Plan estratégico para atención integral a población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Nicaragua (2014-2016)

Facilitado por USAID|PrevenSida

Managua, Nicaragua, septiembre 2013

Plan estratégico para atención integral a población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Nicaragua (2014-2016)

Facilitado por USAID|PrevenSida

Managua, Nicaragua, septiembre 2013

Dirección Técnica:

Oscar Nuñez G.	Director USAID|PrevenSida

Coordinación Técnica:

Norman Gutiérrez Morgan	Director Ejecutivo – Centro para la Educación y Prevención del Sida (CEPRESI)

Asesoría Técnica:

Marianela Corriols, MPH, PhD	Especialista en Desarrollo de Proyectos, USAID|Nicaragua

Facilitación:

Carlos Jarquín González	Asesor USAID|PrevenSida
Rafael Arana	Asesor USAID|PrevenSida

Asistencia Técnica:

Margarita Sandino Lacayo	Consultora

Organizaciones Participantes:

ANH Nicaragua, ADISNIC, AMODISEC RAAN, ANDISEX Jinotepe, CEGODEM, CEPRESI, CODISEX León, FIATPAX, IDSDH Managua, Masaya, San Ramón, INDSVIH, MDS RAAS, MODIVERSEX San Carlos/Río San Juan, OVI Ciudad Sandino, Managua, y Real Nueva Generación

Validación del Plan:

Norman Gutiérrez Morgan	CEPRESI
Salvador Reyes	CEPRESI
Carlos Sequeira	IDSDH
Orlando Andino	IDSDH
Mario Gutiérrez	FIATPAX Hagamos la Paz

Agradecimiento

Expresamos nuestro reconocimiento especial a las organizaciones participantes en el proceso de planificación y a sus delegados, así como a todas las personas que directa o indirectamente han dado sus aportes para ir construyendo y reconstruyendo esta eficaz metodología para los procesos de planificación del desarrollo humano.

Este documento es posible por el apoyo del pueblo norteamericano, a través del Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para el Alivio del Sida (PEPFAR) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de su proyecto PrevenSida, el que es implementado por University Research Corporation (URC) bajo el acuerdo cooperativo No. AID-524-A-10-00003.

El contenido de esta publicación, no necesariamente refleja la opinión del Gobierno de los Estados Unidos de América, ni de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Contenido

Siglas		7
Presentación		9
Resumen		10
Introducción		12
	1. Antecedentes generales	12
	2. Asistencia de USAID en el marco de PEPFAR	13
	3. Análisis de la situación	13
	4. Justificación	14
I.	Marco referencial del plan estratégico	15
	1. Modelo de los determinantes sociales de la salud	15
	2. Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH	16
	3. Síntesis DSS en la población HSH	27
II.	Resultados intermedios en el diseño del plan estratégico	28
III.	Objetivos del plan estratégico	29
IV.	Acciones por objetivos	30
V.	Matriz del plan estratégico	32
VI.	Recursos	45
VII.	Anexos	47
	1. Metodología para formulación del plan estratégico	49
	2. Participantes en el taller de formulación del plan estratégico	51
	3. Evidencias de situación del vih/sida en población hsh	52
	4. Síntesis DSS en la población HSH	61
	5. Datos generales sobre documentos consultados	64

Lista de tablas

Tabla 1: Estimaciones de PEMAR 2013-2015* utilizando Spectrum 14

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH 16

Tabla 3: Clasificación de evidencias limitantes según DSS 28

Tabla 4: Distribución de acciones del plan estratégico según DSS 28

Tabla 5: Acciones por objetivos 30

Tabla 6: Matriz del plan estratégico 32

Tabla 7: Disponibilidad financiera para la implementación del plan estratégico 45

Tabla 8: Lista de participantes al taller de formulación del plan estratégico 51

Tabla 9: Síntesis DSS en la población HSH 61

Tabla 10: Datos generales de documentos consultados 64

Siglas

ADISNIC	Asociación Diversidad Sexual Nicaragüense
AMCHAM	Cámara de Comercio Americana de Nicaragua
AMODISEC	Movimiento de Diversidad Sexual de la RAAN
ANH	Asociación Nuevos Horizontes
ANDISEX	Alternativa Nicaragüense de Diversidad Sexual
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CCSICA	Comité Consultivo del Sistema de Integración Centroamericana
CDC	Centro de Derechos Constitucionales
CDSS	Comisión sobre determinantes sociales de la salud
CSJ	Corte Suprema de Justicia
CEGODEM	Centro de Estudios para la Gobernabilidad y Democracia
CEPRESI	Centro para la Educación y Prevención del SIDA
CES	Centro de Estudios de la Salud
CIPAC	Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos
CODISEX	Colectivo de la Diversidad Sexual
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del Sida
COSEP	Consejo Superior de la Empresa Privada
DDHH	Derechos Humanos
DS	Diversidad sexual
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables
FIATPAX	Hagamos la Paz
FM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID
IDSDH	Iniciativa por la Diversidad Sexual desde los Derechos Humanos
HIVOS	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, educación y comunicación
INDSVIH	Iniciativa Nicaragüense de la Diversidad Sexual VIH Positiva
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MAP	Measuring Access and Performance
MDS RAAS	Movimiento de la Diversidad Sexual de la Región Autónoma del Atlántico Sur
MEGAS	Medición de Gasto en Sida
MIFAN	Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez
MINED	Ministerio de Educación
MIGOB	Ministerio de Gobernación
MINJUVE	Ministerio de la Juventud
MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
MIPYMES	Micros Pequeñas y Medianas Empresas
MODISEC	Movimiento de la Diversidad Sexual Costeña
MODIVERSEX	Movimiento de la Diversidad Sexual

MoT	El modelo Modos de Transmisión para la estimación de la incidencia de VIH a corto plazo
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
M&E	Monitoreo y evaluación
NDI	National Democratic Institute
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
ONUSIDA	Fondo de las Naciones Unidas para el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio (razón de probabilidades)
OVI	Organización Vida Integral
PASCA	Programa para fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH/USAID
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PEMAR	Población en más alto riesgo
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (siglas en inglés)
PrevenSida	Proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para la prevención de la transmisión del VIH/Sida
PSI	Servicios Internacionales de Población
PVIH	Personas con VIH
PVS	Personas viviendo con sida
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur de Nicaragua
RPR	Prueba de reagina plasmática rápida
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (acrónimo)
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TB	Tuberculosis
TRaC	Tracking Results Continuously –TRaC, por sus siglas en inglés
TRANS	Transgénero
TS	Trabajadores sexuales
TSF	Trabajadoras sexuales femeninas
TSM	Trabajadores sexuales masculinos
UDI	Usuario de drogas intravenosas
UNGASS	(United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS) Asamblea Especial de Naciones Unidas para VIH/sida
UNIRSE	Unión Nicaragüense para la Responsabilidad Empresarial
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USD	Dólares de Estados Unidos
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Presentación

Este Plan estratégico para atención integral a la población HSH en Nicaragua (2014-2016), es el resultado de los esfuerzos conjuntos de USAID|PrevenSida[2] con las organizaciones ANH Nicaragua, ADISNIC, AMODISEC RAAN, ANDISEX Jinotepe, CEGODEM, CEPRESI, CODISEX León, FIATPAX, IDSDH (Managua, Masaya, San Ramón), INDSVIH, MDS RAAS, MODIVERSEX San Carlos/Río San Juan, OVI (Ciudad Sandino, Managua) y Real Nueva Generación, quienes asignaron esta tarea a sus directivos y líderes que cuentan con especialización y mucha experiencia en la implementación de la estrategia de prevención combinada del VIH y defensa de los derechos de las PEMAR. Esta acción se realizó en el marco de la cooperación del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR)[5], que es implementado por USAID Nicaragua a través de sus proyectos de prevención del VIH.

Tanto el proceso de formulación como el contenido del plan estratégico, siguen el Modelo de los determinantes sociales de la salud, a fin de integrar tanto las necesidades de salud como las de desarrollo en general, a través de programas de prevención combinada basados en evidencias para las poblaciones en mayor riesgo, en este caso para la población HSH.

Son muchas y variadas las oportunidades que se abren para la implementación de este plan estratégico, dado que ha surgido con la participación de 14 organizaciones que poseen mucha experiencia y han incluido entre sus desafíos la prevención combinada del VIH en su trabajo, siendo la primera el dominio que adquirieron de la metodología de análisis partiendo de los determinantes sociales de la salud (DSS), lo cual fue catalogado, por parte de los participantes, como una valiosa experiencia para generar acción.

Es por ello, que al contar con este plan estratégico para la población HSH, se facilita en Nicaragua la coordinación estratégica entre instituciones y organizaciones nacionales al igual que con las agencias de cooperación, lo cual conlleve a aunar esfuerzos que permitan la sostenibilidad de las intervenciones y por ende, de los avances frente a la epidemia del VIH.

Finalmente se espera, tal como lo expresaban los participantes en el proceso, que las "acciones concretas ayuden a trabajar en la reducción de afectación del VIH", es decir, que sea "un plan estratégico con el cual se logre detener el número de HSH infectados" y además, vaya dando respuestas a pequeña escala en aspectos estructurales que son determinantes sociales de la salud.

Resumen

En busca de unir esfuerzos y enfoques en la prevención del VIH, catorce organizaciones no gubernamentales asumieron el reto de formular el Plan estratégico para atención integral a la población HSH en Nicaragua, aplicando para ello el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS)[1] con una metodología analítica, reflexiva y participativa, lo cual les permitió visualizar varios ángulos de la situación de riesgo de la población HSH, partiendo de evidencias que proporcionan 21 estudios e investigaciones realizados en Nicaragua y en la región centroamericana sobre esta situación.

Las organizaciones participantes en el proceso de planificación son las siguientes: ANH Nicaragua, ADISNIC, AMODISEC RAAN, ANDISEX Jinotepe, CEGODEM, CEPRESI, CODISEX León, FIATPAX, IDSDH (Managua, Masaya, San Ramón), INDSVIH, MDS RAAS, MODIVERSEX San Carlos/Río San Juan, OVI (Ciudad Sandino, Managua) y Real Nueva Generación.

Esta acción fue facilitada por USAID|PrevenSida[2], en el marco de la cooperación del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR)[5], que es implementado por USAID Nicaragua a través de sus proyectos de prevención del VIH.

Mediante la modalidad de taller, durante los días 18 y 19 de septiembre de 2013, se desarrolló el proceso de diseño del Plan estratégico para la atención integral a la población HSH, con la participación de 24 delegados de las catorce organizaciones con miembros de la población HSH mencionadas. (Ver anexo 2). La planificación conllevó las siguientes fases: análisis de la situación del VIH/sida en Nicaragua y en la población HSH; priorización de las evidencias de la situación analizada; identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave; y formulación del plan del plan estratégico.

Cabe destacar que previo al taller, se realizó la consulta documental sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y Centroamérica, la cual permitió extraer en 21 documentos, un conjunto de evidencias relacionadas con la situación del VIH/sida en Nicaragua en general y en la población HSH en particular, constituyendo esta información el punto de partida del proceso de formulación del plan estratégico.

Durante la primera etapa del taller, un total de 118 evidencias fueron analizadas por los participantes desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; de ese total, 35 (30%) se clasificaron como favorables y 83 (70%) como limitantes.

En las etapas segunda y tercera, los participantes priorizaron y agruparon evidencias, para llegar a una primera propuesta de acciones e identificación de actores clave y socios para implementarlas. Enseguida, siguiendo el proceso, la cuarta etapa de trabajo consistió en el llenado de la matriz del plan estratégico.

Finalmente, después de realizado el taller, el primer borrador del plan estratégico fue validado mediante una sesión de revisión, para lo cual se conformó un equipo integrado por 5 delegados de 3 organizaciones (CEPRESI, IDSDH, FIATPAX) y 2 de USAID|PrevenSida[2]; en esta sesión se hicieron algunos ajustes que permitieron precisar más las acciones

y actividades, así como identificar las posibles fuentes de financiamiento para su ejecución.

El objetivo general planteado en el plan estratégico es contribuir al establecimiento de una atención integral y diferenciada a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), partiendo de los determinantes sociales de la salud que afectan el aseguramiento de los derechos humanos en esta población de Nicaragua, involucrando a los diferentes sectores sociales que tienen una responsabilidad en este sentido y a los organismos que apoyan los esfuerzos que realiza esta población.

Se formularon 16 acciones, para líneas de trabajo referidas a: capacitación mediante talleres, material impreso y videos, entre otros; sensibilización a través de campañas, ferias y conversatorios; incidencia política en instituciones estatales; así como, actividades técnicas para atender la educación en temas de salud sexual y reproductiva, igualmente, de atención en salud de la población HSH.

El número de acciones formuladas por determinantes sociales de la salud es el siguiente: condiciones socioeconómicas 4 (25%), condiciones de vida y trabajo 2 (12.50%), condiciones de servicios de salud 4 (25%), redes sociales y comunitarias 2 (12.50%), estilos de vida (CAP) 3 (18.75%) y, factores biológicos y genéticos 1 (6.25%).

Las organizaciones participantes en el proceso de formulación, se comprometieron a promover, ejecutar, monitorear y evaluar este plan estratégico, así como a involucrar a otras organizaciones e instituciones públicas y privadas para que se fortalezca el trabajo a realizar, así mismo a gestionar el apoyo de las agencias y organismos de cooperación presentes en el país.

Por ello, se espera que en la medida en que el plan estratégico se vaya implementando con eficiencia y eficacia, las poblaciones HSH irán reduciendo las brechas que no les permiten la atención integral que por derechos humanos les corresponden.

Introducción

En busca de unir esfuerzos y enfoques en la prevención del VIH, catorce organizaciones no gubernamentales asumieron el reto de formular el Plan estratégico para atención integral a la población HSH en Nicaragua, aplicando para ello el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS)[1] con una metodología analítica, reflexiva y participativa, lo cual les permitió visualizar varios ángulos de la situación de riesgo de la población HSH, partiendo de evidencias que proporcionan 21estudios e investigaciones realizados en Nicaragua y en la región centroamericana sobre esta situación.

Las organizaciones participantes en el proceso de planificación son las siguientes:

1. ANH Nicaragua
2. ADISNIC
3. AMODISEC RAAN
4. ANDISEX Jinotepe
5. CEGODEM
6. CEPRESI
7. CODISEX León
8. FIATPAX
9. IDSDH Managua, Masaya, San Ramón
10. INDSVIH
11. MDS RAAS
12. MODIVERSEX San Carlos/Río San Juan
13. OVI Ciudad Sandino, Managua
14. Real Nueva Generación

En este documento se presenta el plan estratégico resultante del proceso desarrollado, incluyendo los aspectos fundamentales que sustentan cada uno de sus elementos, tales como, el marco referencial, la metodología de planificación y los resultados intermedios del proceso, entre otros.

Las organizaciones participantes en la formulación se comprometieron a promover, ejecutar, monitorear y evaluar este plan estratégico, así como a involucrar a otras organizaciones e instituciones públicas y privadas para que se fortalezca el trabajo a realizar, así mismo a gestionar el apoyo de las agencias y organismos de cooperación presentes en el país.

En la medida en que el plan estratégico se vaya implementando con eficiencia y eficacia, las poblaciones HSH irán reduciendo las brechas que no les permiten la atención integral que por derechos les corresponden.

1. Antecedentes generales

Tomando como referencia los últimos 13 años, se han reunido evidencias, mediante investigaciones realizadas en Nicaragua y la región centroamericana, acerca de la situación de la diversidad sexual en términos del respeto de los derechos humanos y su riesgo frente al VIH, incluyendo a la población de HSH. Estos resultados, disponibles en los informes, constituyen una fuente de consulta aprovechándolos para enfocar el trabajo de atención integral a las poblaciones respectivas.

Existe una recopilación realizada por USAID|PrevenSida[2], de estudios y otros tipos de documentos relacionados con el VIH y las PEMAR, que también consultaron los equipos de población transgénero femenina de Nicaragua durante la formulación de su plan estratégico, así como los miembros de la CORLUSIDA de la RAAN durante la formulación del plan de acción para fortalecer la operativización de su plan estratégico.

Cabe señalar también que se cuenta con un valioso enfoque para la planificación, como es el Modelo de los determinantes sociales de la salud, definido por la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, que fue creada por la OMS en el año 2005[1]. Este modelo permite el análisis de las evidencias para precisar acciones enfocadas en esos determinantes, ampliando con ello el camino frente a las problemáticas que no permiten la equidad en la atención integral, a fin de cambiar la situación de poblaciones en particular, tal es el caso de la población HSH. En el marco referencial expuesto en este documento se proporciona información sobre el modelo, al igual

que éste se refleja en los diferentes elementos del plan estratégico. Este modelo resultó muy útil en la formulación del plan estratégico para atención integral a la población transgénero de Nicaragua[3], proceso facilitado por el Proyecto USAID|HCI, igual que para el plan de acción de la CORLUSIDA RAAN[4], cofacilitado por USAID|PrevenSida[2] junto con otras agencias de cooperación, entre éstas HORIZONT3000.

2. Asistencia de USAID en el marco de PEPFAR

El gobierno de los Estados Unidos ha venido apoyando, técnica y financieramente, a los gobiernos, organismos regionales, nacionales y sociedad civil, en la implementación de intervenciones para el desarrollo de las capacidades de personas y sistemas de salud, que contribuyan a la contención de la epidemia del VIH.

El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR)[5] dentro del Marco de Cooperación Regional, está apoyando los programas contra el VIH/sida dirigidos a la prevención, definición de políticas, atención integral e información estratégica relativa al VIH. Desde el año 2006, PEPFAR ha apoyado las iniciativas de atención del VIH en Nicaragua.

En 2010, la región de América Central y el Gobierno de Estados Unidos iniciaron el Marco de Asociación de VIH (2010-2014), con financiamiento del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR)[5], cuyo propósito es reducir la incidencia del VIH/Sida y la prevalencia en las poblaciones de mayor riesgo. Representa un consenso para centrarse en los enfoques basados en la evidencia y en el compromiso de los gobiernos, con un modelo de asistencia técnica enfocado en aumentar la sostenibilidad y la apropiación del país[6].

La misión de USAID Nicaragua ha alineado la asistencia técnica y financiera de sus diferentes proyectos: PASCA[7], PrevenSida[2], PASMO-Prevención Combinada[8], DELIVER[9], ASSIST/HCI[10] y Alianzas 2[11], en función de la implementación del marco de cooperación de PEPFAR[5] en sus cuatro áreas: prevención, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica y la reforma de las políticas. Dando salida a estos lineamientos y en el Marco de Cooperación Regional de PEPFAR[5] es que la asistencia técnica de los Proyectos socios de USAID se ha centrado en las necesidades de las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y están trabajando de manera coordinada para tal fin.

3. Análisis de la situación

Según el Informe de la situación epidemiológica de las ITS-VIH en Nicaragua[12], elaborado por el MINSA, hasta el tercer trimestre del 2013 se registró un acumulado de 8,450 personas con VIH, de las cuales el 78.4% (6,628) se registran en etapa VIH, 8.8% (741) en etapa avanzada, 12.2% han fallecido 12.2% (1,030) y 0.6% (51) se desconoce su estatus. La tasa de prevalencia de casos acumulados de 1987 al nonestre 2013 fue de 220 x 100.000 habitantes.

En el nonestre del año 2013, el reporte de casos nuevos fue de 575 personas afectadas, con una tasa de incidencia de 17.5 por 100,000 habitantes; en el mismo informe de vigilancia epidemiológica, el 27% (155) corresponden a mujeres, el 66% (380) a hombres y 7% (40) se desconoce su identidad por sexo. La relación hombre mujer fue de 2.4 a 1; es decir, por cada 2.4 hombres con diagnóstico de VIH en el nonestre de 2013, hay una mujer detectada. En cuanto a la edad, el 81.2% de las personas corresponden a las edades entre 15 y 44 años y, en términos demográficos, los departamentos con tasa de incidencia mayor a la media nacional (17.5) fueron: Managua (39%), Chinandega (30%), así como, los departamentos con tasas de incidencia entre 10 y 16 fueron Bilwi (16), Chontales (15), León (10), Masaya (10) y Rivas (10).[12]

La epidemia de VIH sigue concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, específicamente de la ciudad de Managua; el estudio realizado por el MINSA y el CDC en el 2009, Encuesta Centroamericana de Vigilancia de comportamiento sexual del 2009 (ECVC)[13], identificó una prevalencia en HSH de 7.8 % (50/639) en la ciudad de Managua y 3.8 % (12/ 311) en Chinandega; por otro lado la prevalencia en embarazada es de 0.05%[14]. La prevalencia en grupos de 15-24 años es del 0.11%, en hombres 1.32%[15] y en mujeres 0.1%, siendo la prevalencia del país menor al 1%.

La ECVC del 2009[13] permitió conocer que el 81% de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) son alcanzados por programas de prevención. El 42% identificó el uso del condón como un cambio percibido a partir de procesos de capacitación, reconociendo que el principal beneficio del condón es la prevención de las ITS y el VIH. El 93.1% de los encuestados tienen relaciones sexuales con otro hombre y un 61.2% usa condón en sus relaciones sexuales, lo que evidencia percepción de riesgo ante una ITS/VIH en las relaciones entre hombres.

El estudio TRaC de VIH/SIDA en HSH realizado por PASMO entre noviembre y diciembre de 2012, en las ciudades de Managua y Chinandega, señaló que el uso de condón en la última relación sexual en HSH y trabajadores sexuales masculinos (TSM) es del 90.3% y 93.2% respectivamente. Esta tendencia altamente positiva contrasta con los porcentajes de uso consistente del condón en los últimos 30 días con todas las parejas masculinas de principio a fin de la relación, el cual es ostensiblemente bajo en todos los subgrupos HSH. El estudio antes mencionado identificó que el 61.3% y el 70.3% de los HSH encuestados de la ciudad de Managua y Chinandega, respectivamente, que se habían realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses, recibieron consejería pre y post prueba, y a la vez conocieron de sus resultados[16].

A continuación se presentan datos tomados del documento del Fondo Mundial sobre la estimación de poblaciones clave.

Tabla 1: Estimaciones de PEMAR 2013-2015* utilizando Spectrum

Poblaciones	Seroprevalencia**	Base de estimaciones*	2013	2014	2015
HSH	10.6% Managua 4.6% Chinandega**	3% de la población masculina de 15 a 49 años*	47,306	47,973	48,620
TRANS	18.8% Managua 14.6% Chinandega**	7% de la población HSH de 15 a 49 años*	3,311	3,358	3,403
MTS	1.8% Managua 2.4% Chinandega**	0.7% de la población femenina de 15 a 49 años*	11,498	11,661	11,817
HOMBRES			1,576,859	1,599,094	1,620,665
MUJERES			1,642,572	1,665,911	1,668,174
Total de población de 15-49			**3,219,431*** **	**3,265,005*** **	**3,288,839*** **

Fuentes:

* Proyecto Nicaragua unida ante una respuesta concertada hacia la contención de la epidemia VIH y Sida. Estimaciones de poblaciones clave. Nicaragua: Fondo Mundial; enero 2012.

** Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Nicaragua. Nicaragua: UVG; 2011. http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf.

*** Estimaciones y proyecciones de población nacional, departamental y municipal 2015 a 2020. Noviembre 2007.

4. Justificación

El trabajo que realiza la población HSH para la defensa de los derechos humanos con el apoyo de la cooperación externa, así como de instituciones nacionales, en un contexto de inequidad en el ámbito económico, de salud, de educación y de relaciones familiares y comunitarias, etc., ha impulsado a esta población para tratar de unificar esfuerzos y de profundizar en las acciones de prevención frente al VIH en el país.

Es por ello que han tomado el apoyo ofrecido por USAID|PrevenSida[2] a través de los fondos PEPFAR[5], para desarrollar un proceso de análisis y reflexión utilizando el Modelo de los determinantes sociales de la salud que conlleve al planteamiento de acciones conjuntas entre la población HSH, con una visión renovada para intensificar la prevención del VIH, a su vez que mejoran en relación con el cumplimiento del derecho a una inserción integral en todos los ámbitos de su vida.

Esto también fue interpretado como una oportunidad para optimizar y sostener el apoyo recibido por los organismos de cooperación, así como para incidir en todos los sectores nacionales en relación con el respeto de sus derechos, con cambios sustanciales en la atención integral a la población HSH.

I. Marco referencial del plan estratégico

Este proceso de planificación tuvo como marco referencial tres elementos, que son: el Modelo de los determinantes sociales de la salud; las evidencias sobre la situación del VIH/sida en la población HSH en particular y en la población de la diversidad sexual en general; así como, la vivencia de los participantes, quienes además, conocen de cerca la situación de inequidad que enfrentan ante la epidemia del VIH/sida.

A continuación se presenta una breve referencia de los tres elementos mencionados.

1. Modelo de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos como: «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones». Glosario, OMS (1998)[17].

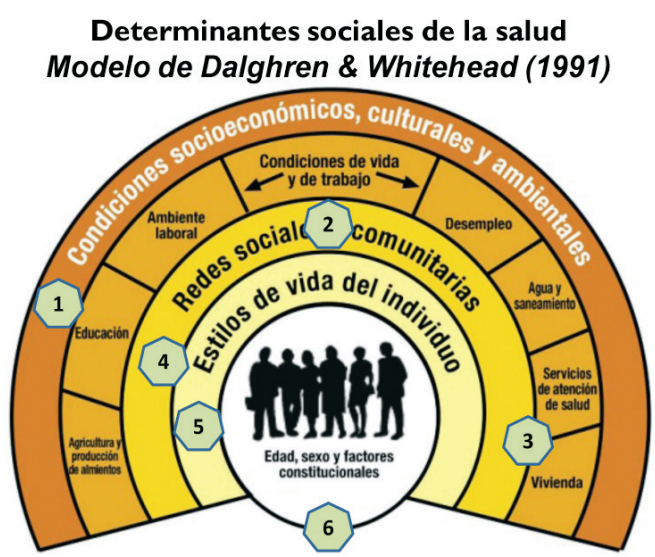
Los DSS son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características específicas del contexto social que inciden en la salud, como las vías por las cuales estas condiciones sociales se traducen en efectos en la salud en su sentido más amplio.

Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La formación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud (CDSS, 2008) y sus diversos informes temáticos (CDSS, 2008), representan un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Una forma de representar el Modelo de los determinantes sociales de la salud es el que se muestra a continuación:

Figura 1: Determinantes sociales de la salud (DSS)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y otras. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. Unidad 1. (Curso en Internet). (Acceso 1 de abril de 2013). Disponible en: http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html

Este modelo fue asumido en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, el 21 de octubre de 2011, por los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, invitados por la OMS. Delegaciones de 125 países miembros asistieron a la Conferencia Mundial en Río de Janeiro, Brasil.

Algunos aspectos de la Declaración política de Río[18] indican:

"Entendemos que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: "todos por la equidad" y "salud para todos"."[18]

"Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. [18]

Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional."[18]

2. Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

La consulta documental sobre la situación del VIH/sida en Nicaragua y Centroamérica, permitió extraer en 21 documentos un conjunto de evidencias relacionadas con la situación del VIH/sida en Nicaragua en general y en la población HSH en particular, las cuales fueron analizadas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, por los participantes en el taller de formulación de este plan estratégico; de un total de 118 evidencias, 83 (70%) se clasificaron como limitantes y 35 (30%) como favorables. Ver tabla 2.

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
Condiciones socioeconómicas	1. Solamente cuatro de cada diez personas se oponen a la idea de que el dueño de una empresa deba tener el derecho de pedir una prueba del VIH como requisito para la contratación. Esta proporción ha aumentado significativamente, del 35% al 40%, entre 2009 y 2011, pero aún así sugiere que seis de cada diez personas consideran aceptable que el empleador pida una prueba no solicitada voluntariamente, dando así ocasión para la discriminación de personas con VIH.[19] 2. Se identificó un total de 18 casos de custodia de hijos(as) relacionadas con personas de la diversidad sexual. Aunque en el MIFAN indicaron la existencia de sólo 4 casos, con las organizaciones y personas de la diversidad sexual se logró conocer de 14 casos más. [20] 3. 46.1% de los profesionales de la salud están en desacuerdo en que la relación homosexual entre dos personas adultas no tiene nada que ver con la moral. [21] 4. El mayor tipo de violencia experimentada es verbal, con un 72.6% (130), seguido de violencia física, con	1. El requerimiento de la disponibilidad de condones para todas las personas que deseen usarlos alcanza del 86% al 90% entre las personas con educación, en tanto que entre las que no tienen educación formal es del 81%. Alrededor del 75% de estas últimas personas considera que deben implementarse programas preventivos específicos para HSH y TS, en tanto que los consideran necesarios casi el 90% de las personas con educación superior.[19] 2. En general, entre las diferentes etapas del proceso de política, se registra mayor desarrollo en la formación de base de apoyo, agenda política y abogacía.[25] 3. Los mayores progresos en la respuesta política al VIH en el país se encuentran en las áreas de derechos humanos y estigma y discriminación.

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	66.5% (119). Un 10.1% (18) de la población considera que ha recibido otro tipo de violencia, mientras el 10.6% (19) corresponde a la violencia sexual y un 27.9% (50) a la emocional. Las PEMAR son el tipo de población más afectada, ya sea de forma verbal 80.9% como física 68.5%.[22] 5. Al 71% de los profesionales de la salud les incomoda que les vean en compañía de una persona homosexual.[21] 6. En relación con los derechos para gay y lesbianas: Nicaragua: un 75% de la muestra rechaza la idea de permitir la adopción a población homosexual e igual sentimiento de rechazo prevalece en lo referente al matrimonio entre personas del mismo sexo, un 83.3% rechaza la idea del todo. En este país se muestran un poco más abiertos en lo que respecta a derechos económicos, como por ejemplo: 53.6% al acceso a bono de vivienda, 59.4% a créditos para vivienda, 53.6% a herencias. Un 10% de la muestra indicó que gais y lesbianas no deberían tener derechos. Resulta inquietante el listado que varios de los y las participantes mencionaron.[23] 7. Referente a la violencia recibida, el 57.2% (182) del total de 318 personas encuestadas refirieron haber recibido violencia alguna vez, de las cuales el 66.9% corresponde a PEMAR, 63% a PVS y 48.1% a población general.[22] 8. La actuación y las percepciones de la mayoría de los (as) funcionarios (as) (69%) y personal técnico del MIFAN (56%), está relacionado con la poca sensibilización y capacitación en temas de Diversidad Sexual encontrado en esta fiscalización.[20] 9. La calidad de cobertura de condones en el canal de alto riesgo reporta un buen abastecimiento del producto en la mayoría de países; Guatemala (55%) y Panamá (45%) son los que menores porcentajes tienen. Hay presencia de condones en lugares abiertos después de la media noche en una tercera parte de las zonas rojas de Belice, Costa Rica y Panamá.[24] 10. Al preguntárseles si alguna vez se sintiera atraído o atraída por alguien de su mismo sexo, más del 30% expresó que buscaría ayuda psicológica.[23] 11. Un 42.47% de estos profesionales opina que la conducta homosexual es contraria a la moralidad nicaragüense. [21]	Los progresos en estas dos áreas son más visibles en Nicaragua que en la región centroamericana en general. [25] 4. Creencias frente a la homosexualidad o lesbianismo versus actitudes. En primer lugar, la opinión ante "el amor entre personas del mismo sexo" resulta dividida entre aquellas que consideran que es "imposible" y resultado de una "confusión sexual" (para un 41.8% acumulado) y aquellas que consideran que "verdadero aunque superficial", "verdadero y profundo" o aún "equiparable al amor heterosexual", para un acumulado de 47.2% de las 452 personas que respondieron a la pregunta, polarizan la opinión de la cohorte.[28] 5. El 73.3% de Managua y el 72.9% de los HSH encuestados de Chinandega identifica correctamente dos formas de prevención de VIH (uso de condón y fidelidad mutua) y rechaza principal mito sobre transmisión de VIH (una persona puede verse sana y tener VIH).[16]

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	12. Las mayores brechas en el país se encuentran en las áreas de empresa privada y financiamiento público.[25] 13. Un 15% de los entrevistados afirma haber tenido su primera relación sexual con un hombre y el 85% con una mujer.[26] 14. Cuando se desglosan las actividades por tipo de población destinataria, se observa que a pesar de que en el país la epidemia se presenta de forma concentrada, más de la mitad de los recursos se destina a financiar actividades dirigidas a población general o bien a intervenciones inespecíficas, un cuarto de los recursos se destina a personas con VIH y menos de un quinto de los mismos se destina a poblaciones más expuestas en diferentes expresiones.[27] 15. En Nicaragua: 36 personas, equivalentes al 7.5% de la muestra manifestó haberse sentido atraído-a por alguien de su mismo sexo. 195 personas dijeron que buscarían ayuda psicológica si eso llegara a sucederles, 136 informaron que buscarían a Dios, únicamente 88 personas dijeron que se cuidarían y aceptarían, lo que representa un 17.6% del total de la muestra.[23] 16. Los estudiantes continúan asociando la homosexualidad con el VIH/Sida un 48%.[23] 17. El 47% de los profesionales consideran que la persona homosexual es una persona poco cristiana.[21] 18. 1 de cada 4 profesionales de la salud consideran que las personas homosexuales no deben frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas. [21] 19. La homosexualidad tiende a considerarse como poco moral, con un promedio de 57.5%.[21] 20. 32.6% de los trabajadores de la salud están de acuerdo que es difícil tener una amistad íntima con una persona homosexual. [21] 21. El 50.6% de los profesionales de la salud están en desacuerdo que las relaciones homosexuales entre adultos deben ser legales. [21] 22. Al preguntar sobre si están más propensos los gay y las lesbianas a adquirir ITS, el 48% contestó que sí, el 38% contestó que no y el 13% contestó que no sabe.[28] 23. Para el caso de hijos e hijas, solo un 12.2% de la muestra en Nicaragua informó tener descendencia, de ellos-as, un 16.7% indicó	

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	aceptación, comprensión y amor. Sin embargo, el mismo porcentaje manifestó rechazo y deseos de agredirles físicamente. [23] 24. La discriminación y estigmatización encontrada, tiene su base principal en que, el personal de MIFAN, está constituido, en su mayoría de mujeres (80%) y adultos (as) con más de 40 años (63%), quienes tienen una visión cultural y religiosa muy conservadora sobre el rol materno y paterno de personas de la diversidad sexual. Adicionalmente, en la Costa Caribe, está el elemento cultural étnico, mayormente de la población creole, quienes por su alta homofobia han llegado a apedrear a los homosexuales.[20] 25. El financiamiento público ha tenido un crecimiento sostenido, desde el 2008 hasta el 2010, es posible que la inversión sea aun mayor, dado que hay un sub registro de las acciones que realizan las entidades gubernamentales las cuales no se reflejan claramente en el presupuesto.[27] 26. Amor homosexual: un 30,3% opina que ese sentimiento es igual que al existente entre parejas heterosexuales, sin embargo, un 20.8% considera que el amor entre dos personas del mismo sexo es imposible o es pura confusión sexual. [23] 27. El 43.4% de los trabajadores de la salud opinan que si tuvieran un hijo gay o una hija lesbiana, lo/la mandaría a terapia para cambiar su orientación sexual. [21]	
Condiciones de vida y trabajo	28. El modelo supone que las poblaciones son excluyentes y que no hay sobreposición de conductas de riesgo, por lo cual este análisis es apropiado para dirigir esfuerzos preventivos específicos e identificar falencias en la captura de información en conductas de riesgo, pero para un análisis detallado de las conductas y las dinámicas de cada grupo se requieren modelos más detallados. [29] 29. El 48.3% de las personas encuestadas han alcanzado estudios secundarios. Las personas de la diversidad sexual somos tan capaces de alcanzar niveles de estudios técnicos o profesionales como el resto de la población.[30] 30. Solo el 50% de los profesionales podría aceptar sin problema que hubiera una persona homosexual entre sus familiares. [21]	6. Por otra parte, más hombres (41%) que mujeres (38%) se oponen a que un empleador tenga el derecho de pedir una prueba de VIH como requisito para dar un empleo y más hombres (90%) que mujeres (87%) muestran acuerdo con el acceso y fácil disponibilidad de toda la población a condones.[19] 7. El 82% de las personas de la diversidad sexual no han sido detenidas.[30]

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	31. Causas de la homosexualidad o lesbianismo en Nicaragua. La muestra de Nicaragua considera en un 34% que se debe a abuso sexual infantil, igual porcentaje indica que es determinado biológicamente, mientras que un 53.2% de la muestra que es una decisión personal. [23]	
Condiciones de servicios de salud	32. El 88% de respuestas favorables a que debe existir disponibilidad de condones para todas las personas que los requieran, incluyendo adolescentes. El 83% de respuestas favorables sobre la existencia de programas de prevención a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS).[19] 33. En Nicaragua, tres cuartas partes de los fondos tienen intermediación en el sector público, principalmente el MINSA y el INSS, los fondos restantes son administrados por agencias de cooperación (cuyo rol primario es el de fuentes de asistencia técnica y financiera), y por organizaciones sociales (cuyo rol primario es el de proveedores de servicios). [27] 34. En Nicaragua, tres cuartas partes de los fondos son ejecutados por proveedores del sector público, de tres tipos principalmente: centros de salud, hospitales y los componentes de ITS y VIH y sida del Ministerio de Salud. En el sector privado, que tiene una participación del 21% en el gasto ejercido por proveedores, los principales proveedores son las organizaciones sociales y las farmacias. [27] 35. La prevención ocupa el primer lugar en categoría de gastos, sin embargo la gestión de programas supera el gasto en todas las demás categorías, lo cual representa una distorsión importante en la distribución del gasto. [27] 36. Mater/paternidad gay/lésbica: Los y las estudiantes nicaragüenses consideran en un 46.1% que gay y lesbianas no pueden ser buenos padres o madres.[23]	8. En la categoría de atención y tratamiento, la atención ambulatoria superó el gasto en atención hospitalaria, esto podría reflejar que en la medida que los servicios para las personas con VIH son más oportunos e integrales, se reduce la evolución hacia VIH avanzado, lo que reduce los costos de atención y evidencia una mejor calidad de vida de estas personas. En lo relativo a servicios de Medición del Gasto en Sida 2009-2010 protección social tanto para adultos como para niños y niñas, aun cuando se evidencia una voluntad política de incrementar los recursos para este fin, todavía se considera un desafío a atender en los próximos años. [27] 9. Los lugares, frecuentemente, identificados por los HSH como sitios donde se pueden realizar la prueba del VIH son los siguientes: a) Centro de salud/ hospital 30.3% (134) b) Laboratorios 25.1% (111) c) ONG 23.8% (105) 10. La presencia de lubricantes distribuidos por PASMO es más alta en Nicaragua (85%) y Guatemala (65%).[24] 11. HSH que se sintieron discriminados al momento de realizarse la prueba de VIH en Managua 5.2% y Chinandega 6.35%.[16] 12. En lo referente a la penetración de condones en las zonas rojas, Guatemala y Panamá tienen porcentajes que muestran una distribución más alta en los sitios de alto riesgo.[24] 13. Las poblaciones meta del proyecto (HSH y TSF) tienen en la mayoría de países niveles superiores al 84% en cuanto al acceso a condones.[24]

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
Redes sociales y comunitarias	37. En general, el 54.1% (172) del total de informantes expresó que se sintió discriminado.[22] 38. Actitud hacia la homosexualidad y el lesbianismo: En Nicaragua un 71.5% de la muestra manifestó que el mayor problema de la población gay – lésbica es la discriminación y un 29.9% que el tener que llevar una doble vida, hecho muy significativo ya que este es una situación social y no propia de las personas con atracción hacia su propio sexo. Un 22.1% (107 personas) señalaron la inestabilidad emocional como el problema de gais y lesbianas. [23] 39. El 47% de los trabajadores de la salud están en desacuerdo que algunas personas sientan atracción sexual hacia otra persona del mismo sexo. [21] 40. El 72.7% (125) dice haber recibido esta discriminación de parte de la comunidad, así como de su hogar (43.6%) y de la policía (27.2%). En estos niveles de discriminación los mayores porcentajes, según quiénes discriminan, se refieren a las PEMAR y PVS, sobre todo de parte de la comunidad 79.8% y 68.2% respectivamente. [22] 41. Vínculo con gay y/o lesbianas: Amigos/as o familiares gay o lesbianas: En Nicaragua este porcentaje de contacto con personas abiertamente gay o lesbianas se reduce a 34%, un país donde hasta hace muy poco se penaba la orientación sexual diversa con prisión. [23] 42. La tasa de exposición a los materiales educativos, es claramente mayor en los transexuales (73%) y los homosexuales (57%) en relación con la tasa de exposición en bisexuales (3.8%) y heterosexuales (34%). Mientras que para transexuales y homosexuales la principal fuente de información sobre el VIH son las acciones educativas (59% y 49%, respectivamente), para los bisexuales y heterosexuales son los medios masivos (47% y 50%, respectivamente).[32] 43. Las particularidades del comportamiento sexual como número de parejas promedio, número de actos y actos protegidos no sólo definen los grupos de alta transmisión, sino que son parámetros sensibles en el modelo y posibles blancos de intervenciones.[29] 44. De acuerdo con las organizaciones y personas de la diversidad sexual, los lugares donde se tuvieron casos de custodia son Managua (7), Jinotega (3), Bilwi (3), y Matagalpa (1). Por su parte los (as) funcionarios (as) y personal técnico del MIFAN	14. Aunque el 49% de la población general entrevistada expresó que al descubrir que su hermano es trans/gay/lesbiana, lo aceptaría y apoyaría, también hay un 10.2% que sería de rechazo y un 3.8% que lo mandaría a terapia. [22] 15. En general, la respuesta política al VIH en el país se encuentra en niveles similares a los de la mayoría de países de la región. [25] 16. La mitad de las personas entrevistadas en 2011, compartir la vivienda con un amigo homosexual no representa ningún problema. En todos los ítems que este estudio sondea, este porcentaje es el que ha mostrado un mayor aumento entre 2009 y 2011, de 37% a 49%.[19] 17. Con relación a una pregunta dirigida a identificar el grado de rechazo a la orientación sexual diversa si se tratase de una persona con vinculación muy cercana, hermanos y hermanas, hijos o hijas, las respuestas fueron: En Nicaragua: un 55% de los que tienen hermanos-as manifestaron que respetarían su orientación o que no tienen problemas con eso, un 14% le recomendaría terapia de cambio y solo un 3.3% manifestó sentimientos de rechazo total. [23]

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	indicaron que tuvieron casos en Managua (1), Masaya (1) y Chinandega (1), y otro sin identificar.[20] 45. Cuando se les peguntó si aceptarían que su hijo fuera homosexual o lesbiana, si respetarían su orientación sexual o bien si este fuese su hermano o hermana, con respuestas negativas de un 94%.[23]	
Estilos de vida: CAP	46. De las ITS diagnosticadas, el herpes virus simplex tipo 2 fue la patología más prevalente: 75.7% en Managua y 83.5% en Chinandega; la prevalencia de sífilis fue de 7.0% en Managua y de 0.5% en Chinandega.[13] 47. 37.3% de los trabajadores de la salud están en desacuerdo en que la homosexualidad es una alternativa de vida aceptable. [21] 48. El virus del herpes simplex tipo 2 fue la infección más prevalente en Managua (39.9%).[13] 49. Mitos y estereotipos hacia la homosexualidad o el lesbianismo. ITS y orientación sexual: en Nicaragua 235 personas (48.6%) consideran que efectivamente son más vulnerables ante el VIH y las ITS. [23] 50. Así mismo, se evidencia, por ejemplo en las asociaciones existentes de parte de la población general por nivel educativo, hacia las personas trans/gay/lesbiana y las PVS, que los porcentajes más altos de asociaciones están en el grupo de secundaria incompleta abarcando las variables "promiscuidad, enfermedad mental, disgusto, desagrado, ITS, drogas, alcohol", exceptuando que el 42.9% asocia con "respeto". Se destaca el porcentaje más alto de los datos, por el grupo de los universitarios que asocia con "solidaridad" (57.1%).[22] 51. Cerca de 75.0% de los hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero en ambas ciudades reportaron haber usado condón en la última relación sexual con sus parejas comerciales, y 38.1% para los de Managua y 32.5% de los de Chinandega lo usaron consistentemente con las parejas ocasionales.[13] 52. 22% afirma haber visitado algún centro de salud o médico privado para chequeos de salud sexual en los últimos doce meses al momento de la entrevista.[33] 53. También 27.3% de los de Managua y 41.0% de los de Chinandega reportaron haber usado condón en la última relación sexual con una mujer. [13] 54. "Con relación a las habilidades y destrezas para convencer a la pareja de utilizar un condón	18. El 92.1% de Managua y el 77.8% de Chinandega de HSH refieren una buena percepción de autoestima.[16] 19. El 42% ha reducido el número de parejas y contactos sexuales.[37] 20. De hecho, los heterosexuales registran un 60% de menor probabilidad de realizarse la prueba, en comparación con el resto de HSH (OR 0.4) y los bisexuales tienen un 50% de menor probabilidad de hacerse la prueba, en comparación con el resto de HSH (OR 0.5); por su parte, los homosexuales tienen casi 4 veces mayor probabilidad de hacerse la prueba, en comparación al resto de los HSH (OR 3.8).[32] 21. HSH que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses Managua 61.3% y Chinandega 70.3%.[16] 22. Del total de los entrevistados, el 22% expresa no usar condones en sus relaciones sexuales penetrativas, el otro 88% que si lo usa el 52% dice que lo usa con su pareja y el 46% con otras personas.[26] 23. Con relación a los resultados de los Indicadores UNGASS, en poblaciones en mayor riesgo, acerca de realizarse la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocer sus resultados por edad, el 34.2% de los menores de 25 años, respondieron afirmativamente.[34] 24. El 76.5% de los participantes menores de 25 años reportaron haber usado un condón durante su última relación sexual anal con una pareja masculina.[34] 25. Mientras que con clientes y parejas ocasionales el reporte fue de 66.5% y 51.5% respectivamente. El 83.9% de los participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, hombres y mujeres

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	en las relaciones sexuales, el 58% (145) de los entrevistados argumenta y negocia con su pareja el uso del condón y el 41.6% (104) no lo hace. Los argumentos más utilizados por los entrevistados para negociar el uso del condón con la pareja son: a) Evitar la infección del VIH 55.4% (124) b) La importancia de cuidarse 35.3% (79) c) Evitar embarazos 6.7% (15)[31] 55. Dos terceras partes de la muestra no usan o usan el condón de manera inconsistente, al menos el 65% de la muestra afirma categóricamente que el uso del condón es eficaz en la prevención de las ITS/VIH/SIDA.[33] 56. En la última relación sexual, el condón se usó en el 56% de las ocasiones en que se realizó sexo anal, el 44% de las ocasiones de sexo vaginal y el 34% de las ocasiones de sexo oral, resultando en una tasa de 34% de uso consistente del condón en la última relación sexual. Las razones de no uso de condón, en la mayor parte de los casos (41%), se asocian a que el HSH no tiene control de las condiciones en que se realiza el encuentro sexual y son las circunstancias inmediatas del encuentro o su pareja quien impone las condiciones de protección o de no protección. En el 24% de los casos, no se usa el condón por basarse en la confianza de uno en el otro; en el 17% de los casos, el propio HSH no quiso usarlo y sólo en un 18% de los casos se vinculó a no disponer de condones.[32] 57. Drogas y alcohol. En Nicaragua: un 46.3% opina orientación sexual no está ligada a un mayor consumo de estas sustancias. [23] 58. En cuanto al índice de conocimientos el 35.2% de los participantes menores de 25 años identificaron correctamente las formas de prevenir el VIH y rechazaron correctamente las ideas erróneas de transmisión.[34] 59. Los porcentajes de uso consistente del condón en los últimos 30 días con todas las parejas masculinas de principio a fin de la relación, el cual es ostensiblemente bajo en todos los subgrupos HSH, en particular en TSM (11.5% para Managua y 2.5% en Chinandega).[16] 60. Un 21% de los HSH tuvo su primera relación sexual en contra de su voluntad. La positividad para sífilis en hombres que tienen sexo con hombres determinada en este estudio fue de 3.73%.[32]	durante los últimos 12 meses. El 76.5% de los participantes menores de 25 años reportaron haber usado un condón durante su última relación sexual anal con una pareja masculina. El 35.2% de los participantes menores de 25 años identificaron correctamente las formas de prevenir el VIH y rechazaron correctamente las ideas erróneas de transmisión.[35] 26. El 71.8% de las personas de la diversidad sexual encuestadas refiere que nunca han sido obligadas a mantener relaciones sexuales contra su voluntad. (El abuso sexual no determina la identidad sexual de las personas de la diversidad sexual.[30] 27. Mientras que el uso consistente de condón con todas las parejas ocasionales en los últimos 12 meses se reconoció por 74.5% de los hombres y por 66.7% de las mujeres.[13] 28. El 41% de los HSH inician su relación sexual antes de los 15 años de edad. [33] 29. El uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable fue reportado por 72.6% de los hombres y por 49.4% de las mujeres.[13] 30. El 63.6% (159) de los entrevistados utiliza el condón cuando tienen relaciones sexuales, el 33.6% (84) no lo utiliza y el 2.8% (7) lo utiliza de manera ocasional.[31] 31. Entre los motivos que determinan el uso del condón, los entrevistados señalaron los siguientes: a) Prevenir una Infección de Transmisión Sexual y/o el VIH 56.8% (158). b) No querer enfermarse 24.8% (69).[31] 32. En el 42.4% (106) de los casos, la primera experiencia fue con un amigo personal; en el 23.2% (58), con un conocido; en el 15.2% (38), con un amigo de la familia; en el 10% (25), con un desconocido y en el 7.2% (18) de los casos, un familiar fue la pareja

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	61. Cobran importancia los grupos de bajo riesgo heterosexual como consecuencia del rol transmisor de las poblaciones puente y un uso inconsistente de condón entre parejas estables. [29] 62. 30.4 % de HSH entre 18 y 35 años que manifiestan prácticas del uso de condones de manera consistente en toda relación sexual penetrativa, y uso de lubricantes a base de agua, como medidas específicas para protegerse de las ITS/VIH/SIDA. [33] 63. Casi la mitad (46%) de los HSH estudiados se había realizado alguna vez la prueba del VIH, la más alta frecuencia se encuentra en los homosexuales (66%) y transexuales (60%), mientras que es muy baja en bisexuales (36%) y aún más baja en heterosexuales (30%).[32] 64. Sólo el 19% de todos los HSH hace uso integral y consistente del condón como opción de protección frente al VIH. [32] 65. Con relación al número de parejas sexuales que han tenido los entrevistados en el último año, se encontró que el 44% (110) expresó haber tenido de 1 a 3 parejas; el 18.8% (47), más de 9 parejas; 17.6% (44), de 4 a 6 parejas; el 14.0% (35). [31] 66. Se puede apreciar que un 65% de los entrevistados, NO creen que todas las personas estén expuestas a la infección de una ITS o el VIH/SIDA.[26] 67. 56.8% de HSH encuestados refieren haber tenido más de 2 parejas sexuales en los últimos 30 días previos a la entrevista, de ellos el 95.37% refieren 1 a 30 contactos sexuales en los 30 días anteriores a la fecha de entrevista. [33] 68. El sexo comercial tiene un amplio impacto en la transmisión sexual, evidente en el peso que tiene la proporción de incidencia entre clientes de trabajadoras sexuales y las parejas de estos. [29] 69. Un 68% afirman que han comprado al menos alguna vez condones y lubricantes y señalan en un 77% a las farmacias como lugares de acceso para su compra. [33] 70. El uso del condón de forma consistente con todos los tipos de pareja y de principio a fin de la relación aumenta entre: a) Uso consistente del condón con todas las parejas masculinas en el último mes (Managua 17% y Chinandega 17.2%) b) Los HSH que manifiestan comprar los condones en caja. Los usuarios de condón de manera consistente con todo tipo de pareja de	masculina en su primera relación sexual. [31] 33. El uso de condón en la última relación tanto para Managua como para Chinandega es en general alto para todas las poblaciones HSH (87.25%), es más alto particularmente en Trabajadores Sexuales Masculinos TSM (Managua 83.2% y Chinandega 90.15%).[16] 34. Un 93.8% aceptaría a su hijo/a homosexual, no obstante, de esa cohorte, un 99.6% dijo que no recurriría a la agresión física, ni lo desconocería, ni lo echaría del hogar, en los mismos porcentajes de posibles reacciones.[28]

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	principio a fin se adhieren en mayor porcentaje a dicha afirmación (2.64) que entre quienes no son usuarios consistentes (2.37 p. <0.05)[16] 71. Se encontraron bajas prevalencias de uso consistente del condón en los últimos 30 días, aunque fue con las parejas estables masculinas o femeninas donde las prevalencias fueron menores; 41.6% y 30.2% respectivamente.[35] 72. Los entrevistados que no usan el condón manifestaron algunas razones entre las que se destacan: a) No les gusta el condón 24.2% (36). b) No pensaron que fuera necesario 22.1% (33). c) No le gusta a la pareja 18.1% (27). d) No siente lo mismo 14.8% (22). [31] 73. Las Prevalencias de VIH de acuerdo a autoidentificación reportada fue de 13.4% para gay, 11.3% para heterosexual y bisexual y para las personas transgénero es de 4.3%. Datos que difieren de los resultados encontrados en Managua y Chinandega.[34] 74. Entre los factores que motivan a los HSH a tener relaciones sexuales de bajo riesgo, se destacan valores, determinaciones, alternativas y habilidades, los siguientes: a) Valorarse, quererse, respetarse a sí mismo y a los demás 33.9% (190). b) Practicar el uso del condón hasta que llegue a ser parte natural en tu vida 23.2% (130). c) Tomar licor sin perder el control 19.6% (110). d) Ser creativo para encontrar alternativas a la penetración sin condón 15.5% (87). e) Tener habilidad para negociar el uso del condón 7.3%.[31] 75. Respecto al uso consistente de condón en los últimos 30 días, se observó que con cualquier tipo de pareja sexual, hay bajas prevalencias de uso de condón, aunque fue con las parejas estables masculinas o femeninas donde la prevalencia fue menor; 41.6% y 30.2% respectivamente.[34] 76. Con relación a la prueba voluntaria del VIH para detección oportuna de la infección, el 41.60% (104) de los HSH se la han realizado[31]. 77. En cuanto a las formas de prevención, las más mencionadas fueron: a) Uso del condón en toda relación sexual con penetración 41.7% (180).	

Tabla 2: Evidencias sobre el VIH/sida en la población HSH

Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	b) Evitar relaciones con personas desconocidas 17.6% (76). c) Abstinencia 14.6% (63). [31] 78. Año con año la tasa de incidencia del VIH ha ido en aumento. En el 2000, la tasa de incidencia, era el 2.5; para el 2009 se registra una tasa de 15.2 por 100,000 habitantes. Según estimación hecha por ONUSIDA en el 2007, la prevalencia de Sida en población adulta (15-49 años) fue de 0.2%. Los grupos de edad de 15-24 años (28%), 30-39 años (27%), 25-29 años (23.8%) y 40-49 años (11.7%) son los mayormente afectados.[36] 79. Entre las prácticas sexuales mencionadas por los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se destacan las siguientes: a) Relaciones sexuales orales sin el uso del condón 32.3% (207). b) Relaciones sexuales bajo el efecto del licor 31.5% (202), relaciones sexuales anales sin el uso del condón 30.7%. c) Relaciones sexuales con hombres que usan drogas intravenosas 2.5%. d) Relaciones sexuales con hombres que sospechaban eran portadores de una ITS 1.7% (11). e) Relaciones sexuales acompañadas de golpes y heridas 1.0% (7). [31]	
Factores biológicos y genéticos	80. La prevalencia de Chlamydia trachomatis fue de 0.9% en los hombres y de 3.3% en las mujeres, y la prevalencia de Mycoplasmagenitalium fue de 0.9% en hombres y de 8.8% en mujeres. Ninguna de las personas con VIH resultó positiva para Neisseria gonorrhoeae.[13] 81. La prevalencia del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero de Managua fue de 7.5% y de 2.8% en Chinandega, mientras que la prevalencia de sífilis fue de 6.6% en Managua y de 1.7% en Chinandega. [13] 82. El 81.5% de las personas con VIH fueron positivas para el virus del herpes simplex tipo 2; la prevalencia de sífilis fue de 11.6% para todos los participantes, mientras que 6.0% de éstos tenían sífilis activa. [13] 83. La prevalencia general del VIH, fue de 9.8%, la de sífilis fue de 2.2% y la prevalencia de sífilis activa (dilución de la prueba RPR mayor o igual a 1:8), fue de 1.4%. Las prevalencias de VIH de acuerdo a auto	35. La incidencia total de VIH por año entre los entrevistados en ambas ciudades fue de 2.7% y por edades fue de 3.0% en las personas de 18 a 29 años de edad, y de 1.1% para quienes tenían 30 años o más de edad.[13]

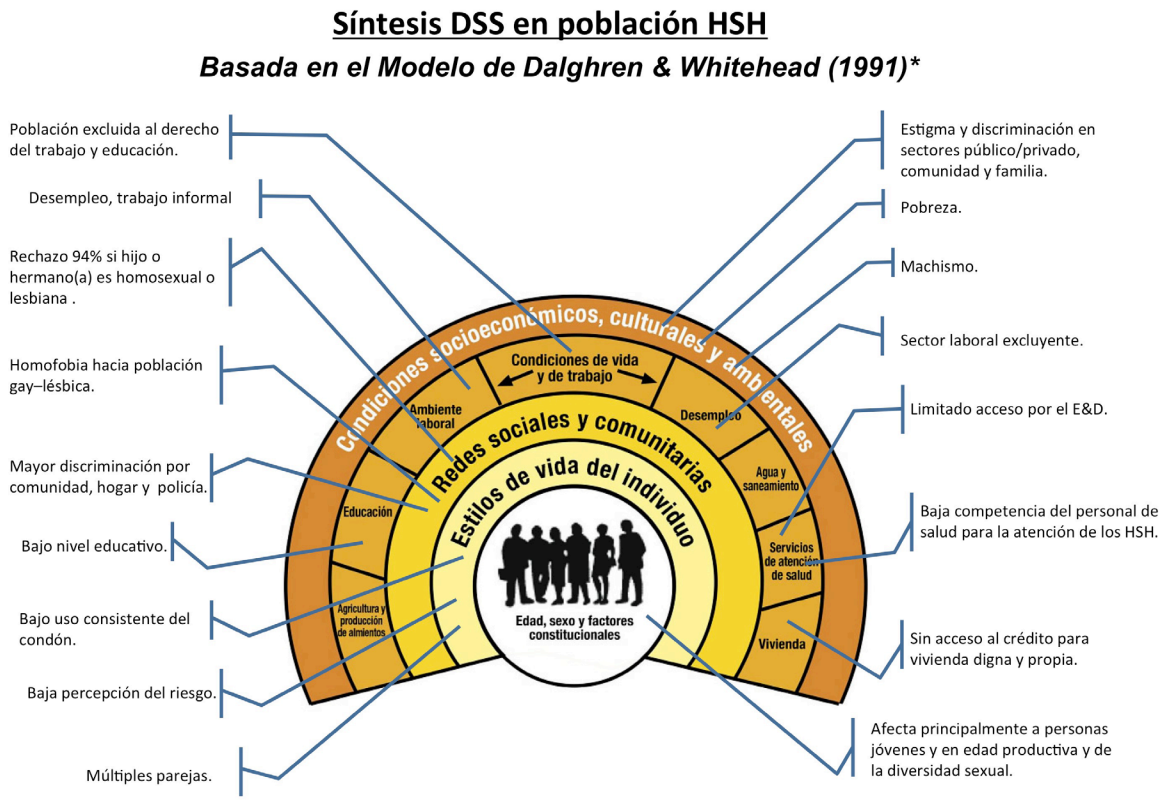
Determinante social de la salud	Evidencias limitantes	Evidencias favorables
	identificación reportada fue de 13.1% en población gay, 9.4% en personas que se autoidentifican como heterosexuales y bisexuales y en las transgénero femeninas fue de 4.3%.[35]	

3. Síntesis DSS en la población HSH

Según los análisis de las evidencias mencionadas en el inciso anterior, se realizó una síntesis de las mismas, tratando de destacar aquellas inequidades que enfrenta la población HSH en los DSS que guiaron el proceso de formulación del plan estratégico.

A continuación se presenta esta síntesis en una figura tomando como base el Modelo de los determinantes sociales de la salud. Mayor detalle de la información de la figura se puede encontrar en el anexo 5 de este documento.

Figura 2: Síntesis DSS en población HSH



*Disponible en:
http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html

II. Resultados intermedios en el diseño del plan estratégico

El segundo momento del proceso de planificación, constituido por cuatro fases, las cuales se describen en la metodología de planificación, fueron produciendo resultados intermedios que permitieron al grupo llegar al punto de diseño del plan estratégico. A continuación un resumen de estos resultados.

En la primera fase, los equipos de participantes realizaron el análisis de la situación del VIH/sida en la población HSH, encontrando que de 118 evidencias analizadas, 83 (70%) son limitantes y 35 (30%) son favorables. En la tabla 3 se presenta el número y porcentaje de la clasificación de las evidencias limitantes, realizada por los participantes aplicando el Modelo de los determinantes sociales de la salud. El mayor número de evidencias se clasificaron en el determinante estilos de vida (CAP) (41%), seguido de condiciones socioeconómicas (32%).

En las fases, segunda y tercera, los participantes priorizaron y agruparon evidencias, para llegar a una primera propuesta de acciones e identificación de actores clave y socios para realizarlas. Enseguida, siguiendo el proceso, la cuarta etapa de trabajo consistió en el llenado de la matriz del plan estratégico. En total se formularon 16 acciones, para líneas de trabajo de: capacitación mediante talleres, material impreso y videos, entre otros; sensibilización a través de campañas, ferias y conversatorios; incidencia política en instituciones estatales, así como actividades técnicas para atender la educación en temas de salud sexual y reproductiva, igualmente, de atención en salud de la población HSH. A continuación, en la tabla 4, se presentan las acciones distribuidas por determinantes sociales de la salud.

Tabla 3: Clasificación de evidencias limitantes según DSS

Determinante social de la salud	Porcentaje de desfavorables (N=83)
Estilos de vida (CAP)	34 (41%)
Condiciones socioeconómicas	27 (32%)
Redes sociales y comunitarias	9 (11%)
Condiciones de servicios de salud	5 (6%)
Condiciones de vida y trabajo	4 (5%)
Factores biológicos y genéticos	4 (5%)

Fuente: Clasificación de evidencias realizada por los participantes en el taller de formulación del plan estratégico.

Tabla 4: Distribución de acciones del plan estratégico según DSS

Determinante social de la salud	No. de acciones en el plan estratégico (N=16)
Condiciones socioeconómicas	4 (25%)
Condiciones de vida y trabajo	2 (12.50%)
Condiciones de servicios de salud	4 (25%)
Redes sociales y comunitarias;	2 (12.50%)
Estilos de vida (CAP)	3 (18.75%)
Factores biológicos y genéticos	1 (6.25%)
Total	16 (100%)

Fuente: Matriz del plan estratégico formulado.

III. Objetivos del plan estratégico

Metas

1. Contribuir a que al finalizar el 2016 el 40 por ciento de la población HSH, según línea basal, tenga acceso a servicios de atención integral en el marco de respeto a los derechos humanos y con base en los determinantes sociales de la salud que les afectan negativamente.
2. Contribuir a que al finalizar el 2016 se incremente en un 50%, según la línea basal, la percepción de riesgo de la población HSH lo cual se refleje en conocimiento y cambios de comportamiento.

Objetivo general

Contribuir al establecimiento de una atención integral y diferenciada a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), partiendo de los determinantes sociales de la salud que afectan el aseguramiento de los derechos humanos en esta población de Nicaragua, involucrando a los diferentes sectores sociales que tienen una responsabilidad en este sentido y a los organismos que apoyan los esfuerzos que realiza esta población.

Objetivos Específicos

1. Mejorar los esfuerzos hacia la prevención de VIH e ITS enfocadas a las personas que tienen sexo con hombres (HSH) de Nicaragua, mediante la implementación de estrategias de prevención combinada de intervención biológica, que incluya cambios de comportamiento y que apunten hacia la disminución de las brechas estructurales, como puede ser la homofobia.
2. Documentar las diferencias en los abordajes de prevención para la población HSH, como un aporte a los grupos y subgrupos de la diversidad sexual.
3. Promover la utilización de información estratégica para comprender los contextos y los propulsores de conductas predominantes de riesgo para orientar las inversiones y la acción para alcanzar objetivos de prevención combinada y atención de las ITS/VIH en la población HSH.
4. Contribuir a la reducción del estigma y la discriminación hacia la población HSH con la participación activa de las instituciones estatales y de la sociedad civil.

IV. Acciones por objetivos

Tabla 5: Acciones por objetivos

Objetivos	Principales acciones
Nota: Las acciones conservan su numeración de la matriz del plan, y se repiten en varios objetivos porque contribuyen al logro de varios objetivos.	
1. Mejorar los esfuerzos hacia la prevención de VIH e ITS enfocadas a las personas que tienen sexo con hombres (HSH) de Nicaragua, mediante la implementación de estrategias de prevención combinada de intervención biológica, que incluya cambios de comportamiento y que apunten hacia la disminución de las brechas estructurales, como puede ser la homofobia.	1. Promoción, seguimiento y evaluación del Plan estratégico para atención integral a la población HSH en Nicaragua (2014-2016). 2. Sensibilización a tomadores de decisión de sectores clave y sociedad en general, a fin de contribuir a eliminar la discriminación y la homofobia hacia la población HSH y diversidad sexual en general. 3. Promoción de la aplicación de las leyes vigentes en materia de salud, VIH y sida, y derechos humanos. 5. Coordinación con el INATEC para el aseguramiento de la inclusividad libre de estigma y discriminación para la formación en habilidades vocacionales u otras actividades generadoras de ingresos para HSH. 6. Promoción del concepto de responsabilidad social empresarial, en conjunto con la empresa privada, que incluya acciones de prevención combinada del VIH en el ámbito de trabajo, mediante el fortalecimiento de los programas de prevención con la participación de los HSH. 7. Desarrollo de un plan de incidencia y abogacía, con las instituciones públicas para promover el mejoramiento de la inversión en servicios de salud en VIH de las poblaciones HSH. 9. Fortalecimiento de la prevención combinada en la población HSH y otras poblaciones clave haciendo énfasis en la reducción de las ITS y VIH. 11. Diseño y desarrollo de una estrategia de sensibilización y educación basada en evidencias, en los temas de diversidad sexual, VBG y derechos humanos dirigidos a la familia y comunidades. 13. Información, educación y comunicación (IEC) para desmitificar la percepción alrededor de la DS, a fin de promover cambios de comportamiento en la población en general, trabajadores de la salud, familia, iglesia y grupos étnicos, utilizando estrategias de intervención basadas en evidencia. 14. Implementación de metodologías interactivas, a nivel individual, (cara a cara, grupos de pares, grupos de reflexión y otros) que estén basados en la evidencia y que sea comprobable su efectividad (dirigido a HSH) a fin de generar cambios de comportamiento saludables en sus prácticas sexuales y potenciar conductas de prácticas sexuales seguras. 15. Sensibilización sobre acceso y disponibilidad del uso de condones y lubricantes en centros de encuentros.
2. Documentar las diferencias en los abordajes de prevención para la población HSH, como un aporte a los grupos y subgrupos de la diversidad sexual.	16. Fortalecimiento del conocimiento sobre comportamiento sexual, incidencia, genotipificación, fármacorresistencia, coinfección, subnotificación, modos de trasmisión, estimación de poblaciones PEMAR, calidad en los servicios de salud, contextos de vulnerabilidad, impacto de las intervenciones en prevención, evaluación de resultados, de impacto en proyectos, programas y políticas, entre otros.
3. Promover la utilización de información estratégica para comprender los contextos y los propulsores de conductas predominantes de riesgo para orientar las inversiones y la	4. Fortalecimiento de los sistemas de información y monitoreo en la población HSH con la finalidad de recopilar de forma sistemática datos fidedignos, para realizar el análisis, la interpretación y la difusión de datos, para fortalecer los procesos de planificación de la Respuesta Nacional frente al VIH. 10. Creación de espacios gerenciales para la implementación de convenios, acuerdos y alianzas que garanticen un sistema de registro único.

Objetivos	Principales acciones
acción para alcanzar objetivos de prevención combinada y atención de las ITS/VIH en la población HSH.	12. Creación de un espacio y su instrumento para facilitar la auditoría social asociada a respeto de los derechos humanos de HSH y PVIH. 16. Fortalecimiento del conocimiento sobre comportamiento sexual, incidencia, genotipificación, fármacorresistencia, coinfección, subnotificación, modos de trasmisión, estimación de poblaciones PEMAR, calidad en los servicios de salud, contextos de vulnerabilidad, impacto de las intervenciones en prevención, evaluación de resultados, de impacto en proyectos, programas y políticas, entre otros.
4. Contribuir a la reducción del estigma y la discriminación hacia la población HSH con la participación activa de las instituciones estatales y de la sociedad civil.	2. Sensibilización a tomadores de decisión de sectores clave y sociedad en general, a fin de contribuir a eliminar la discriminación y la homofobia hacia la población HSH y diversidad sexual en general. 8. Desarrollo de un proceso de formación y sensibilización dirigido al personal de salud público y privado en temas específicos: DDHH, estigma y discriminación, género, sexualidad y VBG. 11. Diseño y desarrollo de una estrategia de sensibilización y educación basada en evidencias, en los temas de diversidad sexual, VBG y derechos humanos dirigidos a la familia y comunidades.

V. Matriz del plan estratégico

Tabla 6: Matriz del plan estratégico

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
Determinante: Condiciones socioeconómicas						
1. Promoción, seguimiento y evaluación del Plan estratégico para atención integral a la población HSH en Nicaragua (2014-2016).	1.1 Realización de un foro nacional con participación de CONISIDA y sectores estatales y privados para presentar el plan estratégico y solicitar apoyo.	El 90% de las personas convocadas, asistieron al foro.	1° trimestre 2014	ANH Nicaragua ADISNIC AMODISEC RAAN ANDISEX CEGODEM CEPRESI CODISEX FIATPAX IDSDH INDSVIH MDS MODIVERSEX OVI Real Nueva Generación CONISIDA Sectores convocados	USAID|PrevenSida USAID|PASCA Unión Europea	Informe técnico-financiero
	1.2 Realización de reuniones a nivel local y nacional para presentación del plan estratégico a las agencias y organismos no gubernamentales que permita la inclusión de estas prioridades en sus estrategias de cooperación técnica y financiera.	100 % de cumplimiento de las reuniones programadas.				Actas de acuerdos
	1.3 Realización de seguimiento y monitoreo en las instancias que corresponda, referido al cumplimiento de compromisos en la implementación del plan estratégico.	Al menos el 90% de compromisos cumplidos.	2014-2016			Informes técnico-financieros
	1.4 Divulgación de manera sistemática de las actividades y resultados del plan estratégico realizadas, incluyendo las correspondientes a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante boletín, programas radiales multilingües y multiculturales.	Al menos el 90% de acciones y resultados divulgados.	2014-2016			Formatos en físico según los medios de divulgación utilizados

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
2. Sensibilización a tomadores de decisión de sectores clave y sociedad en general, a fin de contribuir a eliminar la discriminación y la homofobia hacia la población HSH y diversidad sexual en general.	2.1 Formulación, implementación, seguimiento y evaluación de un plan de gestión del conocimiento dirigido a tomadores de decisión y formuladores de políticas de sectores clave (salud, educación, legisladores y operadores de justicia), en temas de: discriminación, homofobia y diversidad sexual.	Al tercer año, 70% de tomadores de decisión de sectores públicos clave, han participado en las actividades incluidas en el plan de gestión del conocimiento.	2014-2016	CEPRESI IDSDH FIATPAX Hagamos la Paz ANH MINED PDDH CSJ Ministerio Público MIGOB MINSA	USAID|PrevenSida NDI USAID|PASCA USAID|ASSIST USAID|Prevención Combinada Unión Europea CCSICA Capítulo Nicaragua	Plan de gestión del conocimiento Diseños metodológicos Lista de asistencia Memorias escritas y fotográficas
	2.2 Diseño y ejecución de una campaña mediática y medios de soporte, dirigido a la sociedad en general en temas de: discriminación, homofobia y diversidad sexual.	60% de encuestados de una muestra, manifiesta opiniones favorables hacia el respeto de los derechos humanos de los HSH.		CEPRESI IDSDH FIATPAX Hagamos la Paz ANH		Piezas comunicacionales (spot TV, viñetas radiales, material impreso) Resultados de la encuesta
3. Promoción de la aplicación de las leyes vigentes en materia de salud, VIH y sida, y derechos humanos.	3.1 Diseño de versiones amigables e impresión de las leyes vigentes en materia de salud, VIH y sida, y derechos humanos.	Al concluir el 2016, el 100% de las leyes se han diseñado, impreso y distribuido a la población meta.	2014-2016	CEPRESI IDSDH FIATPAX Hagamos la Paz MINED ANH	USAID|PrevenSida NDI USAID|Prevención Combinada USAID|PASCA Unión Europea CCSICA Capítulo Nicaragua PDDH CSJ Ministerio Público MIGOB MINSA	Material impreso Diseños metodológicos Listas de asistencia Memorias escritas y fotográficas
	3.2 Realización de conversatorios y ferias comunitarias.	Al menos 4 conversatorios y 4 ferias realizados en cada uno de los tres años.				Formato de entrega de materiales
	3.3 Realización de debates sobre las leyes vigentes en materia de salud, VIH y sida, derechos humanos en revistas televisivas y radiales.	75% del nivel de captación de la población encuestada a través del sourvey.				Videos y audios de los debates televisivos y radiales
	3.4 Realización de debates a través de las redes sociales (sitios Web, Blog, Twiter, Facebook, Telefonía Celular) sobre las leyes vigentes en materia de salud, VIH y Sida, Derechos Humanos.	Al menos cuatro debates realizados a través de las redes sociales.				Verificadores internautas

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	3.5 Mapeo de las organizaciones que prestan servicios jurídicos a la población HSH, a fin de brindarles asesoría para el éxito de sus gestiones.	60% de encuestados de una muestra de personas PVIH, HSH y de la diversidad sexual en general, manifiesta opiniones favorables hacia el cumplimiento de políticas públicas en materia de salud, VIH y sida, derechos humanos.				Resultados de encuesta de satisfacción de usuarios PVIH, HSH y de la diversidad sexual
	3.6 Diseño y desarrollo de un plan de incidencia política para la aplicación efectiva de las políticas públicas en materia de salud, VIH y sida, derechos humanos.					
4. Fortalecimiento de los sistemas de información y monitoreo en la población HSH con la finalidad de recopilar de forma sistemática datos fidedignos, para realizar el análisis, la interpretación y la difusión de datos, para fortalecer los procesos de planificación de la Respuesta Nacional frente al VIH.	4.1 Realización de talleres de capacitación dirigidos a las ONG de población HSH sobre los sistemas de vigilancia epidemiológica en el país.	Al menos el 90% de asistencia de los convocados a los talleres.	2014	ANH Nicaragua ADISNIC AMODISEC RAAN ANDISEX CEGODEM CEPRESI CODISEX FIATPAX IDSDH INDSVIH MDS MODIVERSEX OVI Real Nueva Generación CONISIDA	USAID|PrevenSida USAID|PASCA Unión Europea	Informes técnico-financieros
	4.2 Actualización de base de datos y referencia basadas en evidencias de ASAP (Aids Strategy and Action Plans) que permita al país aportar al conocimiento de la epidemia, a la sostenibilidad de la Respuesta Nacional y a la toma de decisiones estratégicas.	Sistema de información actualizado generando datos para facilitar la toma de decisiones.	2014-2016	ANH Nicaragua ADISNIC AMODISEC RAAN ANDISEX CEGODEM CEPRESI CODISEX FIATPAX IDSDH INDSVIH MDS MODIVERSEX OVI	USAID|PrevenSida NDI USAID |PASCA Unión Europea CCSICA Capítulo Nicaragua Fondo Mundial	Sistema de información actualizado Reportes generados por el sistema de información

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	4.3 Recopilación y análisis de los resultados de estudios nacionales referidos a PEMAR realizados en los últimos tres años, para estimar la incidencia en los principales grupos a fin de renovar los planes de prevención.			Real Nueva Generación CONISIDA Ministerios que trabajan la temática de VIH con poblaciones vulnerables Academias		
	4.4 Realización de incidencia para la reactivación y funcionamiento sistemático del Comité Técnico de M&E de CONISIDA indicado en las directrices del Plan Nacional de M&E de la Respuesta Nacional.					
	4.5 Realización de mesas de trabajo con los miembros de la CONISIDA para analizar los indicadores cualicuantitativos, tomando en cuenta los escenarios referentes a los aspectos sociopolíticos, económicos y culturales, para el análisis de la situación de la epidemia en la población HSH y de la situación de la respuesta. Incluir los criterios de magnitud, vulnerabilidad, factibilidad y viabilidad de información generada, a fin de transformarla a propuestas de solución.	El 100% de las ONG de población HSH están participando en las acciones de fortalecimiento de los sistemas de información y de monitoreo. Al menos el 90% de los convocados asisten a las mesas de trabajo.	2014-2016	ANH Nicaragua ADISNIC AMODISEC RAAN ANDISEX CEGODEM CEPRESI CODISEX FIATPAX IDSDH INDSVIH MDS MODIVERSEX OVI Real Nueva Generación CONISIDA Ministerios que trabajan la temática de VIH con poblaciones vulnerables Academias	USAID|PrevenSida USAID |PASCA Unión Europea CCSICA Capítulo Nicaragua Fondo Mundial	Informes técnico-financieros

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	4.6 Realización de foros de intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas con miembros de la CONISIDA y sectores para contribuir a mejorar la Respuesta Nacional.	Al menos el 90% de participación en los foros.	2014-2016	ANH Nicaragua ADISNIC AMODISEC RAAN ANDISEX CEGODEM CEPRESI CODISEX FIATPAX IDSDH INDSVIH MDS MODIVERSEX OVI Real Nueva Generación CONISIDA Ministerios que trabajan la temática de VIH con poblaciones vulnerables Academias	USAID|PrevenSida USAID |PASCA Unión Europea CCSICA Capítulo Nicaragua Fondo Mundial	Informes técnico-financieros
Determinante: Condiciones de vida y trabajo						
5. Coordinación con el INATEC para el aseguramiento de la inclusividad libre de estigma y discriminación para la formación en habilidades vocacionales u otras actividades generadoras de ingresos para HSH.	5.1 Convenio de alianza/compromiso con el INATEC que incluya acciones conjuntas con ONG de HSH para el aseguramiento de la inclusividad libre de estigma y discriminación para la formación en habilidades vocacionales u otras actividades generadoras de ingresos para HSH.	El 100% de las escuelas técnicas incluidas en el convenio cumplieron con los compromisos asumidos en el mismo.	2014-2016	CEPRESI FIATPAX ANH MINED INATEC Universidades	Banco Mundial ONUSIDA CONISIDA Otros actores de sociedad civil	Informes de las acciones realizadas Informe de HSH retenidos y egresados de escuelas técnicas
	5.2 Implementación, seguimiento y evaluación del convenio de alianza/compromiso entre el INATEC y las ONG de HSH.					

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
6. Promoción del concepto de responsabilidad social empresarial, en conjunto con la empresa privada, que incluya acciones de prevención combinada del VIH en el ámbito de trabajo, mediante el fortalecimiento de los programas de prevención con la participación de los HSH.	6.1 Convenio de alianza/compromiso para elaboración de un plan de acción para prevención del VIH dirigido a trabajadores con empresas privadas (horarios de trabajadores/as).	Convenios firmados.	1° trimestre 2014	IDSDH OVI CEPRESI COSEP UNIRSE COSEP AMCHAM Empresas de zonas francas MIPYMES Cámara Empresas Médicas Previsionales	USAID|PASCA USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida MINSA PDDH UE	Convenios firmados Actas de reunión Informes técnicos Fotografías
	6.2 Realización de diagnóstico de la situación de HSH en las principales empresas de zonas francas de 5 departamentos (Managua, Masaya, Rivas, León, Matagalpa).	Diagnóstico realizado sobre situación de HSH en empresas de zonas francas de 5 departamentos (Managua, Masaya, Rivas, León, Matagalpa).	2° trimestre 2014			Documento de diagnóstico realizado sobre situación de HSH en empresas de zonas francas
	6.3 Elaboración y desarrollo de plan de acción para prevención de ITS/VIH con trabajadores HSH (10 encuentros de 1 hora cada uno).	Al menos 5 empresas al año implementaron el plan de acción, con participación activa de HSH.	Junio 2014 a nov. 2015			Informes técnicos de ejecución
	6.4 Evaluación de la ejecución del plan de acción con empleadores y trabajadores HSH.	Evaluación del plan de acción realizada en 5 departamentos.	1° trimestre 2016			Informe de evaluación del plan de acción
Determinante: Condiciones de servicios de salud						
7. Desarrollo de un plan de incidencia y abogacía, con las instituciones públicas para promover el mejoramiento de la inversión en servicios de salud en VIH de las poblaciones HSH.	7.1 Diseño del plan de incidencia y abogacía para promover el mejoramiento de la inversión en servicios de salud. • Ampliación del acceso a los servicios de salud para el diagnóstico temprano y tratamiento de ITS en población HSH. • Vinculación de los servicios preventivos de VIH con otros servicios de salud sexual masculina, a través de redes de referencia y contrarreferencia.	Plan de incidencia y abogacía para promover el mejoramiento de la inversión en servicios de salud diseñado.	1° semestre 2014	IDSDH OVI CEPRESI FIATPAX Hagamos la Paz ANH	INSS MINSA MINED MIFAN MINJUVE MIGOB PDDH USAID|PrevenSida USAID|PASCA	Documento de plan de incidencia y abogacía

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	• Mejoramiento de los servicios de salud sexual reproductiva para HSH orientado a prevenir comportamientos relativos al mejoramiento de la salud mental, consumo de alcohol/drogas que tengan relación con un comportamiento sexual de riesgo para la transmisión del VIH.					
	7.2 Implementación del plan de incidencia y abogacía para promover el mejoramiento de la inversión en servicios de salud.	El 100% de acciones realizadas dentro del MINSA y empresas médicas privadas determinadas en el plan.	2014-2016			Informes de cada actividad
	7.3 Evaluación semestral del plan de incidencia y abogacía para promover el mejoramiento de la inversión en servicios de salud.	Evaluaciones semestrales realizadas.	2014-2016			Documentación de las evaluaciones semestrales realizadas
	7.4 Monitoreo, por parte de una comisión con delegados de las ONG de población HSH, del cumplimiento de las normas y guías de atención integral a personas con VIH/ITS.	Comisión de ONG de población HSH funcionando. Al menos el 90% del plan de monitoreo de la comisión se ha cumplido. Al menos el 90% de los casos de denuncia han sido retomados en las instituciones del sector salud.	2014-2016	ONG de población HSH	USAID|PASCA USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida USAID|ASSIST Fondo Mundial	Informes de monitoreo
8. Desarrollo de un proceso de formación y sensibilización dirigido al personal de salud público y privado en temas específicos: DDHH, estigma y discriminación, género, sexualidad y VBG.	8.1 Elaboración del plan de formación y sensibilización del personal de salud en temas sobre derechos humanos, estigma, discriminación, género, sexualidad, y violencia basada en género.	Plan de formación y sensibilización elaborado.	1° trimestre 2014	CEPRESI IDSDH FIATPAX Hagamos la Paz ANH MINSA PDDH Cámara Empresas Médicas Previsionales	USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida USAID|ASSIST	Documento del plan elaborado

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	8.2 Realización de coordinaciones con los directores de SILAIS y unidades de salud públicas y privadas para asegurar los procesos de formación y sensibilización a trabajadores de la salud.	100% de coordinaciones con directores de SILAIS y unidades de salud, públicas y privadas, realizadas.	2° trimestre 2014			Documentos de acuerdos obtenidos mediante coordinaciones
	8.3 Implementación del proceso de formación y sensibilización dirigido al personal de la salud.	El 100% de actividades realizadas.	3° trimestre 2014-2015			Informes de actividades realizadas
	8.4 Evaluación anual del plan de formación y sensibilización dirigido a los trabajadores de la salud.		Cada 6 meses			Informes de evaluaciones realizadas
9. Fortalecimiento de la prevención combinada en la población HSH y otras poblaciones clave haciendo énfasis en la reducción de las ITS y VIH.	9.1 Implementación de la estrategia de prevención combinada en la población HSH y otras poblaciones clave, con prioridad en el sector rural: reducir parejas sexuales, promover la prueba, uso correcto y consistente de condón.	Al menos el 90% de la cobertura programada ha sido cumplida.	2014-2016	ONG de población HSH	USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida Fondo Mundial	Informes técnico-financieros
	9.2 Entrenamiento en pre servicio a las ONG que trabajan con población HSH en temas de gerencia y administración, almacenamiento, VIH, control financiero, monitoreo y evaluación, gestión del conocimiento y trabajo en red.	Al menos el 90% de la cobertura programada ha sido cumplida.	2014-2016	ONG de población HSH	USAID|PrevenSida USAID|DELIVER Fondo Mundial	Informes técnico-financieros

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	9.3 Capacitación en el servicio a las ONG que trabajan con poblaciones HSH en temas de información estratégica, prevención combinada, cuidados de personas con VIH, grupos de ayuda mutua, violencia basada en género, estigma y discriminación hacia personas de la diversidad sexual y personas con VIH.	Al menos el 90% de la cobertura programada ha sido cumplida.	2014-2016	ONG de población HSH	USAID|PASCA USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida Fondo Mundial	Informes técnico-financieros
	9.4 Realización de pruebas rápidas de VIH en poblaciones clave por las ONG que han sido capacitadas y cuentan con los insumos.	Al menos el 90% de la cobertura programada ha sido cumplida.	2014-2016	ONG de población HSH	USAID|PASCA USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida Fondo Mundial	Informes técnico-financieros
10. Creación de espacios gerenciales para la implementación de convenios, acuerdos y alianzas que garanticen un sistema de registro único.	10.1 Realización de mapeo de las acciones que organizaciones de población HSH e instituciones realizan en la lucha contra el VIH/sida.	Mapeo realizado.	2014	ONG de población HSH	USAID|PASCA USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida USAID|ASSIST Fondo Mundial	Documento de mapeo
	10.2 Revisión e implementación de instrumentos que permitan llevar un registro único.	Registro único funcionando.	2014-2016			Reportes de implementación del registro único
	10.3 Uso y diseminación de la información generada por el registro único.					

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
Determinante: Redes sociales y comunitarias						
11. Diseño y desarrollo de una estrategia de sensibilización y educación basada en evidencias, en los temas de diversidad sexual, VBG y derechos humanos dirigidos a la familia y comunidades.	11.1 Diseño de una estrategia de sensibilización y educación en los temas de diversidad sexual, VBG, derechos humanos.	Estrategia de sensibilización diseñada.	1er trimestre 2014	CEPRESI IDSDH FIATPAX Hagamos la Paz ANH	MINSA MINED MIFAN MINJUVE PDDH USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida	Documento de estrategia diseñada
	11.2 Implementación y seguimiento de la estrategia en las familias y comunidades en general, priorizando las familias de HSH.	100% de actividades de la estrategia realizadas semestralmente.	2° trimestre 2014 – 4° trimestre 2015			Informes de actividades realizadas
	11.3 Evaluación de la estrategia implementada.		Cada 6 meses			Informes de evaluaciones realizadas
12. Creación de un espacio y su instrumento para facilitar la auditoría social asociada a respeto de los derechos humanos de HSH y PVIH.	12.1 Organización de un observatorio nacional sobre VIH, que sirva como base de datos para la vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas.	Creado y funcionando el observatorio.	2014-2016	CEPRESI IDSDH FIATPAX Hagamos la Paz ANH	USAID|PASCA	Reportes del observatorio
	12.2 Implementación de las actividades del Observatorio					
	12.3 Devolución de resultados de las prácticas del Observatorio.					
Determinante: Estilos de vida (CAP)						
13 Información, educación y comunicación (IEC) para desmitificar la percepción alrededor de la DS, a fin de promover cambios de comportamiento en la población en general, trabajadores de la salud, familia, iglesia y grupos étnicos, utilizando estrategias de intervención basadas en evidencia.	13.1 Diseño de una campaña de IEC que incluya presupuesto por actividad.	90% población meta para cada actividad. 80% de grupos muestreados en la evaluación manifestaron cambios de percepción relacionados con la población de la DS.	1er semestre 2014	ONG OBF (Organizaciones basadas en la fe) MINSA MINED MIFAN CONISIDA PDDH	Red de comunicadores sociales UN Alcaldías Centros educativos USAID|PrevenSida USAID|Prevención Combinada Fondo Mundial	Informes técnico-financieros
	13.2 Gestión de fondos con donantes para el financiamiento de la campaña.		2° semestre 2014-1° semestre 2016			
	13.3 Implementación la campaña de IEC según el diseño.					
	13.4 Seguimiento sistemático de las actividades de la campaña de IEC, conforme mecanismos establecidos y cronograma.					
	13.5 Evaluación intermedia y final de la campaña.					

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Cont.)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
14. Implementación de metodologías interactivas, a nivel individual, (cara a cara, grupos de pares, grupos de reflexión y otros) que estén basados en la evidencia y que sea comprobable su efectividad, dirigido a HSH, a fin de promover el autocuido, autocontrol y la corresponsabilidad, que les permita generar cambios de comportamiento saludables en sus prácticas sexuales y potenciar conductas de prácticas sexuales seguras ante la infección de VIH e ITS.	14.1 Elaboración de un plan de capacitación para los promotores de las ONG en educación sexual, donde se contemplen todos los aspectos relevantes relacionados con la prevención del VIH-Sida y otras ITS, utilizando metodologías interactivas, a nivel individual (cara a cara, grupos de pares, grupos de reflexión y otros).	30% de los HSH del país recibieron el paquete mínimo de prevención combinada de ITS/VIH. Al menos el 90% de cumplimiento en las coberturas planteadas para otras poblaciones en riesgo. Al menos el 90% de cumplimiento en los planes elaborados para la realización de las acciones.	1er trimestre 2014	ONG que trabajan con poblaciones HSH	UN USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida Fondo Mundial	Documento de estrategia diseñada
	14.2 Implementación del plan de capacitación a los promotores según su cronograma de ejecución.		2° semestre 2014			
	14.3 Elaboración de materiales educativos en versión popular acerca del autocuido, de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad frente a la infección del VIH/sida e ITS, y distribución en centros específicos y unidades del primero y segundo nivel de atención del sistema de salud.		2015			
	14.4 Desarrollo de charlas educativas implementando metodologías reflexivas y demostrativas, en los centros educativos (universidad, centros de secundaria y primaria públicos y privados) así como unidades del primero y segundo nivel de atención del sistema de salud.		2015-2016			

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
	14.5 Oferta de servicio a través de los medios de difusión social y los canales de distribución más adecuados para incrementar el nivel de información sobre la infección por VIH, prueba del VIH y las conductas que favorecen su prevención. (La información será cultural y lingüísticamente adaptable para las zonas especiales del país.)		2015–2016			
	14.6 Diseño y transmisión de cuñas radiales cuyo contenido sea: autocuido, autocontrol, situaciones de riesgo y vulnerabilidad frente a la infección del VIH/sida e ITS, potenciando conductas de prácticas sexuales seguras y de educación sexual entre pares.		2015–2016			
	14.7 Promoción activa de teléfonos de información, páginas Web, servicios de prevención, de atención sanitaria y ONG donde se ofrezca información personalizada sobre distintos aspectos de la infección por VIH. La información proporcionada será homogénea y basada en la mejor evidencia científica disponible.					

Tabla 6: Matriz del plan estratégico (Final)

Acciones	Actividades	Indicador de impacto/resultado	Período ejecución	Actores clave	Socios	Fuente de verificación
15. Sensibilización sobre acceso y disponibilidad del uso de condones y lubricantes en centros de encuentros.	15.1 Visitas de sensibilización a dueños de centros de encuentro (hoteles, hospedajes, bares) así como autoridades de universidades y otros centros educativos.	Al menos el 90% de la cobertura programada ha sido cumplida.	2014-2016	ONG de población HSH	USAID|Prevención Combinada USAID|PrevenSida Fondo Mundial	Informes técnico-financieros
	15.2 Abordaje a la población en los centros de encuentro sobre la prevención y el acceso del condón y lubricantes.					
	15.3 Capacitaciones dirigidas a dueños de centros de encuentro (hoteles, hospedajes, bares) así como autoridades de universidades y otros centros educativos.					
Determinante: Factores biológicos y genéticos						
16 Fortalecimiento del conocimiento sobre comportamiento sexual, incidencia, genotipificación, fármacorresistencia, coinfección, subnotificación, modos de trasmisión, estimación de poblaciones PEMAR, calidad en los servicios de salud, contextos de vulnerabilidad, impacto de las intervenciones en prevención, evaluación de resultados, de impacto en proyectos, programas y políticas, entre otros.	16.1 Diseño de una agenda de investigación para generar información estratégica sobre comportamiento y prevalencia del ITS/VIH en HSH.	Al menos 90% de los estudios programados en el período fueron realizados.	2014-2016	Organizaciones que trabajan con poblaciones clave CONISIDA Ministerios que trabajan la temática de VIH con poblaciones vulnerables Academias	USAID|PASCA USAID|PrevenSida USAID|ASSIST USAID|DELIVER Banco Mundial ONUSIDA CONISIDA Otros actores de sociedad civil	Protocolos de investigación Instrumentos validados Resumen ejecutivo de las investigaciones Informes finales de las investigaciones
	16.2 Implementación de la agenda de investigación sobre comportamiento y prevalencia del ITS/VIH en HSH.					
	16.3 Divulgación y publicación de los resultados de los estudios realizados sobre comportamiento y prevalencia del ITS/VIH en HSH.					

VI. Recursos

Tabla 7: Disponibilidad financiera para la implementación del plan estratégico

Objetivos	USAID|PrevenSida	USAID|PASCA	NDI	Unión Europea	Embajada de Noruega	Embajada de Holanda	UNFPA	Médicos del Mundo	Fondo Mundial	Servicio Judío Americano	Fundación ASTRAEA	HIVOS	Fundación Frederick Hebert
1. Mejorar los esfuerzos hacia la prevención de VIH e ITS enfocadas a las personas que tienen sexo con hombres (HSH) de Nicaragua, mediante la implementación de estrategias de prevención combinada de intervención biológica, que incluya cambios de comportamiento y que apunten hacia la disminución de las brechas estructurales, como puede ser la homofobia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
2. Documentar las diferencias en los abordajes de prevención para la población HSH, como un aporte a los grupos y subgrupos de la diversidad sexual.	X								X				
3. Promover la utilización de información estratégica para comprender los contextos y los propulsores de conductas predominantes de riesgo para orientar las inversiones y la acción para alcanzar objetivos de prevención combinada y atención de las ITS/VIH en la población HSH.	X								X				
4. Contribuir a la reducción del estigma y la discriminación hacia la población HSH con la participación activa de las instituciones estatales y de la sociedad civil.				X	X	X			X	X	X	X	X

VII. Anexos

1. Metodología para formulación del Plan estratégico

2. Participantes en el taller de formulación del Plan estratégico

3. Evidencias de situación del VIH/sida en población HSH

4. Síntesis DSS en la población HSH

5. Datos generales sobre documentos consultados

Anexo 1: Metodología para formulación del plan estratégico

El proceso de formulación del plan estratégico se estructuró en los siguientes momentos:

Primer momento:	Preparación metodológica del proceso de formulación del plan estratégico
Segundo momento:	Diseño del plan estratégico
Tercer momento:	Ajustes finales a la versión preliminar del plan estratégico

A continuación se enumeran las principales actividades realizadas en cada uno de los momentos metodológicos.

1. Preparación metodológica del proceso de formulación

a) Análisis del esquema metodológico para la utilización del enfoque de determinantes sociales de la salud para la formulación del plan estratégico, ya que éste fue elaborado para la formulación del plan estratégico de atención integral a la población transgénero femenina de Nicaragua.

b) Consulta documental, a fin de seleccionar evidencias referidas a la situación del VIH/sida en Nicaragua en general y en la población HSH en particular.

c) Ordenamiento preliminar por determinante social de la salud seleccionadas de 21 documentos, como un ejercicio de preparación de los facilitadores, para luego brindar apoyo a los equipos con mayor seguridad. Este documento también se utilizó para uno de los trabajos de grupo.

d) Edición de las evidencias, a fin de presentarlas en forma de esquela en papel bond blanco, de tal manera que se distribuyeran entre los equipos para que se leyeran, analizaran y clasificaran según los determinantes sociales de la salud, así como en favorables o limitantes.

e) Preparación de tarjetas de 6 colores, para utilizar un color por cada determinante social de la salud.

f) Diseño metodológico del taller de formulación, preparación de las guías de trabajo en equipo y revisión del documento conceptual básico sobre determinantes sociales de la salud.

g) Aseguramiento de la logística requerida para un taller con 24 participantes y una metodología estrictamente de trabajo en equipo.

2. Diseño del plan estratégico

Durante los días 18 y 19 de septiembre de 2013, mediante la modalidad de taller, se desarrolló el proceso de diseño del Plan estratégico para atención la integral a la población HSH, tomando como base el Modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), con la participación de 24 representantes de catorce organizaciones con miembros de la población HSH (Ver anexo 2).

Para ello se cumplieron las siguientes fases:

1°. Análisis de la situación del VIH/sida en Nicaragua y en la población HSH

2°. Priorización de las evidencias de la situación analizada

3°. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave

4°. Formulación del plan estratégico

A continuación se enumeran las principales actividades realizadas en cada una de las fases metodológicas del proceso de diseño del plan estratégico.

1°. Análisis de la situación del VIH/sida en la población HSH

a) Exposición dialogada sobre determinantes sociales de la salud, incluyendo ejemplos referidos a la situación del VIH/sida.

b) Trabajo en 4 equipos para leer, analizar y clasificar las evidencias de 21 documentos, según los determinantes sociales de la salud y, según sean favorables o limitantes, las cuales se entregaron en esquelas. Al clasificarlas debían pegarlas en la tarjeta del color que correspondía al determinante y luego escribir si era favorable o limitante.

c) En plenario, cada equipo iba colocando sus tarjetas en el sector que correspondía al determinante y los demás participantes sugerían revisar la clasificación cuando consideraban que pertenecía a otro determinante.

2°. Priorización de las evidencias analizadas

a) Mediante trabajo en equipo, los participantes seleccionaron las evidencias limitantes que reflejaban las brechas más relevantes. Para ello se les entregó el documento de clasificación preliminar según los determinantes, enriquecido con las observaciones del plenario anterior. De esa manera no se necesitó mover las tarjetas de colores del salón. Se formaron 4 equipos de trabajo, dos de ellos revisaron dos determinantes.

Equipo 1: Condiciones socioeconómicas y condiciones de vida y trabajo

Equipo 2: Condiciones de servicios de salud y redes sociales y comunitarias

Equipo 3: Estilos de vida: CAP

Equipo 4: Factores biológicos y genéticos

Cada equipo recibía apoyo continuo de los(as) facilitadores, a fin de asegurar el enfoque, aclarar dudas y contribuir a la realización del trabajo.

3°. Identificación preliminar de acciones y de actores/socios clave

a) De acuerdo con la selección de las evidencias que representan las brechas más relevantes, los participantes en los mismos grupos, escribieron la primera propuesta de acciones, actores clave y socios.

b) En plenario se revisaron y valoraron las propuestas de cada equipo, de tal manera que se afinara la información preliminar básica para la formulación del plan estratégico.

4°. Formulación del plan estratégico

a) Siempre manteniendo los 4 equipos de trabajo con los mismos integrantes, se procedió a la formulación del plan estratégico, utilizando la matriz de acciones de la actividad anterior.

b) En este momento se profundizó el análisis de las evidencias priorizadas, lo cual sirvió para que los participantes con mayor seguridad decidieran mantener, modificar o cambiar algunas acciones, así como para precisar las actividades de cada acción en la matriz del plan estratégico.

c) Para finalizar el proceso de formulación, cada equipo presentó en plenario su propuesta de acciones según el determinante que trabajó. Los demás participantes plantearon algunas sugerencias que permitieron enriquecer cada propuesta.

Anexo 2: Participantes en el taller de formulación del plan estratégico

Tabla 8: Lista de participantes al taller de formulación del plan estratégico

Nº	Nombres	Organización	Cargo
1.	Denis Martínez	Real Nueva Generación	Director
2.	Tyron Aburto	MDS RAAS	Coordinador
3.	Elmer Johnson	AMODISEC RAAN	Monitoreo y evaluación
4.	Venancio Silva López	MODIVERSEX San Carlos/Río San Juan	Director
5.	Orlando Andino	Activistie-IDSDH Masaya	Activistie-IDSDH
6.	Aquiles Antonio Parajón	IDSDH San Ramón/Matagalpa	Activista
7.	Nelson González	OVI Ciudad Sandino	Director Ejecutivo
8.	Enrique Suce Fuentes	OVI Managua	Secretario
9.	Luis Torres Cruz	ANDISEX Jinotepe	Director Ejecutivo
10.	Yura Marcelo Martínez	CODISEX León	Director Ejecutivo
11.	René Villalobos	Managua	Consultor Independiente
12.	Eduardo Espinoza	CEPRESI	Facilitador
13.	Norman Gutiérrez	CEPRESI	Director Ejecutivo
14.	Salvador Reyes	CEPRESI	Coordinador Técnico
15.	Juan Antonio Manzanares	CEPRESI	Coordinador Granada
16.	José Armando González	Managua	-
17.	Jeffry Corea	INDSVIH	Presidente General
18.	Vladimir Reyes	ANH-Nicaragua	Comunicación Gral.
19.	Tommy Acosta Chamorro	MINSA Central	Técnico VIH
20.	Fidel Moreira	CEGODEM	Director
21.	Mario Gutiérrez	FIATPAX	Director
22.	Marvin Mayorga	IDSDH Managua	Coordinador General
23.	Bismarck Moraga	Asociación Nuevos Horizontes	Vicepresidente
24.	Harvey Maradiaga	ADISNIC	Coordinador General

Anexo 3: Evidencias de situación del VIH/sida en población HSH

Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Nicaragua 2009. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: UVG; 2010. Disponible en: *http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf*[13]

1. Cerca de 75.0% de los hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero en ambas ciudades reportaron haber usado condón en la última relación sexual con sus parejas comerciales, y 38.1% para los de Managua y 32.5% de los de Chinandega lo usaron consistentemente con las parejas ocasionales.

2. También 27.3% de los de Managua y 41.0% de los de Chinandega reportaron haber usado condón en la última relación sexual con una mujer.

3. La prevalencia del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero de Managua fue de 7.5% y de 2.8% en Chinandega, mientras que la prevalencia de sífilis fue de 6.6% en Managua y de 1.7% en Chinandega.

4. El virus del herpes simplex tipo 2 fue la infección más prevalente en Managua (39.9%).

5. La incidencia total de VIH por año entre los entrevistados en ambas ciudades fue de 2.7% y por edades fue de 3.0% en las personas de 18 a 29 años de edad, y de 1.1% para quienes tenían 30 años o más de edad.

6. De las ITS diagnosticadas, el herpes virus simplex tipo 2 fue la patología más prevalente: 75.7% en Managua y 83.5% en Chinandega; la prevalencia de sífilis fue de 7.0% en Managua y de 0.5% en Chinandega.

7. El uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable fue reportado por 72.6% de los hombres y por 49.4% de las mujeres.

8. Mientras que el uso consistente de condón con todas las parejas ocasionales en los últimos 12 meses se reconoció por 74.5% de los hombres y por 66.7% de las mujeres.

9. El 81.5% de las personas con VIH fueron positivas para el virus del herpes simplex tipo 2; la prevalencia de sífilis fue de 11.6% para todos los participantes, mientras que 6.0% de éstos tenían sífilis activa.

10. La prevalencia de Chlamydia trachomatis fue de 0.9% en los hombres y de 3.3% en las mujeres, y la prevalencia de Mycoplasmagenitalium fue de 0.9% en hombres y de 8.8% en mujeres. Ninguna de las personas con VIH resultó positiva para Neisseriagonorrhoeae.

PSI Research Division, "NICARAGUA (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega 3a Ronda Nacional", PSI Social Marketing Research Series, 2010 *<http://www.psi.org/resources/publications>.*[16]

11. El uso de condón en la última relación tanto para Managua como para Chinandega es en general alto para todas las poblaciones HSH (87.25%), es más alto particularmente en Trabajadores Sexuales Masculinos TSM (Managua 83.2% y Chinandega 90.15%).

12. Los porcentajes de uso consistente del condón en los últimos 30 días con todas las parejas masculinas de principio a fin de la relación, el cual es ostensiblemente bajo en todos los subgrupos HSH, en particular en TSM (11.5% para Managua y 2.5% en Chinandega).

13. El uso del condón de forma consistente con todos los tipos de pareja y de principio a fin de la relación aumenta entre:

a) Uso consistente del condón con todas las parejas masculinas en el último mes (Managua 17% y Chinandega 17.2%)

b) Los HSH que manifiestan comprar los condones en caja. Los usuarios de condón de manera consistente con todo tipo de pareja de principio a fin se adhieren en mayor porcentaje a dicha afirmación (2.64) que entre quienes no son usuarios consistentes (2.37 p. <0.05)

14. HSH que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses Managua 61.3% y Chinandega 70.3%.

15. HSH que se sintieron discriminados al momento de realizarse la prueba de VIH en Managua 5.2% y Chinandega 6.35%.

16. El 92.1% de Managua y el 77.8% de Chinandega de HSH refieren una buena percepción de autoestima.

17. El 73.3% de Managua y el 72.9% de los HSH encuestados de Chinandega Identifica correctamente dos formas de prevención de VIH (uso de condón y fidelidad mutua) y rechaza principal mito sobre transmisión de VIH (una persona puede verse sana y tener VIH).

PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: *http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf*[19]

18. El 88% de respuestas favorables a que debe existir disponibilidad de condones para todas las personas que los requieran, incluyendo adolescentes. El 83% de respuestas favorables sobre la existencia de programas de prevención a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS).

19. Solamente cuatro de cada diez personas se oponen a la idea de que el dueño de una empresa deba tener el derecho de pedir una prueba del VIH como requisito para la contratación. Esta proporción ha aumentado significativamente, del 35% al 40%, entre 2009 y 201, pero aún así sugiere que seis de cada diez personas consideran aceptable que el empleador pida una prueba no solicitada voluntariamente, dando así ocasión para la discriminación de personas con VIH.

20. La mitad de las personas entrevistadas en 2011, compartir la vivienda con un amigo homosexual no representa ningún problema. En todos los ítems que este estudio sondea, este porcentaje es el que ha mostrado un mayor aumento entre 2009 y 2011, de 37% a 49%.

21. El requerimiento de la disponibilidad de condones para todas las personas que deseen usarlos alcanza del 86% al 90% entre las personas con educación, en tanto que entre las que no tienen educación formal es del 81%. Alrededor del 75% de estas últimas personas considera que deben implementarse programas preventivos específicos para HSH y TS, en tanto que los consideran necesarios casi el 90% de las personas con educación superior.

22. Por otra parte, más hombres (41%) que mujeres (38%) se oponen a que un empleador tenga el derecho de pedir una prueba de VIH como requisito para dar un empleo y más hombres (90%) que mujeres (87%) muestran acuerdo con el acceso y fácil disponibilidad de toda la población a condones.

Hernández, Egla y Lola Norori, Francisco Javier. "Respeto a los Derechos Humanos de las personas de la diversidad sexual por parte del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez en relación con la custodia de niños y niñas". Informe Nacional de Fiscalización. (Acceso 31 de noviembre de 2013).Nicaragua: Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH); marzo 2012. Disponible en: *http://www.pddh.gob.ni/wp-content/uploads/2012/06/RESPETO-A-LOS-DDHH-DE-LAS-PERSONAS-DE-LA-DIVERSIDAD-SEXUAL-POR-PARTE-DEL-MIFAN-EN-LA-CUSTODIA-DE-NI%C3%91AS-Y-NI%C3%91OS.pdf*[20]

23. Se identificó un total de 18 casos de custodia de hijos(as) relacionadas con personas de la diversidad sexual. Aunque en el MIFAN indicaron la existencia de sólo 4 casos, con las organizaciones y personas de la diversidad sexual se logró conocer de 14 casos más.

24. De acuerdo con las organizaciones y personas de la diversidad sexual, los lugares donde se tuvieron casos de custodia son Managua (7), Jinotega (3), Bilwi (3), y Matagalpa (1). Por su parte los (as) funcionarios (as) y personal técnico del MIFAN indicaron que tuvieron casos en Managua (1), Masaya (1) y Chinandega (1), y otro sin identificar.

25. La discriminación y estigmatización encontrada, tiene su base principal en que, el personal de MIFAN, está constituido, en su mayoría de mujeres (80%) y adultos (as) con más de 40 años (63%), quienes tienen una visión cultural y religiosa muy conservadora sobre el rol materno y paterno de personas de la diversidad sexual. Adicionalmente, en la Costa Caribe, está el elemento cultural étnico, mayormente de la población creole, quienes por su alta homofobia han llegado a apedrear a los homosexuales.

26. La actuación y las percepciones de la mayoría de los (as) funcionarios (as) (69%) y personal técnico del MIFAN (56%), está relacionado con la poca sensibilización y capacitación en temas de Diversidad Sexual encontrado en esta fiscalización.

CIPAC, Asociación LGTB Arcoiris y CEPRESI. Homo/Lesbofobia en personal de salud de Costa Rica, Honduras y Nicaragua. HIVOS; junio 2009. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=115* [21]

27. La homosexualidad tiende a considerarse como poco moral, con un promedio de 57.5%.

28. Un 42.47% de estos profesionales opina que la conducta homosexual es contraria a la moralidad nicaragüense.

29. El 47% de los trabajadores de la salud están en desacuerdo que algunas personas sientan atracción sexual hacia otra persona del mismo sexo.

30. 46.1% de los profesionales de la salud están en desacuerdo en que la relación homosexual entre dos personas adultas no tiene nada que ver con la moral.

31. 37.3% de los trabajadores de la salud están en desacuerdo en que la homosexualidad es una alternativa de vida aceptable.

32. El 47% de los profesionales consideran que la persona homosexual es una persona poco cristiana.

33. El 50.6% de los profesionales de la salud están en desacuerdo que las relaciones homosexuales entre adultos deben ser legales.

34. Solo el 50% de los profesionales podría aceptar sin problema que hubiera una persona homosexual entre sus familiares.

35. Al 71% de los profesionales de la salud les incomoda que les vean en compañía de una persona homosexual.

36. 32.6% de los trabajadores de la salud están de acuerdo que es difícil tener una amistad íntima con una persona homosexual.

37. El 43.4% de los trabajadores de la salud opinan que si tuvieran un hijo gay o una hija lesbiana, lo/la mandaría a terapia para cambiar su orientación sexual.

38. 1 de cada 4 profesionales de la salud consideran que las personas homosexuales no deben frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas.

USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID|PrevenSida; 2011. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100*[22]

39. En general, el 54.1% (172) del total de informantes expresó que se sintió discriminado.

40. El 72.7% (125) dice haber recibido esta discriminación de parte de la comunidad, así como de su hogar (43.6%) y de la policía (27.2%). En estos niveles de discriminación los mayores porcentajes, según quiénes discriminan, se refieren a las PEMAR y PVS, sobre todo de parte de la comunidad 79.8% y 68.2% respectivamente.

41. Referente a la violencia recibida, el 57.2% (182) del total de 318 personas encuestadas refirieron haber recibido violencia alguna vez, de las cuales el 66.9% corresponde a PEMAR, 63% a PVS y 48.1% a población general.

42. El mayor tipo de violencia experimentada es verbal, con un 72.6% (130), seguido de violencia física, con 66.5% (119). Un 10.1% (18) de la población considera que ha recibido otro tipo de violencia, mientras el 10.6% (19) corresponde a la violencia sexual y un 27.9% (50) a la emocional. Las PEMAR son el tipo de población más afectada, ya sea de forma verbal 80.9% como física 68.5%.

43. Aunque el 49% de la población general entrevistada expresó que al descubrir que su hermano es trans/gay/lesbiana, lo aceptaría y apoyaría, también hay un 10.2% que sería de rechazo y un 3.8% que lo mandaría a terapia.

44. Así mismo, se evidencia, por ejemplo en las asociaciones existentes de parte de la población general por nivel educativo, hacia las personas trans/gay/lesbiana y las PVS, que los porcentajes más altos de asociaciones están en el grupo de secundaria incompleta abarcando las variables "promiscuidad, enfermedad mental, disgusto, desagrado, ITS, drogas, alcohol", exceptuando que el 42.9% asocia con "respeto". Se destaca el porcentaje más alto de los datos, por el grupo de los universitarios que asocia con "solidaridad" (57.1%).

Suárez Rehaag, Daria y Madrigal Ballestero, Francisco. Percepción de estudiantes universitarios sobre la homo/lesbofobia en Costa Rica, Nicaragua y Honduras. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Costa Rica, Nicaragua y Honduras: CIPAC, CEPRESI y Arco Iris; 2008. Disponible en: *http://www.asical.org/es/grupo/g20/estudiohomofobianicrhn.pdf*[23]

45. Vínculo con gay y/o lesbianas: Amigos/as o familiares gay o lesbianas: En Nicaragua este porcentaje de contacto con personas abiertamente gay o lesbianas se reduce a 34%, un país donde hasta hace muy poco se penaba la orientación sexual diversa con prisión.

46. Con relación a una pregunta dirigida a identificar el grado de rechazo a la orientación sexual diversa si se tratase de una persona con vinculación muy cercana, hermanos y hermanas, hijos o hijas, las respuestas fueron: En Nicaragua: un 55% de los que tienen hermanos-as manifestaron que respetarían su orientación o que no tienen problemas con eso, un 14% le recomendaría terapia de cambio y solo un 3.3% manifestó sentimientos de rechazo total.

47. Para el caso de hijos e hijas, solo un 12.2% de la muestra en Nicaragua informó tener descendencia,

de ellos-as, un 16.7% indicó aceptación, comprensión y amor. Sin embargo, el mismo porcentaje manifestó rechazo y deseos de agredirles físicamente.

48. 30. En Nicaragua: 36 personas, equivalentes al 7.5% de la muestra manifestó haberse sentido atraído-a por alguien de su mismo sexo. 195 personas dijeron que buscarían ayuda psicológica si eso llegara a sucederles, 136 informaron que buscarían a Dios, únicamente 88 personas dijeron que se cuidarían y aceptarían, lo que representa un 17.6% del total de la muestra.

49. Actitud hacia la homosexualidad y el lesbianismo: En Nicaragua un 71.5% de la muestra manifestó que el mayor problema de la población gay – lésbica es la discriminación y un 29.9% que el tener que llevar una doble vida, hecho muy significativo ya que este es una situación social y no propia de las personas con atracción hacia su propio sexo. Un 22.1% (107 personas) señalaron la inestabilidad emocional como el problema de gais y lesbianas.

50. Causas de la homosexualidad o lesbianismo en Nicaragua. La muestra de Nicaragua considera en un 34% que se debe a abuso sexual infantil, igual porcentaje indica que es determinado biológicamente, mientras que un 53.2% de la muestra que es una decisión personal.

51. En relación con los derechos para gay y lesbianas: Nicaragua: un 75% de la muestra rechaza la idea de permitir la adopción a población homosexual e igual sentimiento de rechazo prevalece en lo referente al matrimonio entre personas del mismo sexo, un 83.3% rechaza la idea del todo. En este país se muestran un poco más abiertos en lo que respecta a derechos económicos, como por ejemplo: 53.6% al acceso a bono de vivienda, 59.4% a créditos para vivienda, 53.6% a herencias. Un 10% de la muestra indicó que gais y lesbianas no deberían tener derechos. Resulta inquietante el listado que varios de los y las participantes mencionaron.

52. Mitos y estereotipos hacia la homosexualidad o el lesbianismo. ITS y orientación sexual: en Nicaragua 235 personas (48.6%) consideran que efectivamente son más vulnerables ante el VIH y las ITS.

53. Drogas y alcohol. En Nicaragua: un 46.3% opina orientación sexual no está ligada a un mayor consumo de estas sustancias.

54. Mater/paternidad gay/lésbica: Los y las estudiantes nicaragüenses consideran en un 46.1% que gay y lesbianas no pueden ser buenos padres o madres.

55. Amor homosexual: un 30,3% opina que ese sentimiento es igual que al existente entre parejas heterosexuales, sin embargo, un 20.8% considera que el amor entre dos personas del mismo sexo es imposible o es pura confusión sexual.

56. Cuando se les peguntó si aceptarían que su hijo fuera homosexual o lesbiana, si respetarían su orientación sexual o bien si este fuese su hermano o hermana, con respuestas negativas de un 94%.

57. Los estudiantes continúan asociando la homosexualidad con el VIH/Sida un 48%.

58. Al preguntárseles si alguna vez se sintiera atraído o atraída por alguien de su mismo sexo, más del 30% expresó que buscaría ayuda psicológica.

USAID/PASMO/PSI. Centroamérica (2007): Estudio MAP Evaluando la Cobertura, Calidad de Cobertura, Penetración y Calidad de Penetración de Condones y Lubricantes en Zonas Rojas y Acceso y Equidad de Acceso a Poblaciones Vulnerables de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y Panamá. [24]

59. La presencia de lubricantes distribuidos por PASMO es más alta en Nicaragua (85%) y Guatemala (65%).

60. La calidad de cobertura de condones en el canal de alto riesgo reporta un buen abastecimiento del producto en la mayoría de países; Guatemala (55%) y Panamá (45%) son los que menores porcentajes tienen. Hay presencia de condones en lugares abiertos después de la media noche en una tercera parte de las zonas rojas de Belice, Costa Rica y Panamá.

61. Las poblaciones meta del proyecto (HSH y TSF) tienen en la mayoría de países niveles superiores al 84% en cuanto al acceso a condones.

62. En lo referente a la penetración de condones en las zonas rojas, Guatemala y Panamá tienen porcentajes que muestran una distribución más alta en los sitios de alto riesgo.

USAID/PASCA. Nicaragua: Progreso de la respuesta política al VIH 2011. (Acceso 31 noviembre de 2013). Nicaragua: USAID/PASCA; 2012. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=118:nicaraguaprogreso-de-la-respuesta-pol%C3%ADtica-al-vih2011&Itemid=4*[25]

63. En general, la respuesta política al VIH en el país se encuentra en niveles similares a los de la mayoría de países de la región.

64. Los mayores progresos en la respuesta política al VIH en el país se encuentran en las áreas de Derechos Humanos y Estigma y Discriminación. Los progresos en estas dos áreas son más visibles en Nicaragua que en la región centroamericana en general.

65. Las mayores brechas en el país se encuentran en las áreas de empresa privada y financiamiento público.

66. En general, entre las diferentes etapas del proceso de política, se registra mayor desarrollo en la Formación de base de apoyo, agenda política y abogacía.

Centro para la Educación y Prevención del Sida. Estudio Línea de Base CEPRESI (2005). Nicaragua: CEPRESI; 2005. [26]

67. Un 15% de los entrevistados afirma haber tenido su primera relación sexual con un hombre y el 85% con una mujer.

68. Se puede apreciar que un 65% de los entrevistados, NO creen que todas las personas estén expuestas a la infección de una ITS o el VIH/SIDA.

69. Del total de los entrevistados, el 22% expresa no usar condones en sus relaciones sexuales penetrativas, el otro 88% que si lo usa el 52% dice que lo usa con su pareja y el 46% con otras personas.

Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) y Ministerio de Salud. Medición del gasto en sida MEGAS 2009 – 2010. Nicaragua: CONISIDA/ MINSA; mayo 2012. *http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf*[27]

70. El financiamiento público ha tenido un crecimiento sostenido, desde el 2008 hasta el 2010, es posible que la inversión sea aun mayor, dado que hay un sub registro de las acciones que realizan las entidades gubernamentales las cuales no se reflejan claramente en el presupuesto.

71. En Nicaragua, tres cuartas partes de los fondos tienen intermediación en el sector público, principalmente el MINSA y el INSS, los fondos restantes son administrados por agencias de cooperación (cuyo rol primario es el de fuentes de asistencia técnica y financiera), y por organizaciones sociales (cuyo rol primario es el de proveedores de servicios).

72. En Nicaragua, tres cuartas partes de los fondos son ejecutados por proveedores del sector público, de tres tipos principalmente: centros de salud, hospitales y los componentes de ITS y VIH y sida del Ministerio de Salud. En el sector privado, que tiene una participación del 21% en el gasto ejercido por proveedores, los principales proveedores son las organizaciones sociales y las farmacias.

73. La prevención ocupa el primer lugar en categoría de gastos, sin embargo la gestión de programas supera el gasto en todas las demás categorías, lo cual representa una distorsión importante en la distribución del gasto.

74. En la categoría de atención y tratamiento, la atención ambulatoria superó el gasto en atención hospitalaria, esto podría reflejar que en la medida que los servicios para las personas con VIH son más oportunos e integrales, se reduce la evolución hacia VIH avanzado, lo que reduce los costos de atención y evidencia una mejor calidad de vida de estas personas. En lo relativo a servicios de Medición del Gasto en Sida 2009-2010 protección social tanto para adultos como para niños y niñas, aun cuando se evidencia una voluntad política de incrementar los recursos para este fin, todavía se considera un desafío a atender en los próximos años.

75. Cuando se desglosan las actividades por tipo de población destinataria, se observa que a pesar de que en el país la epidemia se presenta de forma concentrada, más de la mitad de los recursos se destina a financiar actividades dirigidas a población general o bien a intervenciones inespecíficas, un cuarto de los recursos se destina a personas con VIH y menos de un quinto de los mismos se destina a poblaciones más expuestas en diferentes expresiones.

Centro para la Educación y Prevención del Sida (CEPRESI). "Encuesta de Opinión sobre Homofobia dirigida a Estudiantes Universitarios en Cinco Departamentos de Nicaragua". (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: CEPRESI; 2009. Disponible en: *http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1246385516_Resultados%20de%20Encunesta%20de%20Opinion%20sobre%20Homofobia%20dirigida%20a%20Estudiantes.pdf*[28]

76. Un 93.8% aceptaría a su hijo/a homosexual, no obstante, de esa cohorte, un 99.6% dijo que no recurriría a la agresión física, ni lo desconocería, ni lo echaría del hogar, en los mismos porcentajes de posibles reacciones.

77. Creencias frente a la homosexualidad o lesbianismo versus actitudes. En primer lugar, la opinión ante "el amor entre personas del mismo sexo" resulta dividida entre aquéllas que consideran que es "imposible" y resultado de una "confusión sexual" (para un 41.8% acumulado) y aquellas que consideran que "verdadero aunque superficial", "verdadero y profundo" o aún "equiparable al amor heterosexual", para un acumulado

de 47.2% de las 452 personas que respondieron a la pregunta, polarizan la opinión de la cohorte.

78. Al preguntar sobre si están más propensos los gay y las lesbianas a adquirir ITS, el 48% contestó que sí, el 38% contestó que no y el 13% contestó que no sabe.

Carballo Palma, Luis. Modelo de Modos de Transmisión del VIH. Análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH y recomendaciones para prevención. Nicaragua: abril 2012[29].

79. Cobran importancia los grupos de bajo riesgo heterosexual como consecuencia del rol transmisor de las poblaciones puente y un uso inconsistente de condón entre parejas estables.

80. Las particularidades del comportamiento sexual como número de parejas promedio, número de actos y actos protegidos no sólo definen los grupos de alta transmisión, sino que son parámetros sensibles en el modelo y posibles blancos de intervenciones.

81. El sexo comercial tiene un amplio impacto en la transmisión sexual, evidente en el peso que tiene la proporción de incidencia entre clientes de trabajadoras sexuales y las parejas de estos.

82. El modelo supone que las poblaciones son excluyentes y que no hay sobre posición de conductas de riesgo, por lo cual este análisis es apropiado para dirigir esfuerzos preventivos específicos e identificar falencias en la captura de información en conductas de riesgo, pero para un análisis detallado de las conductas y las dinámicas de cada grupo se requieren modelos más detallados.

Grupo Estratégico por los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual (GEDDS). Una mirada a la Diversidad Sexual. Primera edición. (Acceso 28 de mayo de 2013). Managua, Nicaragua: GEDDS; 2010. Disponible en: *http://idsdh.org/wp-ontent/uploads/2010/07/estudio-09-webcompleto-rgbs1.pdf*[30]

83. El 82% de las personas de la diversidad sexual no han sido detenidas.

84. El 48.3% de las personas encuestadas han alcanzado estudios secundarios. Las personas de la diversidad sexual somos tan capaces de alcanzar niveles de estudios técnicos o profesionales como el resto de la población.

85. El 71.8% de las personas de la diversidad sexual encuestadas refiere que nunca han sido obligadas a mantener relaciones sexuales contra su voluntad. (El abuso sexual no determina la identidad sexual de las personas de la diversidad sexual.

Green, Isabel. Identificación de conductas y prácticas con relación al VIH-Sida en la población HSH en 8 departamentos de Nicaragua. Agosto-octubre 2004.[31]

86. En el 42.4% (106) de los casos, la primera experiencia fue con un amigo personal; en el 23.2% (58), con un conocido; en el 15.2% (38), con un amigo de la familia; en el 10% (25), con un desconocido y en el 7.2% (18) de los casos, un familiar fue la pareja masculina en su primera relación sexual.

87. Entre las prácticas sexuales mencionadas por los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se destacan las siguientes:

    a) Relaciones sexuales orales sin el uso del condón 32.3% (207).

    b) Relaciones sexuales bajo el efecto del licor 31.5% (202), relaciones sexuales anales sin el uso del condón 30.7%.

    c) Relaciones sexuales con hombres que usan drogas intravenosas 2.5%.

    d) Relaciones sexuales con hombres que sospechaban eran portadores de una ITS 1.7% (11).

    e) Relaciones sexuales acompañadas de golpes y heridas 1.0% (7).

88. Con relación al número de parejas sexuales que han tenido los entrevistados en el último año, se encontró que el 44% (110) expresó haber tenido de 1 a 3 parejas; el 18.8% (47), más de 9 parejas; 17.6% (44), de 4 a 6 parejas; el 14.0% (35).

89. En cuanto a las formas de prevención, las más mencionadas fueron:

    a) Uso del condón en toda relación sexual con penetración 41.7% (180).

    b) Evitar relaciones con personas desconocidas 17.6% (76).

    c) Abstinencia 14.6% (63).

90. Entre los factores que motivan a los HSH a tener relaciones sexuales de bajo riesgo, se destacan valores, determinaciones, alternativas y habilidades, los siguientes:

    a) Valorarse, quererse, respetarse a sí mismo y a los demás 33.9% (190).

    b) Practicar el uso del condón hasta que llegue a ser parte natural en tu vida 23.2% (130).

c) Tomar licor sin perder el control 19.6% (110).

d) Ser creativo para encontrar alternativas a la penetración sin condón 15.5% (87).

e) Tener habilidad para negociar el uso del condón 7.3%.

91. El 63.6% (159) de los entrevistados utiliza el condón cuando tienen relaciones sexuales, el 33.6% (84) no lo utiliza y el 2.8% (7) lo utiliza de manera ocasional.

92. Entre los motivos que determinan el uso del condón, los entrevistados señalaron los siguientes:

a) Prevenir una Infección de Transmisión Sexual y/o el VIH 56.8% (158).

b) No querer enfermarse 24.8% (69).

93. Los entrevistados que no usan el condón manifestaron algunas razones entre las que se destacan:

a) No les gusta el condón 24.2% (36).

b) No pensaron que fuera necesario 22.1% (33).

c) No le gusta a la pareja 18.1% (27).

d) No siente lo mismo 14.8% (22)."

94. "Con relación a las habilidades y destrezas para convencer a la pareja de utilizar un condón en las relaciones sexuales, el 58% (145) de los entrevistados argumenta y negocia con su pareja el uso del condón y el 41.6% (104) no lo hace. Los argumentos más utilizados por los entrevistados para negociar el uso del condón con la pareja son:

a) Evitar la infección del VIH 55.4% (124)

b) La importancia de cuidarse 35.3% (79)

c) Evitar embarazos 6.7% (15)

95. Con relación a la prueba voluntaria del VIH para detección oportuna de la infección, el 41.60% (104) de los HSH se la han realizado.

96. Los lugares, frecuentemente, identificados por los HSH como sitios donde se pueden realizar la prueba del VIH son los siguientes:

a) Centro de salud/ hospital 30.3% (134)

b) Laboratorios 25.1% (111)

c) ONG 23.8% (105)

Hernández A., Carlos A. [et al.]. Seroprevalencia del VIH-Sida y uso del condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Nicaragua: 2009.[32]

97. Un 21% de los HSH tuvo su primera relación sexual en contra de su voluntad. La positividad para sífilis en hombres que tienen sexo con hombres determinada en este estudio fue de 3.73%.

98. Casi la mitad (46%) de los HSH estudiados se había realizado alguna vez la prueba del VIH, la más alta frecuencia se encuentra en los homosexuales (66%) y transexuales (60%), mientras que es muy baja en bisexuales (36%) y aún más baja en heterosexuales (30%).

99. De hecho, los heterosexuales registran un 60% de menor probabilidad de realizarse la prueba, en comparación con el resto de HSH (OR 0.4) y los bisexuales tienen un 50% de menor probabilidad de hacerse la prueba, en comparación con el resto de HSH (OR 0.5); por su parte, los homosexuales tienen casi 4 veces mayor probabilidad de hacerse la prueba, en comparación al resto de los HSH (OR 3.8).

100. La tasa de exposición a los materiales educativos, es claramente mayor en los transexuales (73%) y los homosexuales (57%) en relación con la tasa de exposición en bisexuales (3.8%) y heterosexuales (34%). Mientras que para transexuales y homosexuales la principal fuente de información sobre el VIH son las acciones educativas (59% y 49%, respectivamente), para los bisexuales y heterosexuales son los medios masivos (47% y 50%, respectivamente).

101. Sólo el 19% de todos los HSH hace uso integral y consistente del condón como opción de protección frente al VIH.

102. En la última relación sexual, el condón se usó en el 56% de las ocasiones en que se realizó sexo anal, el 44% de las ocasiones de sexo vaginal y el 34% de las ocasiones de sexo oral, resultando en una tasa de 34% de uso consistente del condón en la última relación sexual. Las razones de no uso de condón, en la mayor parte de los casos (41%), se asocian a que el HSH no tiene control de las condiciones en que se realiza el encuentro sexual y son las circunstancias inmediatas del encuentro o su pareja quien impone las condiciones de protección o de no protección. En el 24% de los casos, no se usa el condón por basarse en la confianza de uno en el otro; en el 17% de los casos, el propio HSH no quiso usarlo y sólo en un 18% de los casos se vinculó a no disponer de condones.

Sánchez Bermúdez, Armando y Mejía Roa, Sonia. Resultados de Impacto de la Estrategia IEC en HSH en Seis Departamentos del Pacífico de Nicaragua. CEPRESI 2009.[33]

103. 56.8% de HSH encuestados refieren haber tenido más de 2 parejas sexuales en los últimos 30 días previos a la entrevista, de ellos el 95.37% refieren 1 a 30 contactos sexuales en los 30 días anteriores a la fecha de entrevista.

104. El 41% de los HSH inician su relación sexual antes de los 15 años de edad.

105. 30.4 % de HSH entre 18 y 35 años que manifiestan prácticas del uso de condones de manera consistente en toda relación sexual penetrativa, y uso de lubricantes a base de agua, como medidas específicas para protegerse de las ITS/VIH/SIDA.

106. Dos terceras partes de la muestra no usan o usan el condón de manera inconsistente, al menos el 65% de la muestra afirma categóricamente que el uso del condón es eficaz en la prevención de las ITS/VIH/SIDA.

107. 22% afirma haber visitado algún centro de salud o médico privado para chequeos de salud sexual en los últimos doce meses al momento de la entrevista.

108. Un 68% afirman que han comprado al menos alguna vez condones y lubricantes y señalan en un 77% a las farmacias como lugares de acceso para su compra.

Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y CEPRESI. Estudio de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Transgénero Femeninas de la ciudad de Masaya, Nicaragua. Nicaragua: CES-UCV/CEPRESI; 2012. [34]

109. Respecto al uso consistente de condón en los últimos 30 días, se observó que con cualquier tipo de pareja sexual, hay bajas prevalencias de uso de condón, aunque fue con las parejas estables masculinas o femeninas donde la prevalencia fue menor; 41.6% y 30.2% respectivamente.

110. Las Prevalencias de VIH de acuerdo a autoidentificación reportada fue de 13.4% para gay, 11.3% para heterosexual y bisexual y para las personas transgénero es de 4.3%. Datos que difieren de los resultados encontrados en Managua y Chinandega.

111. Con relación a los resultados de los Indicadores UNGASS, en poblaciones en mayor riesgo, acerca de realizarse la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocer sus resultados por edad, el 34.2% de los menores de 25 años, respondieron afirmativamente.

112. En cuanto al índice de conocimientos el 35.2% de los participantes menores de 25 años identificaron correctamente las formas de prevenir el VIH y rechazaron correctamente las ideas erróneas de transmisión.

113. El 76.5% de los participantes menores de 25 años reportaron haber usado un condón durante su última relación sexual anal con una pareja masculina.

Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y CEPRESI.Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Transgénero femeninas de la ciudad de Masaya, Nicaragua, 2011. Nicaragua: CES-UVG y CEPRESI; 2011. [35]

114. Se encontraron bajas prevalencias de uso consistente del condón en los últimos 30 días, aunque fue con las parejas estables masculinas o femeninas donde las prevalencias fueron menores; 41.6% y 30.2% respectivamente.

115. Mientras que con clientes y parejas ocasionales el reporte fue de 66.5% y 51.5% respectivamente. El 83.9% de los participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, hombres y mujeres durante los últimos 12 meses. El 76.5% de los participantes menores de 25 años reportaron haber usado un condón durante su última relación sexual anal con una pareja masculina. El 35.2% de los participantes menores de 25 años identificaron correctamente las formas de prevenir el VIH y rechazaron correctamente las ideas erróneas de transmisión.

116. La prevalencia general del VIH, fue de 9.8%, la de sífilis fue de 2.2% y la prevalencia de sífilis activa (dilución de la prueba RPR mayor o igual a 1:8), fue de 1.4%. Las prevalencias de VIH de acuerdo a auto identificación reportada fue de 13.1% en población gay, 9.4% en personas que se autoidentifican como heterosexuales y bisexuales y en las transgénero femeninas fue de 4.3%.

Ministerio de Salud. Análisis estadístico de la situación en salud en Nicaragua 2000–2011. Nicaragua: MINSA; 2011.[36]

117. Año con año la tasa de incidencia del VIH ha ido en aumento. En el 2000, la tasa de incidencia, era el 2.5; para el 2009 se registra una tasa de 15.2 por 100,000 habitantes. Según estimación hecha por ONUSIDA en el 2007, la prevalencia de Sida en población adulta (15-49 años) fue de 0.2%. Los grupos de edad de 15-24 años (28%), 30-39 años (27%), 25-29 años (23.8%) y 40-49 años (11.7%) son los mayormente afectados.

Centro para la Educación y Prevención del SIDA. Resultado del impacto de la estrategia de IEC en HSH en Seis Departamentos del Pacífico de Nicaragua. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: CEPRESI/FONDO MUNDIAL;enero 2009. Disponible en: *http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1246384937_Informe%20Estudio%20Cepresi%202009AJUSTADO090609.pdf*[37]

118. El 42% ha reducido el número de parejas y contactos sexuales.

Anexo 4. Síntesis DSS en la población HSH

Partiendo de las evidencias analizadas durante el taller, los participantes realizaron una síntesis de los DSS que predominan en población HSH, la cual se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 9: Síntesis DSS en la población HSH

Nivel de determinantes	Limitan	Favorecen
Condiciones socioeconómicas	- Estigma y discriminación en las instituciones públicas y empresas privadas. - Más de la mitad de los recursos se destina a financiar actividades dirigidas a población general o bien a intervenciones inespecíficas, un cuarto de los recursos se destina a personas con VIH y menos de un quinto de los mismos se destina a poblaciones más expuestas en diferentes expresiones. - El financiamiento público ha tenido un crecimiento sostenido, desde el 2008 hasta el 2010, es posible que la inversión sea aun mayor, dado que hay un sub registro de las acciones que realizan las entidades gubernamentales las cuales no se reflejan claramente en el presupuesto.	- Progresos en la respuesta política al VIH en el país en las áreas de derechos humanos y estigma y discriminación. Estos son más visibles en Nicaragua que en la región centroamericana. - Mayor disponibilidad de condones para todas las personas que deseen usarlos. - Incremento en Managua y Chinandega de los HSH encuestados que identifica correctamente dos formas de prevención de VIH (uso de condón y fidelidad mutua) y rechaza principal mito sobre transmisión de VIH (una persona puede verse sana y tener VIH).
Condiciones de vida y trabajo	- Bajo nivel educativo en la población HSH. - La muestra de Nicaragua en un 34% considera que la homosexualidad se debe a abuso sexual infantil, igual porcentaje indica que es determinado biológicamente, mientras que un 53.2% de la muestra que es una decisión personal.	- Tanto hombres (41%) como mujeres (38%) se oponen a que un empleador tenga el derecho de pedir una prueba de VIH como requisito para dar un empleo, igualmente hombres (90%) y mujeres (87%) muestran acuerdo con el acceso y fácil disponibilidad de toda la población a condones. - El 82% de las personas de la diversidad sexual no han sido detenidas.
Condiciones de servicios de salud	- En Nicaragua, tres cuartas partes de los fondos tienen intermediación en el sector público, principalmente el MINSA y el INSS, los fondos restantes son administrados por agencias de cooperación (cuyo rol primario es el de fuentes de asistencia técnica y financiera), y por organizaciones sociales (cuyo rol primario es el de proveedores de servicios). - En lo relativo a servicios de Medición del Gasto en Sida 2009-2010 protección social tanto para adultos como para niños y niñas, aun cuando se evidencia una voluntad política de incrementar los recursos para este fin, todavía se considera un desafío a atender en los próximos años. - La prevención ocupa el primer lugar en categoría de gastos, sin embargo la gestión de programas supera el gasto en todas las demás categorías, lo cual representa una distorsión importante en la distribución del gasto.	- Descentralización de la prueba de VIH y de la terapia antirretroviral - Resolución Ministerial 249-2009

Tabla 9: Síntesis DSS en la población HSH (Cont.)

Nivel de determinantes	Limitan	Favorecen
Redes sociales y comunitarias	- Homofobia hacia población gay-lésbica. - El 72.7% (125) dice haber recibido esta discriminación de parte de la comunidad, así como de su hogar (43.6%) y de la policía (27.2%). - Cuando se les peguntó si aceptarían que su hijo fuera homosexual o lesbiana, si respetarían su orientación sexual o bien si este fuese su hermano o hermana, con respuestas negativas de un 94%.	- En general, la respuesta política al VIH en el país se encuentra en niveles similares a los de la mayoría de países de la región.
Estilos de vida: CAP	- Cerca de 75.0% de los hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero en ambas ciudades reportaron haber usado condón en la última relación sexual con sus parejas comerciales, y 38.1% para los de Managua y 32.5% de los de Chinandega lo usaron consistentemente con las parejas ocasionales. - 22% afirma haber visitado algún centro de salud o médico privado para chequeos de salud sexual en los últimos doce meses al momento de la entrevista. - También 27.3% de los de Managua y 41.0% de los de Chinandega reportaron haber usado condón en la última relación sexual con una mujer. - Las razones de no uso de condón, en la mayor parte de los casos (41%), se asocian a que el HSH no tiene control de las condiciones en que se realiza el encuentro sexual y son las circunstancias inmediatas del encuentro o su pareja quien impone las condiciones de protección o de no protección. En el 24% de los casos, no se usa el condón por basarse en la confianza de uno en el otro; en el 17% de los casos, el propio HSH no quiso usarlo y sólo en un 18% de los casos se vinculó a no disponer de condones. - Los porcentajes de uso consistente del condón en los últimos 30 días con todas las parejas masculinas de principio a fin de la relación, el cual es ostensiblemente bajo en todos los subgrupos HSH, en particular en TSM (11.5% para Managua y 2.5% en Chinandega). - 56.8% de HSH encuestados refieren haber tenido más de 2 parejas sexuales en los últimos 30 días previos a la entrevista, de ellos el 95.37% refieren 1 a 30 contactos sexuales en los 30 días anteriores a la fecha de entrevista. - Entre los factores que motivan a los HSH a tener relaciones sexuales de bajo riesgo, se destacan valores, determinaciones, alternativas y habilidades, los siguientes: a) Valorarse, quererse, respetarse a sí mismo y a los demás 33.9% (190). b) Practicar el uso del condón hasta que llegue a ser parte natural en tu vida 23.2% (130). c) Tomar licor sin perder el control 19.6% (110). d) Ser creativo para encontrar alternativas a la penetración sin condón 15.5% (87). - Tener habilidad para negociar el uso del condón 7.3%. - Con relación a la prueba voluntaria del VIH para detección oportuna de la infección, el 41.60% (104) de los HSH se la han realizado.	- El 92.1% de Managua y el 77.8% de Chinandega de HSH refieren una buena percepción de autoestima. - De hecho, los heterosexuales registran un 60% de menor probabilidad de realizarse la prueba, en comparación con el resto de HSH (OR 0.4) y los bisexuales tienen un 50% de menor probabilidad de hacerse la prueba, en comparación con el resto de HSH (OR 0.5); por su parte, los homosexuales tienen casi 4 veces mayor probabilidad de hacerse la prueba, en comparación al resto de los HSH (OR 3.8). - En cuanto al índice de conocimientos el 35.2% de los participantes menores de 25 años identificaron correctamente las formas de prevenir el VIH y rechazaron correctamente las ideas erróneas de transmisión.

Nivel de determinantes	Limitan	Favorecen
Factores biológicos y genéticos	- Las Prevalencias de VIH de acuerdo a autoidentificación reportada fue de 13.4% para gay, 11.3% para heterosexual y bisexual y para las personas transgénero es de 4.3%. Datos que difieren de los resultados encontrados en Managua y Chinandega. - La prevalencia del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero de Managua fue de 7.5% y de 2.8% en Chinandega, mientras que la prevalencia de sífilis fue de 6.6% en Managua y de 1.7% en Chinandega.	- La incidencia total de VIH por año entre los entrevistados en ambas ciudades fue de 2.7% y por edades fue de 3.0% en las personas de 18 a 29 años de edad, y de 1.1% para quienes tenían 30 años o más de edad.

Anexo 5: Datos generales de documentos consultados

Tabla 10: Datos generales de documentos consultados

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
1. Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Nicaragua 2009. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: UVG; 2010. Disponible en: *http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf* [13]	Sin datos	Sin datos.	Sin datos.
2. PSI Research Division, "NICARAGUA (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega 3a Ronda Nacional", PSI Social Marketing Research Series, 2010 <*http://www.psi.org/resources/publications*>.[16]	La encuesta es un seguimiento a la realizada en el año 2007 y 2009, busca: 1) monitorear las tendencias en el comportamiento y otros determinantes claves de Oportunidad, Habilidad y Motivación (OHM) entre HSH; e 2) Identificar los factores que caracterizan a los HSH que usan condones con sus parejas afectivas y con todos sus clientes (para el caso de HSH que también son trabajadores sexuales).	Encuesta TRaC en dos ciudades de Nicaragua, Managua y Chinandega, entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Dicha encuesta aborda temas de VIH/SIDA, comportamientos de riesgo y determinantes de uso del condón. Por primera vez en la serie de estudios, durante el 2012 se abordan indicadores de violencia psicológica, física y sexual.	A través de una estrategia de selección de muestra RDS se reclutó un total de 782 HSH como sujetos del estudio en el año 2012. Respondent-Driven Sampling (RDS), método utilizado para realizar muestreo con poblaciones de difícil alcance por medio de cadenas de referencia de pares el cual incluye dos etapas: 1) estrategia de reclutamiento mediante cupones, y 2) análisis del tamaño de la red social y de patrones de reclutamiento.
3. PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: *http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf* [19]	1. Obtener información a nivel de la población general, sobre percepciones y opiniones que pueden manifestarse en actitudes y prácticas estigmatizantes y discriminatorias asociadas con el VIH y las poblaciones en mayor riesgo al VIH (PEMAR). 2. Establecer una base de datos para la comparación en el tiempo, de las tendencias nacionales y regionales en las manifestaciones de estigma y discriminación relacionados con el VIH y asociados a las PEMAR. 3. Generar información que contribuya a orientar el desarrollo de estrategias basadas en la evidencia para el abordaje y reducción.	Encuestas de opinión pública. Las bases de datos se construyen y los resultados se procesan utilizando el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).	Población general de 7 países de Centro América a una muestra de aproximadamente 1200 adultos/as residentes de los respectivos países en las fechas programadas para la encuesta, representantes individuales y únicos de sus hogares. La muestra de hogares es aleatoria, representativa de la población del país con un margen de error de ± 2.8% en el nivel de confianza del 95%.

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
4. Hernández, Egla y Lola Norori, Francisco Javier. "Respeto a los Derechos Humanos de las personas de la diversidad sexual por parte del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez en relación con la custodia de niños y niñas". Informe Nacional de Fiscalización. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH); marzo 2012. Disponible en: *http://www.pddh.gob.ni/wp-content/uploads/2012/06/RESPETO-A-LOS-DDHH-DE-LAS-PERSONAS-DE-LA-DIVERSIDAD-SEXUAL-POR-PARTE-DEL-MIFAN-EN-LA-CUSTODIA-DE-NI%C3%91AS-Y-NI%C3%91OS.pdf* [20]	Fiscalizar el cumplimiento de los derechos humanos de las personas de la diversidad sexual por parte de las (os) funcionarias (os) y personal técnico del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, con la finalidad de presentarles propuestas de medidas conducentes a su cumplimiento.	Esta fiscalización se realizó basada en un estudio valorativo, con carácter exploratorio y enfoque cuali-cuantitativo. Los principales ejes temáticos para esta fiscalización fueron los siguientes: a) Casos de custodia. b) Actuación institucional en casos de custodia. c) Percepciones sobre la diversidad sexual en general. d) Percepciones sobre la población diversamente sexual desde el rol institucional. e) Capacitaciones en el tema de la diversidad sexual.	Esta fiscalización fue realizada en 13 lugares donde tiene presencia la PDDH, y fue dirigida para obtener información directa de funcionarias (os) y personal de las delegaciones departamentales y distritales del MIFAN, así como de las organizaciones y personas de la diversidad sexual. Los (as) informantes clave seleccionados(as) fueron los siguientes: a) Funcionarios (as) del MIFAN. b) Personal técnico del MIFAN. c) Coordinadores (as) o Representantes de Organizaciones de la Diversidad Sexual o que trabajan en este tema. d) Personas de la diversidad sexual que han solicitado o quieren solicitar custodia de hijos(as).
5. CIPAC, Asociación LGTB Arcoiris y CEPRESI. Homo/Lesbofobia en personal de salud de Costa Rica, Honduras y Nicaragua. HIVOS; junio 2009.[21]	La investigación indagó sobre las actitudes hacia la moralidad, la legalidad, la familiaridad, las interacciones sociales y el derecho al trabajo de las personas homosexuales, tanto hombres como mujeres; así como también con respecto a los estereotipos asociados a esta orientación sexual.	Estudio descriptivo	Escogencia al azar de centros de salud y dentro de cada uno de éstos se aplicó la escala a todos/as los/as funcionarios que se encontraran presentes en el momento de la visita. En los tres países se planificó una muestra total cercana a las 400 personas, lo cual permitiría establecer generalizaciones a cada población respectiva con un nivel de error máximo del 5%. Sin embargo, Arco Iris de Honduras y CEPRESI de Nicaragua lograron aplicar más encuestas y ampliaron el tamaño de la muestra.
6. USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID|PrevenSida; 2011. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100* [22]	El objeto del estudio estuvo enfocado a obtener un diagnóstico respecto al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/sida, de manera que permita determinar los factores subyacentes que motivan las actitudes y comportamientos discriminatorios, y cómo éstos afectan la integridad personal y/o psicológica, así como la vida de estas personas, por parte de agentes estatales o por personas particulares, cuya motivación se fundamenta en el estado de salud y en la orientación sexual y/o identidad de género en las PEMAR y PVS.	Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal.	El universo de la población del estudio está formado por HSH, hombres gay, población transgénera, PVS y población general siendo un total de 318 personas.

Tabla 10: Datos generales de documentos consultados (Cont.)

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
7. Suárez Rehaag, Daria y Madrigal Ballestero, Francisco. Percepción de estudiantes universitarios sobre la homo/lesbofobia en Costa Rica, Nicaragua y Honduras. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Costa Rica, Nicaragua y Honduras: CIPAC, CEPRESI y Arco Iris; 2008. Disponible en: *http://www.asical.org/es/grupo/g20/estudiohomofobianicrhn.pdf* [23]	Conocer percepciones y creencias en la población joven universitaria con respecto a la homosexualidad.	Este estudio diagnóstico pretende identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas que el estudiantado universitario de Costa Rica, Nicaragua y Honduras tienen con respecto a los gay y lesbianas en sus países, conocimiento que nos permitirá visualizar y dimensionar la cotidianidad de sus expresiones respecto de gays y lesbianas. Este estudio servirá como línea de base para conocer la percepción de las sociedades sobre el tema.	Costa Rica: La investigación se aplicó a 500 jóvenes universitarios/as, hombres y mujeres de la Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional e Instituto Tecnológico de Costa Rica. Nicaragua: La encuesta se aplicó de manera aleatoria a una muestra de 500 (485 encuestas válidas) personas que participaron voluntariamente. El estudio fue dirigido a jóvenes universitarios en 5 departamentos, a saber: Managua, Masaya, León, Chinandega y Nueva Segovia. La encuesta homologada a nivel regional se aplicó a 484 jóvenes universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras con rango de edades entre los 15 y los 25 años.
8. USAID/PASMO/PSI. Centroamérica (2007): Estudio MAP Evaluando la Cobertura, Calidad de Cobertura, Penetración y Calidad de Penetración de Condones y Lubricantes en Zonas Rojas y Acceso y Equidad de Acceso a Poblaciones Vulnerables de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y Panamá. [24]	1. Identificar la cobertura de condones y lubricantes, particularmente los distribuidos por PASMO, en zonas rojas en donde se encuentran principalmente HSH y TSF. 2. Determinar la calidad de cobertura de los puntos de distribución y venta de condones, de acuerdo a estándares mínimos definidos por PASMO. 3. Identificar la proporción de canales que distribuyen condones en cada zona de alto riesgo 4. Identificar los mecanismos de provisión adecuados al nivel socio económico de cada punto de venta.	Descriptivo	HSH y TSF
9. USAID/PASCA. Nicaragua: Progreso de la respuesta política al VIH 2011. (Acceso 31 noviembre de 2013). Nicaragua: USAID/PASCA; 2012. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=118:nicaraguaprogreso-de-la-respuesta-pol%C3%ADtica-al-vih2011&Itemid=4* [25]	1. Medir el estado de la situación y los cambios anuales experimentados a nivel nacional y regional en ocho áreas de política, acordes con la dinámica y prioridades en la región centroamericana. 2. Medir la situación, brechas y avances en las diferentes etapas de los procesos de política que ocurren en cada área de política en estudio.		- Población meta: Actores clave en los procesos nacionales de políticas en VIH y sida - Tipo de muestra: intencional - Tamaño de la muestra: ±25–30 personas por país

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
10. Centro para la Educación y Prevención del SIDA. Estudio Línea de Base CEPRESI (2005). Nicaragua: CEPRESI; 2005. [26]	Disponer de una línea de base que identifique las causas que constituyen factores de riesgo a la diseminación del VIH/Sida, desde un enfoque integral de los derechos humanos, del sector poblacional de Hombres gay, Hombres que tienen sexo con Hombres, con relación a conocimientos, actitudes, creencias y prácticas, relacionadas a la sexualidad, ITS/VIH/Sida, uso del condón, percepción de riesgo personal, estigma y discriminación por orientación sexual, determinando los actores sociales clave, para impulsar las estrategias de comunicación para el cambio social en los Municipios de Masaya, Managua y Corinto.	Descriptivo de corte transversal	Hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres
11. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) y Ministerio de Salud. Medición del gasto en sida MEGAS 2009 – 2010. Nicaragua: CONISIDA/ MINSA; mayo 2012. *http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf* [27]	Conocer cómo el país (entidades gubernamentales, organizaciones sociales, sector privado y la cooperación internacional) invirtió sus recursos en la Respuesta Nacional al VIH y sida en los años 2009 y 2010.	Estudio descriptivo dirigido a la Medición del Gasto en el cual se aplicó la metodología para la Medición del Gasto en Sida (MEGAS) diseñada por ONUSIDA para el seguimiento de los recursos de la Respuesta Nacional a la epidemia del VIH.	- Reporte de gasto de intervenciones realizadas para enfrentar la epidemia del VIH en el país, la fuente de información fueron las instituciones del Estado, sector privado, donantes y ONG.
12. Centro para la Educación y Prevención del Sida (CEPRESI). "Encuesta de Opinión sobre Homofobia dirigida a Estudiantes Universitarios en Cinco Departamentos de Nicaragua". (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: CEPRESI; 2009. Disponible en: *http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1246385516_Resultados%20de%20Encunesta%20de%20Opinion%20sobre%20Homofobia%20dirigida%20a%20Estudiantes.pdf* [28]	La "reacción y creencia" (actitud) frente a posibles o reales situaciones personales o ajenas con respecto a homosexualidad y homofobia, dirigido a jóvenes universitarios –entre hombres y mujeres– en cinco departamentos de Nicaragua.	Se buscó relación con edad, género, ciencias o carrera que estudian, con o sin hijos o hijas, su relación o no con familiares "gays" o "lesbianas", esto en cuanto a las variables demográficas. También fue explorada su reacción sobre casos hipotéticos o reales sobre su reacción hacia la homosexualidad, su relación con el VIH y aspectos relativos a creencias religiosas o socio culturales, con el objetivo de inferir conclusiones en dichos resultados con respecto a la homofobia como factor de obstáculo o resistencia en el abordaje de prevención del VIH/Sida y las ITS, así como de vulnerabilidad y riesgos que enfrentan hombres que tienen sexo con hombres.	Fue dirigido a 500 jóvenes universitarios entre hombres y mujeres en cinco departamentos de Nicaragua: Managua, Masaya, León, Chinandega y Nueva Segovia (en sus respectivas cabeceras municipales).

Tabla 10: Datos generales de documentos consultados (Cont.)

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
13. Carballo Palma, Luis. Modelo de Modos de Transmisión del VIH. Análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH y recomendaciones para prevención. Nicaragua: abril 2012. [29]	Realizar esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud (MINSA), agencias de cooperación y demás actores relacionados al VIH en Nicaragua, para realizar el estudio de "Modelo de Modos de Transmisión de VIH" (MoT), a efecto de que contribuya al conocimiento de la epidemia en el país y contar con insumos para la planificación de acciones a corto plazo.	MoT es un modelo matemático para la estimación de la incidencia de VIH a corto plazo en grupos vulnerables, creado por una iniciativa del grupo de referencia en estimaciones, modelación y proyecciones de ONUSIDA en colaboración con expertos mundiales en modelación de la epidemia de VIH.	- Mujer trabajadora sexual - Cliente de mujeres trabajadoras sexuales - Pareja de clientes de mujeres trabajadoras sexuales - Hombre que tiene sexo con hombres - Pareja femenina de hombres que tienen sexo con hombres - Persona Trans - Persona que tienen sexo casual heterosexual - Pareja de personas que tienen sexo casual heterosexual
14. Grupo Estratégico por los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual (GEDDS). Una mirada a la Diversidad Sexual. Primera edición. (Acceso 28 de mayo de 2013). Managua, Nicaragua: GEDDS; 2010. Disponible en:*http://idsdh.org/wp-ontent/uploads/2010/07/estudio-09-webcompleto-rgbs1.pdf* [30]	Demostrar mediante datos cuantitativos la realidad de la diversidad sexual en Nicaragua, afirmando también que los mitos son creencias infundadas que no describen nuestra realidad.	No dice el tipo de estudio realizado.	
15. Green, Isabel. Identificación de conductas y prácticas con relación al VIH-Sida en la población HSH en 8 departamentos de Nicaragua. Agosto-octubre 2004. [31]	Realizar un estudio que permita identificar patrones de conducta de la población HSH y sus prácticas sexuales, con el propósito de determinar una tipología psicosocial y proponer una metodología que diseñe estrategias de intervención para la prevención del VIH-Sida en esta población.	Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal.	El universo del estudio estuvo formado por la población de hombres que tienen relaciones con hombres (HSH).
16. Hernández A., Carlos A. [et al.]. Seroprevalencia del VIH-Sida y uso del condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Nicaragua: 2009. [32]	1. Determinar la prevalencia del VIH y sífilis en hombres que tienen sexo con hombres, en áreas geográficas seleccionadas. 2. Identificar las prácticas de protección adoptadas por los HSH frente al VIH-Sida. 3. Identificar los factores asociados a las diferencias encontradas en la seropositividad y la adopción de prácticas de protección entre los HSH establecidas según su exposición a intervenciones institucionales orientadas a mejorar la prevención del VIH-Sida.	Se realizó un estudio de seroprevalencia del VIH y uso de condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), a fin de analizar sus capacidades efectivas de protección ante los riesgos a que se exponen en su vida sexual y como una aproximación a la evaluación de los efectos que han tenido las acciones tendientes a la promoción y prevención del VIH-Sida en Nicaragua.	616 HSH de 9 localidades de Nicaragua que conformaron 5 conglomerados territoriales de análisis (Managua, Chinandega, León, Masaya y la Costa Atlántica), en una muestra que cumpliera como requisitos: ser mayor de 18 años, poder decidir por sí mismos (emancipación), residir en el sitio de la medición, ser sexualmente activos y haber tenido alguna relación sexual con otro hombre en los últimos 12 meses.

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
17. Sánchez Bermúdez, Armando y Mejía Roa, Sonia. Resultados de Impacto de la Estrategia IEC en HSH en Seis Departamentos del Pacífico de Nicaragua. CEPRESI 2009. [33]	Realizar un estudio descriptivo, transversal sobre conocimientos, actitudes y prácticas en una muestra a conveniencia de hombres gays y otros HSH, entre la población beneficiaria directa e indirecta de la intervención del CEPRESI en la prevención de las ITS y VIH/SIDA, en seis departamentos del Pacífico de Nicaragua, a fin de determinar la pertinencia y eficacia de su estrategia de IEC, en el marco del Proyecto: "Nicaragua: Compromiso y Acción ante el SIDA, Tuberculosis y Malaria", segunda fase, componente SIDA, entre diciembre del 2006 a octubre del 2008.	Descriptivo	Muestra a conveniencia de hombres gays y otros HSH, entre la población beneficiaria directa e indirecta de la intervención del CEPRESI en la prevención de las ITS y VIH/SIDA, en seis departamentos del Pacífico de Nicaragua.
18. Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y CEPRESI. Estudio de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Transgénero Femeninas de la ciudad de Masaya, Nicaragua. Nicaragua: CES-UCV/CEPRESI; 2012.[34]	1. Obtener información sobre los principales indicadores de comportamiento en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y transgénero femeninas de la ciudad de Masaya. 2. Determinar la prevalencia de VIH y Sífilis en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y transgénero femeninas de la ciudad de Masaya. 3. Proporcionar información que pueda asistir a las distintas agencias de cooperación, al Componente Nacional de VIH del Ministerio de Salud y otras organizaciones locales en la planeación estratégica y en la definición de políticas de respuesta nacional al VIH en Nicaragua. 4. Apoyar al desarrollo de las capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH y de comportamientos en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad al VIH.	Se utilizó un muestreo probabilístico dirigido por los entrevistados (RDS, Respondent Driven Sampling, por sus siglas en inglés). La información de comportamiento sexual fue obtenida a través de entrevistas asistidas por computadora denominado ACASI (Audio Computer- Assisted Self-Interview). Se realizaron pruebas para VIH y sífilis, posterior a la firma del consentimiento informado, las pruebas rápidas se realizaron de manera paralela: Trinity Biotech Uni-Gold™ Recombigen® HIV y Abbot Determine® VIH-1/2, y para la confirmación de VIH se usaron las pruebas de ELISA y Western Blot. Para el análisis de los datos se utilizó el software RDSAT versión 6.0. Se administró tratamiento gratuito a todos aquellos con un diagnóstico clínico o de laboratorio de ITS. A los participantes con diagnóstico de VIH se les refirió a las clínicas especializadas para evaluación y tratamiento.	

Tabla 10: Datos generales de documentos consultados (Cont.)

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
19. Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y Centro Para la Educación y Prevención del SIDA (CEPRESI). Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Transgénero Femeninas de la ciudad de Masaya, Nicaragua, 2011. Nicaragua: CES-UVG y CEPRESI; 2011. [35]	1. Obtener información sobre los principales indicadores de comportamiento en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y transgénero femeninas de la ciudad de Masaya. 2. Determinar la prevalencia de VIH y Sífilis en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y transgénero femeninas de la ciudad de Masaya. 3. Proporcionar información que pueda asistir a las distintas agencias de cooperación, al Componente Nacional de VIH del Ministerio de Salud y otras organizaciones locales en la planeación estratégica y en la definición de políticas de respuesta nacional al VIH en Nicaragua. 4. Apoyar al desarrollo de las capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH y de comportamientos en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad al VIH.	Se utilizó un muestreo probabilístico dirigido por los entrevistados (RDS, Respondent Driven Sampling, por sus siglas en inglés). La información de comportamiento sexual fue obtenida a través de entrevistas asistidas por computadora denominado ACASI (Audio Computer- AssistedSelf-Interview). Se realizaron pruebas para VIH y sífilis, posterior a la firma del consentimiento informado, las pruebas rápidas se realizaron de manera paralela: Trinity Biotech Uni-Gold™ Recombigen® HIV y Abbot Determine® VIH-1/2, y para la confirmación de VIH se usaron las pruebas de ELISA y Western Blot. Para el análisis de los datos se utilizó el software RDSAT versión 6.0. Se administró tratamiento gratuito a todos aquellos con un diagnóstico clínico o de laboratorio de ITS. A los participantes con diagnóstico de VIH se les refirió a las clínicas especializadas para evaluación y tratamiento.	Hombres que tienen sexo con hombres y transgénero femeninas de la ciudad de Masaya
20. Ministerio de Salud. Análisis estadístico de la situación en salud en Nicaragua 2000-2011. Nicaragua: MINSA; 2011. [36]	Desarrollar un proceso de análisis del subsector público del sector salud de Nicaragua, como herramienta que contribuya a la formulación de políticas y estrategias de desarrollo del sector, pero que se constituya en aporte fundamental al marco de análisis del CCA.	Se corresponde a un diseño exploratorio descriptivo de corte transversal, caracterizado por la búsqueda de información que tiene como fuente primaria los registros institucionales estadísticos del Ministerio de Salud de Nicaragua.	Habitantes del primer nivel de atención, enfermedades de notificación obligatoria, segundo nivel de atención, nacimientos y defunciones.

Datos generales / Estudio	Objetivos generales	Tipo de estudio	Población estudiada
21. Centro para la Educación y Prevención del SIDA. Resultado del impacto de la estrategia de IEC en HSH en Seis Departamentos del Pacífico de Nicaragua. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: CEPRESI/ FONDO MUNDIAL; enero 2009. Disponible en: *http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1246384937_Informe%20Estudio%20Cepresi%202009AJUSTADO090609.pdf* [37]	Realizar un estudio descriptivo, transversal sobre conocimientos, actitudes y prácticas en una muestra a conveniencia de hombres gays y otros HSH, entre la población beneficiaria directa e indirecta de la intervención del CEPRESI en la prevención de las ITS y VIH/SIDA, en seis departamentos del Pacífico de Nicaragua, a fin de determinar la pertinencia y eficacia de su estrategia de IEC, en el marco del Proyecto: "Nicaragua: Compromiso y Acción ante el SIDA, Tuberculosis y Malaria", segunda fase, componente SIDA, entre Diciembre del 2006 a Octubre del 2008.	Estudio descriptivo de tipo transversal, con un diseño muestral por conveniencia. Del total de la muestra, se aplicaron 475 entrevistas semi-estructuradas sobre conocimientos, actitudes y prácticas con relación al VIH/SIDA y el uso consistente del condón. Asimismo, se convocaron a 90 HSH y gays distribuidos en seis grupos focales a fin de obtener información a mayor profundidad sobre las principales variables del estudio.	- Se abordaron a 565 informantes entre las edades de 18 a 35 años, residentes en los departamentos de Chinandega, León, Managua, Masaya, Rivas y Carazo, quienes reúnen las características de los grupos metas del proyecto.

Referencias bibliográficas

[1] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y otras. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. Unidad 1. (Curso en Internet). (Acceso 1 de abril de 2013). Disponible en: *http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/contexto.html*

[2] Enlace web: *http://www.prevensida.org.ni*

[3] Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=131:plan-estrategico-para-la-atencion-integral-a-la-poblacion-transgenero-femenina-de-nicaragua&catid=1:noticias&Itemid=6*

[4] Disponible en: *https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=aa_MUtCOKtPKkAex9ICoAQ#q=plan+de+acci%C3%B3n+corlusida*

[5] Enlace web: *http://www.pepfar.gov*

[6] Enlace web: *http://www.pepfar.gov/countries/central_america/index.htm*

[7] Enlace web: *www.pasca.org*

[8] Enlace web: *www.asociacionpasmo.com.org* y *www.yahoraque.info*

[9] Enlace web: *www.deliver.jsi.com*

[10] Enlace web: *http://www.hci.project.org*

[11] Enlace web: *http://www.rti.org/page.cfm?objectid=BE9C75A4-28B7-43D8-9B526112B3DAC02A* y *http://www.rti.org/page.cfm?obj=80E58D21-1125-44B6-EB251F72926F05EC*

[12] Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica VIH Sida 2013 [presentación en power point]. Nicaragua: MINSA; noviembre 2013.

[13] Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) en Nicaragua 2009. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: UVG; 2010. Disponible en: *http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf*

[14] Ministerio de Salud. Estudio centinela prevalencia de embarazadas 2011, Nicaragua: MINSA.

[15] Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el sida 2012 Nicaragua. Período de cobertura enero 2010-diciembre 2011. (Acceso 8 de enero de 2014). Nicaragua: CONISIDA; marzo 2012. Disponible en: *http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf*

[16] PSI Research Division, "NICARAGUA (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA HSH en Managua, Chinandega 3a Ronda Nacional", PSI Social Marketing Research Series, 2010 <*http://www.psi.org/resources/publications*>

[17] Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Glosario. (Acceso 28 de mayo de 2013). Ginebra, Suiza: OMS; 1998. Disponible en: *www.who.int/hpr2/archive/docs/glossary_sp.pdf*

[18] Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. *http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/*

[19] PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. (Acceso: 28 de mayo de 2013). Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: *http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf*

[20] Hernández, Egla y Lola Norori, Francisco Javier. "Respeto a los Derechos Humanos de las personas de la diversidad sexual por parte del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez en relación con la custodia de niños y niñas". Informe Nacional de Fiscalización. (Acceso 31 de noviembre de 2013).Nicaragua: Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH); marzo 2012. Disponible en: *http://www.pddh.gob.ni/wp-content/uploads/2012/06/RESPETO-A-LOS-DDHH-DE-LAS-PERSONAS-DE-LA-DIVERSIDAD-SEXUAL-POR-PARTE-DEL-MIFAN-EN-LA-CUSTODIA-DE-NI%C3%91AS-Y-NI%C3%91OS.pdf*

[21] CIPAC, Asociación LGTB Arcoiris y CEPRESI. Homo/Lesbofobia en personal de salud de Costa Rica, Honduras y Nicaragua. HIVOS; junio 2009. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=115*

[22] USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID|PrevenSida; 2011. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limitstart=100*

[23] Suárez Rehaag, Daria y Madrigal Ballestero, Francisco. Percepción de estudiantes universitarios sobre la homo/lesbofobia en Costa Rica, Nicaragua y Honduras. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Costa Rica, Nicaragua y Honduras: CIPAC, CEPRESI y Arco Iris; 2008. Disponible en: *http://www.asical.org/es/grupo/g20/estudiohomofobianicrhn.pdf*

[24] USAID/PASMO/PSI. Centroamérica (2007): Estudio MAP Evaluando la Cobertura, Calidad de Cobertura, Penetración y Calidad de Penetración de Condones y Lubricantes en Zonas Rojas y Acceso y Equidad de Acceso a Poblaciones Vulnerables de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y Panamá.

[25] USAID/PASCA. Nicaragua: Progreso de la respuesta política al VIH 2011. (Acceso 31 noviembre de 2013). Nicaragua: USAID/PASCA; 2012. Disponible en: *http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=118:nicaraguaprogreso-de-la-respuesta-pol%C3%ADtica-al-vih2011&Itemid=4*

[26] Centro para la Educación y Prevención del Sida. Estudio Línea de Base CEPRESI (2005). Nicaragua: CEPRESI; 2005.

[27] Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) y Ministerio de Salud. Medición del gasto en sida MEGAS 2009 – 2010. Nicaragua: CONISIDA/MINSA; mayo 2012. *http://www.pasca.org/sites/default/files/NI_MEGAS_2009_2010_FEB13.pdf*

[28] Centro para la Educación y Prevención del Sida (CEPRESI). "Encuesta de Opinión sobre Homofobia dirigida a Estudiantes Universitarios en Cinco Departamentos de Nicaragua". (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: CEPRESI; 2009. Disponible en: *http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1246385516_Resultados%20de%20Encunesta%20de%20Opinion%20sobre%20Homofobia%20dirigida%20a%20Estudiantes.pdf*

[29] Carballo Palma, Luis. Modelo de Modos de Transmisión del VIH. Análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH y recomendaciones para prevención. Nicaragua: abril 2012.

[30] Grupo Estratégico por los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual (GEDDS). Una mirada a la Diversidad Sexual. Primera edición. (Acceso 28 de mayo de 2013). Managua, Nicaragua: GEDDS; 2010. Disponible en: *http://idsdh.org/wp-ontent/uploads/2010/07/estudio-09-webcompleto-rgbs1.pdf*

[31] Green, Isabel. Identificación de conductas y prácticas con relación al VIH-Sida en la población HSH en 8 departamentos de Nicaragua. Agosto-octubre 2004.

[32] Hernández A., Carlos A. [et al.]. Seroprevalencia del VIH-Sida y uso del condón en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Nicaragua: 2009.

[33] Sánchez Bermúdez, Armando y Mejía Roa, Sonia. Resultados de Impacto de la Estrategia IEC en HSH en Seis Departamentos del Pacífico de Nicaragua. CEPRESI 2009.

[34] Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y CEPRESI. Estudio de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Transgénero Femeninas de la ciudad de Masaya, Nicaragua. Nicaragua: CES-UCV/CEPRESI; 2012.

[35] Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y CEPRESI. Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Transgénero femeninas de la ciudad de Masaya, Nicaragua, 2011. Nicaragua: CES-UVG y CEPRESI; 2011.

[36] Ministerio de Salud. Análisis estadístico de la situación en salud en Nicaragua 2000–2011. Nicaragua: MINSA; 2011.

[37] Centro para la Educación y Prevención del SIDA. Resultado del impacto de la estrategia de IEC en HSH en Seis Departamentos del Pacífico de Nicaragua. (Acceso 31 de noviembre de 2013). Nicaragua: CEPRESI/FONDO MUNDIAL; enero 2009. Disponible en: *http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1246384937_Informe%20Estudio%20Cepresi%202009AJUSTADO090609.pdf*

USAID | PrevenSida

University Research Co., LLC

De donde fue la Vicky Altamira, 1 cuadra abajo, 1 cuadra al sur

Plaza San Ramón, 2do. piso, Módulo No. 8, Managua, Nicaragua

Tel: (505) 2278 0447

University Research Co., LLC

7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814 EE.UU.

Tel: (301) 654-8338, Fax: (301) 941-8427

www.prevensida.org.ni