

Situación de la epidemia en Latino América tras 30 años de su inicio

State of the art of the Latin American HIV/Aids epidemic after 30 years of the onset.

Situação da epidemia de HIV/Aids na América Latina após 30 anos do seu início.

Mónica Alonso González
Organização Pan-Americana da Saúde

Epidemiologia, América Latina,
populações vulneráveis, HIV.

Yaiza Rivero Montesdeoca
Organização Pan-Americana da Saúde

ABSTRACT

RESUMO

As autoras realizam uma revisão cuidadosa de informações disponíveis sobre a epidemia de HIV/aids na América Latina. Partindo do fato de tratar-se de uma epidemia ainda mais restrita a determinados coletivos (epidemia de tipo concentrado), descreve-se a situação de grupos, alguns dos quais estão definidos a partir de suas práticas (homens que fazem sexo com homens, usuários de droga injetada, mulheres trabalhadoras do sexo), ou grupos em situações especiais (pessoas privadas da liberdade e migrantes), chegando à população mais aberta (mulheres, jovens). Há abundante ilustração com estudos de soro-prevalência. Destaca-se a queda no uso de preservativo com a idade nas trabalhadoras do sexo, que mesmo assim apresentam as maiores prevalências de uso, contrastando com homens que fazem sexo comercial com outros homens, onde apenas menos da metade se protegem.

PALAVRAS-CHAVE:

The authors make a careful review of available information on the HIV/aids epidemics in Latin America. They start from the characteristics of the epidemic in the region, which is restricted to certain groups of population, and they describe the situation among those groups, some of them defined by their behavior (MSM, IDU, commercial sex workers), or special situations (incarcerated men, migrants), reaching a more open population (women, youth). Descriptions are illustrated with results of seroprevalence studies. Also they report the decline in the condom use prevalence among CSW as they become older, but these prevalences are higher than the obtained among men who have commercial sex with other men (less than 50% have safe sex).

KEY WORDS

Epidemiology, Latin America,
Vulnerable populations HIV.

RESUMEN

Las autoras realizan una revisión cuidadosa de informaciones disponibles

sobre la epidemia de HIV/sida en Latinoamérica. Partiendo del hecho de tratarse de una epidemia aún restringida a determinados colectivos (epidemia de tipo concentrado), pasan a describir la situación de grupos, algunos de los cuales están definidos a partir de sus prácticas (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de droga inyectable, mujeres trabajadoras del sexo), o grupos en situaciones especiales (personas privadas de la libertad y migrantes), llegando entonces a la población más abierta (mujeres, jóvenes). Hay abundante ilustración con resultados de estudios seroprevalencia, y se destaca la caída en la prevalencia de uso del condón con la edad, en trabajadoras del sexo, que aún así presentan las mayores prevalencias de uso, contrastando con hombres que tienen sexo comercial con hombres, de los cuales menos de la mitad se protegen.

PALABRAS CLAVE:

Epidemiología, América Latina, Populações vulneráveis, HIV

INTRODUCCIÓN

Entre el 2001 y el 2008 el número anual de casos nuevos en Latinoamérica se incrementó en 20.000 personas y con 11,000 muertes registradas en el año, la prevalencia se reconoce como estable con cifras de 0.5% [$<05-0.6\%$] en 2001 y 0.6% [0.5-0.6] en 2007. (1) La epidemia de VIH sigue siendo por lo tanto uno de los retos más trascendentales de Salud Pública a los que se enfrenta la región latinoamericana. Sin embargo deben subrayarse los avances que se han producido en la región en la respuesta al VIH incluyendo el desarrollo de intervenciones efectivas que han incrementado el periodo de supervivencia y la calidad de vida de los afectados por

el virus. Asimismo, la movilización y participación de la comunidad en todos los países no tiene precedente y se unen a ella poderosos colaboradores internacionales que aportan recursos para frenar la epidemia.

Latinoamérica sufre una epidemia de tipo concentrada por grupos, es decir, que algunos grupos están en mayor riesgo reuniendo altas tasas de prevalencia de VIH. El número de infecciones en hombres con VIH es más elevado que entre mujeres, debido en gran parte a la predominancia de la transmisión sexual entre hombres(1). Sin embargo aunque la proporción de mujeres afectadas por el VIH regionalmente parece haberse estabilizado, se reportan aumentos de casos de VIH a nivel nacional y subnacional (2). Asimismo, todavía en la región no ha cesado la transmisión materno infantil del VIH en mayor o menor proporción según los países.

La realización de estudios en poblaciones claves en los países de la región ha permitido progresar sustancialmente en el conocimiento sobre la extensión y grado de afectación por el virus en la región.(3) No obstante, se deben mejorar los sistemas de vigilancia para poder aportar una evidencia significativa y orientar las políticas y planes nacionales y así adelantarnos a la epidemia con una actuación precoz.(3) A continuación describimos la situación de la epidemia de VIH en Latino America con especial énfasis en las diversas poblaciones afectadas.

Grupos en riesgo y vulnerables

Miembros de ciertos grupos, debido a su comportamiento y estilo de vida se exponen en una mayor medida a sufrir una infección

por VIH. Poblaciones en mayor riesgo están compuestas por personas que con mayor frecuencia presentan comportamientos que conducen a la transmisión del VIH. Estos comportamientos incluyen sexo sin protección (en particular sexo anal), sexo con varias parejas y el uso de instrumentos cortopunzantes o inyectables. Estas poblaciones en Latino America incluyen a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, sus clientes y los usuarios de drogas. Otros grupos, definidos como vulnerables, presentan más bajas probabilidades de exposición al VIH sin embargo, tienen menor capacidad de protección o son más susceptibles a una posible infección. [1] Entre ellos se encuentran las personas privadas de libertad (PPL), camioneros y otros transportistas, y trabajadores en minas y grupo étnicos e indígenas. Cabe señalar que existen grupos étnicos en más alto riesgo como las poblaciones garifunas en Centro America. En el estudio del 2008 en la población garífuna de Honduras la prevalencia de VIH fue del 5%. (4) Otras grupos étnicos como poblaciones indígenas Amazónicas del Perú presentan alta vulnerabilidad con prevalencia de sífilis del 3.2% y de VIH del 0.7%. (5). Asimismo, la extensión de la epidemia en la población joven es un tema preocupante. (6) Esta población no está restringida a un colectivo concreto sino que se encuentra de forma transversal en grupos de riesgo y vulnerables como mujeres, trabajadores sexuales, HSH o usuarios de drogas.

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

El colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres constituye una población con alta carga de

afectación por el VIH en América Latina. Su probabilidad de contraer el VIH es de una en tres. Por ejemplo, en Perú los HSH concentran el 55% de la incidencia de VIH nacional. (1) Este grupo poblacional incluye diversos grupos de diferentes identidades sexuales y estatus económico de ahí que no se puedan identificar con el término 'homosexual'. Existe una gran diversidad de identidades sexuales en las áreas urbanas. Miembros de subculturas gay tienen relaciones sexuales con hombres que no comparten una identidad homosexual. En América Latina, las identidades masculinas no excluyen los intercambios sexuales con hombres mientras se mantengan los papeles hegemónicos masculinos. Estos hombres no se consideran bisexuales por lo que muchos de ellos también tendrán sexo con mujeres. Asimismo, las subculturas dentro de estas identidades están influenciadas por la clase social, la edad, y la identidad étnica, que reproduce las relaciones de poder relacionadas con estas categorías fuera de las subculturas gays. (7;8) El papel que adoptan en sus relaciones sexuales también influyen en el riesgo de infectarse por VIH estando la posición pasiva o receptiva relacionada con la feminidad y sumisión, y conllevando un mayor riesgo biológico de infección por VIH que la de dominio y penetración. (9) Las prácticas sexuales entre hombres adultos son poco conocidas y faltan datos acerca de ellas en la mayoría de los países de América Latina. Sin embargo, los estudios existentes muestran que entre un 6% y un 20% de los hombres adultos de América Latina han tenido una relación sexual con otro hombre en algún momento de su vida. (8) y que la prevalencia de sexo heterosexual en HSH en los países de América Latina en países con información se estima en torno al 30%. (1)

De acuerdo con los informes UNGASS 2010, el 44% de los hombres que tuvieron sexo con hombres en Chile no usaron protección en su última relación sexual anal, en México se reporta que un 36% no lo usaron y en Argentina solo un 10% no lo usó con su pareja ocasional.(10), (11)

Un grupo que en el pasado fue agrupado como parte de la categoría homosexual pero que en este momento no solo busca romper con esa relación sino que además pretende diferenciarse del grupo de HSH es la población transgénero. . En la última década, se han reportado prevalencias de VIH en estos colectivos en Latino America de entre el 21,5% y el 40%.(12) Por ejemplo en un estudio realizado en Argentina la prevalencia de VIH en la población transgénero fue del 35%.(13)

Usuarios de drogas inyectables (UDIs)

Los usuarios de drogas inyectables (UDI) son un grupo con alta carga de enfermedad por VIH que tiene una especial predominancia en países como Brasil, Argentina, Paraguay, Uruguay y la frontera entre México-Estados Unidos.(2) Actualmente se identifican los usuarios en drogas no inyectables como un grupo en mayor riesgo y con alta afectación por el VIH (14).

Se estima que en Latino América el 29% de los más de 2 millones de usuarios de drogas inyectables están infectados por el VIH.(15). En Paraguay el 80% reporta haber usado una jeringuilla estéril en la última inyección mientras que en México solo un 40% lo ha declarado. En los reportes de país UNGASS 2010, y respecto al uso

de condón en la última relación sexual, el 64% de UDI en Argentina reporta usar condón con parejas ocasionales y el 28% en México

El tipo de droga consumida varía con la zona geográfica.(16) En el sur de Brasil, en las principales ciudades de Argentina, Paraguay y Uruguay la cocaína es la droga inyectable más usada mientras que en la frontera entre México y los Estados Unidos de América, en Colombia y en Puerto Rico la heroína es la droga inyectable más estilada. Estas preferencias están directamente relacionadas con el mercado de drogas de cada región.(1)

Se ha detectado sin embargo un cambio en las formas de administración de drogas tanto en consumidores de heroína como cocaína viéndose en Brasil un trasvase de usuarios de cocaína inyectada a la fumada (crack).(17;18) El uso de drogas no inyectables debe tenerse en cuenta por su implicación en la epidemia. El alcohol es una sustancia capaz de desinhibir y anular la toma de precauciones hacia comportamientos de riesgo pudiendo facilitar la existencia de relaciones sexuales sin protección.(19) Por otro lado, la escasez de recursos económicos ha provocado en primer lugar un cambio hacia drogas más asequibles económicamente como la pasta base de cocaína, llamada bazuco en Colombia o paco en Argentina, y que también se utiliza en Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, y por otro lado a buscar formas de subvención diversas como el intercambio de sexo por drogas o dinero. (20) Esto se ve reflejado en una prevalencia de VIH aumentada en fumadores de crack de diferentes ciudades de Brasil.(21;22) Un reciente metanálisis en Brasil de prevalencia de VIH en usuarios de drogas, muestra una

prevalencia combinada del 23% [95% CI 16.7-30.2], siendo el patrón de consumo de drogas el mejor predictor de heterogeneidad de los resultados de los diversos estudios evaluados. (14) En Argentina estiman unos 64.558 UDI con prevalencia de VIH de 18.8-42%.(23) Asimismo, estudios reportan una prevalencia de 6.3% en usuarios de droga no inyectada en Argentina.(24). En años anteriores Uruguay ha reportado una prevalencia de VIH en UDI del 24.4% señalando una predominancia de mujeres usuarias, característica inusual para América Latina, reportando un número creciente de infecciones entre mujeres embarazadas y recién nacidos de madres UDI (25)

Trabajadores Sexuales (TS)

Los trabajadores sexuales son un grupo en riesgo no solo por sus prácticas sexuales sino que también en ocasiones están expuestos al uso de sustancias como el alcohol y el uso compartido de jeringuillas para la administración de drogas.(26) El porcentaje estimado de la población femenina que se dedica al comercio sexual en América Latina varía entre el 0,2% y el 1,5%.(27) En Perú, el 44% de los hombres informó haber tenido relaciones sexuales con un profesional del sexo en el pasado. (28) En la región coexisten países con cifras de prevalencia alta de VIH en TS mientras que otros mantienen una prevalencia baja en este grupo de población. De igual manera se encuentran diferencias subnacionales en este grupo. Por ejemplo, en un estudio multicéntrico realizado en Nicaragua en el 2003 en trabajadoras sexuales, el 0.3% estaban infectadas de VIH mientras que en Honduras era de un 10% en el mismo año. (29) En Honduras su estudio de vigilancia de comportamiento y prevalencia de

VIH en 2006 presentó valores de 5.5% en Tegucigalpa, 4.6% en San Pedro Sula, 1.9% en La Ceiba y 0% en Comayagua.(30)

La estigmatización y marginalización que sufren los trabajadores sexuales les fuerza a trabajar al margen de la sociedad y al trabajo sexual subterráneo haciéndoles más vulnerables aún a altos niveles de violencia, explotación, ITS y VIH. Los trabajadores sexuales travestis constituyen una población de alto riesgo profundamente marginada en muchos países latinoamericanos.(31;32)

Las características del entorno y áreas donde trabajan varían enormemente y deben tomarse en cuenta. Algunos trabajan en establecimientos concretos, como bares y burdeles, salas de masaje y saunas, mientras que otros esperan a sus clientes en las calles o a lo largo de carreteras, consumiendo la relación sexual en moteles de carretera o dentro de sus vehículos, como es el caso frecuente con clientes camioneros.(33) Diversas características influyen sobre el trabajo sexual: si es de tipo clandestino o si se desarrolla en establecimientos de actividades más diversificadas, si existe algún tipo de compromiso, si es a tiempo completo, partido u ocasional. Muchos escenarios ofrecen poca o ninguna promoción de sexo seguro, favorecen un alto volumen de clientes y proporciona poco o ningún control sobre el comportamiento del cliente el cual puede actuar como eslabón entre los trabajadores sexuales y otras poblaciones que no están directamente relacionadas, como sus parejas.(34) (35)

El consumo de alcohol y otras drogas dificulta la negociación para el empleo del condón entre el trabajador sexual y

sus clientes.(36) Los datos de uso del condón recientemente reportados entre trabajadores sexuales en México eran del 62.5% y en Honduras del 80% en TS mayores de 24 años, y 67% en menores de 24 años. En el Perú en 2008 estas cifras eran superiores al 95% en TS y del 42% en trabajadores sexuales HSH.

Existen experiencias exitosas en relación a la prevención del VIH en TS en Latino America. Por ejemplo, en el proyecto UALE en Guatemala donde se estudió a 1554 TS que acudían a clínicas especializadas en ITS dentro de la atención primaria de Escuintla, se detectó un descenso de hasta cuatro veces de la incidencia de VIH al igual que un incremento significativo del uso del condón. (37)

Mujeres

En Latino América en el año 2007 se estimó que alrededor del 33% de las personas con VIH eran mujeres.(38) Las mujeres conforman un grupo vulnerable debido a su relación con poblaciones puentes como entre otros los UDI y clientes de trabajadores sexuales y también hay mujeres que forman parte de grupos en mayor riesgo como trabajadoras sexuales. En Perú, las parejas sexuales femeninas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan el 6% de las nuevas infecciones por el VIH.(1) Aún hoy existe desconocimiento del grado de transmisión del VIH entre poblaciones puentes o en riesgo a las mujeres de la población general, y del impacto y tendencias que puede tener la epidemia en este extenso grupo.

Una diferencia de poder entre los hombres y las mujeres es inherente a muchos estereotipos sexuales en los cuales las

mujeres están subordinadas a los hombres y dependen de ellos para su sustento. Entre los ejemplos de normas basadas en el género y su consecuente vulnerabilidad para la infección del VIH está el patrón tradicional de virginidad hasta el matrimonio para las muchachas solteras que existe en muchas sociedades. Paradójicamente, esto aumenta el riesgo de las jóvenes de infectarse porque se restringe su capacidad de exigir información adecuada sobre el sexo por miedo a que se piense que son sexualmente activas. Algunos estudios han mostrado que algunas jóvenes de la región tienen prácticas sexuales paralelas que no ponen en peligro su virginidad como el sexo anal. (39) (40). Puede también haber una coartación del acceso a la información y servicios de salud para las mujeres casadas y las adolescentes debido a las normas sociales según las cuales las mujeres solteras tienen menos derechos y posibilidades produciendo la estigmatización de las mujeres que busquen tener acceso a los servicios sanitarios e información sobre salud sexual, ITS, y VIH.(41)

Si bien la transmisión heterosexual del VIH fuera del comercio sexual sigue siendo limitada en América Latina, existe el riesgo de una propagación de la infección. Más de uno de cada cinco (22%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en cinco países de América Central informó haber tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres.(1) En Uruguay existen datos de que muchas de las mujeres infectadas por el VIH se infectan a partir de sus parejas UDI, lo cual es una de las razones que podría explicar el aumento de casos de VIH en mujeres.(38) Por otro lado en un estudio realizado en Perú se vio que de los hombres entrevistados por ser pareja de mujeres embarazadas, un 11%

había tenido en alguna ocasión sexo con otro hombre y en un 0.9% no protegido, y 37.1% había tenido sexo con un trabajador sexual siendo el sexo no protegido de un 1.2%. La incidencia de VIH en estos hombres era del 0.8%.(42)

La violencia contra la mujer se reconoce hoy en día como un problema de salud pública[2]. Las mujeres que sufren violencia son además biológicamente y socialmente más vulnerables al VIH.(43) En Perú un estudio señaló que hasta un 49% de las mujeres había sufrido violencia de género de tipo físico.(44) En Chile aproximadamente el 60 % de las mujeres que viven en pareja experimentan alguna forma de violencia, más del 10 % sufren incluso abuso físico severo.(39) Algunos estudios muestran que las muchachas y los muchachos que son víctimas de abuso sexual y/o físico durante la niñez tienen mayor probabilidad de presentar un comportamiento sexual de riesgo más tarde en la vida, baja autoestima, y disminución de la capacidad de negociar una relación sexual segura.(45) Expertos afirman que la violencia contra la mujer obstaculiza el acceso a consejería y prueba del VIH, la aceptación de ser VIH positiva, la adherencia al tratamiento e incluso las consecuencias a largo plazo sobre su salud. Además, las mujeres VIH positivas son más propensas a sufrir violencia física y sexual que las que son negativas. Esta observación está apoyada entre otros, en cuatro estudios realizados en países de Latino América en los cuales la prevalencia de ITS entre mujeres era más alta en aquellas que habían sufrido violencia.(39) Sería conveniente contar con más información acerca de este colectivo y la frecuencia de estos hechos en Latino America para poder poner en marcha programas efectivos de prevención, y adaptar según sea necesario los servicios

de atención y cuidados al VIH a este grupo de mujeres.

Jóvenes

El desarrollo de los jóvenes, incluyendo su conducta sexual y reproductiva, se ve afectado y modelado por el contexto cultural, social y económico en el que viven. La marginalización socioeconómica, el sexo, y las relaciones entre generaciones diferentes son factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH y que contribuyen a los diferentes perfiles epidemiológicos existentes en la región. Esta vulnerabilidad está combinada con una curiosidad hacia actividades de índole experimental, pudiendo desembocar en sexo sin protección y en el consumo de alcohol y de drogas, haciendo de los jóvenes una población susceptible a embarazos tempranos, morbi-mortalidad maternal, y transmisión de ITS y VIH. Asimismo existen otros factores que influyen en su vulnerabilidad como el hecho de tener un acceso restringido a los servicios de salud. En el 2001, el 30 % de mujeres jóvenes embarazadas entre los 15-24 en Honduras no tuvo acceso a cuidados prenatales o ayuda de asistentes capacitados en el parto. (46)

Actualmente, cuando se examinan los datos sobre casos de SIDA en varios países de la región tanto del Cono Sur como de Centro America se aprecia un desplazamiento de la prevalencia hacia grupos de menor edad, indicando que el momento de infección fue incluso anterior. Esto pone en relieve la importancia de prevenir las infecciones en la juventud abarcando a los preadolescentes.

El acceso a educación sobre sexualidad en los jóvenes es un tema que cuenta con un compromiso político reciente y se vio en el estudio de De Maria et al. que la mayoría de los 27 países entrevistados de América Latina decían tener algún tema escolar relacionado con la prevención del VIH y temas de reeducación sexual en la currícula escolar. Sin embargo el tema acerca de la aceptación de las diferentes orientaciones sexuales no estaba incluido en los programas escolares.(47). A escala mundial, los investigadores afirman que las normas de género son el factor social subyacente que más influye sobre el comportamiento sexual.(48;49) Tradicionalmente en LA se fomenta una inclinación de los jóvenes a demostrar su masculinidad confirmando su fuerza y virilidad por lo que muchos tienen sexo penetrante precozmente y con muchas parejas antes de que se formalice una unión estable.(50;51) Según datos del UNGASS del 2008 El Salvador era el país con mayor porcentaje de jóvenes que empiezan a tener relaciones sexuales antes de los 15 años siendo del 54% en chicos y 21% en chicas, en contraste con México donde era de un 4% en ambos sexos.

Los jóvenes a menudo ven la iniciación sexual como un modo de demostrar su hombría.(52) Además, los muchachos son educados para aceptar una noción polarizada de lo que es masculino y de lo que es femenino. Dentro de esta conceptualización, no queda espacio para la aceptación de los que divergen de estas normas, incluyendo a los jóvenes que tienen relaciones sexuales con jóvenes de su mismo sexo. Estos conceptos tradicionales de masculinidad son un riesgo para la transmisión de VIH e ITS, no sólo para hombres jóvenes, sino que también para

las mujeres jóvenes.(53) Nos encontramos incluso con miembros de pandillas o maras que tienen comportamientos que les pone en mayor riesgo o que pueden aumentar su vulnerabilidad como el uso de drogas o el compartir una mujer entre varios miembros de una pandilla y forzarla a tener relaciones sexuales para poder sobrevivir. El uso del condón es poco frecuente en estos grupos, en los que predomina el machismo.(8)

Una población de jóvenes que puede quedar olvidada pero a la que es importante llegar es la de los jóvenes que han adquirido el VIH por transmisión vertical. El hecho de nacer con el virus no significa que estén informados acerca de los métodos de prevención y de cómo convivir con él.

Ciertos datos apuntan a que la epidemia de VIH/SIDA esta afectando de manera creciente a la población juvenil. Si bien la adolescencia y juventud son etapas complejas en la vida de un individuo porque está en juego la construcción de su identidad y la consolidación de su proyecto de vida, también es un período en el que existen factores protectores que posibilitan el desarrollo de mecanismos adaptativos, así como de capacidades y estrategias para afrontar situaciones problemáticas presentando una oportunidad para introducir nociones de prevención para la transmisión de VIH estén o no afectados.

Personas privadas de libertad (PPL)

La infección por VIH está más enraizada en los grupos más desaventajados de la sociedad los cuales tienen una mayor representación en las cárceles y prisiones. (54) Las prisiones tienen características intrínsecas que favorecen la transmisión

del VIH; los comportamientos de riesgo como la actividad sexual sin protección, la inyección de drogas con jeringuillas compartidas, y la elaboración de tatuajes sin precauciones adecuadas son comunes. (27;55) En las mujeres privadas de libertad la transmisión del VIH es adquirida generalmente por el uso de drogas inyectables mientras que en los hombres privados de libertad se da tanto por el uso de drogas inyectables como por relaciones sexuales con otros hombres.

Además, los entornos correccionales suelen ser de un solo sexo, femenino o masculino, lo que facilita una alta tasa de sexo no consensuado y el uso del sexo como transacción para conseguir recursos o protección.(56;57) El predominio de VIH, ITS, hepatitis B, hepatitis C, y tuberculosis es generalmente más alto en estas poblaciones que en la comunidad circundante. En algunos casos, existen políticas que claramente prohíben la distribución de condones y los programas de cambio de jeringuillas u otras terapias de sustitución como una forma de ignorar conductas que están vedadas en estos centros.(58;59) En estas instituciones existe una evidente falta de conciencia y conocimiento del VIH y una consecuente carencia de su prevención. Asimismo, las normas de seguridad de estos pueden a veces impedir la entrega regular de la farmacoterapia provocando un problema para la medicación relacionada con el VIH donde la cadena de distribución que garantice una medicación regular es crucial.

Migrantes y poblaciones móviles

Las olas de migrantes dentro y desde Latinoamérica están relacionadas con la búsqueda de unas mejores condiciones

de vida alejándose de la pobreza, el paro, la inestabilidad política y el conflicto. En algunos casos el trabajo sexual puede ser una opción laboral. Sin embargo existen muchas más razones para migrar, especialmente en los jóvenes, donde el desplazamiento significa una búsqueda de madurez y experiencias. Algunos migran solos, otros en grupos y cada vez más en familia.(60)

Los migrantes generalmente se encuentran en una nueva situación donde se ven llevados por razones económicas a convivir con minorías y marginados, desempeñando labores de baja remuneración. A esto se suma por un lado la sensación de desarraigo, soledad y falta de apoyo, con la de libertad, falta de restricciones a su comportamiento por sus allegados y entusiasmo por un nivel de consumo superior al de su localidad de origen.⁸⁵ Todo esto les pone en un entorno que les facilita el tener comportamientos de riesgo. Por ejemplo, en una encuesta hecha a más de 1500 mexicanos que habían residido en Estados Unidos durante un periodo de tiempo, se demostró que los migrantes tenían un número mayor de parejas sexuales y usaban más drogas inyectables que los no migrantes. Sin embargo, los migrantes informaban haber usado más el condón y haberse hecho más la prueba del VIH aunque esto último pueda estar relacionado con el hecho de que se ha visto que la migración incrementa el nivel de conocimiento sobre el SIDA. (61)

En numerosas ocasiones, los migrantes son percibidos como contribuidores a la extensión del VIH a través de las fronteras, pero los estudios han demostrado que los migrantes son a menudo más vulnerables que la población local y afrontan obstáculos

mayores para el acceso al cuidado y el apoyo sanitarios.(62) Las necesidades de salud no resueltas son frecuentes en los migrantes y su acceso a la asistencia médica es un desafío que se ve afectado por varios factores relacionados con barreras como las restricciones económicas y legales, o el idioma y los factores psicológicos y socioculturales.

Las poblaciones móviles no migrantes por otro lado consisten sobre todo en hombres cuyo trabajo, como el de camionero o minero, les separa de sus parejas regulares o les impide adquirir una pareja estable dirigiéndose entonces hacia los trabajadores sexuales (hombre o mujer). Existen estudios que indican que la movilidad asociada a trabajo frecuentemente aumenta la vulnerabilidad al VIH.(1).

REFERENCIAS

- (1) UNAIDS, WHO. AIDS Epidemic Update 2009. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2009.
- (2) Bastos FI, Caceres C, Galvao J, Veras MA, Castilho EA. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *Int J Epidemiol* 2008 Aug;37(4):729-37.
- (3) Garcia-Calleja JM, Rio CD, Souteyrand Y. HIV infection in the Americas: improving strategic information to improve response. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 May 1;51 Suppl 1:S1-S3.
- (4) Paz-Bailey G, Morales-Miranda S, Jacobson JO, Gupta SK, Sabin K, Mendoza S, et al. High rates of STD and sexual risk behaviors among Garifunas in Honduras. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 May 1;51 Suppl 1:S26-S34.
- (5) Bartlett EC, Zavaleta C, Fernandez C, Razuri H, Vilcarromero S, Vermund SH, et al. Expansion of HIV and syphilis into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group. *Int J Infect Dis* 2008 Nov;12(6):e89-e94.
- (6) United Nations Population Fund. State of World Population 2003. Making 1 Billion count: Investing in Adolescent Health's and Rights. New York : UNFPA; 2003.
- (7) Parker R, Caceres C. Alternative sexualities and changing sexual cultures among Latin American men. *Cult Health Sex* 1999 Jul;1(3):201-6.
- (8) OPS, UNICEF, ONUSIDA. RETOS planteados por la epidemia de VIH en Latino America y el Caribe. 2009. Lima, Peru: ONUSIDA; 2009.
- (9) Wei C, Raymond HF. Preference for and Maintenance of Anal Sex Roles Among Men Who Have Sex with Men: Sociodemographic and Behavioral Correlates. *Arch Sex Behav* 2010 May 13.
- (10) Gobierno de Chile MdS. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Gobierno de Chile, editor. 2010. Santiago de Chile. Chile.
- (11) Gobierno de la Republica Argentina. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS - Argentina. Enero de 2008 - diciembre de 2009. 3-31-0010. Argentina.
- (12) Pan American Health Organization. Translatina Factsheet . 11-30-0009. Washington DC, Pan American Health Organization.
- (13) Presidencia de la Nacion MdS. Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. Año XI[Numero 25], 68-69. 8-15-2010. Buenos Aires, Argentina, Presidencia de la Nacion,Ministero de Salud.
- (14) Malta M, Magnanini MM, Mello MB, Pascom AR, Linhares Y, Bastos FI.

- HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: A Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Public Health* 2010 Jun 7;10(1):317.
- (15) Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008 Nov 15;372(9651):1733-45.
- (16) Equipo intercambios, Garibotto G, Blickman T. El paco bajo la lupa. Mercado de pasta base de cocaína en Cono Sur. [2006/4]. 2006. TNI Briefing Series. Transnational Institute.
- (17) Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 Nov 1;28(3):298-302.
- (18) Bastos FI, Caiaffa W, Rossi D, Vila M, Malta M. The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *Int J Drug Policy* 2007 Mar;18(2):99-106.
- (19) Pyne HH, Claeson M, Correia M. Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. Washington, DC : World Bank; 2002.
- (20) Day M, Ranguini V, Cymerman P. A review of the state of harm reduction in Latin America and the Caribbean. Assessing the current situation and response. Pan American Health Organization, editor. 3-3-2010.
- (21) Bastos FI, Lowndes CM, Castello-Branco LR, Linhares-de-Carvalho MI, Oelemann W, Bernier F, et al. Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS* 2000 Jun;11(6):383-92.
- (22) Pechansky F, von DL, Kessler F, Hirakata V, Metzger D, Woody GE. Preliminary estimates of human immunodeficiency virus prevalence and incidence among cocaine abusers of Porto Alegre, Brazil. *J Urban Health* 2003 Mar;80(1):115-26.
- (23) Aguilar-Gaxiola S, Medina-Mora ME, Magana CG, Vega WA, Alejo-Garcia C, Quintanar TR, et al. Illicit drug use research in Latin America: epidemiology service use, and HIV. *Drug Alcohol Depend* 2006 Sep;84 Suppl 1:S85-S93.
- (24) Cook C, Kanaef N. Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-related HIV and Hepatitis C Epidemics. London: International Harm Reduction Association; 2008.
- (25) Osimani ML. The challenge of implementation of preventive programs in a developing country: experiences, situations, and perspectives in Uruguay. *Clin Infect Dis* 2003 Dec 15;37 Suppl 5:S422-S426.
- (26) Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, et al. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend* 2008 Jan 1;92(1-3):132-40.
- (27) Rodriguez CM, Marques LF, Touze G. HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS* 2002 Dec;16 Suppl 3:S34-S41.
- (28) Sanchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, et al. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 Apr 15;44(5):578-85.
- (29) . 2010.

(30) Departamento de ITS /VIH/Sida. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC). Tegucigalpa, Honduras: Secretaria de Salud de Honduras; 2008.

(31) Vinales J, Serra M, Russi JC, Ruchansky D, Sosa-Estani S, Montano SM, et al. Seroincidence and phylogeny of human immunodeficiency virus infections in a cohort of commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. *Am J Trop Med Hyg* 2005 Apr;72(4):495-500.

(32) Suttmoller F, Penna TL, de Souza CT, Lambert J. Human immunodeficiency virus incidence and risk behavior in the 'Projeto Rio': results of the first 5 years of the Rio de Janeiro open cohort of homosexual and bisexual men, 1994-98. *Int J Infect Dis* 2002 Dec;6(4):259-65.

(33) Ghee AE, Sanchez S, Ravines ZE, Pun M, Sanchez JS. An epidemiological profile of high-risk clandestine sex workers in Lima, Peru: experience with a satellite study complementing the Peruvian national STI/HIV surveillance system. 4 A.D. Jul 12; Bangkok, Thailand: Internaitonal AIDS confarence; 2010.

(34) Astemborski J, Vlahov D, Warren D, Solomon L, Nelson KE. The trading of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users. *Am J Public Health* 1994 Mar;84(3):382-7.

(35) Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, Lacerda R, Chequer PN, de Castilho EA. The relationship of illicit drug use to HIV-infection among commercial sex workers in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *International Journal of Drug Policy* 98 A.D. Dec 11;9(6):427-36.

(36) Dresser A, Cabballero M, Leyva R, Bronfman M. The vulnerability to HIV/AIDS of migrant sex workers in Central America and Mexico. *Research for Sex*

Work 2002;5.

(37) Sabido M, Giardina F, Hernandez G, Fernandez VH, Monzon JE, Ortiz R, et al. The UALE Project: decline in the incidence of HIV and sexually transmitted infections and increase in the use of condoms among sex workers in Guatemala. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 May 1;51 Suppl 1:S35-S41.

(38) UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2008 Jan 8.

(39) Anderson H, Marcovici K, Taylor K. UNGASS, Gender and Women's Vulnerability to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. December 2002. Washington DC: Pan American Health Organization; 2002.

(40) Weiss E, Whelan D, Gupta GR. Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women in developing countries. *Sexual and Relationship Therapy* 2000 Jan 1;15(3):233-45.

(41) de Bruyn M, Jackson H, Wijermars M, Curtin Knight V, Berkvens R. Facing the challenges of hiv/aids/stds: a gender-based response. Amsterdam: Royal Tropical Institute, Southern Africa aids Information Dissemination Service, World Health Organization; 1995.

(42) Clark JL, Konda KA, Munayco CV, Pun M, Lescano AG, Leon SR, et al. Prevalence of HIV, herpes simplex virus-2, and syphilis in male sex partners of pregnant women in Peru. *BMC Public Health* 2008;8:65.

(43) Pettifor AE, Measham DM, Rees HV, Padian NS. Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerg Infect Dis* 2004 Nov;10(11):1996-2004.

(44) Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HA, Ellsberg M, Watts C. Public health.

- Violence against women. *Science* 2005 Nov 25;310(5752):1282-3.
- (45) Heise et al. 1999.
- (46). 2010.
- (4) Demaria LM, Galarraga O, Campero L, Walker DM. [Sex education and HIV prevention: an evaluation in Latin America and the Caribbean]. *Rev Panam Salud Publica* 2009 Dec;26(6):485-93.
- (48) Gupta N, Mahy M. Sexual initiation among adolescent girls and boys: trends and differentials in sub-Saharan Africa. *Arch Sex Behav* 2003 Feb;32(1):41-53.
- (49) Barker C, Ricardo C. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa*. Washington DC: The World Bank; 2006.
- (50) Weaver K, Maddaleno M. Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies. *Rev Panam Salud Publica* 1999 Apr;5(4-5):338-43.
- (51) Maddaleno M. et al. *Youth Violence in Latin America: A framework for action African Safety Promotion*. 2006.
- (52) Barker G. *Growing up Poor and Male in the Americas*. Washington DC: The World Bank; 2006.
- (53) UNAIDS. *Men and AIDS – A Gendered Approach*. Geneva; 2000.
- (54) Margolis AD, MacGowan RJ, Grinstead O, Sosman J, Kashif I, Flanigan TP. Unprotected sex with multiple partners: implications for HIV prevention among young men with a history of incarceration. *Sex Transm Dis* 2006 Mar;33(3):175-80.
- (55) Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Silveira AS, Takey K, Yamamoto YI, et al. Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission. *Eur J Epidemiol* 1999 May;15(5):439-45.
- (56) Okie S. Sex, drugs, prisons, and HIV. *N Engl J Med* 2007 Jan 11;356(2):105-8.
- (57) Seal DW, Margolis AD, Morrow KM, Belcher L, Sosman J, Askew J. Substance use and sexual behavior during incarceration among 18- to 29-year old men: prevalence and correlates. *AIDS Behav* 2008 Jan;12(1):27-40.
- (58) Dolan KA, Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Med J Aust* 1999 Jul 5;171(1):14-7.
- (59) Ruiz O. Peru's jail population at far higher risk to HIV/AIDS infection. 2003.
- (60) Bronfman ET AL. *SIDA en México: migración, adolescencia y género*. 1995.
- (61) Magis-Rodriguez C. 2009.
- (62) Position paper on HIV/AIDS and Migration. Geneva: IOM; 2002.