesta en línea realizada en 2012 en 17 países de Latinoamérica[61], donde la frecuencia total fue del 7%. Si bien hay diferencias importantes entre los porcentajes por países reportados en ambos estudios, hubo similitudes en los porcentajes: mayores en Colombia y Bolivia, y menores en Venezuela y Costa Rica.

3. Estado de salud psico-socio-sexual

En LAMIS-2018 hubo una importante prevalencia de problemas de salud mental, apoyando los hallazgos previos sobre la alta carga de trastornos ansioso-depresivos[62, 63], intentos suicidas[64, 65] y abuso de alcohol y sustancias[66] en las minorías sexuales, incluyendo a los HSH. Si bien en el estudio LAMIS-2018 no es posible hacer un diagnóstico de depresión o ansiedad con la escala PHQ-4, sí se observa un alto porcentaje de síntomas ansioso-depresivos severos en las últimas dos semanas (12%, rango entre 4% y 12%) y de ideación suicida casi todos los días (7%, rango entre 2% y 8%), en contraste con la población general de hombres de la región de Latinoamérica, en la cual menos del 4% fue diagnosticado con depresión o ansiedad según un informe elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017[67].

La distribución de problemas de salud mental es heterogénea en la región; sin embargo, los participantes de Brasil tuvieron el mayor porcentaje de síntomas ansioso-depresivos severos, ideaciones suicidas, insatisfacción sexual y abuso de alcohol. Al comparar con datos nacionales, Brasil y Paraguay, que obtuvieron los porcentajes más altos de síntomas ansioso-depresivos en el estudio LAMIS-2018, también tienen los mayores porcentajes de trastornos ansiosos o depresivos en la población general entre los países de la región[68].

Características sociodemográficas tales como ser menor edad y estar desempleado se asociaron a una mayor frecuencia de síntomas ansioso-depresivos y abuso de alcohol. En participantes que reportaron haber sido diagnosticados con VIH hubo mayor frecuencia de síntomas ansioso-depresivos,

61 Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Biello KB, *et al.* (2015). Transactional sex among men who have sex with men in Latin America: economic, sociodemographic, and psychosocial factors. American journal of public health. 2015;105(5):e95-e102. doi:10.2105/AJPH.2014.302402

62 King M, Semlyen J, Tai SS, *et al.* (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. Aug 18 2008;8:70. doi:10.1186/1471-244x-8-70

63 Lucassen MF, Stasiak K, Samra R, Frampton CM, Merry SN (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. Aust N Z J Psychiatry. Aug 2017;51(8):774-787. doi:10.1177/0004867417713664

64 Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health. May 2016;106(5):e1-12. doi:10.2105/ajph.2016.303088

65 Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, *et al.* (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. Aug 2017;211(2):77-87. doi:10.1192/bjp.bp.116.196345

66 Kin M. Op. Cit.

67 OPS (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. CC BY-NC-SA 3.0 IGO Washington, DC Licencia; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf

68 WHO (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017.

pero menor frecuencia de consumo de alcohol. Aquellos identificados como bisexuales presentaron porcentajes menores de síntomas ansioso-depresivos respecto a los que se identificaban como gais u homosexuales.

Conforme a lo reportado en la literatura, la prevalencia de VIH en la población de HSH es mayor a la de la población general (16% en el estudio LAMIS-2018 vs. 0,4% en la población general latinoamericana)[69]. La distribución de la prevalencia de VIH reportada por país en el estudio LAMIS-2018 fue heterogénea respecto a los datos de la población general de cada país. Por zona geográfica, se mantuvo el patrón en el cual los países de América Central tuvieron las prevalencias más bajas de la región, con excepción de Panamá. Esto podría ser un indicador de menor frecuencia tanto de la infección por VIH como de la realización de pruebas diagnósticas en dicha zona geográfica.

Los participantes con diagnóstico de VIH del estudio LAMIS-2018 tuvieron una mayor prevalencia de supresión viral que la población general en la región y en cada país, según datos de ONUSIDA[70]. Una probable explicación para esta diferencia es que la muestra del estudio LAMIS-2018 estaría sesgada a participantes con mayor nivel educativo, sensibilizados sobre transmisión, prevención y tratamiento del VIH y con mayor acceso y/o adherencia al tratamiento. Otra explicación es que hubo mayor esfuerzo por parte de programas nacionales u ONG para la vinculación, retención, inicio y permanencia en tratamiento en poblaciones clave. Sin embargo, la literatura disponible actualmente no reporta diferencias significativas, o las reporta muy pequeñas, entre los porcentajes de supresión viral en HSH y personas con conducta heterosexual de Latinoamérica[71, 72].

Tanto el hecho de tener diagnóstico reciente de VIH (diagnosticado en los últimos 12 meses) como no tener supresión viral fueron más frecuentes en participantes con menor nivel educativo y desempleo, los cuales también tuvieron más conductas sexuales de riesgo. Dos motivos probables pueden ser un menor acceso a la información o a los servicios de salud.

En todos los países, sífilis fue el diagnóstico de ITS provocadas por bacterias reportado con mayor frecuencia (7%), seguido por gonorrea (4%) y clamidia (2%), lo cual contrasta con lo reportado en la literatura, donde gonorrea y clamidia son más frecuentes que sífilis. Por ejemplo, en una revisión sistemática de estudios en pacientes por iniciar la PrEP, mayoritariamente HSH, la prevalencia de ITS bacterianas fue mayor para clamidia (11%) y gonorrea (12%) que para sífilis temprana (5%), siendo la detección por hisopado anal la que captó la mayor prevalencia de infección por clamidia y gonorrea (9% en ambos casos)[73]. El mayor reporte de sífilis, así como el menor reporte de clamidia y gonorrea, puede explicarse por el tipo de pruebas diagnósticas utilizadas para la detección de ITS por los participantes de LAMIS-2018, ya que hubo un mayor uso de pruebas de sangre (94%), lo que permitiría

69 UNAIDS (s/f). AIDSinfo: Global data on HIV epidemiology and response. Regional factsheets: Latin America 2020. Accessed 16 de mayo, 2021. Disponible en: https://aidsinfo.unaids.org/

70 UNAIDS (2017). Global Stadtistics 2017. Última visita: 10 de noviembre, 2018. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

71 Wolff MJ, Cortes CP, Mejia FA, *et al.* (2018). Evaluating the care cascade after antiretroviral therapy initiation in Latin America. Int J STD AIDS. Jan 2018;29(1):4-12. doi:10.1177/0956462417714094

72 Rebeiro PF, Cesar C, Shepherd BE, *et al.* (2016). Assessing the HIV Care Continuum in Latin America: progress in clinical retention, cART use and viral suppression. J Int AIDS Soc. 2016;19(1):20636. doi:10.7448/ias.19.1.20636

73 Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, *et al.* (2019). Global Epidemiologic Characteristics of Sexually Transmitted Infections Among Individuals Using Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. Dec 2 2019;2(12):e1917134. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.17134

un mayor diagnóstico de sífilis. Por el contrario, hubo un bajo uso de pruebas de hisopado anal y uretral (menos del 10%) que permiten el diagnóstico de gonorrea y clamidia, sobre todo en pacientes asintomáticos.

Las patologías por infección viral más frecuentes fueron las verrugas genitales o anales (al 17% se las diagnosticaron alguna vez) producidas por el virus del papiloma humano (VPH). Existen pocos datos de esta patología en Latinoamérica, con metodologías y resultados diferentes. Un estudio transversal peruano en HSH describió una prevalencia de haber tenido verrugas genitales alguna vez entre 4% (VIH negativos) y 14% (VIH positivos)[74]. Una cohorte en HSH y mujeres trans sin VIH en Perú encontró una frecuencia del 30% de diagnóstico de verrugas genitales a los 24 meses de seguimiento; además, reportó una alta prevalencia de infección por VPH (89%) que a su vez se asociaba con un mayor riesgo de infección por el VIH[75]. Dada la alta exposición al VPH en los HSH, la mayor prevalencia de sus manifestaciones clínicas (incluidas las verrugas y el cáncer anal)[76] y su efecto en aumentar el riesgo a la infección por el VIH[77], resulta necesaria la inclusión de los HSH en los programas de vacunación contra el VPH, los cuales se encuentran actualmente focalizados en población escolar femenina en la mayoría de países de Latinoamérica[78].

La prevalencia de personas viviendo con hepatitis B y hepatitis C fue similar en el estudio LAMIS-2018 (0,9% y 0,1%, respectivamente), en comparación con la población general latinoamericana, donde las prevalencias son del 0,7% y menos de 0,1% (6,4 por cada 100.000 habitantes), respectivamente[79]. Hay poca información publicada sobre la frecuencia de la infección por los virus de la hepatitis en la población de HSH de la región, por lo que se necesitan estudios de seroprevalencia en esta población[80].

4. Conductas de riesgo y protección

La edad de inicio de actividad sexual con otros hombres entre los participantes de LAMIS-2018 fue a los 17 años (mediana de la edad). Datos similares se han reportado sobre el inicio sexual en la población general, donde la edad promedio estaba entre los 16 y 18 años. Sin embargo, estos datos

74 Blas MM, Brown B, Menacho L, Alva IE, Silva-Santisteban A, Carcamo C (2015). HPV Prevalence in Multiple Anatomical Sites among Men Who Have Sex with Men in Peru. PloS one. 2015;10(10):e0139524-e0139524. doi:10.1371/journal.pone.0139524

75 Brown B, Marg L, Leon S, *et al.* (2018).The relationship between anogenital HPV types and incident HIV infection among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru: Findings from a prospective cohort study. PloS one. 2018;13(10):e0204996-e0204996. doi:10.1371/journal.pone.0204996

76 Lu B, Viscidi RP, Lee JH, *et al.* (2011). Human papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 seroprevalence is associated with sexual practice and age: results from the multinational HPV Infection in Men Study (HIM Study). Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. May 2011;20(5):990-1002. doi:10.1158/1055-9965.epi-10-1160

77 Brown B, Davtyan M, Galea J, Chow E, Leon S, Klausner JD (2012). The role of human papillomavirus in human immunodeficiency virus acquisition in men who have sex with men: a review of the literature. Viruses. 2012;4(12):3851-3858. doi:10.3390/v4123851

78 Nogueira-Rodrigues A (2019). HPV Vaccination in Latin America: Global Challenges and Feasible Solutions. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2019/05/01 2019;(39):e45-e52. doi:10.1200/EDBK_249695

79 WHO (2017). Global hepatitis report 2017.

80 Alonso M, Gutzman A, Mazin R, Pinzon CE, Reveiz L, Ghidinelli M (2015). Op. Cit.

corresponden a personas en el rango de 30-35 años a inicios del año 2000 y específicamente de Bolivia, Brasil, Perú y Chile[81, 82].

Las relaciones sexuales penetrativas con mujeres fueron menos frecuentes que con hombres; además, fue más frecuente el uso consistente de condón (45% siempre lo usó durante el sexo penetrativo) con mujeres en comparación con parejas sexuales masculinas ocasionales (39%). Al examinar lo ocurrido durante el último encuentro sexual con una pareja ocasional masculina, observamos que fue frecuente el sexo con múltiples parejas sexuales, con quienes ya se había tenido sexo previamente. El medio más común para conocer a las parejas sexuales ocasionales fueron las *apps* de citas para hombres (aquí debe recordarse, sin embargo, que el reclutamiento se dio principalmente a través de tales aplicativos).

Hay controversia sobre el impacto del uso de dispositivos móviles o internet para encontrar parejas sexuales en cuanto al riesgo de contraer ITS. Algunos estudios indican que hay más prácticas de riesgo, como mayor número de parejas sexuales o sexo anal sin condón en HSH que utilizan dispositivos móviles o internet para encontrar parejas sexuales[83, 84], pero también otros resaltan prácticas de cuidado, como mayor frecuencia de pruebas de VIH/ITS y recibir tratamiento para ITS[85]. En LAMIS-2018 encontramos que la incidencia reportada de diagnóstico de sífilis fue muy superior entre quienes conocían a las parejas sexuales ocasionales en lugares de encuentro sexual (13% en los últimos 12 meses en un sauna, cine porno, zona o lugar de ligue, fiesta de sexo, etc.), comparados con quienes lo hacían mediante aplicativos de internet (9% en los últimos 12 meses) o mediante lugares de encuentro social (7% en los últimos 12 meses en discoteca, centro comunitario, café o bar gay, etc.). Es posible que el uso de internet juegue un papel importante al brindar una nueva oportunidad para encontrar parejas sexuales y tener más sexo con hombres para quienes antes tenían menos oportunidades para acudir a lugares para encuentros sexuales o sociales.

Las actividades de bajo riesgo para VIH/ITS, como el sexo oral-genital y las masturbaciones compartidas, fueron las prácticas más frecuentes (más del 70%) durante el último encuentro sexual con pareja ocasional, mientras que el sexo anal fue reportado con menor frecuencia por aproximadamente la mitad de los participantes (44% y 51% para sexo insertivo y receptivo, respectivamente). También se observó que para el sexo anal receptivo, el uso de condón fue más común entre los participantes de entre 20 y 30 años, mientras que para el sexo anal insertivo el uso de condón se mantuvo con mayor frecuencia entre los participantes de entre 20 y 50 años, coincidiendo con el grupo etario que tiene mayor capacidad adquisitiva para comprar condones, y mayor frecuencia de asistencia a lugares de encuentro social o sexual donde existe mayor promoción de uso de condón y/o distribución gratuita de los mismos.

81 Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, *et al.* (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. Nov 11 2006;368(9548):1706-28. doi:10.1016/s0140-6736(06)69479-8

82 Bozon M, Gayet C, Barrientos J (2009). A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior. J Acquir Immune Defic Syndr. May 2009;51 Suppl 1:S4-S12. doi:10.1097/QAI.0b013e3181a2652f

83 Liau A, Millett G, Marks G (2006). Meta-analytic examination of online sex-seeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. Sex Transm Dis. Sep 2006;33(9):576-84. doi:10.1097/01.olq.0000204710.35332.c5

84 Kachur RE, Copen CE, Strona FV, Bernstein KT, Furness BW, Hogben M (2021). Factors Associated With Online Sex Partners Among Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men: Results From a National Survey. Sex Transm Dis. Aug 1 2021;48(8):542-546. doi:10.1097/olq.0000000000001376

85 Ibíd.

Entre las estrategias de comunicación y manejo de riesgos analizadas, las más eficaces fueron el uso de condón, el uso de antirretrovirales (tanto para el tratamiento de la infección por el VIH como para la PrEP) y la abstención de sexo penetrativo. Otras estrategias, como la revelación del diagnóstico de VIH a la pareja sexual, el *serosorting* (decidir sobre el uso de condón basado en el conocimiento del estado de VIH de la pareja) o el *seroguessing* (uso de condón basado en las propias presunciones sobre el estado de VIH de la pareja) fueron consideradas de menor jerarquía o eficacia porque dependen tanto del tiempo transcurrido desde la última prueba de VIH como de la última actividad sexual de riesgo, y no son confiables si el participante nunca se hizo la prueba de VIH. Debe destacarse que algunos de los países que tuvieron mayor frecuencia de *serosorting* o *seroguessing* son aquellos en los que las pruebas se habían realizado con mayor anticipación (ver *Tabla 7.22* por países en el Capítulo 7). Sin embargo, en el cuestionario no se preguntó si los participantes realmente utilizaban la información conocida o asumida sobre el diagnóstico de VIH de la pareja ocasional para tomar decisiones de prevención, por lo que es posible que se esté sobrerrepresentando el efecto real de estas estrategias para evitar la transmisión del VIH.

Se evaluaron posibles inconsistencias entre la revelación del estado de VIH a la última pareja sexual ocasional y el estado de VIH reportado por el participante en otra sección del cuestionario. Estas inconsistencias fueron más frecuentes en aquellos que nunca se hicieron la prueba de VIH. Una posible razón es la autovaloración del riesgo a haber sido expuestos al virus; sin embargo, al ser un grupo con menor acceso a información es probable que aquellos en riesgo real no hayan sido conscientes del mismo. Por otro lado, las inconsistencias entre el comunicar el supuesto uso de la PrEP y, de otro lado, el tener una carga viral indetectable, pueden responder al intento de asegurar un encuentro sexual, proporcionando una respuesta de menor riesgo que sea aceptada por otros hombres.

El estado de prueba y diagnóstico de VIH pareció estar asociado en forma importante con el comportamiento sexual: en los que tuvieron un diagnóstico positivo de VIH hubo mayor porcentaje de sexo anal (sobre todo del rol receptivo), menor uso de condón, menor revelación del estado serológico y menos presunción del estado serológico de su pareja. Dado que en LAMIS-2018 se preguntó puntualmente por las conductas sexuales en el último encuentro sexual con pareja ocasional de los últimos 12 meses, no es posible determinar si las conductas reportadas corresponden necesariamente a un cambio producido luego del diagnóstico, o si eran conductas sexuales que el participante realizaba desde antes del diagnóstico de VIH y aún persisten. Es posible que los participantes de LAMIS-2018 que viven con VIH (el 75% reportó tener carga viral indetectable), al tener conocimiento sobre los mecanismos de transmisión y del efecto protector de una carga viral indetectable para la trasmisión del virus a otras personas, no vieran necesaria la negociación del uso de condón, ni tampoco discutir sobre su propio estado de VIH o el de sus parejas sexuales ocasionales.

Aquellos participantes que nunca se hicieron la prueba de VIH mostraron un patrón de conducta sexual que los ponía en un riesgo alto para el VIH/ITS en comparación con los participantes con un último resultado negativo. En ellos fue frecuente el sexo receptivo, el no uso (o uso inconsistente) de condón, y una menor discusión del estado serológico propio o de sus parejas ocasionales. Esto resalta el papel protector que puede tener la realización de controles serológicos periódicos como un medio de transmitir información sobre conductas preventivas, y la necesidad de aumentar su acceso y frecuencia de uso en la población de HSH. En las personas con resultados negativos de VIH se encontró un bajo intercambio de información sobre el uso de la PrEP con sus parejas sexuales ocasionales, lo que refleja el bajo conocimiento y disponibilidad de esta estrategia de prevención.

En relación con las diferencias por zona geográfica, fue consistente el reporte de una menor frecuencia de conductas de riesgo en la región de América Central, incluyendo una menor frecuencia de relaciones sin condón con parejas ocasionales de seroestado de VIH desconocido, o de sexo bajo

el efecto de sustancias. También tuvo los porcentajes más bajos de acceso a la PEP y la PrEP, lo que puede indicar que la información sobre estrategias de prevención o su disponibilidad es menor. En relación con el lugar donde ocurrió el último encuentro sexual, se observaron grandes diferencias entre los países de LAMIS-2018: los de América Central tuvieron el menor porcentaje de encuentros sexuales en casas y el mayor en habitaciones de hotel. En cambio, los países del Cono Sur tuvieron el mayor porcentaje de encuentros en hogares privados y menor en habitaciones de hotel, locales de encuentros sexuales o zonas de ligue. Estas diferencias entre países pueden reflejar la presencia de factores externos que determinen los lugares de encuentro sexual entre HSH, como: la disponibilidad de un hogar independiente relacionado a un mejor nivel económico u otros factores socioculturales, la tolerancia o aceptación social hacia actividades homosexuales, y la disponibilidad de lugares de encuentros sexuales o zonas de ligue en las ciudades de residencia.

Se encontró, además, que las características sociodemográficas tales como la edad entre 25 y 39 años, vivir en una gran ciudad, tener un nivel educativo más alto, contar con un empleo y tener una orientación sexual gay u homosexual estaban asociadas a conductas de mayor riesgo. Posiblemente, el grupo etario entre 25 y 39 años, con mayor educación y empleo, siendo más independiente, y con mayor capacidad adquisitiva, tenga mayor libertad para experimentar sexualmente. Además, tener una orientación sexual gay u homosexual, así como vivir en una gran ciudad, facilitan la exposición a lugares de encuentro social o sexual donde se refuerza la experimentación sexual.

El consumo de sustancias entre los participantes de LAMIS-2018 fue mayor respecto a la población general[86], siendo el tabaco la sustancia reportada con mayor frecuencia, junto con sustancias recreativas ilícitas tales como el cannabis, la cocaína, el éxtasis y los cannabinoides sintéticos. El uso de sustancias inyectables, anabólicas o no anabólicas, fue reportado con poca frecuencia en la región. En relación con la combinación de sexo y sustancias, un porcentaje importante (7%) la había realizado en las últimas cuatro semanas, y casi la quinta parte de los participantes en LAMIS-2018 la realizó alguna vez. Está descrito que el uso combinado de sexo y drogas (uso sexualizado de drogas) es un factor de riesgo importante para la infección de VIH/ITS, por lo que estos participantes estarían en mayor riesgo de contraerlas[87]. Al ver los datos del último encuentro sexual con pareja ocasional, se encontró un patrón similar al del uso común en los últimos 12 meses (preguntado en otra parte del cuestionario): alcohol, cannabis, *poppers*, inhalantes de nitrito y cocaína. Sin embargo, la pregunta no permite discriminar cuáles drogas fueron utilizadas con el propósito específico de tornar el acto sexual más duradero o placentero, por lo que es necesario un análisis más profundo de este fenómeno en el contexto latinoamericano.

Un 10% de participantes buscó utilizar la PEP, lo que representa un porcentaje importante de participantes que se consideró en riesgo potencial para la infección por VIH; sin embargo, la mitad no supo dónde conseguirla y solo el 4% llegó a usarla. Por otro lado, el uso de la PrEP era minoritario en la región (1%), reflejando su baja disponibilidad, siendo mayor su uso en los países en los cuales existen programas de dispensación gratuita (más del 1% en Brasil y Perú). Además, como vimos en la *Tabla 6.24* del Capítulo 6 sobre necesidades sociales y salud, un 55% de participantes sin diagnóstico de VIH estaba dispuesto a usar la PrEP si estuviera disponible y fuera asequible, lo que refuerza la idea del bajo acceso a esta estrategia de prevención para la infección por el VIH.

86 Ahumada G, Araneda J, Clarke P, Cumsille F (2019). Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas. Washington DC: OEA/CICAD. 2019.

87 Guerra FM, Salway TJ, Beckett R, Friedman L, Buchan SA (2020). Review of sexualized drug use associated with sexually transmitted and blood-borne infections in gay, bisexual and other men who have sex with men. Drug Alcohol Depend. Nov 1 2020;216:108237. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108237

En el estudio LAMIS-2018, un porcentaje importante de participantes con diagnóstico de VIH estaba en tratamiento (87%), cercano a la meta de 90% de personas con VIH en tratamiento antirretroviral, propuesta por ONUSIDA para el año 2020[88]. Además de la reducción paulatina de requisitos para el inicio de TARV en las recomendaciones de la OMS, que actualmente recomienda ofrecer TARV desde el momento del resultado positivo si las condiciones lo permiten (la prueba y oferta, del inglés *test and offer*), algunos esfuerzos focalizados en poblaciones clave han permitido incrementar el porcentaje de personas en tratamiento, reduciendo el periodo transcurrido entre el diagnóstico y su inicio .

En LAMIS-2018, la baja cobertura de vacunación con dosis completas contra los virus de las hepatitis A y B (39% y 44%, respectivamente) indica que los programas nacionales de inmunización son aún insuficientes y que existe riesgo sustancial en la población de HSH de infección por estos virus, siendo necesario implementar o fortalecer los programas de inmunización.

5. Necesidades sociales y salud

Nuestros hallazgos sobre los déficits y necesidades de la población de HSH, relacionados con el VIH y otras ITS, fueron heterogéneos tanto entre zonas geográficas como entre países de una misma zona.

En particular, se encontraron diferencias en los puntajes de soporte social y homonegatividad internalizada entre zonas geográficas y países. Argentina, Uruguay, Chile, Brasil y México reportaron los puntajes más altos de soporte social y más bajos de homonegatividad internalizada. Esto podría ser un reflejo de los avances logrados en estos países en los últimos años en términos de derechos y cultura de aceptación de la diversidad sexual. En relación con América Central, los países andinos y Surinam, es necesario que se reúnan esfuerzos coordinados entre el Estado y la sociedad civil a fin de reducir las brechas sociales que limitan las oportunidades de crecimiento profesional, el acceso a la información y a la salud y la calidad de vida de los hombres que tienen sexo con hombres en sus poblaciones.

Una parte significativa de los participantes de LAMIS-2018 tenía una baja autoeficacia o capacidad de negociar las condiciones de seguridad de las relaciones sexuales, exponiéndose a riesgo potencial de ITS/VIH. Además, cerca de la mitad de los participantes que ya tuvo sexo penetrativo reportó haberlo tenido sin condón porque este no estaba disponible, siendo más vulnerables las personas jóvenes, con menor educación, desempleadas, con orientación sexual distinta a gais u homosexuales, y con diagnóstico de VIH positivo. El problema es multifactorial y necesita múltiples enfoques que busquen generar en la población de HSH mayor conciencia sobre los riesgos relacionados a la infección por VIH e ITS, así como la importancia de discutir la reducción de tales riesgos con sus parejas ocasionales y estables. También es necesario buscar la reducción de las barreras económicas o culturales que limitan el acceso a condones.

Sobre el consumo de drogas, aproximadamente la quinta parte de los consumidores de drogas recreativas reportan preocupación, siendo mayor con las sustancias conocidas por su elevado poder adictivo, como *crack*, ketamina, metanfetaminas y heroína. Los grupos más vulnerables fueron los participantes más jóvenes, de menor educación, desempleados y diagnosticados con VIH, los cuales requieren mayor atención para prevenir daños a la salud, sobre todo en los países donde hubo mayor preocupación, como Brasil, Colombia y Honduras.

88 Onusida (2014). 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA. Ginebra.

Se encontró un bajo conocimiento sobre la PEP y la PrEP, ya que cerca de la mitad de los participantes había escuchado alguna vez sobre la PEP, menos de la mitad sabía que debía iniciarse a las pocas horas del contacto de riesgo y que es un tratamiento de un mes de duración. Además, solo la tercera parte de participantes sin diagnóstico de VIH indicó sentirse seguro de dónde conseguirla. De igual manera, solo alrededor de la mitad de la muestra había escuchado sobre la PrEP, y pocos sabían sobre su uso (diario, y menos aún sobre su uso a demanda). La intención de uso de la PrEP si fuera asequible y estuviera disponible se observó en la mitad de los participantes. Esto indica que la promoción y penetración de la información sobre estos métodos de prevención es baja, a pesar del perfil de riesgo elevado en este colectivo. Las variaciones entre zonas geográficas y países responden a diferencias en la disponibilidad del medicamento, a la aprobación para su uso profiláctico por normas nacionales, a la implementación de servicios de salud que los distribuyan, y a la promoción de su uso en poblaciones clave. Identificar en qué etapa del proceso hay mayores problemas es fundamental para asegurar que las personas en riesgo tengan acceso a medidas preventivas por tratamiento profiláctico.

El conocimiento sobre los mecanismos de trasmisión de VIH/ITS, sobre la prueba diagnóstica para el VIH y sobre el tratamiento fue alto en la región, con excepción del enunciado sobre la intrasmisibilidad del VIH si se tiene carga viral indetectable (cuya veracidad fue reconocida por alrededor de la mitad de los participantes). Es necesario optimizar la información sobre los beneficios del tratamiento antirretroviral no solo para el control de la infección sino también como medida eficaz de prevención, de reducción del estigma hacia las personas viviendo con VIH y de mejora de su calidad de vida.

Sobre la prueba y estado presuntivo de VIH, la quinta parte de los participantes nunca se habían hecho la prueba de VIH y, de ellos, aproximadamente la mitad percibía con seguridad que su estado de VIH era negativo. El no vincularse al sistema de salud puede poner a los HSH en mayor riesgo al no tener acceso a información de calidad sobre trasmisión de VIH y otras ITS. Es necesario mejorar el entendimiento de las barreras estructurales, sociales e individuales para el acceso a las pruebas de VIH, y reforzar el control serológico periódico como herramienta no solo de diagnóstico y tratamiento temprano, sino también para educar sobre conductas de prevención.

En relación con el TARV, el porcentaje de personas con diagnóstico de VIH que nunca empezaron tratamiento o que lo interrumpieron fue bajo en la región, alrededor del 10% y 3%, respectivamente. Los principales motivos para no iniciar tratamiento se relacionaron con debilidades en los sistemas de salud, tales como demora para el inicio rápido del TARV en los recientemente diagnosticados, y retraso de su prescripción (probablemente por uso de protocolos de atención que aún seleccionan qué pacientes con VIH van a recibir tratamiento). Los motivos más frecuentes para interrumpir el tratamiento fueron: el temor por los efectos secundarios, el estigma y el acceso restringido por problemas tanto de cobertura como de economía. Es necesario trabajar en políticas de salud que aseguren el acceso y el inicio rápido de TARV en todas las personas diagnosticadas sin excepción, junto con un acompañamiento que evite interrumpirlo por desinformación o estigma.

En relación con las hepatitis virales, existe un conocimiento moderado sobre definiciones generales en la región, sin embargo, solo un poco más de la mitad sabe que son prevenibles por vacunas, y menos de la mitad sabe que se recomienda la vacunación en HSH. A su vez, solo la tercera parte de los que no están inmunizados indicaron saber dónde conseguir las vacunas contra las hepatitis A o B. Es necesario articular esfuerzos entre los Estados y la sociedad civil para concientizar sobre la prevención de ITS inmunoprevenibles tales como las infecciones por hepatitis A y B, con énfasis en las subpoblaciones en mayor riesgo.

6. Oferta y uso de servicios de salud

La búsqueda de servicios de salud para reducir o eliminar el consumo de drogas o alcohol fue baja en la región, con ligeras diferencias entre los países, lo cual puede deberse al tipo de droga consumida con mayor frecuencia en cada país, su poder adictivo, la aceptación cultural sobre su consumo y el acceso a los servicios de salud. Nuestros resultados indican la existencia de barreras en el acceso a estos servicios en zonas geográficas como Brasil, donde hubo mayor abuso de alcohol, mayor consumo de drogas de gran capacidad adictiva (ketamina, metanfetaminas y heroína), pero menor uso de servicios de salud por consumo de alcohol o drogas. Esto contrasta la situación de América Central, donde el porcentaje de uso de servicios de salud por consumo de drogas fue el mayor de la región, siendo la segunda zona geográfica con mayor preocupación por consumo de drogas recreativas y abuso de alcohol, y donde se reportó con menor frecuencia el consumo de drogas recreativas. Todo esto indicaría que en América Central hay mayor acceso a los servicios de salud para el control del abuso de sustancias, o que dicho consumo está más estigmatizado.

Cerca de la mitad de los participantes del estudio LAMIS-2018 obtuvo sus condones de forma gratuita en los últimos 12 meses, con marcados patrones de uso de este servicio por países. Por ejemplo, en la zona de los países del Cono Sur se encontró el menor porcentaje de obtención de condones en forma gratuita, así como el menor porcentaje de sexo sin condón por no haberlos tenido disponibles. Este patrón de uso de condones y servicios de distribución gratuita sugeriría que en los países del Cono Sur, los HSH dependen menos de los servicios de salud para la obtención de condones y que la tendencia es a comprarlos de su propio bolsillo. En contraste, los países andinos y Surinam tuvieron el mayor porcentaje de sexo sin condón por no tenerlos disponibles y un menor porcentaje de obtención de condón en forma gratuita. Estos datos sugerirían que los HSH de estos países dependen más de los servicios de salud para abastecerse de condones. Probablemente, el aumentar la distribución gratuita de condones ayudaría a reducir el sexo sin condón en los países de esta zona geográfica.

Haber recibido información sobre la PrEP fue poco frecuente en LAMIS-2018, siendo los centros de salud públicos las fuentes más importantes de información, con excepción de América Central, donde las organizaciones LGTBI fueron más importantes. Los centros de salud pública siguen siendo la fuente más importante para la dispensación/prescripción de la PrEP; sin embargo, las clínicas privadas fueron una fuente igual de importante para la prescripción de la PrEP en los países del Cono Sur, y ser participante de un estudio fue la fuente más importante de dispensación de PrEP en Brasil. Esta diferencia obedece a la presencia de proyectos de intervención y promoción del uso de la PrEP; por ello, en lugares como Brasil, donde existe ya un compromiso del Estado para la distribución de la PrEP, los servicios de salud pública representan la fuente más importante de información y prescripción de la PrEP. En cambio, en el resto de la región, organizaciones de la sociedad civil constituyen una fuente más importante de información al respecto.

Las principales fuentes reportadas para la obtención de la PrEP fueron la participación en estudios de investigación y la obtención desde el sistema de salud. Sin embargo, hasta 2018, año en que se realizó el estudio LAMIS-2018, Brasil era el único país cuyo ministerio de salud había implementado la distribución gratuita de la PrEP en población de alto riesgo para VIH; por lo tanto, en los otros países de la región, la obtención gratuita de la PrEP, incluso dispensada por establecimientos del sistema de salud, debió estar vinculada a la participación en estudios de investigaciones.

Un porcentaje importante de participantes (aproximadamente 80%) recibió información sobre VIH/ITS en el último año, con ligeras diferencias entre países. No se observaron diferencias destacadas por grupos etarios, aunque parecía favorecer a las personas entre 25 y 39 años, posiblemente por-

que acceden a lugares donde se brinda información con mayor frecuencia. Un efecto similar explicaría por qué los que tienen una orientación sexual gay u homosexual y los que se habían hecho pruebas de VIH recientemente habían recibido información con mayor frecuencia.

En relación con la prueba de VIH, alrededor del 60% de los participantes se hicieron una prueba de VIH en los últimos 12 meses (excluyendo a las personas viviendo con VIH con más de 12 meses de diagnóstico), un porcentaje mayor al reportado por la Organización Panamericana de la Salud en 2017, con un promedio de 48% en los países de la región de Latinoamérica y el Caribe[89]. En la mitad de los casos, la prueba fue realizada en servicios de atención médica como consultorios/establecimientos de salud u hospitales públicos o privados. En aquellos que nunca se hicieron una prueba de VIH, muy pocos (el 20%) reportaron alguna oferta de una prueba por parte del personal de salud, lo que sugiere que aún existen grupos poblacionales que tienen limitado acceso a la prueba VIH en forma sistemática, por lo que se requiere un análisis más profundo, y a nivel local, para identificar a estos grupos y las barreras que limitan su acceso al uso de pruebas de detección del virus.

Las diferencias sociodemográficas sobre el uso y oferta de pruebas de VIH obedecen tanto a las estrategias de promoción de estas pruebas como a la penetración de las mismas a toda la población. En Brasil, que tuvo el mayor porcentaje de uso de pruebas de VIH en los últimos 12 meses, el uso está articulado en forma importante con los servicios de atención médica; sin embargo, tuvo el menor reporte de oferta de pruebas en los hombres que nunca se habían hecho una. Esto sugiere que hay un grupo importante de HSH en Brasil que, por motivos sociales o demográficos, tienen un acceso pobre a los establecimientos de salud y otras fuentes de pruebas de VIH y no se les ofrece este test en forma sistemática. Esto contrasta con México y América Central, donde, a pesar de tener el mayor porcentaje de oferta de pruebas de VIH, el porcentaje de su uso fue de los menores de la región, dependiendo más de fuentes comunitarias y externas a los establecimientos de salud. En este último caso, el bajo uso de pruebas de VIH parece obedecer más a problemas institucionales y/o al pobre impacto de las intervenciones del sistema de salud pública que a barreras sociales o sociodemográficas.

También encontramos que un porcentaje importante de participantes reportaron una baja satisfacción de la atención recibida, incluyendo la falta de información o apoyo, luego de realizarse sus pruebas de VIH o al momento del diagnóstico. La falta de recibir información o apoyo fue más común cuando la atención fue recibida en centros de atención médica en comparación con los centros comunitarios (24% y el 3%, respectivamente), sobre todo en quienes tuvieron un resultado negativo en su prueba de VIH. Solo aproximadamente el 60% de participantes que se hicieron el test o que recibieron un diagnóstico de VIH en centros de atención médica estuvieron muy satisfechos/satisfechos, sin variaciones importantes en la región. Esto contrasta con la experiencia de realizarse la prueba en centros comunitarios, donde cerca del 90% estuvo muy satisfecho/satisfecho con la atención recibida. Los establecimientos de salud necesitan mejorar la calidad de atención, articulado esto con una adecuada distribución de información a sus usuarios, si esperamos promover la realización de pruebas periódicas junto con otras medidas de prevención de VIH/ITS en los grupos de mayor riesgo.

El monitoreo de la infección por VIH en los últimos seis meses en los participantes con diagnóstico de VIH positivo de la región fue alto (aproximadamente del 90%), lo que sugiere que los programas

89 Pan American Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2017). HIV Prevention in the Spotlight: An analysis from the perspective of the health sector in Latin America and the Caribbean, 2017. 2017. Accessed 25 de mayo del 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34381/9789275119792-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y

de VIH están funcionando adecuadamente para la vinculación y retención en tratamiento para VIH, en concordancia con las metas de continuo de atención propuestas por la OMS y ONUSIDA.

El uso de servicios para pruebas de otras ITS fue bajo en la región (alrededor del 50% en los últimos 12 meses) y se concentra en la realización de análisis de laboratorio (sangre y orina), siendo menos frecuentes los exámenes físicos de los genitales, lo que representa una oportunidad perdida para la identificación de lesiones silentes (por ejemplo, lesiones por sífilis primaria) por los usuarios de los servicios.

La notificación sobre la necesidad de pruebas/tratamiento para ITS a las parejas sexuales de los participantes que tuvieron sífilis o gonorrea en los últimos 12 meses fue baja en la región (alrededor del 50%), siendo más frecuente en aquellos que se encontraban en una relación estable de larga duración (73% en aquellos con una relación de más de cinco años). Estos resultados indican que la baja notificación a parejas sexuales es multifactorial y que depende tanto de los proveedores de salud como de los usuarios. La falta tanto de medios de apoyo como de interés para la notificación de parejas ocasionales explicaría este patrón, el cual debe ser evaluado en forma individual por los proveedores de salud para mejorar la cobertura de diagnóstico y tratamiento en parejas sexuales de personas con un diagnóstico de ITS.

Finalmente, la oferta de vacunación contra los virus de hepatitis A y B fue baja en la región (aproximadamente del 40%). Los sistemas de salud necesitan añadir esquemas de vacunación en población adulta en mayor riesgo de infección por estos virus si queremos alcanzar la meta propuesta por la OMS de un 50% de cobertura para población adulta de alto riesgo.

7. Poblaciones vulnerables

Identificar las características sociales que aumentan el estado de vulnerabilidad en la población de HSH es importante para el ajuste o implementación de estrategias que respondan a las necesidades de acceso a la información, a mecanismos de prevención y al diagnóstico, atención y tratamiento de enfermedades mentales, VIH/ITS, hepatitis y otras no revisadas en este estudio.

En cuanto a los problemas relacionados a salud mental y abuso de alcohol se observó una mayor prevalencia en menores de 25 años, participantes con mayor visibilidad de su orientación sexual, aquellos con diagnóstico de VIH, quienes reportaron haber sido pagados por sexo, migrantes que buscaban vivir más abiertamente su experiencia como gay/bi/tran y usuarios de drogas inyectables. Estos mismos grupos también experimentaron agresión verbal con mayor frecuencia, con excepción de los que tenían diagnóstico de VIH. Dado el impacto negativo de los problemas de salud mental, abuso de alcohol y violencia en la calidad de vida de las personas, queda clara la necesidad de difundir el uso y mejorar el acceso a los servicios de salud mental y seguridad social en el marco sociocultural latinoamericano, donde aún falta confianza en las instituciones para tomar acciones ante casos de violencia o crímenes de odio[90].

En relación con las prácticas sexuales, hay un grupo de participantes que tuvo conductas de riesgo para VIH/ITS con mayor frecuencia (menor uso de condón), pero que, a su vez, reportó un mayor ac-

90 Comisión Interamericana de Derechos H. Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en América. OAS/Ser L/V/II rev 2. 2015; (Doc. 36)

ceso a condón gratuito y uso de la PEP y/o la PrEP. Entre ellos están los mayores de 25 años, aquellos cuya atracción sexual por otros hombres era más visible, los que migraron para vivir más abiertamente su sexualidad, los que fueron pagados por sexo, los usuarios de drogas inyectables y los diagnosticados con VIH. Es probable que estas personas perciban su mayor riesgo de infección por ITS/VIH y busquen formas de prevenirlo, como obtener condones y usar la PrEP; además, algunos de estos grupos, identificados como de mayor riesgo para VIH/ITS, son buscados por los programas de salud sexual, los cuales les proporcionan condones e invitan a utilizar la PrEP. Sin embargo, recordemos que el uso de la PrEP fue bajo en la región (1%) y, por ende, gran parte de nuestros participantes que reportaron sexo sin condón no eran usuarios de la PrEP, estando en riesgo para la infección por VIH. A diferencia de quienes migraron para vivir más abiertamente su sexualidad, los participantes que migraron en busca de asilo o refugio reportaron la menor frecuencia de acceso a condones gratis, probablemente por su reducido acceso al sistema laboral y de salud.

En relación con la frecuencia del diagnóstico de VIH/ITS, esta fue estimada a partir del reporte de los participantes y no a partir de pruebas realizadas por el proyecto; por tanto, esta frecuencia refleja tanto la carga de estas enfermedades como el acceso a pruebas diagnósticas en sus respectivas ciudades de residencia. Es por ello que para este estudio hemos identificado como más vulnerables a los grupos de participantes que realizan pruebas diagnósticas con menor frecuencia, reportaron mayor incertidumbre de su estado de VIH o que no saben dónde realizarse una prueba de VIH. Estos tres criterios fueron observados en los participantes menores de 25 años y con menos visibilidad de su orientación sexual.

Otro indicador utilizado para identificar grupos vulnerables fue el acceso a la atención para la infección de VIH. En quienes tenían un diagnóstico de VIH, encontramos que los menores de 25 años, aquellos cuya sexualidad era menos visible, los que fueron pagados por sexo, los que usaron drogas inyectables, los migrantes sexuales, o los que eran hombres trans, reportaron una menor frecuencia de haber monitorizado su infección alguna vez o en los últimos seis meses, y una menor frecuencia de carga viral indetectable. Estos grupos requieren que el sistema de atención y difusión de información se adapte para poder cubrir sus necesidades de diagnóstico y tratamiento oportunos, lo que implica articular medios de difusión más efectivos que lleguen a poblaciones jóvenes, ocultas y en riesgo potencial de contraer VIH/ITS, junto con mecanismos que mejoren su acceso a servicios de diagnóstico y atención para la infección de VIH y otras ITS.

En relación con el estado de vulnerabilidad frente a las infecciones por los virus de las hepatitis A o B, los grupos que reportaron menor cobertura de vacunación (sin dosis completas o no vacunados), mayor desconocimiento sobre dónde conseguir las vacunas y menor frecuencia de invitación para vacunación por parte del personal de salud fueron los menores de 25 años, aquellos con atracción sexual por otros hombres menos visible, y aquellos que no tenían un diagnóstico de VIH. En relación con los usuarios de drogas inyectables, que son un grupo de riesgo conocido para la infección por el virus de la hepatitis B, encontramos una mayor cobertura de vacunación contra este virus y una mayor frecuencia de invitación a vacunarse, aunque también reportaron un menor conocimiento sobre dónde colocarse la vacuna.

En cuanto al estado migratorio y la identidad sexual, los resultados son variados y no se identificó un grupo específico que estuviera en mayor vulnerabilidad. Si bien en casi todos los países de la región existen programas nacionales para asegurar la inmunización contra la hepatitis B en la población general, y algunos han empezado a incluir programas de inmunización contra la hepatitis A, en la población de HSH esta cobertura es menor, afectando más a los jóvenes y a aquellos con menor visibilidad. Por lo tanto, es necesario articular esfuerzos entre los servicios de salud del Estado, privados y centros comunitarios, apoyados por medios de comunicación, que permitan alcanzar a la población

de menor edad u oculta para promocionar la importancia de la inmunización contra los virus de las hepatitis A y B en la población de HSH e informar sobre los lugares donde puedan obtener las vacunas, ya sea en forma gratuita o particular.

8. Limitaciones y fortalezas

En relación con las principales limitaciones del estudio LAMIS-2018, se citan las más importantes:

- Solo recogió información de HSH adultos (de 18 o más años de edad), por lo que sus resultados podrían no corresponder con las experiencias de HSH más jóvenes.

- Se realizó mediante un cuestionario en línea, lo que implica que solo podía ser llenado por un público alfabetizado, con acceso a dispositivos móviles o de escritorio e internet. Además, la promoción estuvo focalizada en páginas web, redes sociales y comunidades de visita frecuente por hombres gais, bisexuales y otros HSH, sobresaliendo en importancia el reclutamiento por aplicaciones para citas y encuentros entre hombres, sobre todo Grindr. Estas características representan un sesgo importante del estudio, restando representatividad hacia las poblaciones más pobres o de recursos limitados, residentes de zonas con poco acceso a internet y que no usan frecuentemente aplicaciones para citas y encuentros entre hombres. Es probable que el estudio LAMIS-2018 haya alcanzado una población de HSH más joven, de mayor nivel educativo y con una tasa de empleo mayor a la de la población general de cada país participante, lo cual debe ser tomado en cuenta para interpretar sus resultados.

- Las estrategias de reclutamiento utilizadas pudieron afectar no solo la población alcanzada, sino también las respuestas a ciertas preguntas relacionadas con el uso de aplicativos para celulares, como por ejemplo las estrategias implementadas para conocer o buscar parejas sexuales; es así que los hombres que nunca o raras veces usaron aplicaciones para *smartphone* o internet para buscar parejas están subrepresentados en nuestra muestra. Un efecto similar se podría ver en países donde el reclutamiento fue mayoritariamente *offline*, como Surinam, estando posiblemente subrepresentado el uso de *smartphones* o internet para buscar pareja.

- Otra limitación importante, común cuando se realizan encuestas, es el recuerdo de los eventos preguntados. Esta limitación es particularmente importante en las preguntas del último encuentro sexual, donde, por ejemplo, aquellos que tuvieron una relación sexual más reciente o en un contexto de mayor riesgo o que vivían con mayor estigma podrían recordar con mayor detalle las condiciones, actividades y discusiones del último encuentro sexual, tales como las discusiones sobre carga viral, uso de la PrEP o las sustancias recreativas utilizadas en ese momento. Esto puede conllevar la subestimación o sobreestimación de los porcentajes de estos eventos.

- En relación con los indicadores descritos, el estudio LAMIS-2018 no está exento de probables sesgos de medición, incluyendo los siguientes:

  - Los datos sobre diagnóstico de VIH/ITS tanto del participante como de sus parejas sexuales o sentimentales se obtuvieron mediante autorreporte en lugar de consignar resultados de laboratorio o registros médicos, lo que puede subestimar las frecuencias de infecciones dado que solo aquellos que se hacen pruebas periódicas o que tienen sintomatología acudirán a un centro de salud y un porcentaje menor tendrá conocimiento de su diagnóstico. Asimismo, los países que usen pruebas diagnósticas de menor sensibilidad y especificidad

o con periodos de ventana más largos reportarían menores frecuencias de diagnóstico de estas enfermedades.

■ En el Capítulo 5 sobre conductas de riesgo y protección, nuestro análisis jerárquico de medidas de prevención para VIH asume que aquellos que revelaron su estado de VIH, carga viral o uso de la PrEP, así como aquellos que conocían/asumían esta información de sus últimas parejas sexuales, intercambiaron esta información para decidir con quiénes tener sexo (*serosorting*) o qué tipo de actos sexuales tener (seroadaptación) con esa última pareja ocasional. Sin embargo, es importante saber que en el cuestionario no se preguntó si los participantes realmente utilizaban tal información para tomar decisiones de prevención, y es posible que se esté sobrerrepresentando el uso de estas medidas de prevención.

Finalmente, si bien existen limitaciones, el estudio LAMIS-2018 sigue teniendo gran valor informativo debido a las fortalezas que posee:

- Antes de LAMIS-2018 solo teníamos conocimiento de dos estudios realizados en línea dirigidos a población de HSH que incluyeron a países de América Latina, ambos en 2012: el estudio de Biello y colaboradores[91, 92], con aproximadamente 30.000 participantes de América del Sur, Central y México, y el estudio del Foro Global en HSH y VIH, con 528 participantes de América del Sur, Central y el Caribe[93, 94]. Por lo tanto, LAMIS-2018 es el estudio más grande y reciente que se ha realizado en varios países de la región de Latinoamérica en forma simultánea.

- Si bien este reporte se limita a un análisis descriptivo de los datos recolectados, el gran tamaño de la muestra obtenida en cada país, mayor de 500 en todos con excepción de Surinam, permitirá la realización de análisis por subgrupos, o análisis multivariable para controlar el efecto de variables confusoras y extraer conclusiones más robustas.

- La encuesta utilizada en LAMIS-2018 para la recolección de datos en línea es una adaptación de la herramienta del estudio EMIS-2017 (European MSM Internet Survey)[95] que se realizó entre 2017 y 2018 en 46 países de toda Europa, además de Líbano, Israel, Canadá y Filipinas. Por lo tanto, la información recogida por LAMIS-2018 no solo podrá ser comparada entre los países latinoamericanos participantes de este estudio, sino también con los países participantes del proyecto EMIS-2017, abriendo la posibilidad para estudios comparativos a escala mundial.

- El uso de una encuesta en línea tiene el potencial de alcanzar a hombres gais, bisexuales u otros HSH ocultos o poco cohesionados a la comunidad LGTBI de sus respectivas ciudades de residencia, los que serían difíciles de alcanzar mediante técnicas tradicionales de reclutamiento presencial a través de redes de contactos o concurrencia a lugares de encuentro social o sexual.

91 Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Biello KB, *et al.* (2015). Op. Cit.

92 Biello KB, Rosenberger JG, Novak DS, Robertson AM, Mayer KH, Mimiaga MJ (2014). Op. Cit.

93 Arreola S, Santos G-M, Beck J, *et al.* (2015). Op. Cit.

94 Arreola S, Hebert P, Makofane K, Beck J, Ayala G (2012). Op. Cit.

95 Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, Marcus U, Schmidt AJ (2019). Op. Cit.

- Finalmente, el estudio LAMIS-2018 está enmarcado dentro de la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans (RIGHT PLUS)[96], una coalición de investigadores, centros académicos y de investigación, y organizaciones de base comunitaria de diversos países latinoamericanos, España y Portugal, cuya finalidad es fomentar la investigación en beneficio de la comunidad de HSH y personas trans en la región de Latinoamérica.

96 http://right-plus.ceeiscat.cat/

Reconocimientos

LAMIS fue implementado por investigadores de la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans (RIGHT PLUS), la Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University (Netherlands), el Department for Infectious Disease Epidemiology, Institut Robert Koch (Germany) y Sigma Research at the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) (Reino Unido).

LAMIS no tuvo financiamiento directo, pero fue posible gracias a las contribuciones en forma de recursos humanos, intelectuales y económicos de las instituciones que implementaron el estudio:

- **Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), España** (Jordi Casabona). Participación en la traducción del cuestionario EMIS-2017 al español y adaptación para su uso en América Latina, identificación y coordinación de los socios colaboradores en América Latina, financiación y hospedaje legal de la base de datos LAMIS y financiación y ejecución de la coordinación de campo del proyecto.

- **Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil** (Maria Veras, Daniel Barros e Igor Prado). Adaptación del cuestionario portugués de EMIS-2017; pagó el dominio para la página web del estudio y su diseño gráfico, incluyendo el web.

- **Institut Robert Koch, Alemania** (Ulrich Marcus, Susanne B. Schink). Negociaciones con páginas web/apps para promoción gratuita de LAMIS y coordinación de contratación *online.*

- **Sigma Research, LSHTM, Reino Unido** (Axel J Schmidt, Ford Hickson, David Reid, Peter Weatherburn). Diseño y transferencia del cuestionario, soporte de *software* de encuesta y seguimiento del reclutamiento, artes gráficas de los *banners* para la promoción del proyecto, edición de la base de datos y manual de variables.

- **Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, Países Bajos** (Kai J. Jonas). Adaptación del cuestionario holandés de EMIS-2017; pagó el alojamiento en la plataforma de la encuesta en holandés.

- **Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Portugal** (Henrique Barros y Paula Meireles). Pagó el alojamiento en la plataforma de la encuesta en portugués y colaboración económica en la promoción de la encuesta.

- **Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad (CIISSS), Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú** (Carlos Cáceres y Michael Reyes-Díaz). Pagó el dominio para la página web.

También LAMIS fue posible gracias al apoyo de los socios colaboradores en cada uno de los 18 países participantes. A continuación, presentamos la lista de países con el nombre de cada organización que fue socio colaborador de LAMIS y de la(s) persona(s) de contacto encargada(s) de coordinar la ejecución del estudio en cada país.

- **Argentina** Federación Argentina LGBT (Esteban Paulón)
- **Bolivia** Fundación Diversencia (Ronald Céspedes) y MANODIVERSA (Frank Evelio Arteaga)
- **Brasil** ABGLT y Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde LGBT+ (NUDHES) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (Maria Veras)
- **Chile** Fundación SAVIA, APROFA y Escuela de Salud Pública (ESP), Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Valeria Stuardo)
- **Colombia** Asociación Ágora y UNIMINUTO, seccional Bello (Jair Eduardo Restrepo Pineda)
- **Costa Rica** Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) (Daria Suárez)
- **Ecuador** Fundación Ecuatoriana Equidad (Efrain Soria)
- **El Salvador** Asociación Entre Amigos (William Hernández)
- **Guatemala** Fundació Sida I Societat (Elsy Camey)
- **Honduras** Asociación Kukulcan (Javier Medina)
- **México** Red GayLatino (Ricardo Baruch)
- **Nicaragua** Centro para la Educación y Prevención del Sida (CEPRESI) (Norman Gutiérrez Morgan)
- **Panamá** Grupo Génesis Panamá (Jaime Luna)
- **Paraguay** SOMOSGAY (Simon Cazal, Sergio López y Adolfo Ruiz)
- **Perú** Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad (CIISS), Universidad Peruana Cayetano Heredia (Carlos Cáceres)
- **Surinam** Parea Surinam

- **Uruguay** +VIHdas (Mauricio Sosa) y Colectivo Ovejas Negras (Magdalena Bessonart)
- **Venezuela** Venezuela Igualitaria (Giovanni Piermattei)

Agradecemos especialmente a Grindr y PlanetRomeo que enviaron de manera gratuita mensajes instantáneos de promoción del estudio a sus usuarios.

Finalmente, nuestro más profundo agradecimiento a todos los hombres que participaron de LAMIS, quienes con su valiosa aportación nos ayudaron a conocer mejor las necesidades que tiene la población de hombres gais, bisexuales, otros HSH y hombres trans.

Bibliografía

Ahumada G, Araneda J, Clarke P, Cumsille F (2019). Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas. Washington DC: OEA/CICAD.

Alonso M, Gutzman A, Mazin R, *et al.* (2015). Hepatitis C in key populations in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2015;60(7):789-98. doi:10.1007/s00038-015-0708-5.

Arreola S, Hebert P, Makofane K, *et al.* (2012). Access to HIV prevention and treatment for men who have sex with men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR). The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF); 2012. Disponible en: https://www.msmgf.org/files/msmgf/documents/GMHR_2012.pdf

Arreola S, Santos G-M, Beck J, *et al.* (2015). Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. AIDS Behav. 2015;19(2):227-34. doi:10.1007/s10461-014-0869-x.

Ayala G, Makofane K, Santos GM, *et al.* (2013). Access to Basic HIV-Related Services and PrEP Acceptability among Men Who Have sex with Men Worldwide: Barriers, Facilitators, and Implications for Combination Prevention. J Sex Transm Dis. 2013; 2013:953123. doi:10.1155/2013/953123.

Biello KB, Rosenberger JG, Novak DS, *et al.* (2014). Epidemiology of sexual health in the virtual environment: a multinational online survey of Spanish- and Portuguese-speaking men who use an internet sexual networking site. AIDS Behav. 2014;18(9):1675-85. doi:10.1007/s10461-014-0844-6.

Blas MM, Brown B, Menacho L, Alva IE, Silva-Santisteban A, Carcamo C (2015). HPV Prevalence in Multiple Anatomical Sites among Men Who Have Sex with Men in Peru. PloS one. 2015;10(10):e0139524-e0139524. doi:10.1371/journal.pone.0139524

Bozon M, Gayet C, Barrientos J (2009). A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior. J Acquir Immune Defic Syndr. May 2009;51 Suppl 1:S4-S12. doi:10.1097/QAI.0b013e3181a2652f

Brown B, Davtyan M, Galea J, Chow E, Leon S, Klausner JD (2012). The role of human papillomavirus in human immunodeficiency virus acquisition in men who have sex with men: a review of the literature. Viruses. 2012;4(12):3851-3858. doi:10.3390/v4123851

Brown B, Marg L, Leon S, *et al.* (2018). The relationship between anogenital HPV types and incident HIV infection among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru: Findings from a prospective cohort study. PloS one. 2018;13(10):e0204996-e0204996. doi:10.1371/journal.pone.0204996

Centers for Disease Control and Prevention (s/f). Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men (MSM). Disponible en: https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/msm.htm. Última visita: 27 de octubre, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention (2017). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/stats17/2017-STD-Surveillance-Report_CDC-clearance-9.10.18.pdf

CEPAL (s/f). Databases and Statistical Publications: Indicadores demográficos y sociales. CEPAL-Naciones Unidas. Accessed 28 de octubre, 2021. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1%25E2%258C%25A9=es

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en América. OAS/Ser L/V/II rev 2. 2015;(Doc. 36)

Cutrona, CE, & Russell, DW (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships, 1*(1), 37-67.

Del Popolo, F (2018). *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad.* CEPAL.

Evens E, Lanham M, Santi K, *et al.* (2019). Experiences of gender-based violence among female sex workers, men who have sex with men, and transgender women in Latin America and the Caribbean: a qualitative study to inform HIV programming. BMC Int Health Hum Rights. 2019;19(1):9. doi:10.1186/s12914-019-0187-5.

Eriksson LE, Berglund T (2007). Health-related quality of life in homo- and bisexual men attending a sexually transmitted disease clinic in Sweden. Int J STD & AIDS. 2007;18(3):207-11. doi:10.1258/095646207780132442.

Ewing, JA (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama, 252*(14), 1905-1907.

Firestone R, Rivas J, Lungo S, *et al.* (2014). Effectiveness of a combination prevention strategy for HIV risk reduction with men who have sex with men in Central America: a mid-term evaluation. BMC public health. 2014; 14:1244. doi:10.1186/1471-2458-14-1244.

Flores JM, Santos GM, Makofane K, *et al.* (2017). Availability and Use of Substance Abuse Treatment Programs Among Substance-Using Men Who Have Sex With Men Worldwide. Subst Use Misuse. 2017;52(5):666-73. doi:10.1080/10826084.2016.1253744

Freire G, Díaz-Bonilla C, Schwartz Orellana S, Soler López J, Carbonari F (2018). Afrodescendientes en Latinoamérica: hacia un marco de inclusión.

Guerra FM, Salway TJ, Beckett R, Friedman L, Buchan SA (2020). Review of sexualized drug use associated with sexually transmitted and blood-borne infections in gay, bisexual and other men who have sex with men. Drug Alcohol Depend. Nov 1 2020;216:108237. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108237

Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health. May 2016;106(5):e1-12. doi:10.2105/ajph.2016.303088

Kachur RE, Copen CE, Strona FV, Bernstein KT, Furness BW, Hogben M (2021). Factors Associated With Online Sex Partners Among Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men: Results From a National Survey. Sex Transm Dis. Aug 1 2021;48(8):542-546. doi:10.1097/olq.0000000000001376

King M, Semlyen J, Tai SS, *et al.* (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. Aug 18 2008;8:70. doi:10.1186/1471-244x-8-70

Kroenke, K, Spitzer, RL, Williams, JB, & Löwe, B (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. *Psychosomatics, 50*(6), 613-621.

Liau A, Millett G, Marks G (2006). Meta-analytic examination of online sex-seeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. Sex Transm Dis. Sep 2006;33(9):576-84. doi:10.1097/01.olq.0000204710.35332.c5

Lu B, Viscidi RP, Lee JH, *et al.* (2011). Human papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 seroprevalence is associated with sexual practice and age: results from the multinational HPV Infection in Men Study (HIM Study). Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. May 2011;20(5):990-1002. doi:10.1158/1055-9965.epi-10-1160

Lucassen MF, Stasiak K, Samra R, Frampton CM, Merry SN (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. Aust N Z J Psychiatry. Aug 2017;51(8):774-787. doi:10.1177/0004867417713664

Luz PM, Veloso VG, Grinsztejn B (2019). The HIV epidemic in Latin America: accomplishments and challenges on treatment and prevention. Curr Opin HIV AIDS. 2019;14(5): 366–73. doi: 10.1097/COH.0000000000000564.

Malta M, Cardoso R, Montenegro L, *et al.* (2019). Sexual and gender minorities rights in Latin America and the Caribbean: a multi-country evaluation. BMC International Health and Human Rights. 2019/11/06 2019;19(1):31. doi:10.1186/s12914-019-0217-3

Mariojoules J, Castro G, Pisano MB, *et al.* (2019). Hepatitis A outbreak affecting men who later have sex with men (MSM) in central Argentina, occurred in July 2017-April 2018, than the European outbreak. J Clin Virol. 2019; 117:49-53. doi:10.1016/j.jcv.2019.05.014.

Miller WM, Buckingham L, Sánchez-Domínguez MS, *et al.*(2013). Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. Salud Publica Mex. 2013;55 Suppl 1:S65-78. doi:10.21149/spm.v55s1.5099.

Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, *et al.*(2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. Aug 2017;211(2):77-87. doi:10.1192/bjp.bp.116.196345

Mimiaga MJ, Biello KB, Robertson AM, *et al.* (2015). High prevalence of multiple syndemic conditions associated with sexual risk behavior and HIV infection among a large sample of Spanish- and Portuguese-speaking men who have sex with men in Latin America. Arch Sex Behav. 2015;44(7):1869-78. doi:10.1007/s10508-015-0488-2.

Nogueira-Rodrigues A (2019). HPV Vaccination in Latin America: Global Challenges and Feasible Solutions. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2019/05/01 2019;(39):e45-e52. doi:10.1200/EDBK_249695

OIM (s/f). Población de migrantes internacionales como porcentaje de la población total 2015. Portal de datos mundiales sobre la migración. Última visita: 29 de octubre, 2021. Disponible en: https://www.migrationdataportal.org/es/international-data?i=stock_perc_&t=2015

OEA (2019). Informe del Grupo de Trabajo de la OEA para abordar la crisis de migrantes y refugiados venezolanos en la región. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/OEA-informe-migrantes-venezolanos-espanol_0.pdf

Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Biello KB, *et al.* (2015). Transactional sex among men who have sex with men in Latin America: economic, sociodemographic, and psychosocial factors. American journal of public health. 2015;105(5):e95-e102. doi:10.2105/AJPH.2014.302402

Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, *et al.* (2019). Global Epidemiologic Characteristics of Sexually Transmitted Infections Among Individuals Using Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. Dec 2 2019;2(12):e1917134. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.17134

ONUSIDA (2014). 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA. Ginebra.

ONUSISA (2019). Hoja informativa - Dia mundial del sida 2019.

OPS (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. CC BY-NC-SA 3.0 IGO Washington, DC Licencia; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf

PAHO (s/f). Key Populations. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682=en. Última visita: 2021.

Pan American Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2017). HIV Prevention in the Spotlight: An analysis from the perspective of the health sector in Latin America and the Caribbean, 2017. Última visita: 25 de mayo del 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34381/9789275119792-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Rebeiro PF, Cesar C, Shepherd BE, *et al.* (2016). Assessing the HIV Care Continuum in Latin America: progress in clinical retention, cART use and viral suppression. J Int AIDS Soc. 2016;19(1):20636. doi:10.7448/ias.19.1.20636

Rivas V, Barrera A, Pino K, *et al.* (2018). Hepatitis A outbreak since November 2016 affecting men who have sex with men (MSM) in Chile connected to the current outbreak in MSM in Europe, situation up to October 2017. Euro surveill. 2018;23(9):18-00060. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.9.18-00060.

Sabin K, Zhao J, Garcia Calleja JM, *et al.* (2016). Availability and Quality of Size Estimations of Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, People Who Inject Drugs and Transgender Women in Low- and Middle-Income Countries. PloS one. 2016;11(5):e0155150-e0155150. doi:10.1371/journal.pone.0155150.

Schwarzer, R, & Fuchs, R (1996). Self-efficacy and health behaviours. *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models, 163,* 196.

Smolenski, DJ, Diamond, PM, Ross, MW, & Rosser, BR (2010). Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the reactions to homosexuality scale. *Journal of personality assessment, 92*(6), 568–576.

Tsuboi M, Evans J, Davies EP, *et al.* (2021). Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000-20. Lancet Glob Health. 2021;9(8):e1110-e1118. doi:10.1016/s2214-109x(21)00221-7.

UNAIDS (2014). The Caribbean Men's Internet Survey (CARIMIS). UNAIDS Caribbean. Disponible en: http://sigmaresearch.org.uk/files/report2014d.pdf

UNAIDS (2017). Global Stadtistics. 2017. Última visita: 10 de noviembre, 2018. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

UNAIDS (s/f). AIDSinfo: Global data on HIV epidemiology and response. Regional factsheets: Latin America 2020. Última visita: 16 de mayo, 2021. Disponible en: https://aidsinfo.unaids.org

Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, *et al.* (2020). European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS-2017): design and methods. Sex Res Soc Policy. 2020:17: 543–57. Doi:10.1007/s13178-019-00413-0.

Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, Marcus U, Schmidt AJ (2019). European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS-2017): design and methods. Sexuality Research and Social Policy. 2019:1-15.

Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, *et al.* (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. Nov 11 2006;368(9548):1706-28. doi:10.1016/s0140-6736(06)69479-8

Wheeler J, Anfinson K, Valvert D, *et al.* (2014). Is violence associated with increased risk behavior among MSM? Evidence from a population-based survey conducted across nine cities in Central America. Glob Health Action. 2014; 7:24814. doi:10.3402/gha.v7.24814

WHO (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017.

WHO (2017). Global hepatitis report 2017.

Wolff MJ, Cortes CP, Mejia FA, *et al.* (2018). Evaluating the care cascade after antiretroviral therapy initiation in Latin America. Int J STD AIDS. Jan 2018;29(1):4-12. doi:10.1177/0956462417714094
Zhang W, Wang P. (2018). Quality of life among men who have sex with men in China measured using the 36-item Short-Form Health Survey: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2018;97(27): e11310. doi: 10.1097/MD.0000000000011310.

RIGHTPLUS

RED IBERO-AMERICANA DE ESTUDIOS EN HOMBRES GAY, OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES - HSH - Y PERSONAS TRANS

2022