



El Salvador

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

- Hombres que tienen sexo con hombres
- Trabajadoras sexuales
- Personas viviendo con VIH/SIDA



Ministerio de Salud (MS)
Programa Nacional de ITS/VIH SIDA - El Salvador
Colaboración
Universidad del Valle de Guatemala
Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC)
Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC-GAP/CAP)



Encuesta Centroamericana de Vigilancia de
Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables (**ECVC**)

El Salvador



EQUIPOS DE CAMPO ECVC - HSH

San Salvador
 Ulises Quintanilla
 Juan Carlos Navidad
 Margarita Elizabeth Peña
 Carlos Alexander Mármol
 Miguel Angel Méndez
 Mario Lisandro Hernández
 Mario César Molina

San Miguel
 Mario Antonio Alfaro
 Rony Dolán Blanco
 William Almir Gutiérrez
 Carlos Antonio Berríos
 Jessica María Alfaro
 Carlos Josué Hernández
 Carlos Antonio Gómez
 Baltasar Vidal Dueñas

COORDINACIÓN LOCAL**Servicios de Salud**

Carolina Campos - *Unidad de Salud Barrios*
 Silvia Elena Larín - *Epidemióloga SIBASI Centro*
 Claudia Córdova - *Unidad de Salud*
Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel
 José Roberto Cruz - *Dirección Regional de Salud Zona Oriental*
 Aníbal Escobar - *Hospital Zacamil*
 Beatriz Solórzano - *Hospital Rosales*
 Carlos Genovez - *Hospital Rosales*
 Rolando Cedillos - *Hospital Rosales*

ONGs

Alexandra Mena - *Arcoiris*
 Carlos Antonio Gómez - *Entreamigos*
 Edwin Alberto Hernández - *PSI/PASMO*
 Frida Mejía - *Entreamigos*
 Ibe Isael Mártir - *Entreamigos*
 Joaquín Cáceres - *Entreamigos*
 José Israel Reyes - *Entreamigos*
 Lissete Rivas - *Entreamigos*
 Manuel Beltrán - *PSI/PASMO*
 Mónica Hernández - *Arcoiris*
 Susan Padilla - *PSI/PASMO*
 Wilber Ricardo Hernández - *PSI/PASMO*
 William Hernández - *Entreamigos*

EQUIPOS DE CAMPO ECVC - TS

San Salvador
 Karla Susana Zaldívar
 Paula Díaz Alvarado
 Yelena Rosales Vásquez
 María Consuelo Raymundo
 Angélica Miriam Quintanilla
 Miguel Angel Mendez
 Reyna de la Paz Cruz
 Felipe Carlos Campos
 Nixon Iván Pereira

Sonsonate
 Ulises Quintanilla
 Elvia Johana Aguirre
 Carlos Antonio Gómez
 Kevin Daniel Pérez
 Yenci Carolina Estrada
 Chiquiren Llorens

COORDINACIÓN LOCAL**Servicios de Salud**

Arturo Carrillo - *Unidad de Salud de Concepción*
 Rita González - *Unidad de Salud Sonzacate*
 Aníbal Escobar - *Hospital Zacamil*
 Beatriz Solórzano - *Hospital Rosales*
 Carlos Genovez - *Hospital Rosales*
 Rolando Cedillos - *Hospital Rosales*

ONGs

Ana Dolores Henríquez - *Orquídeas del Mar*
 Edwin Alberto Hernández - *PASMO*
 Haydee Laínez - *Orquídeas del Mar*
 Nubia Vásquez - *Flor de Piedra*
 Patricia Pérez - *OTS*
 Silvia Vidal - *Flor de Piedra*
 Susan Padilla - *PASMO*
 Teresa Sánchez - *OTS*
 Verónica Yanira Rosa - *Flor de Piedra*
 Wilber Ricardo Hernández - *PASMO*

EQUIPOS DE CAMPO ECVC - PVVS

San Salvador
 German Omar Martínez Pavón
 Ana Cecilia Muñoz Soto
 Walter Torres Martínez
 José Mauricio Sánchez Hernández
 Walter Denis González
 Baltazar Vidal Dueñas Rivera
 Wilson Ovidio Arévalo López
 Carlos Portan

COORDINACIÓN LOCAL**Servicios de Salud**

Rolando Cedillos - *Hospital Rosales*
 Carlos Genovez - *Hospital Rosales*
 Mercedes Menjivar - *Hospital Rosales*
 Nelson Nuila - *Hospital Rosales*
 Beatriz Solórzano - *Hospital Rosales*
 José Orlando Abdalá - *Hospital Zacamil*
 Aníbal Escobar - *Hospital Zacamil*
 Carlos Gamero - *Hospital Zacamil*

ONGs

Maripaz Calles - *PSI/PASMO*
 Susan Padilla - *PSI/PASMO*

Agradecimientos especiales:

Esta encuesta fue realizada bajo la rectoría del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud de El Salvador, con el apoyo técnico y financiero de la Universidad del Valle de Guatemala en colaboración con los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades a través del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP), el Programa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) de Prevención del VIH/SIDA para Centroamérica y México en asociación con Population Services Internacional (PSI), Pan American Social Marketing Organization (PASMO) y Georgetown University's Institute for Reproductive Health (IRH) y la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA).

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

Créditos**El Salvador****CONASIDA**

Rodrigo Simán Siri
SISCA
 Elizabeth Rodríguez
USAID
 Maricarmen Estrada
 David Losk
Ministerio de Salud de El Salvador
 Wendy Melara
 Ana Vilma de Aguilar
 Thelma de Pineda
 Zandra de Fuentes
 Elizabeth Meléndez
 Ana Vilma de Vásquez
 Carlos Gamero
 Patricia Mira
 Guillermo Ortiz
 Dilma Chacón
 Guillermo Romero
 Ana Isabel Nieto
PASMO
 Meg Galas

Guatemala**Oficina Regional****CDC/GAP/CAP**

Edgar Monterroso
 Nita Bellare
 Nelson Arboleda
 Lydia Blasini-Alcivar
 Isabella Danel
Universidad del Valle de Guatemala
 Sonia Morales Miranda
 Lily De León
 Suyapa Mendoza
 Nathalie Roberts
 Janet Lee
 Rebecca García
 Marvin Maldonado
 Luis Santizo
 Giovanni Perén
 Mirna Brentzen
 Sandra Juárez
 Berta Álvarez
 Mónica Morales
 Roberto León
USAID
 Brad Cronk
 Giovanni Meléndez
PASMO
 Ben Andrade

Atlanta CDC/GAP

Lisa Johnston
 Andrea Kim
 Evelyn Kim
 Neha Shah
 Keith Sabin
 Celine Taboy
 Lisa Steele

Panamá Instituto Conmemorativo Gorgas

Juan Castillo
 Yamitzel Zaldívar
 Alexander Martínez

Lo expresado en esta publicación refleja únicamente la opinión de los autores y no necesariamente la opinión de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades o de USAID.

Investigadores principales

Guillermo Galván Orlich
*Jefe del Programa Nacional de VIH/SIDA
Ministerio de Salud de El Salvador (MS)*

Julio Armero Guardado
*Epidemiólogo
Ministerio de Salud de El Salvador*

Gabriela Paz Bailey
Universidad del Valle de Guatemala (UVG)

Jacob Creswell
Universidad del Valle de Guatemala (UVG)

Co-Investigadores

María Elena Guardado, *ECVC-El Salvador*
Nelly Arguera, *Laboratorio Central Dr. Max Bloch, Ministerio de Salud de El Salvador*
Ivette Lorenzana de Rivera, *Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)*
Juan Miguel Pascale, *Laboratorio Instituto Conmemorativo Gorgas*

Equipo nacional de la ECVC

Gabriela Paz Bailey, *Investigadora principal*
Jacob Creswell, *Investigador principal*
María Elena Guardado, *Coordinadora nacional*
Flor de María Hernández, *Coordinadora de campo*
Sergio Cienfuegos, *Especialista en sistemas de información*
Nelson Arambú, *Coordinador de campo*
William Miller, *Asistente de sistemas*
Denys Mendoza, *Contador*
Patricia Herrera, *Asistente administrativa*

Coordinación - Laboratorio Central/MS

Nelly Arguera, *Coordinadora Laboratorio Central del MS*
Jessica Cruz, *Licenciada en laboratorio clínico*
Bellanube Cordón, *Licenciada en laboratorio clínico*

Administración y Punto focal de Population Services Internacional (PSI)/Pan American Social Marketing Organization (PSI/PASMO)

Gerardo Lara, *Gerente de PASMO El Salvador*

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC)

El Salvador



MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA
EL SALVADOR

Informe preparado por:

María Elena Guardado
Jacob Creswell
Gabriela Paz-Bailey

Colaboración Universidad del Valle de Guatemala
y Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC)
Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá
(CDC-GAP/CAP)

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

Créditos

Índice

6	○	<i>Lista de cuadros, tablas, gráficos y figuras</i>
8	○	<i>Acrónimos y abreviaciones</i>
9	●	I. Introducción
10	●	II. Resumen ejecutivo
13	●	III. Antecedentes
13	●	A. La epidemia del VIH en El Salvador
15	●	B. La vigilancia epidemiológica del VIH y de comportamiento sexual en HSH en El Salvador
15	●	C. La vigilancia epidemiológica del VIH y de comportamiento sexual en TS en El Salvador
16	●	D. La vigilancia epidemiológica del VIH y de comportamiento sexual en PVVS en El Salvador
17	●	E. Estimación del tamaño de la población
18	●	IV. Objetivos de la encuesta
19	●	V. Metodología
19	●	A. Etapa preparatoria
20	●	B. Método multiplicador para estimar el tamaño de la población de HSH y TS en San Salvador
20	●	C. Tamaño de muestra y sitios para la ECVC
22	●	D. Muestreo RDS para TS y HSH
23	●	E. Muestreo de PVVS
24	●	F. Procedimientos de la encuesta
24	●	1. Método de entrevista
24	○	<i>Sección cara a cara</i>
24	○	<i>Sección del cuestionario administrado con computadoras</i>
25	●	2. Muestras y pruebas de laboratorio
27	●	3. Entrega de los resultados de las pruebas de VIH a TS y HSH
27	●	4. Tratamiento de ITS
28	●	5. Incentivos
28	●	G. Aspectos éticos
28	●	H. Organización del estudio
28	●	1. Equipo nacional
29	●	2. Equipos de campo
29	●	3. Capacitación
31	●	I. Recolección de datos
32	●	J. Análisis de datos
34	●	VI. Resultados hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
34	●	A. Estimación del tamaño de la población de HSH
35	●	B. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencias en HSH
37	●	1. Características sociodemográficas
39	●	2. Antecedentes sexuales
41	●	3. Violencia sexual
41	●	4. Comportamiento sexual por tipo de pareja
44	●	5. Sexo comercial
47	●	6. Consumo de alcohol y drogas
48	●	7. Pruebas voluntarias de VIH
49	●	8. Adquisición y uso de condones
49	●	9. Migración
50	●	10. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH
51	●	11. Síntomas de ITS y utilización de servicios
52	●	12. Prevalencias de VIH e ITS
52	●	13. Prevalencia de ITS por autoidentificación sexual
53	●	14. Incidencia de VIH
54	●	15. Comparación de resultados del EMC y la ECVC
55	●	C. Discusión
60	●	D. Recomendaciones

62	• VII. Resultados trabajadoras sexuales (TS)
62	• A. Estimación del tamaño de la población de TS
63	• B. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencias en TS
65	• 1. Características sociodemográficas
67	• 2. Violencia sexual
68	• 3. Antecedentes sexuales
69	• 4. Aspectos del trabajo sexual
70	• 5. Comportamiento sexual por tipo de parejas
73	• 6. Consumo de alcohol y drogas
74	• 7. Pruebas voluntarias de VIH
74	• 8. Adquisición y uso de condones
76	• 9. Migración, estigma y discriminación
77	• 10. Embarazo
77	• 11. Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH
78	• 12. Prevalencias de VIH e ITS
79	• 13. Incidencia de VIH
79	• 14. Prevalencia de VIH y otras ITS por lugar de trabajo sexual
80	• 15. Datos comparativos entre el EMC-2002 y ECVC-2008
81	• C. Discusión
85	• D. Recomendaciones
86	• VIII. Resultados del estudio de personas viviendo con VIH y sida (PVVS)
86	• A. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencias en PVVS.
86	• 1. Características sociodemográficas
88	• 2. Antecedentes sexuales
89	• 3. Comportamiento sexual por tipo de pareja
90	• 4. Sexo comercial
91	• 5. Última relación sexual
93	• 6. Consumo de alcohol y drogas
93	• 7. Migración
94	• 8. Historia de ITS
94	• 9. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH
96	• 10. Diagnóstico de VIH y estado de salud
97	• 11. Diagnóstico de VIH y embarazo
97	• 12. Autocuidado de la salud
98	• 13. Control médico
101	• 14. Derechos humanos
102	• 15. Estigma y discriminación
103	• 16. Prevalencias de ITS
104	• B. Discusión
106	• C. Recomendaciones
107	• IX. ANEXO: Un nuevo enfoque para el estudio de poblaciones ocultas
110	• X. Referencias

Índice de cuadros, tablas y figuras

Cuadros

- 15 Cuadro 1. Conocimiento, actitudes y prácticas en VIH-SIDA y uso de condón en HSH en El Salvador
15 Cuadro 2. Estudios de prevalencia del VIH en HSH en El Salvador
16 Cuadro 3. Conocimiento, actitudes y prácticas en VIH-SIDA y uso de condón en TS en El Salvador
16 Cuadro 4. Estudios de prevalencia del VIH en TS en El Salvador
16 Cuadro 5. Características sociodemográficas de personas infectadas con VIH en el Hospital Rosales entre 1994-1998. San Salvador, El Salvador
22 Cuadro 6. Tamaño de muestra por ciudad, HSH, TS y PVVS - ECVC El Salvador, 2008
26 Cuadro 7. Resumen de muestras y pruebas de laboratorio, HSH, TS y PVVS - ECVC El Salvador, 2008
35 Cuadro 8. Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
63 Cuadro 9. Reclutamiento y muestra obtenida, por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008.

Figuras

- 14 Figura 1. Distribución de casos acumulados de VIH por departamento, El Salvador 1984-2008
30 Figura 2. Flujograma de participantes en los sitios de la encuesta, HSH y TS - ECVC El Salvador, 2008
31 Figura 3. Flujograma de participantes en el sitio del estudio, PVVS – ECVC El Salvador 2008
34 Figura 4. Estimación del tamaño de la población de HSH en San Salvador usando el método multiplicador HSH - ECVC El Salvador, 2008
36 Figura 5. Redes sociales de hombres que tienen sexo con hombres y distribución de casos VIH positivos de la semilla 2 en San Salvador, HSH - ECVC El Salvador, 2008
36 Figura 6. Redes sociales de hombres que tienen sexo con hombres por autoidentificación de la semilla 2 en San Salvador, HSH - ECVC El Salvador, 2008
61 Figura 7. Redes sociales de HSH San Salvador con 11 semillas, HSH – ECVC El Salvador, 2008
61 Figura 8. Redes sociales de HSH San Miguel con 5 semillas, HSH – ECVC El Salvador, 2008
62 Figura 9. Estimación del tamaño de la población de TS en San Salvador usando el método multiplicador. ECVC - El Salvador 2008.
64 Figura 10. Redes sociales de trabajadoras sexuales por lugar de trabajo de la semilla 5 en San Salvador, ECVC-El Salvador 2008, ECVC-El Salvador 2008
64 Figura 11. Redes sociales de trabajadoras sexuales por seropositividad de VIH de la semilla 5 en San Salvador, ECVC-El Salvador 2008
85 Figura 12. Redes sociales de TS San Salvador con 10 semillas, TS – ECVC El Salvador, 2008

Hombres que tienen sexo con hombres

Tablas

- 38 Tabla 6.1 Características sociodemográficas y autoidentificación sexual por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
39 Tabla 6.2 Antecedentes sexuales por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
40 Tabla 6.3 Antecedentes sexuales -Tipo de relaciones sexuales por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
41 Tabla 6.4 Relaciones forzadas por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
43 Tabla 6.5 Comportamiento sexual con parejas estables hombres y mujeres en últimos 12 meses por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
44 Tabla 6.6 Comportamiento sexual con parejas ocasionales por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
45 Tabla 6.7 Antecedentes del trabajo sexual por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
45 Tabla 6.8 Aspectos del trabajo sexual por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
47 Tabla 6.9 Sexo con trabajadores sexuales por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
48 Tabla 6.10 Uso de alcohol y drogas por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
48 Tabla 6.11 Pruebas voluntarias del VIH por ciudad, HSH - ECVC, El Salvador 2008
49 Tabla 6.12 Acceso a condones por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
50 Tabla 6.13 Migración por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
51 Tabla 6.14 Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH por ciudad, HSH - ECVC, El Salvador 2008
51 Tabla 6.15 Síntomas de ITS y utilización de servicios por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
52 Tabla 6.16 Prevalencia de ITS por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
53 Tabla 6.17 Prevalencia de ITS por autoidentificación sexual por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
53 Tabla 6.18 Incidencia de VIH por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008
54 Tabla 6.19 Incidencia de VIH por grupo de edad, HSH – ECVC El Salvador, 2008
54 Tabla 6.20 Resultados comparativos del estudio multicéntrico- 2002 y ECVC-2008, HSH - ECVC El Salvador, 2008

Gráficos

- 39 Gráfico 6.1 Organización a la que asiste, HSH - ECVC, El Salvador 2008
42 Gráfico 6.2 Número de veces que tuvo sexo vaginal o anal con pareja estable mujer en los últimos 30 días, HSH - ECVC El Salvador, 2008
42 Gráfico 6.3 Número de veces que tuvo sexo anal con pareja estable hombre en los últimos 30 días, HSH - ECVC El Salvador, 2008
50 Gráfico 6.4 Países que ha visitado en los últimos 12 meses, HSH - ECVC El Salvador, 2008

Trabajadoras sexuales

Tablas

- 66 Tabla 7.1 Características sociodemográficas por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
67 Tabla 7.2 Relaciones forzadas por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
68 Tabla 7.3 Antecedentes trabajo sexual por ciudad TS - ECVC El Salvador, 2008
68 Tabla 7.4 Antecedentes sexuales por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
70 Tabla 7.5 Trabajo sexual por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
71 Tabla 7.6 Comportamiento sexual con parejas estables por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
71 Tabla 7.7 Comportamiento sexual con parejas ocasionales por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
73 Tabla 7.8 Uso de alcohol y drogas por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
74 Tabla 7.9 Pruebas voluntarias de VIH por ciudad, Ts - ECVC El Salvador, 2008
75 Tabla 7.10 Acceso a condones y razones de no uso por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
76 Tabla 7.11 Migración por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
76 Tabla 7.12 Discriminación por ser trabajadora sexual por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
77 Tabla 7.13 Embarazo por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
78 Tabla 7.14 Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
79 Tabla 7.15 Prevalencia de VIH e ITS por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
79 Tabla 7.16 Incidencia de VIH por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
80 Tabla 7.17 Prevalencia de VIH, herpes tipo 2 y sífilis por lugar de trabajo y ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008
80 Tabla 7.18 Resultados comparativos para TS San Salvador del Estudio Multicéntrico 2002 y ECVC 2008, TS - ECVC El Salvador, 2008
81 Tabla 7.19 Resultados comparativos para TS Sonsonate del Estudio Multicéntrico 2002 y ECVC 2008, TS - ECVC El Salvador, 2008

Gráficos

- 65 Gráfico 7.1 Ingresos mensuales
66 Gráfico 7.2 Organización a la que asiste
69 Gráfico 7.3 Número de días que se dedicó al trabajo sexual-últimos 30 días
72 Gráfico 7.4 Uso consistente de condón con parejas y clientes
72 Gráfico 7.5 Uso de condón en la última relación sexual con parejas y clientes
75 Gráfico 7.6 En que situaciones no usas condones

Personas viviendo con VIH/SIDA

Tablas

- 86 Tabla 8.1 Número total de entrevistas realizadas por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
87 Tabla 8.2 Características sociodemográficas por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
88 Tabla 8.3 Características sociodemográficas II por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
88 Tabla 8.4 Antecedentes sexuales por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
89 Tabla 8.5 Comportamiento sexual con parejas estables por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
90 Tabla 8.6 Comportamiento sexual con parejas ocasionales por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
90 Tabla 8.7 Sexo comercial por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
91 Tabla 8.8 Última relación sexual por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
92 Tabla 8.9 Adquisición y uso de condones por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
93 Tabla 8.10 Uso de alcohol y drogas por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
93 Tabla 8.11 Migración por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
94 Tabla 8.12 Historia de ITS por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
95 Tabla 8.13 Conocimiento de medidas de prevención y transmisión del VIH por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
96 Tabla 8.14 Antecedentes sobre el diagnóstico de VIH y estado actual de salud por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
97 Tabla 8.15 Antecedentes de embarazo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
98 Tabla 8.16 Autocuidado y motivación personal por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
99 Tabla 8.17 Quimioprofilaxis para TB y control médico por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
99 Tabla 8.18 Tratamiento antirretroviral por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
100 Tabla 8.19 Dificultades para seguir el tratamiento antirretroviral por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
101 Tabla 8.20 Resultados de CD4 y carga viral por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
101 Tabla 8.21 Conocimiento de derechos humanos por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
102 Tabla 8.22 Estigma y discriminación por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
102 Tabla 8.23 Personas que conocen su estatus de VIH por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
103 Tabla 8.24 Estigma y discriminación en el ámbito social por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008
104 Tabla 8.25 Prevalencia de ITS por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008

Gráficos

- 92 Gráfico 8.1 Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales según tipo de pareja, por sexo, PVVS – ECVC El Salvador 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Índices

Abreviaturas

Audio computer-assisted self-interview	• ACASI
Captura de ensayo inmunoenzimático BED VIH-1 (Clados B, E, D del VIH-1)	• BED
Conocimientos actitudes y prácticas	• CAP
Comisión Nacional contra el SIDA	• CONASIDA
Oficina Regional para Centro América y Panamá del Programa Global del SIDA de los CDC	• CDC/GAP/CAP
Enzyme-linked immunosorbent assay	• ELISA
Encuestas de Vigilancia de Comportamiento	• EVC
Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento	• ECVC
Estudio Multicéntrico Centroamericano	• EMC
Global AIDS Program (Programa Global del SIDA)	• GAP
Hombres que tienen sexo con hombres	• HSH
Virus del herpes simplex tipo 2	• VHS-2
Intervalos de confianza	• IC
Infecciones de Transmisión Sexual	• ITS
Linfogranuloma venéreo	• LGV
Ministerio de Salud	• MS
Organización Mundial de la Salud	• OMS
Organización no gubernamental	• ONG
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA	• ONUSIDA
Organización Panamericana de la Salud	• OPS
Proyecto Acción SIDA de Centroamérica	• PASCA
Organización Panamericana de Mercadeo Social	• PASMO
Polymerase chain reaction (Reacción en cadena de la polimerasa)	• PCR
Programa Nacional del Control del SIDA	• PNS
Personas viviendo con el VIH/SIDA	• PVVS
Rango intercuartílico	• RIQ
Respondent driven sampling (Muestreo dirigido por entrevistados)	• RDS
Respondent driven sampling analysis tool	• RDSAT
Rapid plasma reagin	• RPR
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	• SIDA
Secretaría de Integración Social Centroamericana	• SISCA
Statistical package for the social sciences	• SPSS
Trabajadoras sexuales	• TS
Treponema pallidum hemagglutination assay	• TPHA
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional	• USAID
United States Centers for Disease Control and Prevention	• USCDC
Voluntaring, Counseling and Testing (Prueba Voluntaria con Consejería)	• VCT
Virus de la Inmunodeficiencia Humana	• VIH

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Abreviaturas

I. Introducción

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual (ECVC)

es el resultado del trabajo intersectorial que tuvo el propósito de obtener información de comportamiento sexual y prevalencia de ITS/VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS), así como la prevalencia de ITS y comportamientos de riesgo en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). La información recolectada contribuirá a la caracterización de la epidemia de VIH en el país y a la formulación de intervenciones y acciones estratégicas.

Los resultados del estudio proporcionarán una guía para el desarrollo de políticas públicas de abordaje de la epidemia de VIH/SIDA en estas poblaciones en El Salvador, que incluyan acciones enfocadas a mejorar el acceso a servicios de prevención y atención de su salud, así como reducir la marginación y estigma hacia las poblaciones. También se espera que los resultados de este estudio sean de utilidad para las acciones que realizan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y para el desarrollo y ejecución de planes de las agencias de cooperación técnica y financiera.

Este estudio fue realizado bajo la rectoría del Programa Nacional de VIH/SIDA (PNS) del Ministerio de Salud de El Salvador (MS), con el apoyo técnico y financiero de la Universidad del Valle de Guatemala y los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades, a través del Programa Global de SIDA de la Oficina Regional para Centroamérica y Panamá, CDC/GAP/CAP. Se contó con la gestión administrativa de la Oficina Panamericana de Mercadeo Social de El Salvador (PASMO), con el apoyo financiero de la Agencia del gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Secretaría de Integración Social Centroamericana a través del Proyecto Regional de VIH/SIDA para Centroamérica (SISCA); y el apoyo de las organizaciones de la diversidad sexual, trabajadoras sexuales y de personas viviendo con VIH de El Salvador.

En este documento se hace referencia a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) como un término que es incluyente de las poblaciones gay, bisexual, transgénero, transexual y travestis. El capítulo de trabajadoras sexuales incluye tanto trabajadoras de locales fijos como ambulantes. Las personas viviendo con VIH fueron reclutadas de clínicas de tratamiento y grupos de auto-apoyo.

II. Resumen ejecutivo

○ Antecedentes

En el 2009 se completó la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) en Poblaciones Vulnerables (ECVC) en El Salvador. El objetivo de la misma fue estudiar la prevalencia de ITS y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y comportamientos de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y comportamientos de riesgo en personas con VIH/SIDA (PVVS). Este reporte presenta los resultados para cada población.

○ Métodos

Para reclutar HSH en las ciudades de San Salvador y San Miguel y TS en San Salvador y Sonsonate se utilizó el muestreo dirigido por los entrevistados o *respondent driven sampling* (RDS). Para PVVS se utilizó muestreo consecutivo para reclutar a personas que estaban bajo control médico o en grupos de apoyo en hospitales de la red pública de salud. Para las tres poblaciones las entrevistas de comportamiento fueron realizadas a través de un sistema de entrevistas asistidas por computadora ACASI (audio computer-assisted self-interview) y entrevistas cara a cara. Se usó el método multiplicador para estimar el tamaño de las poblaciones de HSH y TS en San Salvador.

Para documentar ITS se tomaron muestras biológicas. Las pruebas en sangre incluyeron: VIH para HSH y TS (Determine, Oraquick, ELISA y Western blot), virus del herpes simplex tipo 2 (ELISA IgG Focus HerpesSelect® Virus del herpes simplex tipo 2) y sífilis (Rapid plasma reagin – Treponema pallidum hemagglutination assay) para las tres poblaciones. El diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomona vaginalis* y *Mycoplasma genitalium* se realizó por polymerase chain reaction (PCR) en orina con todos los hombres, hisopado anal para HSH e hisopos vaginales para mujeres. Se estimó la incidencia de VIH aplicando la prueba B.E.D. HIV-1 capture EIA assay a todos los sueros VIH reactivos. Los datos fueron analizados con *respondent driven sampling analysis tool (RDSAT) 6.01*, un programa específico para el análisis de datos recolectados a través de RDS y *statistical package for the social sciences (SPSS) 12.0*.

○ Resultados

• Hombres que tiene sexo con hombres - HSH

La estimación del tamaño de la población de HSH en San Salvador fue de 12,500, con un intervalo de confianza (IC) de 95% (7,235-17,725). Se reclutaron 624 HSH en San Salvador y 200 en San Miguel para la encuesta de comportamiento en un periodo de 6 meses.

Los participantes de San Salvador, 46%, se autoidentificaron como gay/homosexuales, 45%, como heterosexual o bisexual y 9% como transexual, travesti u otro. En San Miguel la distribución fue de 22%, 66% y 12%, respectivamente. Un alto porcentaje reportó sexo forzado alguna vez en la vida (30% en San Salvador y en San Miguel) y de estos en el último año 22% y 31%, respectivamente.

El 30% y el 74% han tenido al menos una pareja estable en los últimos 12 meses. De estos, solamente el 35% y el 30% en San Salvador y San Miguel, respectivamente, reportaron uso consistente de condón con esta pareja. El sexo vaginal en los últimos 12 meses fue reportado por 27% de HSH en San Salvador y 48% en San Miguel. Un 11% en San Salvador y 28% en San Miguel han tenido al menos una pareja estable mujer en los últimos 12 meses. De estos, 5% y 16% informaron que siempre usaron condón con todas sus parejas estables mujeres en los últimos 12 meses.

El 63% y el 59% de los participantes han tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. De estos, un 44% y un 35% reportaron uso consistente del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos 12 meses.

El 19% de los participantes en San Salvador y el 14% en San Miguel vendieron sexo en los últimos 12 meses. De estos, cerca del 70% en las dos ciudades reportó uso consistente de condón con clientes frecuentes en los últimos 12 meses. El 8.0% en las dos ciudades reportó que ha comprado sexo en los últimos 12 meses. De estos, el 24% en San Salvador y el 56% en San Miguel reportaron uso consistente de condón cuando compraron sexo anal o vaginal en los últimos 12 meses, respectivamente.

Un 8% en San Salvador y un 19% en San Miguel consumieron algún tipo de drogas ilegales en los últimos 30 días.

La prevalencia de VIH en San Salvador fue de 10.8% (95% IC 7.4-14.7) y 8.8% (95% IC 4.2-14.5) en San Miguel. El 46.8% en San Salvador y el 36.0% en San Miguel fueron seropositivos a Virus del herpes simplex tipo 2. El 12.1% en San Salvador y el 8.1% en San Miguel fueron seropositivos para sífilis. La incidencia del VIH en el último año fue de 7.0% (95% IC 3.7-10.3) y de 4.6% (95% IC 0.1-9.0) en San Salvador y San Miguel, respectivamente. La tricomoniasis vaginal fue de 1.4% y 0.1%, respectivamente; el *Mycoplasma genitalium* fue de 3.3% y de 2.1%; la *Neisseria gonorrhoeae* de 7.4% y de 1.2%; la *Chlamydia trachomatis* fue de 5.2% y 12.4% en San Salvador y San Miguel, respectivamente.

• Trabajadores sexuales - TS

La estimación del tamaño de la población de TS en San Salvador fue 5,797, con un intervalo de confianza (IC) de 95% (4,253 – 7,277) activas. Se reclutaron 663 TS en San Salvador y 185 en Sonsonate para la encuesta de comportamiento en un periodo de 6 meses.

El 89% de la muestra en San Salvador se autodefinen como TS y en Sonsonate el 75%. El 75% y el 78% uso condón durante la última relación sexual con parejas o clientes en ambas ciudades. El 54% y el 65% consiguen sus clientes en prostíbulo o night-club, en San Salvador y Sonsonate, respectivamente. En San Salvador alrededor del 90% informaron que usaron condón con el último cliente frecuente y nuevo. En Sonsonate, el 83% usó condón en la última relación sexual con cliente frecuente y el 90% con cliente nuevo.

Más del 60% en ambas ciudades consumió alcohol en los últimos 30 días. El 82% y el 75% se han realizado la prueba de VIH alguna vez anteriormente al estudio. Los condones son proporcionados al 57% y el 85% en el centro de salud u hospital, en San Salvador y Sonsonate respectivamente. El 22% y el 24% han recibido algún tipo de abuso o maltrato por ser trabajadora sexual en el último año.

La prevalencia de VIH en San Salvador es de 5.7% (95% IC 3.5-7.9) y en Sonsonate es de 2.5% (95% IC 0.7-5.2), la de HSV-2 es de 82.6% (95% IC 78.6-86.3) y 76.2% (95% IC 66.1-85.0) respectivamente, la de sífilis activa (dilución RPR \geq 1:8) es de 2.7% (95% IC 1.3-4.4) en San Salvador y en Sonsonate es de 0.7% (95% IC 0.0-2.2). La vaginosis bacteriana fue de 49.0% (95% IC 43.4-54.8) en San Salvador y de 52.2% (95% IC 41.2-63.1) en Sonsonate. La incidencia del VIH fue de 0.0% y de 0.2% (95% IC 0.0-0.07) en San Salvador y Sonsonate respectivamente.

La tricomoniasis vaginal fue de 32.4% y 30.8% en San Salvador y Sonsonate, el *Mycoplasma genitalium* fue de 23.7% y de 23.3%, la *Neisseria gonorrhoeae* de 6.8% y de 16.4% respectivamente.

En general el 54.6% y el 44.0% en San Salvador y Sonsonate respectivamente tenía alguna ITS que incluye VIH, sífilis o alguna ITS. Los datos muestran que las trabajadoras sexuales que consiguen sus clientes en la calle tienen las prevalencias más altas de ITS, incluyendo el VIH.

• Personas viviendo con VIH SIDA - PVVS

Se reclutó a 811 PVVS en total, 413 hombres y 398 mujeres en un periodo de 6 meses. La mediana de edad para la población fue de 35 años, con un rango intercuartílico (RIQ) de 29-43. Un 87% sabía leer y escribir. Un 48% tenía estudios de nivel secundario; sin embargo, cerca del 60% de las mujeres no asistió a la escuela o sus estudios eran inferiores a primaria. Poco más de tres cuartos de la muestra tenía ingresos inferiores al salario mínimo. Dos tercios de la muestra vivían en el área metropolitana de San Salvador. Un 59% vivía con sus padres y familiares y 44% vivía con la pareja. Alrededor del 60% de hombres y 40% de mujeres eran solteros. Un 11% de hombres estaba circuncidado. Un poco más de un tercio asistía a grupos de apoyo para personas con VIH.

La mediana de edad para la primera relación sexual fue a los 15 años (RIQ 14-17). Un 21% de la muestra reportó relaciones forzadas alguna vez, y un 16.1% ha tenido relaciones forzadas en el último año. Casi un cuarto de la muestra de hombres había tenido sexo con otro hombre en los últimos 12 meses.

Un 80% reportó al menos una pareja estable en los últimos 12 meses. Un 68% reportó uso consistente de condón en los últimos 12 meses con su pareja estable.

Un tercio de la muestra (32%) reportó haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses. De estos, un 66% reportó uso consistente de condón en los últimos 12 meses. Un 4% reportó haber recibido dinero a cambio de sexo en los últimos 12 meses y un 6% reportó haber comprado sexo en el mismo período. El 34% de las participantes obtuvo el diagnóstico de VIH durante su último embarazo. Un 25% ha sufrido discriminación por ser una persona con el VIH. Esta proporción fue más alta en mujeres, 32%, que en hombres, 18%. Un 6% del total de la muestra reportó que ha sido discriminado en un establecimiento de salud por ser una persona con VIH, durante los últimos 12 meses.

La prevalencia del virus del herpes simplex tipo 2 fue de 84.5%. La prevalencia de sífilis fue de 15.3%. La prevalencia de sífilis activa fue de 3.0% (dilución de la prueba RPR por encima de 1:8). La prevalencia de sífilis activa en hombres fue de 5.5% y en mujeres, de 0.5%.

El 25.1% de la muestra de mujeres fue positiva a vaginosis bacteriana. La prevalencia de *Mycoplasma genitalium* en mujeres fue de 19.6% y de *Trichomonas vaginalis*, de 9.4%. La prevalencia de *Mycoplasma genitalium* en hombres fue de 8.9% y de *Trichomonas vaginalis*, de 0.3%. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en hombres fue de 0.0% y en mujeres, de 2.3%. La prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae* en hombres fue de 0.0% y en mujeres, de 0.5%. La prevalencia de alguna ITS que incluye al menos una prueba de PCR positiva y/o sífilis activa fue de 20.1%, con mayor proporción en mujeres, 27.6%, que en hombres, 12.7%.

○ Conclusiones y recomendaciones

• Hombres que tiene sexo con hombres - HSH

Este estudio documenta una alta prevalencia e incidencia de VIH en HSH, y una prevalencia muy alta de sífilis. La mitad de la población tiene sexo con hombres y mujeres. El uso de condón con todo tipo de parejas es bajo. Los datos del estudio reflejan la urgente e inaplazable necesidad de desarrollar servicios de ITS e intervenciones de prevención para HSH.

• Trabajadoras sexuales - TS

Este estudio documenta las altas prevalencias de VIH e ITS en TS. Dadas las bajas tasas de uso de condón con diferentes tipos de parejas sumado al bajo conocimiento sobre la prevención y transmisión del VIH, reflejan la urgente e inaplazable necesidad de desarrollar servicios de ITS e intervenciones de prevención para TS.

• Personas viviendo con VIH SIDA - PVVS

Este es el primer estudio de comportamiento sexual de PVVS que se desarrolla en el país. En el mismo se documentan altas prevalencias de sífilis activa, principalmente en hombres, así como de herpes. En general, se puede concluir que se trata de una población expuesta a ITS, sexualmente activa y con bajas tasas de uso consistente de condón con diferentes tipos de parejas. Estos datos refuerzan la necesidad de enfocar las acciones de salud pública para impactar eficazmente en la reducción de la transmisión del VIH en dicha población.

Con base en esta información se recomienda que se fortalezcan las clínicas de atención de PVVS, asegurando el acceso a los servicios de atención de ITS y salud sexual y reproductiva. Conviene proporcionar información adecuada a la población sobre el uso consistente del condón con todas sus parejas, mejorar el acceso a las pruebas de ITS y dar tratamiento de ITS a las PVVS infectadas y sus contactos. Dichas acciones deben ir encaminadas al incremento de medidas de prevención eficaces y al conocimiento de modos de transmisión en la población. Es importante promover el diagnóstico precoz del VIH, porque está demostrado que los individuos que son diagnosticados tardíamente en el curso de la infección tienen un peor pronóstico.

III. Antecedentes



Según el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) de 2008, en América Latina el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 140,000 (88,000–190,000). Se estima que 1.7 millones (1.5 millones–2.1 millones) de personas viven con VIH en esta región. Un estimado de 63,000 (49,000–98,000) personas murieron a causa del VIH en ese mismo año.¹

En la región centroamericana, como en el resto de América Latina, la epidemia de VIH/SIDA está concentrada principalmente en HSH y TS. En algunos países se incluyen otros grupos de riesgo, tales como la población garífuna. No hay estudios de prevalencia disponibles para usuarios de drogas.¹

Con el Estudio Multicéntrico Centroamericano en 2001-2003 se documentaron niveles de infección del VIH entre HSH, que fueron 22 veces mayores que en la población general en El Salvador. Los resultados de este estudio, para el resto de países en la región, muestran también prevalencias altas en HSH.² Alrededor de un tercio de hombres que tienen sexo con hombres en Centroamérica también tienen relaciones sexuales con mujeres - y entre 30.0% a 40.0% de los hombres dijeron que habían tenido sexo desprotegido con hombres y mujeres en el mes anterior.

El temor de las personas afectadas por el VIH al rechazo familiar, a perder el empleo y a la censura pública disminuye la efectividad de los esfuerzos de prevención y atención del VIH/SIDA. El estigma y la discriminación desalientan a las personas infectadas y afectadas por la enfermedad e impiden que soliciten atención médica, porque al hacerlo revelarían su condición a sus familias, compañeros de trabajo y a miembros de su comunidad.³

Los sistemas de vigilancia de segunda generación tienen por objeto observar tanto las tendencias del comportamiento como las de la infección por el VIH. Los fines de la vigilancia de segunda generación son:

- Conocer las tendencias de la epidemia a lo largo del tiempo.
- Obtener una mejor comprensión de los comportamientos que favorecen la epidemia.
- Concentrar la vigilancia en los subgrupos de población con mayor riesgo de infección.
- Flexibilizar la vigilancia de modo que se adapte a las necesidades y estadios de la epidemia.
- Utilizar la información generada para mejorar el conocimiento de la epidemia y elaborar planes de prevención y atención.

A. LA EPIDEMIA DEL VIH EN EL SALVADOR

El primer caso de VIH en El Salvador fue reportado en 1984. Los datos oficiales del Programa Nacional indican que, hasta finales de 2008, los casos acumulados de VIH/SIDA notificados son 22,044, de los cuales 13,564 (62.0%) corresponden a VIH y 8,440 (38.0%), a SIDA.⁴ ONUSIDA estimó que para el año 2007 había 35,000 personas infectadas entre adultos y niños (24,000 – 72,000).¹

De enero a noviembre de 2008 se detectaron 1,909 casos nuevos, correspondientes a 1,641 casos de VIH y 268 casos de SIDA. El 84.0% de estos se distribuyen en el grupo de 15 a 49 años de edad, que corresponde a la población sexualmente activa y principal fuerza de trabajo. En el grupo de adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años se han reportado 18.1% del total los casos, seguidos del grupo de 25 a 29 años donde se reporta el 19.3%. La distribución de casos nuevos por departamento muestra que en San Salvador (51.5%), Sonsonate (8.0%), La Libertad (7.3%) y Santa Ana (6.4%) se concentran el 75.1% de los casos.⁴

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Antecedentes

Figura 1.
Distribución
de casos acumulados de VIH
por departamento,
El Salvador 1984-2008*



Fuente: Resumen del VIH/SIDA de El Salvador de 1984-2008- Programa Nacional de VIH/SIDA – Ministerio de Salud.
* Ignorados, 1.9%; extranjeros, 0.8%

La mayoría de los casos detectados de VIH/SIDA se concentra en hombres, quienes constituyen el 61.6% del total. El 38.4% restante son mujeres. La razón hombre/mujer es de 1.6:1, que varía por departamento. La principal vía de transmisión reportada es la sexual (93.0%).⁴ Cada día se detectan entre 5 a 6 casos nuevos en el país.

De acuerdo a la clasificación de ONUSIDA de 2008, la situación epidemiológica del VIH/SIDA en El Salvador es concentrada, con prevalencias que superan el 5.0% en grupos de alto riesgo como los HSH y TS. La prevalencia en mujeres embarazadas es de 0.1%. Según el informe del ONUSIDA se estima que la prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años es de 0.8%.¹

Hasta septiembre de 2008 se indicó tratamiento antirretroviral a 6,814 personas con VIH avanzado. Durante el 2008, se reportaron 302 defunciones asociadas a SIDA; de este total, 97 son del sexo femenino y 205 del sexo masculino.

B. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN HSH EN EL SALVADOR

En El Salvador se han realizado estudios para documentar los comportamientos sexuales en HSH y TS. En los años 1997, 2000 y 2004, PASMO realizó encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)⁵.

Así mismo, durante el 2000 al 2002 el Proyecto Acción SIDA Centro América (PASCA) en colaboración con los ministerios de salud de la región, organizaciones locales e internacionales, realizaron el Estudio Multicéntrico Centroamericano (EMC), en el que se recolectó información de comportamiento y de marcadores biológicos en HSH y TS. El EMC utilizó una muestra de conveniencia de 356 HSH. Otros estudios previos en estas poblaciones de riesgo han utilizado diferentes métodos de muestreo y variables de interés, lo que limita la evaluación de tendencias para algunas variables de comportamiento y prevalencia para TS y HSH en El Salvador (cuadros 1 y 2).

Estudio	Año	Población	Pregunta	%
PASMO	1997	HSH	Utilización de condón en la última relación sexual con pareja ocasional	61.0%
PASMO	2000	HSH	Utilización de condón en la última relación sexual con pareja ocasional	62.0%
Multicéntrico	2002	HSH	Utilización de condón última vez que tuvo sexo anal con pareja regular	68.2%
PASMO	2004	HSH	Uso de condón última relación sexual anal con pareja ocasional	78.3%
PASMO	2004	HSH	Uso de condón última relación sexual anal con pareja regular	66.2%

Fuente: Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), PASMO 1997, 2000, 2004 y Reporte del estudio Multicéntrico 2002.

Cuadro 1.
Conocimiento, actitudes y prácticas en VIH-SIDA y uso de condón en HSH en San Salvador 1997-2004

País	Año	Población	Prevalencia		
			VIH	VHS-2*	Sífilis
El Salvador	2002	HSH	15.3%	56.5%	10.8%

Fuente: Reporte del estudio Multicéntrico 2002.¹⁴

* Virus del herpes simplex tipo 2

Cuadro 2.
Estudios de prevalencia de VIH-ITS en HSH en El Salvador, EMC- 2002

Los HSH consistentemente tienen las prevalencias más altas en relación a otros grupos de población en cada país de Centroamérica. De todos los países de la región la prevalencia más alta para HSH es la de El Salvador.

C. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN TS EN EL SALVADOR

En El Salvador se han realizado estudios para documentar los comportamientos sexuales en TS y HSH. En los años 1997, 2000 y 2004, PASMO realizó encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).⁵

Así mismo durante el 2000 al 2002 el Proyecto Acción SIDA Centro América (PASCA) en colaboración con los Ministerios de Salud de la región, organizaciones locales e internacionales realizaron el Estudio Multicéntrico Centroamericano (EMC), en el que se recolectó información de variables de comportamiento y de marcadores biológicos en TS y HSH. El EMC utilizó una muestra de conveniencia de 491 TS. Otros estudios previos en estas poblaciones de riesgo han utilizado diferentes métodos de muestreo y variables de interés, lo que limita la evaluación de tendencias para algunas variables de comportamiento y prevalencia para TS y HSH en El Salvador (Cuadros 1 y 2).

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Antecedentes

Cuadro 3.
Conocimiento, actitudes
y prácticas en VIH-SIDA
y uso de condón en TS
en San Salvador, 1997-2004

Estudio	Año	Población	Pregunta	%
PASMO	1997	TS	Utilización de condón en la última relación sexual con cliente regular	83.0%
PASMO	2000	TS	Utilización de condón en la última relación sexual con cliente regular	93.0%
Multicéntrico	2002	TS	Utilización del condón la última relación sexual con cliente nuevo	88.0%
PASMO	2004	TS	Utilización de condón en la última relación sexual con cliente regular	98.0%

Fuente: Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), PASMO 1997, 2000,2004 y Reporte del estudio Multicentrico Centroamericano 2002.

Cuadro 4.
Estudios de prevalencia del VIH-ITS
en TS en El Salvador, EMC - 2002

País	Año	Población	Prevalencia			
			VIH	Sífilis	VHS-2*	Tricomoniasis
El Salvador	2002	TS	3.2%	15.0%	95.7	11.7%

Fuente: Reporte del estudio Multicentrico 2002.

* Virus del herpes simplex tipo 2

D. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN PVVS EN EL SALVADOR

Los esfuerzos para la vigilancia del comportamiento en Centroamérica se han enfocado en la población de mayor riesgo de infección por VIH: los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales. Sin embargo, por las características de la epidemia del VIH en El Salvador se requiere caracterizar el comportamiento de las personas con VIH, para contar con mayor información que guíe las acciones de prevención y refuerce las estrategias para una atención integral de las personas que viven con VIH.

En un estudio retrospectivo de 250 pacientes infectados con el VIH y que fueron atendidos en el Hospital Rosales entre 1994 y 1998, se describieron algunas características clínicas y demográficas de dicha población (Cuadro 5).⁵

Cuadro 5.
Características sociodemográficas
de personas infectadas con VIH
en el Hospital Rosales
entre 1994-1998.
San Salvador, El Salvador

Características	Resultados
Hombres	67%
Mujeres	33%
Procedencia- zona urbana	86%
HOMBRES	
Promedio de edad al momento del diagnóstico	34 años
Trabajo diurno	50%
Relaciones sexuales con hombres	9%
Relaciones sexuales con hombres y mujeres	17%
Compraron sexo de trabajadoras sexuales	65%
MUJERES	
Promedio de edad al momento del diagnóstico	35 años
Amas de casa	76%
Trabajadoras sexuales	8%
Relaciones sexuales con hombres	100%

Fuente: Vázquez E.G. et al., Clinical and demographic features of HIV infection in El Salvador, 2003.

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Antecedentes

Este estudio concluyó que los adultos infectados por el VIH atendidos en el Hospital Rosales entre 1994 y 1998 adquirieron la infección mediante prácticas heterosexuales, presentaban síntomas en el momento de su primera consulta y abandonaron el seguimiento.

Esta es la segunda encuesta de comportamiento y prevalencia de ITS en personas con VIH/SIDA que se realiza en la región, después de la que se realizó en Honduras en el 2007.

El presente reporte ofrece los resultados de prevalencia de ITS y comportamientos de riesgo en personas viviendo con el VIH/SIDA de El Salvador.

E. ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

Además de recolectar datos sobre comportamiento y prevalencia de ITS es importante estimar el tamaño de las poblaciones vulnerables al VIH. La estimación del tamaño de poblaciones permite evaluar la cobertura de las estrategias de prevención y planificar la distribución de recursos y nuevos proyectos.

En 2002, con base en un meta-análisis de encuestas de comportamiento de 27 países, se estimó que el tamaño de la población de HSH en países como El Salvador va de 3.0% a 5.0% de la población de hombres (de 15 a 59 años), lo que equivale a 61,516 a 102,526 HSH en todo el país.⁶

Algunos países cuentan con estimaciones del tamaño de la población de trabajadoras sexuales por que en ellos existen burdeles legales o semi-legales en los cuales el dato puede ser obtenido. Sin embargo, aun en estos países a menudo hay otras mujeres involucradas en el trabajo sexual que no son identificadas por este sistema. En los países donde hay registros de las trabajadoras sexuales o donde las trabajadoras son promovidas para que asistan regularmente a las clínicas de ITS, los números pueden ser usados para reflejar una estimación del tamaño de población. No existe información del tamaño de la población de trabajadoras sexuales en El Salvador.

Este informe presenta los resultados de prevalencia de VIH, ITS y comportamientos de riesgo en HSH, TS y PVVS de El Salvador. Incluye además los resultados del ejercicio de estimación del tamaño de la población de HSH y TS como parte de la Encuesta Centroamericana de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables de El Salvador (ECVC - El Salvador).



IV

IV. Objetivos de la encuesta

1. Obtener los principales indicadores de comportamiento vinculados al VIH en poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en las ciudades de San Salvador y San Miguel, en trabajadoras sexuales en las ciudades de San Salvador y Sonsonate y personas que viven con el VIH/SIDA en la ciudad de San Salvador.
2. Determinar la prevalencia de VIH e ITS en HSH y TS en las áreas geográficas seleccionadas e ITS en PVVS que asisten a control médico en hospitales nacionales de El Salvador.
3. Estimar el tamaño de la población de HSH y TS en San Salvador.
4. Determinar la incidencia de VIH en HSH y TS en las áreas geográficas seleccionadas.
5. Proporcionar información que pueda asistir a las distintas agencias de financiamiento, al Programa Nacional del SIDA (PNS) y otras organizaciones locales en la planeación estratégica y en la definición de políticas de respuesta en la lucha contra el VIH/SIDA.
6. Apoyar al desarrollo de las capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH y de comportamientos en poblaciones de alto riesgo.

V. Metodología



La Universidad del Valle de Guatemala, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del gobierno de los Estados Unidos (US CDC), a través del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP), conjuntamente con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud de El Salvador y PSI-PASMO, organizaron las actividades generales de la encuesta. Coordinaron las acciones con el Laboratorio Central del Ministerio de Salud, los laboratorios de referencia, agencias de cooperación financiera y organizaciones de HSH, TS y PVVS. Por su parte, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA convocó a actores clave vinculados a las poblaciones del estudio. USAID, CDC y SISCA proporcionaron el apoyo financiero para la encuesta.

A. ETAPA PREPARATORIA

En la etapa preparatoria del trabajo de campo se socializó la encuesta, y se presentaron sus objetivos a las autoridades de los servicios locales de salud, instituciones, organizaciones y personas claves involucradas en cada una de las ciudades. La presentación de la encuesta fue convocada por el PNS, en colaboración con el CDC/GAP/CAP.

Después de una evaluación de datos epidemiológicos y entrevistas a profundidad con autoridades de salud y las ONG que trabajan con HSH, la encuesta fue planteada en dos ciudades del país: San Salvador y San Miguel. Para TS se seleccionaron Sonsonate y San Salvador y para PVVS San Salvador. El trabajo preparatorio en colaboración con las ONGs permitió conocer la población más cercana, estimar el tamaño de población que pudiera participar, así como los tiempos requeridos para desarrollar la encuesta.

En julio del 2007 se realizó un estudio cualitativo en HSH San Salvador y San Miguel y en TS en San Salvador y Sonsonate para informar la encuesta de comportamiento. El estudio de HSH abarcó temas sobre cómo los trabajadores sexuales definen la venta e intercambio de sexo, las definiciones sobre sexo, tipos de pareja y tamaño de la red social. En TS el estudio abarcó temas acerca de cómo las trabajadoras sexuales definen la venta e intercambio de sexo, las definiciones sobre sexo, tipos de pareja y tamaño de la red social. También se recolectó información sobre aspectos logísticos para el reclutamiento y el desarrollo del cuestionario en El Salvador. El desenvolvimiento del estudio cualitativo contó con el acompañamiento y asesoramiento de las organizaciones Entreamigos, Arcoiris, PSI-PASMO y del personal de los establecimientos de salud del MS.

Para PVVS los sitios de la encuesta se ubicaron al principio en el Hospital Nacional Rosales y en un segundo momento en el Hospital Nacional Zacamil. En cada caso, los sitios de recolección de datos fueron establecidos vinculados a las clínicas de terapia antirretroviral (TAR), garantizando la confidencialidad y privacidad de los participantes. Con este fin se hicieron las adaptaciones y ajustes necesarios para desarrollar cada uno de los pasos de la encuesta.

Para el establecimiento de los sitios de encuesta se contó con el apoyo del personal local de los hospitales, tanto del área administrativa como del área técnica, así como del personal de los grupos de apoyo y algunos de sus miembros.

En el Hospital Rosales se reservó un espacio especial para el estudio en el edificio de especialidades; se dispusieron 4 cubículos y una recepción para atender a los pacientes. El hospital también se encargó de la limpieza, la entrega de medicamentos y la disposición final de los desechos bioinfecciosos. El Hospital Zacamil, de igual manera, ofreció un espacio físico suficiente, ubicado en el área de la consulta externa, que permitió atender con privacidad a todos los participantes. También se ocupó del despacho de medicamentos y del almacenamiento de las muestras en el laboratorio a medida que se recolectaron, siguiendo estrictas normas de cadena de frío, mientras llegaba el momento de transportarlas al Laboratorio Central. Ambos hospitales donaron los servicios básicos de electricidad, agua potable y teléfono para el personal y los participantes, así como los medicamentos para ITS.

B. MÉTODO MULTIPLICADOR PARA ESTIMAR EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN DE HSH Y TS EN SAN SALVADOR

Para estimar el tamaño de la población de HSH y TS en San Salvador se usó el método multiplicador. Éste consiste en medir el traslape entre dos muestras independientes. Para la primera muestra se marca a la población con un objeto único. En este caso, se distribuyeron llaveros a través de educadores. La segunda muestra la constituyó el estudio. Como parte del cuestionario se preguntó si los participantes habían recibido el llavero.

En los días previos al inicio del estudio, educadores de PSI-PASMO, OTS y Flor de Piedra entregaron llaveros a las TS elegibles. PSI-PASMO, Entreamigos y Arcoiris entregaron llaveros a los HSH elegibles. Antes de la distribución, cada organización estimó cuantos HSH y TS elegibles podrían alcanzar y los lugares donde se reúnen. Los llaveros fueron repartidos proporcionalmente a las organizaciones con base en sus estimaciones. Para HSH, PSI-PASMO recibió 200 llaveros, Entreamigos y Arcoiris recibieron 100 llaveros cada uno. Para TS, PSI-PASMO recibió 200 llaveros, Orquídeas del Mar y Flor de Piedra/OTS recibieron 100 llaveros cada uno.

Los educadores de las ONG distribuyeron los llaveros en diferentes lugares de San Salvador, en reuniones, actividades educativas y talleres que desarrollan de manera rutinaria. Cada persona recibió un solo llavero. Los educadores completaron un registro para control de dónde y cuándo fueron distribuidos los llaveros y determinaron si la persona había recibido previamente un llavero.

Durante el estudio, a todos los reclutados se le preguntó si habían recibido un llavero de educadores de ONG. A los reclutados se les pidió que lo mostraran o lo describieran. La proporción de reclutados que mostraron el llavero o lo describieron correctamente fue usado como el multiplicador.

Usando el número de llaveros distribuidos (400) y la proporción de aquellos que recibieron el llavero, es posible estimar el tamaño de la población de HSH y TS. La fórmula para calcular el tamaño de la población usando el método multiplicador es la siguiente:

$$N = \frac{n}{p}$$

Donde:

n= número de llaveros distribuidos

p= es la proporción en la segunda muestra que recibieron el llavero

N= estimación del tamaño de la población

C. TAMAÑO DE MUESTRA Y SITIOS PARA LA ECVC

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = D \frac{[\sqrt{2P(1-P)} Z_{1-\alpha} + \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} Z_{1-\beta}]^2}{\Delta^2}$$

Donde:

D= efecto del diseño

P₁= la proporción estimada en el tiempo de la primera investigación

P₂= la proporción en una fecha futura donde la cantidad ($P_2 - P_1$) es el tamaño de la magnitud de cambio que se desea detectar

P= $(P_1 + P_2) / 2$

Z_{1- α} = el marcador z correspondiente a la probabilidad deseada para establecer un cambio observado ($P_2 - P_1$)

Z_{1- β} = el marcador z correspondiente al grado de confianza deseado para detectar un cambio ($P_2 - P_1$)

$\alpha = 0.05$ ($Z_{1-\alpha} = 1.65$) $\beta = 0.20$ ($Z_{1-\beta} = 0.84$)

Se estimó una muestra de 600 HSH para San Salvador y 200 para San Miguel. Este tamaño de muestra permitirá detectar un cambio de 11.0% sobre un indicador de comportamiento seleccionado para el grupo de HSH en San Salvador y un 19.0% en el grupo de HSH en San Miguel, entre la presente encuesta y la siguiente ronda de vigilancia de comportamiento, usando una estimación conservadora de una tasa de prevalencia basal del 50.0% para el indicador seleccionado (P1). Por ejemplo, si el indicador seleccionado es el uso de condón en la última relación sexual, este tamaño de muestra proporcionará el poder suficiente para estimar un cambio de 11% entre la presente encuesta y la siguiente ronda, que se realizará en el 2012. Para tasas de prevalencia más altas, se podrá detectar diferencias menores. El nivel de exactitud (α) es 0.025. El efecto de diseño para el muestreo dirigido por el entrevistado (RDS) se estimó en 1.25 para esta encuesta (comunicación personal con D. Heckathorn). El poder para detectar la diferencia fue de 80.0%. El cuadro 6 ilustra el número total por población y número de entrevistados en los dos lugares de estudio.

Se estimó una muestra de 600 TS a entrevistar para San Salvador y 200 para Sonsonate. Este tamaño de muestra permitirá detectar un cambio del 11.0% sobre un indicador de comportamiento seleccionado para el grupo de TS en San Salvador y un 19.0% en el grupo de TS en Sonsonate, entre la presente encuesta y la siguiente ronda de vigilancia de comportamiento, usando una estimación conservadora de una tasa de prevalencia basal del 50.0% para el indicador seleccionado (P1). Por ejemplo, si el indicador seleccionado es el uso de condón en la última relación sexual, este tamaño de muestra proporcionará el poder suficiente para estimar un cambio de 11% entre la presente encuesta y la siguiente ronda realizada en el 2012. Para tasas de prevalencia más altas, sería posible detectar diferencias menores. El nivel de exactitud (α) es 0.025. El efecto de diseño para el muestreo dirigido por el entrevistado (RDS) se estimó en 1.25 para esta encuesta (comunicación personal con D. Heckathorn). El poder para detectar la diferencia fue de 80.0%. El cuadro 6 ilustra el número total por población y número de entrevistadas en los dos lugares de estudio.

Después de una evaluación de datos epidemiológicos y entrevistas a profundidad con autoridades de salud que brindan atención a las PVVS, se propuso inicialmente realizar esta encuesta en el Hospital Rosales, con la posibilidad de ser trasladada al Hospital Zacamil en caso el flujo de pacientes estuviera reducido. El trabajo preparatorio en colaboración con el personal de salud de ambos hospitales permitió conocer el número promedio diario de pacientes, acondicionar los sitios de la encuesta, estimar el número de participantes, así como los tiempos requeridos para desarrollar la encuesta. Paralelamente a esta actividad, se hicieron los cálculos que definieron el tamaño de la muestra para tener metas realistas.

Debido a la falta de indicadores de comportamiento puntuales en esta población se estableció un valor inicial de (P1) estimado en 50%, y se propuso detectar un cambio de 10% entre la actual encuesta y la próxima ronda de vigilancia del comportamiento a nivel nacional. El nivel de precisión es de 0.05.

Con la aplicación de la fórmula descrita y un efecto de diseño de 2, se obtiene una muestra de 612. Sin embargo, se propuso entrevistar a 800 participantes (400 hombres y 400 mujeres) para tener una estimación más precisa de la prevalencia de ITS y permitir un análisis estratificado para el comportamiento.

La muestra de las PVVS fue tomada en dos hospitales en San Salvador (Hospital Rosales y Hospital Zacamil). El primero es el hospital más grande al nivel nacional y el Hospital Zacamil el segundo más importante; ambos tienen la mayor carga de atención de pacientes VIH positivos en control médico procedentes de todas partes del país. El cuadro 6 ilustra el número total de la muestra en esta población.

Cuadro 6.
Tamaño de la muestra propuesta por ciudad, HSH, TS y PVVS – ECVC El Salvador, 2008

Muestra propuesta	San Salvador	Otra ciudad*	TOTAL
HSH	600	200	800
TS	600	600	800
PVVS	400 hombres y 400 mujeres		800

*HSH San Miguel y TS Sonsonate

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para ser incluido en el estudio de HSH, el participante tenía que cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener 18 años o más.
2. Conocer y firmar un consentimiento informado.
3. Hombre que haya tenido relaciones sexuales anales con otro hombre en los últimos 12 meses.
4. Contar con un cupón de reclutamiento RDS.

Para ser incluida en el estudio de TS, la participante tenía que cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener 18 años o más.
2. Conocer y firmar un consentimiento informado.
3. Haber tenido sexo a cambio de dinero en los últimos 30 días, se defina o no como trabajadora sexual.
4. Contar con un cupón de reclutamiento RDS.

Para poder entrar en el estudio de PVVS, el participante tenía que cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener 18 años o más.
2. Conocer y firmar un consentimiento informado.
3. Personas que fueron diagnosticadas como VIH positivas a través de pruebas de diagnóstico de laboratorio y que asisten a control en un hospital nacional.
4. Haber tenido relaciones sexuales anales o vaginales en los últimos 12 meses.

D. MUESTREO RDS PARA TS Y HSH

Se utilizó el muestreo RDS, el cual se recomienda para poblaciones denominadas como “difíciles de alcanzar”. Este método permite identificar redes sociales dentro de las poblaciones y sus principales características. A través de este muestreo también es posible llegar a personas que no son fácilmente identificables dentro de los HSH y TS; por ejemplo, quienes no están vinculados a las ONG ni a los servicios de salud, ni están bajo control sanitario o no se consideran HSH o TS. Para HSH, de manera particular, pretende llegar a los HSH que no solo asisten a sitios públicos de reunión gay, como bares, discotecas, parques, saunas y gimnasios. Todos los participantes del estudio fueron reclutados bajo esta metodología.

La metodología RDS funciona cuando un individuo participa en el estudio y después recluta a otros tres individuos que conoce y el proceso sigue. Para iniciar el muestreo se identificaron personas que formaban parte de la población y que, por su liderazgo conocido, fueron recomendadas por las ONG, denominándolas “semillas”. El reclutamiento comenzó con estas semillas. Las semillas invitaron a participar a otros participantes y ellos a otros hasta que se cumplió con el tamaño de muestra en cada ciudad. RDS requiere cadenas largas de reclutamiento para poder independizarse de las semillas que comenzaron el reclutamiento.

La teoría de RDS postula que con cadenas suficientemente largas la composición de la muestra final será independiente de las características de las semillas con las que comenzó. El punto en que la muestra se vuelve estable se denomina “equilibrio”. Se alcanza el equilibrio para una variable específica cuando la distribución de esta variable en la muestra ya no cambia con olas subsecuentes de reclutamiento (las figuras 5, 6, 7 y 8 ilustran este proceso en las páginas 36 y 61). Para HSH se buscaron semillas diversas que incluyeran: gays, travestis, hombres bisexuales, HSH vinculados a organizaciones y HSH no vinculados a organizaciones. Para TS se buscaron semillas diversas que incluyeran: TS de la calle, TS de local fijo, TS vinculada a organizaciones y TS no vinculada a organizaciones. No se incluyeron las semillas en la muestra final para análisis del estudio, por no haber sido seleccionados de manera aleatoria.

Se estableció un límite de tres reclutados por participante, con el objetivo de reclutar igual cantidad de personas dentro de su misma población (su red social). El límite de tres cupones por reclutador se estableció para asegurar que una amplia variedad de personas tuvieran la oportunidad de ser reclutadas y excluir luchas por derechos de reclutamiento.

Los cupones fueron diseñados de tal manera que era difícil su reproducción. El cupón constaba de dos partes, en cada una de las cuales se anotaba el código del participante. Cuando los reclutadores invitaban a una nueva persona, este debía entregar una de las mitades del cupón a su invitado y la otra mitad la conservaba para poder reclamar sus correspondientes incentivos.

A cada uno de los participantes se le entregó un incentivo por participar en la encuesta. Para promover el reclutamiento, a quienes reclutaron personas que participaron en la encuesta se les entregó un incentivo adicional por cada uno de los reclutados elegibles descritos en la sección de incentivos. Cuando los reclutadores regresaban por sus incentivos tenían que entregar la mitad del cupón, la cual debía coincidir con la mitad entregada por cada uno de sus invitados. De esta manera, se guardaba la confidencialidad de los participantes; es decir, no se requería de sus nombres ni de ningún dato de identificación personal para su participación.

Los cupones fueron numerados para que el reclutador original pudiera ser identificado. Cada uno contenía el código de identificación del reclutador y un número único para sus nuevos reclutamientos. Este sistema permitió dar seguimiento y establecer las redes. En el cuestionario cara a cara se exploraron las preguntas de red que se usaron para ajustar los datos en RDS.

La metodología de RDS permite obtener una muestra probabilística una vez se ajustan los datos con base en los pesos calculados usando una herramienta de análisis para respondent driven sampling. Tener una muestra probabilística permite inferir que los resultados del estudio se pueden generalizar a la población de HSH y TS socialmente conectada, algo que no se puede hacer con muestras por conveniencia como bola de nieve y otros.

E. MUESTREO DE PVVS

Las PVVS se identificaron a través de los hospitales a donde asisten a control. No se realizó otra prueba de VIH como parte del estudio para confirmar su estatus.

A las PVVS se les entrevistó en los Hospitales Rosales y Zacamil. Se asume que las PVVS que están en control en estos hospitales son representativas de las PVVS bajo control médico del país, dado que acuden pacientes de todas las regiones. En todo momento se preservó la confidencialidad y buen nivel de atención.

Se usó muestreo consecutivo de PVVS que asistieron a control en dichos hospitales y que aceptaron participar. La recolección de datos fue durante marzo a septiembre de 2008. Para llevar a cabo este proceso, los médicos del hospital permitieron al facilitador o al médico del sitio el acceso al consultorio. Luego de la consulta se brindó a los pacientes información sobre los beneficios de participar en la encuesta y se les invitó a participar. Cada una de las personas a quienes se invitó fue registrada en los formatos del estudio, incluso aquellas que rechazaron participar. Quienes accedieron fueron conducidas al área destinada para el estudio una vez terminado su proceso de consulta en el hospital.

Un mes antes que finalizara la recolección de datos ya se había alcanzando la meta de hombres de la muestra, pero con un déficit importante en la muestra de mujeres. Por esta razón se decidió motivar la participación de las mujeres de los grupos de apoyo de otros hospitales. Los hospitales que refirieron participantes mujeres de los grupos de apoyo fueron Maternidad y Saldaña de San Salvador, San Rafael de Santa Tecla, San Juan de Dios de Santa Ana, San Bartolo de Ilopango, San Vicente y San Miguel. También se coordinó con la Asociación Atlacatl la participación de mujeres. Desde un inicio se dieron incentivos por participar.

F. PROCEDIMIENTOS DE LA ENCUESTA

La ECVC consistió en varios componentes o pasos voluntarios para los participantes, que fueron: un cuestionario aplicado por computadora y una parte cara a cara, consejería pre-prueba, una consulta médica, toma de muestras, consejería post-prueba, entrega de resultados de VIH (para HSH y TS), y entrega de incentivos y cupones. La figura 2 en la página 30 permite visualizar el proceso que siguieron los participantes HS y TS y la Figura 3 el de PVVS. Los pasos se describen con más detalle a continuación.

1. Método de entrevista

SECCIÓN CARA A CARA

La información sociodemográfica de los participantes se obtuvo a través de entrevistas cara a cara, asistidas por un entrevistador capacitado. De igual manera se obtuvo información sobre historia actual o previa de ITS con el apoyo de los médicos de los sitios y como parte de una consulta médica.

La sección cara a cara contenía las secciones siguientes:

- Características sociodemográficas
- Redes sociales
- Estimación del tamaño de la población (solo en San Salvador)
- Infecciones de transmisión sexual
- Conocimientos, opiniones y actitudes sobre el VIH/SIDA

SECCIÓN DEL CUESTIONARIO ADMINISTRADO CON COMPUTADORAS

Las entrevistas de comportamiento se llevaron a cabo por medio del sistema ACASI (audio computer assisted self-interview). Este sistema es útil para obtener información sensible como comportamiento sexual. ACASI ha mostrado que disminuye el sesgo producido en las entrevistas cara a cara, en las cuales los entrevistados tienden a reportar menos comportamientos de riesgo. [7-9]

Este sistema permite que la persona sea “entrevistada” a través de una computadora. La computadora muestra las preguntas del cuestionario al entrevistado, quien escucha la lectura de las mismas y las indicaciones correspondientes a través de audífonos. De esta manera se administra sucesivamente cada pregunta del cuestionario y el entrevistado incorpora sus respuestas, codificadas en color, usando el teclado o el ratón. Antes de la encuesta, esta metodología de entrevista ya había sido probada en Guatemala y usada por primera vez en la ECVC de Honduras.

El equipo nacional diseñó y realizó revisiones técnicas del cuestionario previo al estudio. Para ello se utilizó la información obtenida en el estudio cualitativo y, con el acompañamiento de los representantes de las organizaciones de la diversidad sexual y trabajadoras sexuales de San Salvador, se hicieron modificaciones de acuerdo al contexto de las poblaciones y ciudades.

Los cuestionarios se validaron y estandarizaron en varias pruebas piloto, a fin de asegurar el uso del lenguaje local y que las preguntas fueran comprendidas correctamente por los entrevistados. Se definieron los conceptos de sexo anal, insertivo, receptivo, sexo vaginal y sexo oral. Para facilitar su entendimiento se emplearon diagramas para los diferentes tipos de sexo. Los cuestionarios se basaron en los instrumentos de la ECVC de Honduras, e incluían indicadores estándar con el fin de poder hacer comparaciones con los demás países centroamericanos y con otros estudios internacionales. Una vez definidos los cuestionarios se procedió a articular cada uno con el sistema ACASI. El cuestionario contenía las secciones siguientes:

- Características socio-demográficas
- Uso de drogas y otras sustancias endovenosas
- Migración
- Violencia sexual
- Opiniones y actitudes relativas al comportamiento sexual

- Historia de comportamiento sexual por tipo de pareja
- Conocimiento y uso de condones con diferentes tipos de parejas
- Conocimientos sobre ITS, síntomas y búsqueda de tratamiento
- Conocimientos, actitudes y opiniones sobre el VIH y el SIDA
- Embarazo
- Estigma y discriminación

Para la encuesta de HSH se definieron los tipos de parejas de la siguiente manera: pareja estable hombre es un novio, esposo o compañero de vida, con quien se tiene una relación estable y existe un vínculo sentimental. En este contexto, hombre puede ser un hombre o macho, un gay, homosexual, travesti, transexual o transgénero. Pareja estable mujer es una novia, esposa o compañera de vida, con quien se tiene una relación estable y existe un vínculo sentimental. Aquí, mujer es alguien que nació con una vagina. Una pareja ocasional es una pareja con quien se ha tenido algún tipo de prácticas sexuales, no es considerada pareja estable y con quien no ha habido intercambio de dinero.

Para la encuesta de TS se definieron los tipos de parejas de la siguiente manera: por pareja estable nos referimos a un novio, esposo o compañero de vida, con quien tiene una relación estable y existe un vínculo sentimental. Por pareja ocasional nos referimos a una pareja con quien ha tenido algún tipo de prácticas sexuales, no considera pareja estable y con quien no ha habido intercambio de dinero.

Para la encuesta en PVVS se definieron los siguientes términos de la siguiente manera. Pareja estable se refiere a un novio (a), esposo (a) o compañero (a) de vida, con quien tiene una relación estable y existe un vínculo sentimental. Pareja ocasional es una pareja con quien ha tenido algún tipo de prácticas sexuales, no se considera pareja estable y con quien no ha habido intercambio de dinero. Quimioprofilaxis: tratamiento con INH (Isoniazida), tomándolo durante 6 días por semana durante 9 meses. Tratamiento para tuberculosis: ha tomado de 3 a 4 drogas por varios meses.

2. Muestras y pruebas de laboratorio

Los procedimientos clínicos fueron estandarizados para la recolección de las muestras biológicas. Todo el personal involucrado fue previamente capacitado. Las muestras incluyeron sangre venosa, orina (PVVS masculinos y HSH), hisopado vaginal (PVVS femeninas y TS) e hisopado rectal (HSH).

Las pruebas de laboratorio realizadas fueron las siguientes:

Pruebas en suero

A todos los participantes que aceptaron someterse a las pruebas, se les extrajo 12 ml. de sangre venosa. El suero se obtuvo después de centrifugar la muestra, y se realizaron los siguientes exámenes:

Para HSH y TS, la prueba Determine® HIV-1/2 de Abbot se usó como examen inicial para todos los participantes. La sensibilidad de la prueba Determine® HIV-1/2 en sangre es de 97.9%-100.0% y la especificidad es de 100.0%. A todos los participantes de las poblaciones HSH y TS se les realizó una segunda prueba OraQuick® Rapid HIV test de OraSure Technologies, Inc. (sensibilidad 99.6%, especificidad 100.0%). Para cumplir con el algoritmo nacional, todas las muestras reactivas fueron enviadas al Laboratorio Central para realizar una prueba confirmatoria con ELISA y/o Western blot. El suero restante, debidamente rotulado, se guardó a una temperatura de +4°C en crioviales, los cuales fueron enviados en menos de 5 días al Laboratorio Central, donde se congelaron a -80°C.

El examen de sífilis fue realizado por rapid plasma reagin (RPR) en el Laboratorio Central del MS. También se realizó el examen confirmatorio de Treponema pallidum hemagglutination assay (TPHA). Así mismo, en este laboratorio se realizó la técnica de estudio específico para el Virus del herpes simplex tipo 2, Focus HerpesSelect® 2 ELISA Ig G de Focus Technology, Inc. El examen Focus ELISA tiene una sensibilidad de 96.0% y una especificidad de 97.0% para detectar Virus del herpes simplex tipo 2-anticuerpos específicos.

En fecha posterior los sueros reactivos a VIH que cumplieron con los criterios de calidad establecidos por el laboratorio fueron enviados a los laboratorios del CDC en Atlanta para correr el ensayo inmunoenzimático B.E.D.

Examen de orina

A todos los HSH y PVVS masculinos se les pidió una muestra de 10 ml. de orina, con la cual se realizaron pruebas para *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Tricomona vaginalis* por polymerase chain reaction (PCR). La muestra de orina se alicuotó en 3 tubos de 1.8 ml. y se enviaron al Laboratorio Central, donde fue congelada a -80°C y luego enviada al Laboratorio del Instituto Conmemorativo Gorgas en la ciudad de Panamá, para los exámenes por técnica de PCR.

Examen de hisopado vaginal

En PVVS femeninas y TS se recolectaron tres hisopados vaginales. Con el primero se realizaron dos frotis, con el segundo se obtuvo un vial para un examen de Polymerase chain reaction (PCR por sus siglas en inglés) y con el tercero se verificó el control de calidad del examen de PCR.

En el Laboratorio Central del MS se verificó la tinción de Gram para evaluar vaginosis bacteriana. Los hisopados y frotis vaginales tomados en los sitios del estudio se mantuvieron en refrigeración en el hospital por menos de 5 días. Se enviaron semanalmente al Laboratorio Central, donde los viales se almacenaron a -80°C y posteriormente fueron enviados al Laboratorio del Instituto Conmemorativo Gorgas en Panamá, donde fueron examinados *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Tricomonas Vaginalis*. Las láminas se almacenaron a temperatura ambiente para control de calidad de la vaginosis bacteriana.

Examen de hisopado rectal

Se tomaron dos muestras de hisopado rectal, que fueron examinadas para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoea*. La muestra se guardó en congelación a -80°C en el Laboratorio Central y posteriormente fue enviada al Instituto Conmemorativo Gorgas en la ciudad de Panamá, donde se examinó con la técnica de PCR.

Control de calidad

Se realizaron procedimientos de control de calidad para las distintas modalidades de exámenes incluidos en el estudio, de acuerdo a estándares previamente especificados. Todos los resultados positivos y negativos en las pruebas de PCR se enviaron al laboratorio de ITS del CDC de Atlanta.

En el cuadro 7 se presenta el resumen de las pruebas realizadas por tipo de prueba y laboratorios donde se efectuaron.

Cuadro 7.
Resumen de muestras
y pruebas de laboratorio,
HSH, TS y PVVS - ECVC
El Salvador, 2008

Muestra	Organismo/Enfermedad	Prueba	Laboratorio
Suero	Sífilis	RPR	Laboratorio Central de El Salvador
		TPHA	Laboratorio Central de El Salvador
Suero	VIH (HSH y TS)	Determine y Oraquick	Los sitios de la encuesta
Suero	Virus del herpes simplex tipo 2	Focus	Laboratorio Central de El Salvador
Suero	VIH (HSH y TS)	ELISA y/o Western blot	Laboratorio Central de El Salvador
		Prueba B.E.D.	CDC Atlanta, E.U.
Orina	<i>C. trachomatis</i> , <i>N gonorrhoea</i> , <i>M. genitalium</i> y <i>T. vaginalis</i>	PCR	Instituto Gorgas, Panamá
		Control de calidad - PCR	CDC Atlanta, E.U.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Metodología

Muestra	Organismo/Enfermedad	Prueba	Laboratorio
Hisopo rectal	<i>N. gonorrhoea</i> y <i>C. trachomatis</i>	PCR	Instituto Gorgas, Panamá
		Control de calidad - PCR	CDC Atlanta, E.U.
Hisopo vaginal	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoea</i> , <i>M. genitalium</i> y <i>T. vaginalis</i>	Control de calidad - PCR	CDC Atlanta, E.U.
Frotis vaginal	Vaginosis bacteriana (VB)	Tinción de Gram	Laboratorio Central de El Salvador
		Control de calidad para VB	Laboratorio Nacional de ITS Honduras

Cuadro 7. (continuación)

Resumen de muestras y pruebas de laboratorio, HSH, TS y PVVS - ECVC El Salvador, 2008

3. Entrega de los resultados de las pruebas de VIH a TS y HSH

Los resultados de las pruebas rápidas de VIH, que se obtenían después de 20 a 30 minutos, se entregaron al participante previa consejería, de la siguiente manera:

- Dos pruebas rápidas no reactivas: se entregaron los resultados al participante inmediatamente como VIH negativo.
- Dos pruebas rápidas reactivas: se informó de su diagnóstico de VIH positivo mediante la apropiada consejería post examen. Además se le entregó una boleta para recibir en 15 días máximo los resultados de la prueba de ELISA, de acuerdo al algoritmo nacional.
- Sólo uno de los dos resultados fue reactivo: se consideró como indeterminado. En este caso, se le informó al participante el resultado a través de la apropiada consejería post examen y se le entregó una boleta de referencia con su número de código para recibir en 15 días máximo los resultados de la prueba de ELISA. La muestra de sangre venosa se usó también para realizar la prueba de ELISA en el Laboratorio Central del MS, de acuerdo al algoritmo nacional.

4. Tratamiento de ITS

A cada participante se le brindó una consulta médica como parte de los procedimientos de la encuesta. A quienes presentaban signos o síntomas de alguna ITS les fue entregado el medicamento correspondiente por el médico del sitio. Las unidades de salud de referencia para la población de HSH fueron:

- Unidad de Salud Barrios en la ciudad de San Salvador
- Unidad de Salud anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel, en la ciudad de San Miguel

Las Unidades de Salud de referencia para TS en el estudio que fueron:

- Unidad de Salud de Concepción en la ciudad de San Salvador
- Unidad de Salud de Sonzacate en la ciudad de Sonsonate

Dichos establecimientos fueron los responsables de abastecer a los sitios de la encuesta con el medicamento, de acuerdo a las Guías Nacionales de Tratamiento Sintomático de ITS del MS. A todos los participantes a quienes se les indicó tratamiento para alguna ITS detectada, también se les entregó un formato de referencia para el seguimiento de su(s) pareja(s), en la unidad de salud de correspondiente.

A cada participante se le brindó una consulta médica como parte de los procedimientos de la encuesta. A quienes presentaban signos y síntomas de alguna ITS, el médico del sitio les A cada Para PVVS, también se brindó una consulta médica como parte de los procedimientos de la encuesta. A quienes presentaban signos y síntomas de alguna ITS, el médico del sitio les entregó una receta para retirar el medicamento de la farmacia del hospital.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Metodología

Los hospitales Rosales y Zacamil fueron los responsables de abastecer a los sitios de la encuesta con el medicamento, de acuerdo a las Guías Nacionales de Tratamiento Sindrómico de ITS del MS. A todos los participantes a quienes se les indicó tratamiento para alguna ITS detectada, también se les entregó un formato de referencia para el seguimiento de su pareja, en el mismo hospital.

Tratamiento etiológico y referencia

Todos los participantes recibieron una boleta identificada con el código de las muestras para recibir sus resultados de sífilis y herpes (y vaginosis bacteriana en el caso de TS y PVVS femeninas) en sitio de la encuesta, después de un mínimo de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de la toma de muestra. A los participantes que fueron reclutados al final del estudio se les entregó la misma boleta con la dirección de la unidad de salud correspondiente, en donde recibirían dichos resultados.

Si al momento de buscar los resultados en los sitios se confirmó sífilis, herpes o vaginosis bacteriana, el médico indicó el tratamiento correspondiente de acuerdo a las Guías Nacionales de Tratamiento Sindrómico de ITS de MS.

Los resultados de las pruebas por la técnica de PCR se entregaron en un periodo mayor, por lo que se les indicó que buscaran los resultados con su código correspondiente en la unidad de salud de referencia u hospital correspondiente en 12 semanas. Con dicha unidad se tenían acuerdos previos para el seguimiento de los participantes.

5. Incentivos

A todos los participantes de la encuesta se les proporcionaron folletos de información acerca de los beneficios de participar. Se les explicó, entre otros, que el costo económico del tipo de pruebas a las que tendrían derecho gratuitamente es elevado en la región y de difícil acceso a la población en general. Además recibieron material educativo sobre las ITS. También se les proporcionaron artículos promocionales, como muestra de agradecimiento por el tiempo invertido en la realización de la encuesta y el reclutamiento. A cada uno de los participantes se le entregó un incentivo por participar, que consistió en 36 condones. Parte de la metodología de muestreo RDS establece el empleo de incentivos por motivar la participación y reclutamiento de participantes elegibles; además, cada persona recibió un estímulo adicional por cada reclutado. Los incentivos para HSH por llevar a sus reclutados fueron una camiseta por el primer participante, una “kangurera” por el segundo y dos frascos de lubricante por el tercero. Los incentivos para TS por llevar a sus reclutadas fueron una camiseta por la primera participante, una toalla por la segunda y unos cosméticos mas un frasco de lubricante por la tercera. Para los participantes del sitio de PVVS los incentivos entregados por participar fueron condones y camiseta para hombres y mujeres, además de una “kangurera” para los hombres o una toalla para las mujeres. En todos los casos los incentivos empleados tuvieron un costo inferior a los \$3.00.

G. Aspectos éticos

Todos los aspectos éticos contenidos en el protocolo del estudio fueron aprobados en julio de 2007 por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Nacional Rosales. El protocolo fue también aprobado por el Director Asociado para la Ciencia de CDC de Atlanta, quien defirió a la autoridad local.

H. Organización del estudio

1. Equipo nacional

El equipo nacional supervisó el estudio, la selección de semillas, la recolección y calidad de los datos, el flujo de las muestras, y garantizó el cumplimiento del protocolo. A cargo de la coordinadora nacional trabajaron dos coordinadores de campo, un administrador de bases de datos, un administrador financiero y una secretaria.

2. Equipos de campo

En general, los equipos que realizaron el trabajo de campo estuvieron formados por uno o dos facilitadores, quienes recibieron a los participantes, verificaron la validez de los cupones y los criterios de inclusión, administraron el consentimiento informado y el llenado de los registros del estudio. También había uno o dos entrevistadores (miembros de las organizaciones de la diversidad sexual o trabajadoras sexuales), un médico, un profesional de laboratorio y un consejero; todos ellos coordinados por un miembro del equipo nacional.

Durante la organización y desarrollo de las pruebas piloto, el equipo nacional puso a prueba con todas las áreas involucradas los flujos de información y traslado de muestras desde los sitios hasta la oficina central del estudio, el abastecimiento de los materiales, insumos, reactivos y equipo para el montaje de los sitios del estudio. La supervisión de los sitios y el flujo de la información y muestras estuvieron a cargo del personal de la oficina de campo. Diariamente se realizaron respaldos de la información de las entrevistas en ACASI en cada sitio. Dicha información se envió a la oficina, utilizando para ello memorias flash; en las clínicas de San Salvador se envió cada día, en Sonsonate y San Miguel, semanalmente. Una vez en la oficina, toda la información de las entrevistas se almacenó en la base de datos, que también fue respaldada a diario.

Los supervisores revisaron a diario la calidad de la información de las entrevistas cara a cara y demás formularios de la encuesta. Las muestras de laboratorio fueron transportadas manteniendo la cadena de frío y en la misma regularidad que las entrevistas en ACASI.

3. Capacitación

Se desarrolló un taller para el personal de trabajo de campo de cada sitio donde se realizaron las encuestas. Fue impartido a los médicos, profesionales de laboratorio, consejeros, facilitadores y entrevistadores, y se reunieron un total de 25 personas. El contenido del taller fue distribuido en dos grandes áreas:

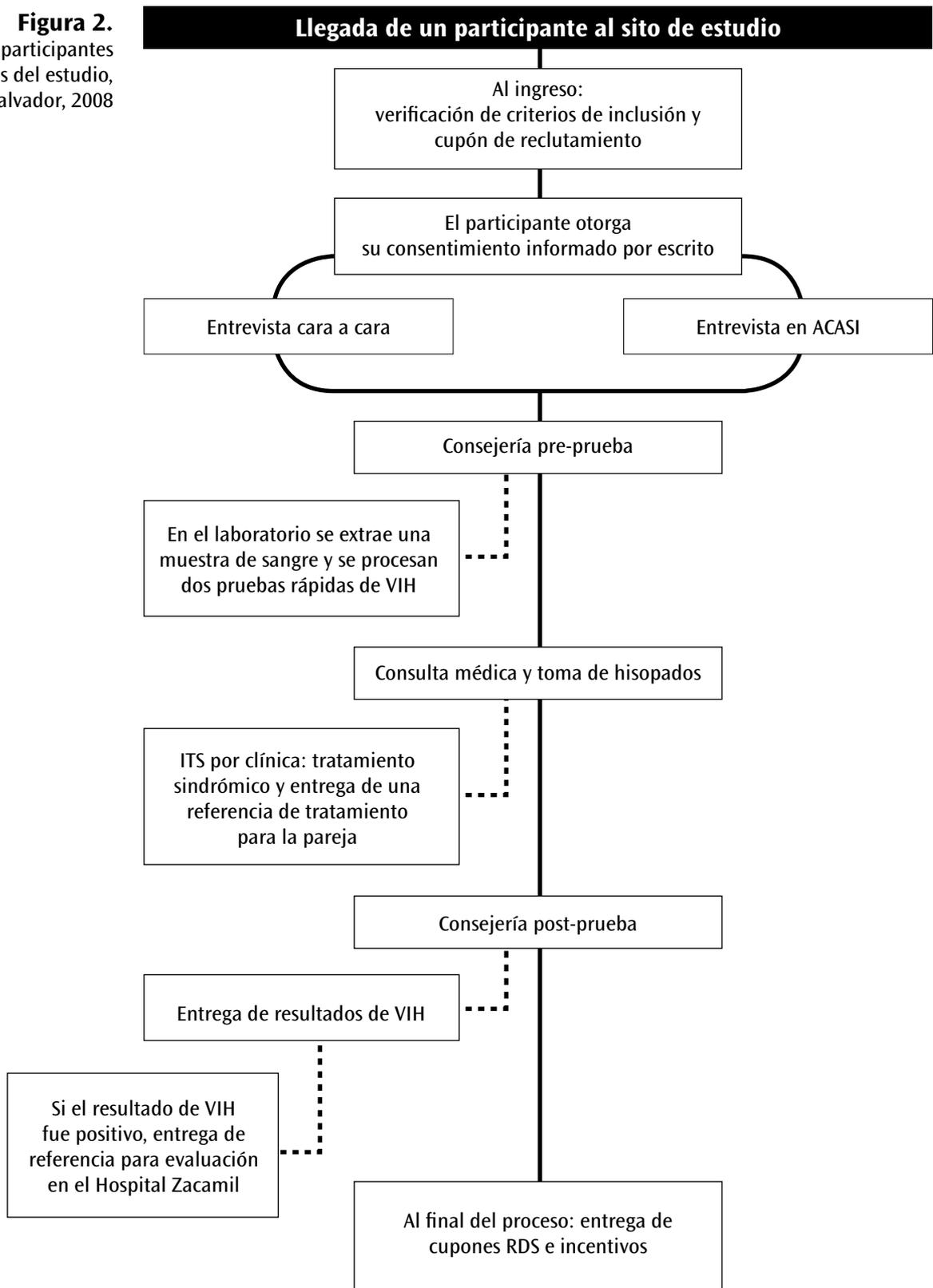
- Para el manejo clínico y de laboratorio dirigido a los responsables de efectuar la atención clínica, recolección, envío y procesamiento de muestras.
- Capacitación en el desarrollo de las entrevistas de comportamiento, dirigido a encuestadores, facilitadores y enlaces que apoyarían en el reclutamiento de participantes, muestreo, manejo del sistema ACASI, así como en la ejecución de otras actividades organizativas del trabajo de campo.

Los equipos recibieron capacitación adicional de la siguiente manera:

- A los médicos se les actualizó en el diagnóstico y manejo sindrómico de ITS, con la colaboración del coordinador nacional de vigilancia de ITS del Programa Nacional de VIH/ITS del MS. También participaron en pasantías en los servicios de salud para la colección de la muestra rectal.
- Los consejeros fueron actualizados por la responsable de consejería del PNS. Se gestionó también el apoyo y asesoramiento de consejeros reconocidos en el campo de las organizaciones de la diversidad sexual.
- El personal de laboratorio fue entrenado en los procedimientos de laboratorio para la obtención y procesamiento de muestras, almacenamiento, transporte, etiquetado y cadena de frío. Este entrenamiento estuvo a cargo de la coordinadora del estudio en el Laboratorio Central y la jefa del laboratorio de ITS del Laboratorio Nacional de Honduras, quien coordinó la parte del laboratorio en la ECVC Honduras-2006.

Después de la capacitación del personal de campo y previo al inicio de la recolección de datos en cada sitio, se llevó a cabo la homogeneización de los procedimientos en cada uno de los roles y en todos los pasos del flujo de realización de la encuesta: verificación de criterios de inclusión, obtención de consentimiento informado, realización del cuestionario de comportamiento, toma de muestras biológicas y pro-

Figura 2.
Flujograma de participantes
en los sitios del estudio,
HSH y TS - ECVV El Salvador, 2008



Llegada de un participante al sitio del estudio

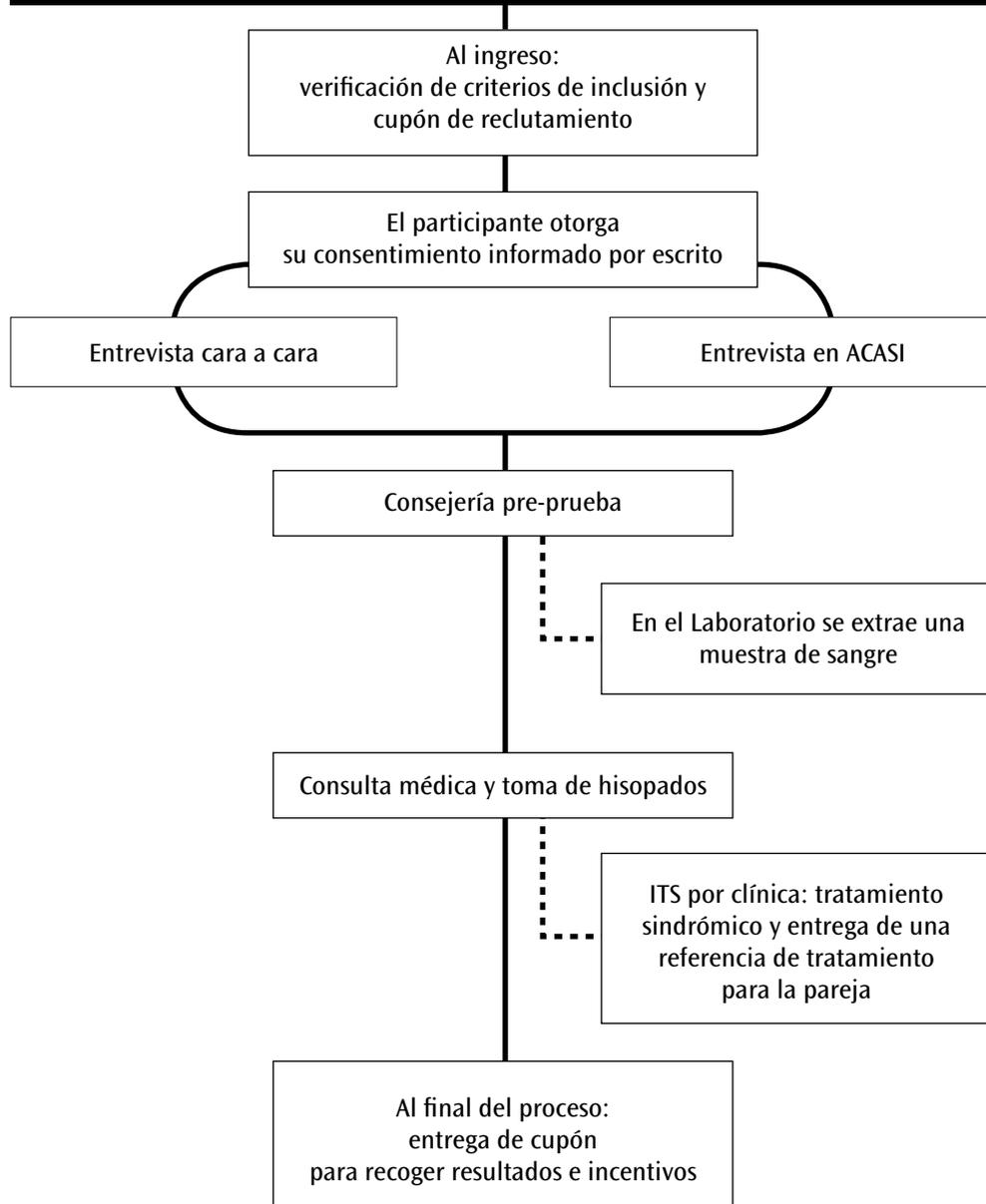


Figura 3.

Flujograma de participantes en el sitio del estudio, PVVS- ECVC El Salvador, 2008;

cedimientos para el almacenaje, envío de las muestras a los laboratorios correspondientes, pruebas rápidas de VIH, diagnóstico y manejo sintromico de ITS, estrategias generales de control de la entrevista, llenado de formatos y de los flujos de información. Las figuras 2 y 3 permiten visualizar el proceso que siguieron los participantes. Se elaboró el manual de procedimientos de laboratorio y otro para procedimientos clínicos, con el objetivo de proporcionar a los equipos de campo las herramientas técnicas para consultar los procedimientos del estudio.

I. Recolección de datos

HSH

La muestra de HSH en el departamento de San Salvador se obtuvo en un periodo de cinco meses y medio (comprendidos entre 24/03/08 y el 12/09/08, inclusive) y, en San Miguel, aproximadamente en cuatro meses (comprendidos entre el 19/5/08 y el 12/09/08, inclusive).

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Metodología

Para llevar a cabo la selección de las personas que serían elegidas como “semillas” se tomaron en cuenta las recomendaciones de las ONG que trabajan con la población en estudio, tales como Entreamigos, Arcoiris y PSI-PASMO de El Salvador.

En la ciudad de San Salvador se sembraron un total de once (11) semillas y, en la ciudad de San Miguel, un total de cinco (5). Las semillas iniciaron una red que generó la primera ola de reclutados quienes, a su vez, reclutaron a otros individuos de su red social. Este proceso se reprodujo de manera continua y sucesiva. Es decir, por cada semilla se generaron redes de personas con diferentes características que formaban parte de sus comunidades, hasta que se cumplió con la meta establecida para cada ciudad. Durante el reclutamiento en ambas ciudades, el acompañamiento y asesoría de las ONG locales tuvo mucha relevancia para cumplir con la metodología, transmitir la confianza a la población objetivo de las diferentes redes y realizar actividades que promovieron su participación en la encuesta.

TS

La muestra de TS en el departamento de San Salvador se obtuvo en un periodo de cinco meses y medio (comprendidos entre 24/03/08 y el 12/09/08, inclusive), y en Sonsonate, en 2 meses y medio (comprendidos entre el 30/6/08 y el 12/09/08, inclusive). Para llevar a cabo la selección de las personas que serían elegidas como “semillas” se tomaron en cuenta las recomendaciones de las ONG que trabajan con la población en estudio, tales como Flor de Piedra, PSI-PASMO, Orquídeas del Mar y la Organización de Trabajadoras Sexuales de El Salvador (OTS).

En la ciudad de San Salvador se sembraron un total de diez (10) semillas y en la ciudad de Sonsonate se sembraron un total de cinco (5) semillas. Las semillas iniciaron una red que generó la primera ola de reclutadas quienes, a su vez reclutaron a otras trabajadoras sexuales de su red social. Es decir, que por cada semilla se generaron redes de personas con diferentes características que formaban parte de sus comunidades, hasta que se cumplió con la meta establecida para cada ciudad.

Durante el reclutamiento en ambas ciudades, el acompañamiento y asesoría de las ONG locales tuvo mucha relevancia para cumplir con la metodología, transmitir la confianza a la población objetivo de las diferentes redes y realizar actividades que promovieron su participación en la encuesta.

PVVS

La muestra de PVVS en el departamento de San Salvador se obtuvo en un periodo de seis meses (comprendidos entre 10/03/08 y el 12/09/08, inclusive).

El reclutamiento en el Hospital Rosales dio inicio el 10/03/08. El facilitador y, en varios casos, el médico del sitio abordaron a los participantes en la clínicas TAR, con el apoyo de los médicos infectólogos. A partir de la semana del 19/05/08 se observó una disminución en el número de participantes del estudio, esto se asoció a que los pacientes citados a la consulta, regresaban por su control trimestral, y muchos de ellos ya habían participado. La disminución en el flujo de participantes fue lo que motivó a trasladar la clínica al Hospital Nacional Zacamil.

El traslado hacia el Hospital Zacamil ocurrió el 30/07/08. Durante la primera semana el número de participantes fue mayor que las últimas semanas en el Hospital Rosales; el grupo de apoyo tuvo una respuesta muy positiva. Para mantener la confidencialidad de los participantes, el reclutamiento en dicho hospital estuvo dirigido por el personal de salud de la clínica TAR, que seleccionó a las PVVS de una consulta externa abierta a otras especialidades como medicina interna, odontología e infectología.

J. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó en la oficina de campo ubicada en San Salvador, bajo la dirección y supervisión de la oficina regional en la Universidad del Valle de Guatemala. La limpieza de las bases de datos, controles de calidad y digitación de datos se realizó en la misma oficina por personal local. Para la población HSH y TS se utilizó el programa estadístico RDSAT 6.01. Para el análisis de la población de PVVS se utilizó el programa estadístico SPSS 12. Las tablas presentan datos no ajustados.

HSH y TS

Las estimaciones de las proporciones ajustadas se hicieron con el programa estadístico RDSAT 6.01, especialmente diseñado para estudios RDS en poblaciones carentes de marco muestral y de difícil acceso. Este programa ajusta las proporciones estimadas con base en el tamaño y los patrones de reclutamiento de una red social de participantes.

A diferencia de otros métodos de cadena de referencia, el RDS permite también la evaluación de probabilidades de inclusión en relación a los miembros de la población sobre la base de un modelo matemático del proceso de reclutamiento. Este modelo se deriva de una síntesis y ampliación de la teoría de cadena de Markov y la teoría de redes sesgadas. Proporciona la base para el cálculo de ambos estimadores no sesgados y errores estándar o intervalos de confianza (IC). Estos cálculos se basan en información recogida de los encuestados en cuanto a su relación con sus reclutadores y reclutas, y el tamaño de sus propias redes sociales.¹⁰

Las semillas se excluyeron del análisis pero se incluyeron para el cálculo de los pesos. El peso hace posible analizar la muestra como una muestra probabilística. El estricto apego a la teoría y metodología de muestreo RDS y el análisis apropiado con RDSAT brindan una muestra que puede ser representativa de la población de hombres que tienen sexo con hombres o trabajadoras sexuales vinculados socialmente.

Debido a que RDSAT excluye del análisis a todas las personas que no respondieron una pregunta del cuestionario o no realizaron alguna prueba de laboratorio, ni a sus reclutados, se reemplazó por un valor fijo todos los datos faltantes. Este valor fijo no fue considerado en los cálculos. Se usó la función “estimate prevalence” en RDSAT para calcular las proporciones de todas las variables, lo que permitió incluir la información de todos los participantes del estudio.

Es importante resaltar que en la presentación de los datos ajustados por RDSAT las proporciones reportadas son, a menudo, diferentes a la proporción cruda. Todas las medianas y rangos intercuartílicos (RIQ) no son ajustados para RDS y fueron calculados con SPSS 12.0.

PVVS

Las estimaciones de PVVS se realizaron mediante el programa estadístico SPSS 12.0 y las tablas presentan datos no ajustados.



VI. Resultados del estudio de HSH

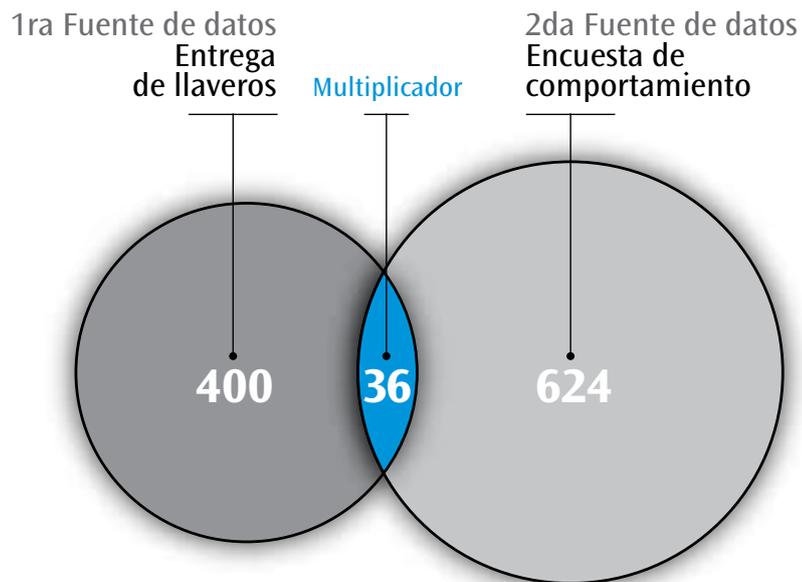
A. Estimación del tamaño de la población de HSH

Antes del estudio, educadores de las ONG que estaban en contacto con miembros de la población de HSH distribuyeron 400 llaveros entre dicha población en San Salvador, por medio de talleres, reuniones y visitas en lugares donde se reúnen. La muestra de la encuesta incluyó a 624 HSH elegibles que participaron en el estudio. De los participantes de la encuesta, 36 recibieron el llavero (Figura 4).

Aplicando la fórmula del método multiplicador para estimar el tamaño de la población (página 20), se estima que hay 12,500 (95% IC 7,235 – 17,725) hombres que han tenido sexo con otros hombres en los últimos 12 meses en San Salvador.

HSH

Figura 4.
Estimación del tamaño de la población de HSH en San Salvador usando el método multiplicador, HSH - ECVC El Salvador, 2008



400 HSH captados en la primera captura con la entrega de llaveros

624 HSH captados en la segunda captura- encuesta de comportamiento

36 HSH que participaron en la encuesta habían recibido un llavero

Se estima **12,500 HSH** en San Salvador con **IC 95% (7,235 - 17,725)**

B. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencias en HSH

Se reclutaron un total de 824 HSH, de ellos, 624 en San Salvador y 200 en San Miguel. Se alcanzó la meta propuesta para ambas ciudades. De estos, 11 fueron semillas en San Salvador y 5 en San Miguel.

Las semillas se detallan a continuación y se incluye el número de olas de reclutados que generó cada una. En las figuras 7 y 8 que se muestran al final del capítulo se observan las redes de HSH por ciudad.

SEMILLA	OLAS
1	4
2	18
3	10
4	19
5	11
6	16
7	1
8	1
9	0
10	2
14	5

Número de semillas y olas generadas en San Salvador

SEMILLA	OLAS
1	10
2	6
3	6
4	3
5	10

Número de semillas y olas generadas en San Miguel

El cuadro 8 muestra el número total de entrevistados por ciudad, así como las semillas que iniciaron la cadena de reclutamiento.

	San Salvador	San Miguel
Muestra propuesta	600	200
Semillas	11	5
Total de participantes (incluye semillas)	624	200
Número de participantes en la muestra final para análisis (excluye semillas y otros*)	596	195
Número de participantes con pruebas rápidas de VIH	516	183
Número de participantes con muestras de sangre-otras pruebas (sífilis y herpes)	516	174
Número de participantes con hisopado anal	390	110
Número de participantes con muestra de orina	460	188

Cuadro 8.
Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

*17 participantes en San Salvador excluidos del análisis por no cumplir con todos los criterios de inclusión.

En San Salvador se reclutaron 624 participantes; 17 de ellos no cumplían con todos los criterios de inclusión y fueron excluidos del análisis final. La información de las tablas muestra un total de 607 participantes en San Salvador. Al excluir las 11 semillas se cuenta con una muestra efectiva de 596 personas. En San Miguel la muestra efectiva, luego de la exclusión de las semillas, fue de 195 personas.

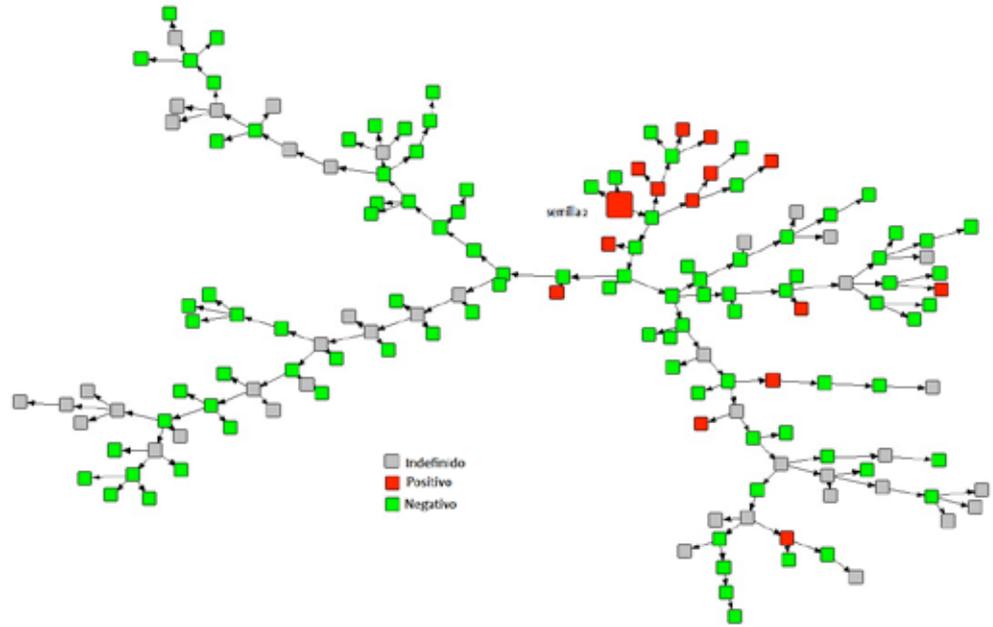
De estos totales, 516 y 183 en San Salvador y San Miguel, respectivamente, aceptaron dar una muestra de sangre para pruebas de VIH. Debido a la calidad de la muestra de sangre se pudo procesar 516 y 174 en ambos sitios, respectivamente, para Virus del herpes simplex tipo 2 y sífilis. Un total de 390 y 110 participantes, respectivamente, dieron una muestra anal; y 460 y 188, una muestra de orina.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

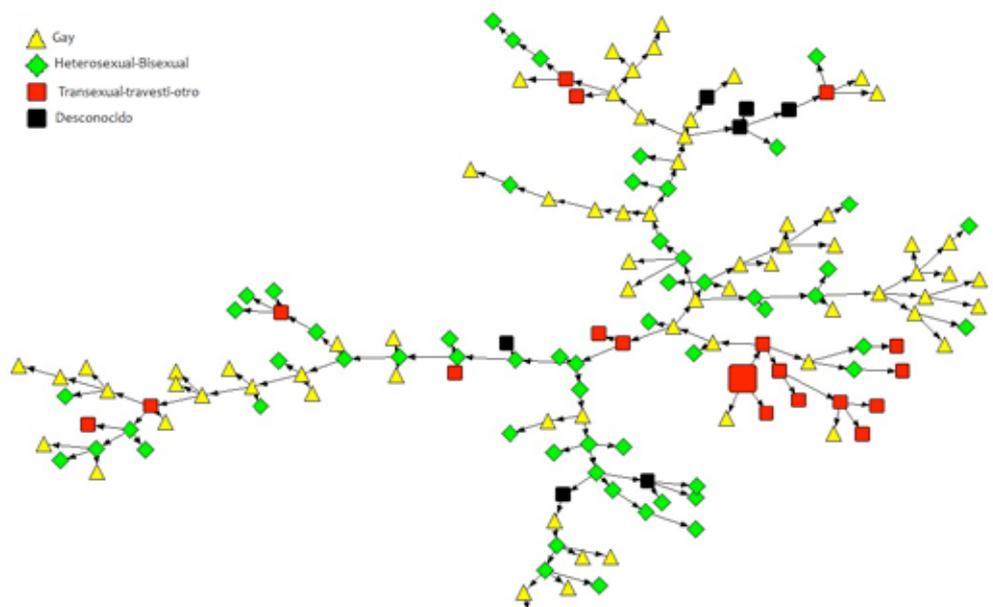
Hombres que tienen sexo con hombres

Figura 5.
 Redes sociales de hombres que tienen sexo con hombres y distribución de casos VIH positivos de la semilla 2 en San Salvador, HSH - ECVV El Salvador, 2008



La figura 5 muestra la red de HSH de San Salvador para la variable de resultados de VIH. La semilla 2 que inició el reclutamiento se muestra con el cuadro de mayor tamaño. También se pueden ver diferentes patrones dentro de las redes. Esta variable alcanzó el equilibrio sobre la estimación de prevalencia de VIH en la primera ola: esto quiere decir que a partir de la primera ola de reclutados el estimado de prevalencia de VIH no varió mucho y se mantuvo alrededor del 10.8% para San Salvador. Las cadena más larga de reclutamiento tuvo 19 olas.

Figura 6.
 Redes sociales de hombres que tienen sexo con hombres por autoidentificación de la semilla 2 en San Salvador, HSH- ECVV El Salvador 2008



Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

La figura 6 muestra la red de la semilla 2 de la ciudad de San Salvador (cuadro rojo más grande), quien se autoidentificó como transexual, travesti u otro. Se puede ver cómo la red se diversifica a otros HSH con diferente autoidentificación sexual. Cada vez que una nueva persona es reclutada, crece la cadena de reclutamiento y se puede notar cómo cambian las características de la red social. Para la variable autoidentificación, la muestra alcanzó el equilibrio en la segunda ola; es decir, que las estimaciones de las proporciones no cambiaron más que 2.0% a partir de la ola 2.

Se puede observar que, partiendo de la semilla, la ola 1 y siguiente ola 2 tienen preferencia de reclutar a otros HSH que se autoidentificaron como transexuales, travestis u otros. Este patrón de reclutamiento para el subgrupo de transexual, travesti u otro muestra mayor homofilia, es decir, mayor preferencia por reclutar dentro del mismo grupo, lo que puede explicar que socialmente es un grupo más cerrado. Sin embargo, esto no parece importar para el subgrupo que se identificó como heterosexual o bisexual, que mostró en el reclutamiento homofilia negativa, es decir, que sus redes de reclutados fueron en la mayoría personas de otros subgrupos diferentes en la variable autoidentificación sexual. El subgrupo gay tiene una homofilia menos fuerte que el subgrupo de transexuales.

1. Características sociodemográficas

En esta sección se describe la información sociodemográfica y autoidentificación sexual de los participantes para ambos sitios del estudio.

La mayoría de los participantes tenían entre 18 a 24 años de edad; el 59.5% y el 72.6% en San Salvador y San Miguel, respectivamente (Tabla 6.1). La mediana en San Salvador fue de 23 años rango intercuartílico (RIQ 19-28) y en San Miguel de 21.5 años (RIQ 18-26).

La proporción de participantes que alcanzaron educación secundaria es similar en ambas ciudades (59.7% y 60.8 %, respectivamente). El 30.5% de los participantes en San Salvador tiene algún nivel universitario, a diferencia del 15.5% en San Miguel. En San Salvador un 9.8% de participantes no tuvo acceso a educación formal; en San Miguel fue un 23.8%.

El 61.0% en San Salvador tiene un trabajo, y el 53.6% en Miguel. El 35.3% y el 46.5% tiene ingresos inferiores a los 180 dólares al mes, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. Sin embargo, el 44.3% y 42.0% tiene ingresos entre los \$181.00 a \$500.00 dólares al mes.

El 26.3% y el 25.3% de los participantes en San Salvador y San Miguel, respectivamente, han estado casados o acompañados alguna vez en la vida.

El 43.5% en San Salvador y 43.3% en San Miguel vive con su padres. El 53.1% en San Salvador y el 47.9% en San Miguel vive con familiares, amigos u otros. Y solamente el 8.5% en San Salvador y el 12.5% en San Miguel vive con una pareja hombre.

El 46.1% y el 22.3% de los participantes en San Salvador y San Miguel, respectivamente, se autoidentifican como gays u homosexuales; el 12.0% y el 46.8%, respectivamente, se autoidentifican como heterosexuales; 32.1% y el 21.4% como bisexuales; y 9.1% y 11.4% como transexuales, travestis u otro, respectivamente (datos no mostrados en la tabla).

El 25.0% y el 20.0% de los participantes informaron que se han involucrado en organizaciones de HSH, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. En San Salvador, Entreamigos es la organización a la que más asisten los participantes con 16.3%. En San Miguel es PSI-PASMO, con 12.5% (Gráfico 6.1).

Tabla 6.1.
Características sociodemográficas
y autoidentificación sexual,
por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Edad						
18-24 años	596	346	59.5 (53.0-66.6)	195	135	72.6 (63.4-81.8)
25-34 años		177	28.2 (22.4-34.0)		43	17.4 (10.7-24.7)
>= 35 años		73	12.6 (8.6-16.9)		17	10.0 (3.8-16.2)
Nivel educativo						
No escuela/ primaria	596	44	9.8 (6.2-14.4)	195	41	23.8 (15.5-32.7)
Secundaria		347	59.7 (53.7-65.2)		120	60.8 (51.9-70.0)
Algún nivel universitario		205	30.5 (24.9 -36.3)		34	15.5 (8.5-22.7)
País donde nació						
El Salvador	596	589	98.0 (95.9-99.6)	195	192	98.7 (96.7-100.0)
Otro país		7	2.0 (0.4-4.1)		3	1.3 (0.0-3.2)
Fuente de ingresos						
Trabaja	588	369	61.0 (54.4-66.8)	195	110	53.6 (44.5-63.7)
No trabaja/ mantenido		219	39.0 (33.2-45.6)		85	46.4 (36.3-55.5)
Ingreso mensual aproximado en dólares						
No tiene ingresos	516	25	5.1 (1.9-8.9)	192	6	4.5 (1.2-9.4)
<= \$180.00		173	35.3 (29.7-41.7)		92	46.5 (36.7-55.8)
\$181 - \$500		225	44.3 (38.0-50.5)		79	42.0 (33.7-50.9)
> \$500.00		93	15.3 (11.0-20.0)		15	7.1 (2.9-11.6)
Ha estado casado o acompañado	596	171	26.3 (20.8-31.8)	195	60	25.3 (17.1-33.9)
Actualmente vive con*						
Pareja mujer	593	24	3.1 (1.7-4.8)	194	14	9.7 (4.0-15.7)
Pareja hombre		66	8.5 (5.6-11.5)		28	12.5 (7.1-19.8)
Padres		248	43.5 (37.3-49.5)		81	43.3 (33.6-54.2)
Familiares, amigos y otros		315	53.1 (46.7-59.4)		93	47.9 (37.9-56.9)
Edad que tenía cuando se casó o acompañó por primera vez						
<= 15 años	171	31	20.1 (11.2-30.9)	58	12	23.6 (9.2-37.9)
16 - 21 años		44	20.0 (12.2-29.0)		21	35.5 (20.0-55.7)
> 21 años		96	59.8 (48.1-70.3)		25	40.9 (22.7-58.7)
Religión						
Católica	582	272	50.2 (43.9-56.5)	194	112	54.2 (45.3-63.3)
Evangélica		174	29.5 (23.7-35.0)		37	21.0 (14.3-28.0)
Ateo		36	5.1 (3.1-7.5)		6	3.5 (0.5-7.2)
Otra		100	15.3 (11.5-19.9)		39	21.2 (14.5-29.0)
Autoidentificación						
Gay u homosexual	575	279	46.1 (40.2-52.5)	192	56	22.3 (14.5-30.9)
Hetero o bisexual		229	44.9 (38.4-50.6)		110	65.6 (55.5-75.5)
Transexual, travesti, u otro		67	9.1 (5.7-13.0)		26	12.1 (6.3-18.4)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

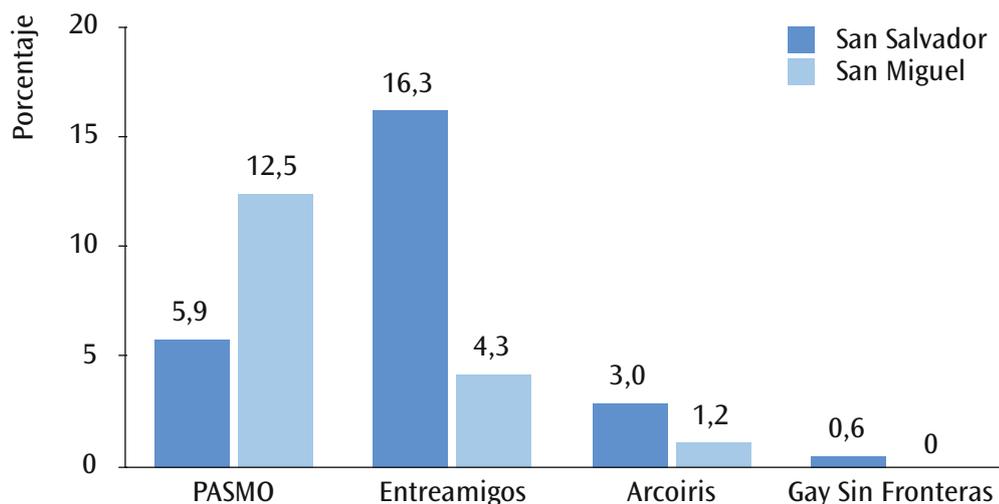


Gráfico 6.1.
Organización a la que asiste.
HSH - ECVC El Salvador, 2008

2. Antecedentes sexuales

La mayoría de participantes tuvo su primera relación sexual entre los 12 a los 17 años, 61.6% en San Salvador y 73.4% en San Miguel. La mediana en San Salvador fue a los 15 años (RIQ 12-17) y en San Miguel, a los 14 años (RIQ 12-16). Más de la mitad de los participantes reportaron haber tenido su primera relación sexual con una pareja o amigo, 56.2% en San Salvador y 52.1% en San Miguel (Tabla 6.2).

El sexo anal receptivo fue la práctica sexual mayormente reportada en la primera relación sexual, en San Salvador y San Miguel, 51.1% y 43.8%, respectivamente. El 20.8% en San Salvador y el 21.8% en San Miguel reportó que usó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales en la vida.

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Edad a la que tuvo su primera relación sexual						
< 12 años		110	19.6 (14.8-24.8)		30	17.0 (10.3-25.2)
12 - 17 años	594	368	61.6 (55.8-67.5)	156	110	73.4 (63.7-81.7)
>= 18 años		116	18.8 (14.4-23.3)		16	9.6 (4.2-16.1)
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
Pariete/familia		66	12.2 (8.5-16.5)		29	16.1 (9.9-23.1)
Cliente/trabajador sexual/ colega		23	3.5 (1.8-5.9)		13	7.3 (3.0-12.3)
Pareja/amigo	594	334	56.2 (49.8-61.7)	194	107	52.1 (42.6-60.8)
Vecino		107	15.9 (11.8-20.6)		14	7.6 (3.3-12.9)
Otro		64	12.2 (8.2-16.7)		31	16.9 (10.0 -25.5)
Tipos de sexo durante la primera relación sexual*						
Vaginal		114	23.4 (18.3-28.7)		59	36.0 (24.0-47.3)
Anal insertivo	591	195	28.3 (23.1-33.9)	192	48	25.8 (17.5-34.1)
Anal receptivo		312	51.1 (45.0-57.4)		98	43.8 (32.9-55.3)

Tabla 6.2.
Antecedentes sexuales
por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.2. (continuación)
Antecedentes sexuales
por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Edad de la persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
<= 10 años	505	15	2.5 (0.9-4.3)	161	4	2.8 (0.2-6.8)
11 - 14 años		56	12.3 (8.5-16.9)		25	16.6 (9.8-24.2)
15 - 19 años		228	46.8 (40.3-53.4)		78	42.6 (32.2-52.5)
>= 20 años		206	38.3 (32.0-44.7)		54	36.3 (23.4-56.1)
Usó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales	591	126	20.8 (16.2-25.6)	194	44	21.8 (14.7-29.8)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

El 40.2% los participantes de San Salvador tuvo sexo anal con un hombre por primera vez en la vida, entre los 15 a 19 años, la mediana fue a los 15 años (RIQ 13-18). En San Miguel fue el 50.2% y la mediana a los 15 años (RIQ 12-17.75). El 35.7% en San Salvador y el 34.0% en San Miguel dijeron que su primera relación sexual con un hombre fue antes de los 15 años de edad (Tabla 6.3).

La mediana de edad de los participantes de San Salvador que reportaron haber tenido sexo vaginal por primera vez, fue a los 17 años (RIQ 15.25-20.0). En San Miguel, la mediana fue a los 17 años (RIQ 15-18). El 27.2% y el 48.5% de la muestra de participantes en San Salvador y San Miguel, respectivamente, han tenido sexo vaginal en los últimos 12 meses.

Tabla 6.3.
Antecedentes sexuales -Tipo de
relaciones sexuales por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Edad a la que tuvo sexo anal con un hombre por primera vez						
<=10 años	587	70	12.8 (8.4-17.4)	187	32	14.8 (9.0-22.4)
11 - 14 años		146	22.9 (18.1-28.3)		42	19.2 (12.4-25.1)
15 - 19 años		267	40.2 (34.2-46.3)		87	50.2 (41.3-60.3)
>=20 años		104	24.1 (18.7-29.9)		26	15.8 (9.2-22.4)
Edad a la que tuvo su primera práctica sexual con mujer [¥]						
< 15 años	170	42	20.0 (11.5-29.5)	63	26	42.1 (26.8-55.9)
15-19 años		85	52.6 (40.7-64.9)		26	39.5 (24.0-56.6)
>=20 años		43	27.4 (17.2-38.3)		11	18.4 (8.0-31.2)
Ha tenido sexo vaginal con parejas en los últimos 12 meses	575	138	27.2 (21.6-32.6)	188	69	48.5 (35.4-59.8)
Sabe su familia que establece relaciones de pareja (sentimentales y sexuales) con hombres	580	267	39.7 (34.1-45.6)	190	76	28.2 (19.1-38.1)
Circuncisión (auto reportado)	590	100	15.6 (11.6-19.6)	194	39	18.4 (11.8-24.9)

¥ Solo los que han reportado sexo con mujeres
IC: Intervalos de confianza

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

3. Violencia sexual

La mayoría de los participantes dijo que su primera relación sexual fue voluntaria, el 88.1% en San Salvador y el 84.1% en San Miguel. El 11.9% en San Salvador y el 15.9% en San Miguel reportaron que su primera relación sexual fue forzada. En San Salvador, la mayor proporción de participantes informó que fue la pareja o amigo quien lo forzó en esa ocasión; en San Miguel fue un pariente o familiar (Tabla 6.4).

Un 32.4% y un 32.3% han tenido relaciones forzadas alguna vez en la vida en San Salvador y San Miguel. De estos, un 22.1% y un 30.6%, respectivamente, han sido obligados a tener relaciones en los últimos 12 meses. En ambas ciudades la persona que lo forzó, en mayor proporción, fue un desconocido.

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Primera práctica sexual fue						
Voluntaria	593	526	88.1 (83.8-91.9)	194	171	84.1 (77.1-90.8)
Forzada		67	11.9 (8.1-16.2)		23	15.9 (9.2-22.9)
Persona que lo forzó a tener relaciones sexuales la primera vez						
Pariente/familia	67	17	18.7 (7.3-34.1)	23	9	39.2 (17.2-62.3)
Cliente/trabajador sexual/ colega		2	1.4 (0.0-4.6)		1	7.9 (0.0-23.8)
Pareja/amigo		16	37.8 (18.4-58.2)		5	16.1 (2.8-35.2)
Vecino		19	19.7 (7.9-35.5)		2	12.0 (0.0-32.0)
Otro		13	22.4 (7.7-38.1)		6	24.8 (5.4-49.9)
Alguna vez en la vida ha tenido relaciones sexuales forzadas	592	206	32.4 (26.9-38.1)	194	61	32.3 (23.3-41.7)
Ha sido obligado a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses	199	49	22.1 (14.0-30.6)	58	19	30.6 (15.3-46.5)
Persona que lo forzó a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses						
Policía	47	3	4.0 (0.0-10.3)	19	1	6.4 (0.0-18.0)
Cliente		3	4.8 (0.0-13.8)		1	9.7 (0.0-25.1)
Pareja estable		10	30.9 (8.8-53.4)		3	10.8 (0.0-31.1)
Maras		6	5.0 (0.7-12.0)		3	16.8 (0.0-45.5)
Miembro de su familia		4	8.4 (0.4-20.0)		3	21.9 (0.0-52.8)
Desconocido/otro		21	47.0 (24.8-70.9)		8	34.5 (7.5-71.5)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.4.
Relaciones forzadas por ciudad,
HSH - ECVV El Salvador, 2008

4. Comportamiento sexual por tipo de pareja

En esta sección se describe el comportamiento sexual de los HSH por tipo de parejas. El 30.0% en San Salvador y el 25.5% en San Miguel reportaron una pareja estable hombre en el momento de la encuesta. El 30.4% y el 26.0% habían tenido al menos una pareja estable en los últimos 12 meses en ambas ciudades, respectivamente (Tabla 6.5).

El 34.6% y el 30.3% en San Salvador y San Miguel, respectivamente, reportaron uso consistente de condón con su pareja estable en los últimos 12 meses. El sexo anal receptivo con esta pareja fue reportado por un 43.0% y un 86.2% en San Salvador y San Miguel, respectivamente. El sexo oral con su pareja estable fue reportado por el 88.9% y 73.4% en San Salvador y San Miguel, respectivamente.

Un 60.5% y un 49.3% en San Salvador y San Miguel usaron condón en la última relación sexual anal con su pareja estable hombre.

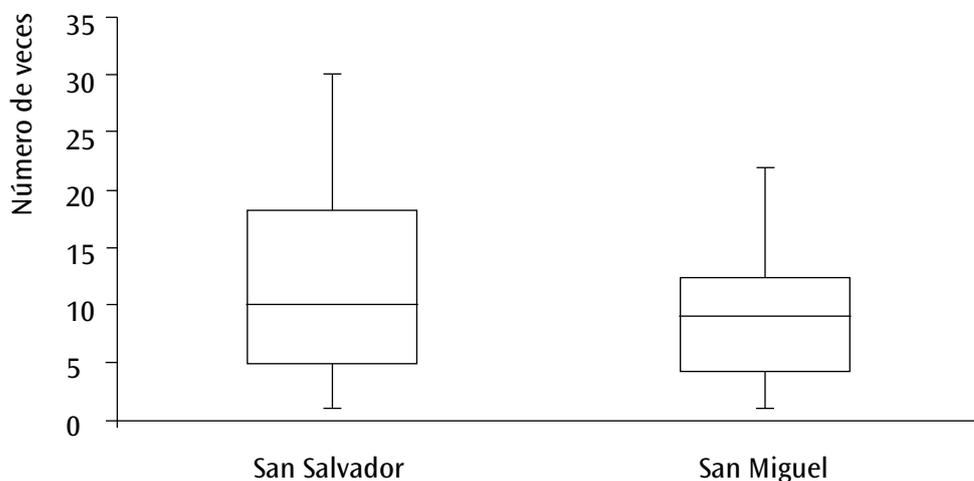
Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

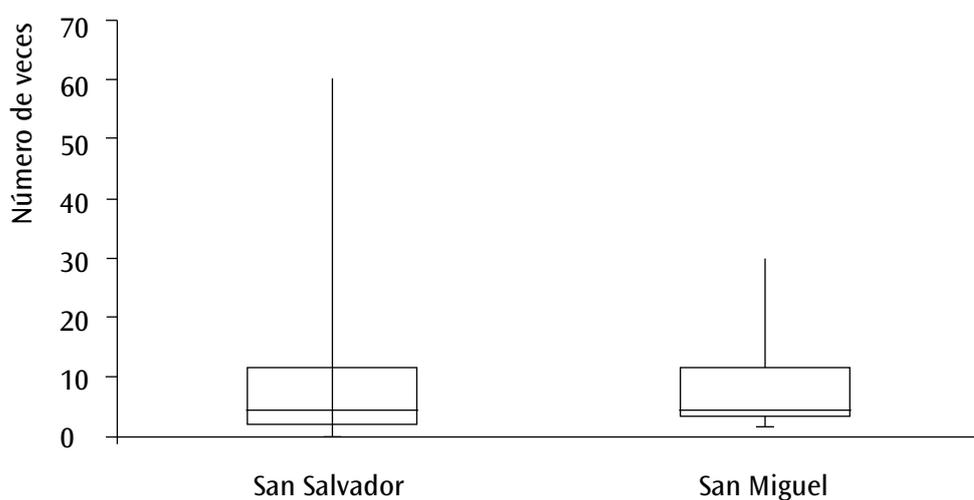
Un 10.6% de los participantes en San Salvador y el 27.6% en San Miguel dijeron tener al menos una pareja estable mujer en los últimos 12 meses. De estos, 4.9% y 16.2% informaron el uso consistente de condón con todas sus parejas estables mujeres en los últimos 12 meses. Un 16.4% y un 44.9% reportaron que usaron condón en la última relación sexual con una mujer.

Gráfico 6.2.
Número de veces que tuvo sexo vaginal o anal con pareja estable mujer en los últimos 30 días, HSH – ECVC El Salvador, 2008



La mediana de veces que han tenido sexo vaginal o anal con su pareja estable mujer en los últimos 30 días fue de 10 veces (RIQ 4.5-18) en San Salvador y de 9 veces (RIQ 4-12.5) en San Miguel (Gráfico 6.2).

Gráfico 6.3.
Número de veces que tuvo sexo anal con pareja estable hombre en los últimos 30 días, HSH - ECVC El Salvador, 2008



La mediana de veces que han tenido sexo anal con su pareja estable hombre en los últimos 30 días fue de 5 veces (RIQ 2-12.0) en San Salvador y de 5 veces (RIQ 3-12.0) en San Miguel (Gráfico 6.3).

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Actualmente tiene pareja estable hombre	589	213	30.0 (24.7-35.4)	190	59	25.5 (18.6-33.6)
Parejas estables hombres en los últimos 12 meses						
Ninguna	580	368	69.6 (64.2-74.9)	191	131	74.0 (65.6-80.4)
Al menos una		212	30.4 (25.1-35.8)		60	26.0 (19.6-34.4)
Uso consistente de condón con pareja estable hombre-últimos 12 meses	180	57	34.6 (24.0-45.7)	44	11	30.3 (14.1-48.5)
Tipo de sexo con su pareja estable hombre - últimos 12 meses						
Anal insertivo	195	70	35.9 (26.1-46.0)	53	8	9.7 (3.0-19.4)
Anal receptivo		76	43.0 (32.4-54.2)		42	86.2 (74.4-94.3)
Ambos		49	21.1 (14.0-28.8)		3	4.2 (0.0-11.1)
Oral	206	174	88.9 (83.4-93.3)	59	44	73.4 (57.5-89.0)
Usó condón en la última relación sexual anal con pareja masculina estable	196	113	60.5 (49.9-70.5)	53	31	49.3 (31.9-68.8)
Usó condón en la última relación sexual oral con pareja masculina estable	175	63	39.3 (28.2-51.0)	44	10	12.0 (4.1-23.4)
Actualmente tiene pareja estable mujer	578	55	10.6 (7.1-14.6)	191	38	27.6 (18.2-38.1)
Uso consistente de condón con pareja estable mujer-últimos 12 meses	50	5	4.9 (0.6-11.4)	33	5	16.2 (3.0-28.8)
Uso de condón en última relación sexual con una mujer	50	13	16.4 (7.7-28.6)	35	16	44.9 (22.9-66.8)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.5.
Comportamiento sexual con parejas estables hombres y mujeres en últimos 12 meses por ciudad, HSH - ECVIC El Salvador, 2008

El 62.5% y el 59.1% de los participantes han tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. El 57.5% en San Salvador y el 54.4% en San Miguel conocen a sus parejas ocasionales por teléfono, internet o chat. El 54.5% y el 30.5%, respectivamente, los conocen en la calle (Tabla 6.6).

Una proporción cercana al 60.0% en San Salvador ha tenido alguna o varias parejas ocasionales hombres en los últimos 12 meses. Una proporción similar de participantes de San Miguel reportó haber tenido parejas ocasionales en el mismo periodo.

Un cuarto de los participantes en San Salvador y un tercio en San Miguel han tenido una o varias parejas ocasionales femeninas en los últimos 12 meses. La mediana de parejas ocasionales hombres en San Salvador fue 3 parejas (RIQ 2-8). La mediana de parejas ocasionales mujeres fue 2 parejas (RIQ 0-2) en los últimos 12 meses. En San Miguel, la mediana de parejas ocasionales hombres fue 2 parejas (RIQ 1-6) y la mediana de parejas ocasionales mujeres fue 1 pareja (RIQ 0-4).

El 64.2% y el 51.5% usaron condón en la última relación sexual con pareja ocasional masculina o femenina, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. Un 44.4% y un 35.1% reportó uso consistente del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos 12 meses (Tabla 6.6).

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

Tabla 6.6.
Comportamiento sexual con parejas ocasionales por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses	579	365	62.5 (56.0-68.7)	191	121	59.1 (49.7-68.1)
Conoce a sus parejas ocasionales a través de*:						
Teléfono, internet, chat	364	219	57.5 (49.1-65.6)	121	65	54.4 (43.5-66.6)
Calle		174	54.5 (46.7-61.6)		50	30.5 (21.0-41.6)
Bar, hotel		137	34.4 (26.9-41.5)		46	34.8 (25.9-47.3)
Lugar de trabajo, otro		122	30.6 (23.4-37.8)		44	38.5 (27.9-50.2)
Parejas ocasionales hombres en los últimos 12 meses						
0	562	218	39.6 (33.2-46.3)	188	72	42.6 (34.5-52.9)
1 - 2		155	26.9 (21.8-32.7)		63	37.4 (27.3-46.7)
3 - 5		84	18.7 (13.8-24.2)		24	8.9 (4.9-13.0)
>=6		105	14.8 (10.3-19.3)		29	11.1 (5.4-17.3)
Parejas ocasionales mujeres en los últimos 12 meses						
0	379	296	75.1 (68.5-81.8)	143	93	62.5 (54.8-72.5)
1 - 2		57	16.8 (11.6-22.8)		22	15.0 (8.5-22.8)
> 2		26	8.1 (3.8-12.5)		28	22.5 (13.2-29.3)
Tipo de sexo con su pareja ocasional hombre en los últimos 12 meses						
Anal insertivo	294	97	36.6 (28.0-45.8)	87	22	31.1 (17.5-48.3)
Anal receptivo		150	52.0 (42.7-60.9)		52	55.1 (38.7-70.2)
Ambos		47	11.4 (6.9-16.8)		11	13.8 (3.9-24.7)
Oral	335	262	77.8 (70.8-84.1)	97	66	51.4 (38.5-66.2)
Uso consistente de condón con pareja ocasional en los últimos 12 meses	357	174	44.4 (35.8-53.1)	121	50	35.1 (24.4-45.4)
Usó condón en la última relación sexual con pareja ocasional (masculina o femenina)	306	212	64.2 (56.8-73.3)	100	61	51.5 (38.9-66.2)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

5. Sexo comercial

El 18.5% de los participantes en San Salvador y el 14.3% en San Miguel han vendido sexo en los últimos 12 meses. Un 59.5% en San Salvador recibió dinero a cambio de sexo por primera vez entre los 13 y 18 años, y un 79.5% en San Miguel (Tabla 6.7).

Del total (n=142) de los participantes que han vendido sexo en los últimos 12 meses, el 48.4% en San Salvador tiene 6 años o más de dedicarse al trabajo sexual; el 44.3% en San Miguel reportó que tiene menos de un año de hacerlo.

Del total de participantes que reportaron haber vendido sexo en los últimos 12 meses, 58.1% en San Salvador y 43.1% en San Miguel actualmente se dedican al trabajo sexual.

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Vendió sexo en los últimos 12 meses	579	142	18.5 (13.8-23.3)	190	35	14.3 (8.9-21.2)
Edad a la que recibió dinero por primera vez a cambio de sexo						
<=12 años	141	14	9.3 (2.5-20.6)	37	0	(-)
13 - 18 años		79	59.5 (45.1-72.3)		26	79.5 (57.8-94.5)
>=19 años		48	31.2 (18.6-43.5)		9	20.5 (5.5-42.2)
Tiempo de dedicarse al trabajo sexual						
< 1 año	135	32	18.4 (10.2-28.2)	36	15	44.3 (23.2-66.4)
1 - 5 años		33	33.2 (19.2-47.9)		9	29.9 (7.2-50.5)
>= 6 años		70	48.4 (34.0-63.0)		12	25.8 (11.7-44.9)
Actualmente se dedica al trabajo sexual	142	79	58.1 (43.4-71.6)	36	18	43.1 (19.6-66.3)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.7.
Antecedentes del trabajo sexual por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

El 80.3% y el 38.2% de los participantes que han vendido sexo en los últimos 12 meses consiguen sus clientes en la calle, en San Salvador y San Miguel, respectivamente (Tabla 6.8). El 76.4% en San Salvador y el 69.2% en San Miguel tienen relaciones sexuales a cambio de dinero con hombres. El 4.3% en San Salvador y el 11.4% en San Miguel tienen sexo con mujeres a cambio de dinero. El 19.3% en San Salvador y el 19.4% en San Miguel tienen sexo tanto con hombres y mujeres a cambio de dinero.

En San Salvador, el 64.5% y el 60.4% proporcionan sexo anal insertivo y receptivo a sus clientes, respectivamente. En San Miguel, el servicio más frecuentemente proporcionado por el 68.7% es el sexo anal receptivo y el 41.6% proporciona sexo anal insertivo. En San Salvador, la mediana de lo cobrado por sexo anal insertivo es de \$25.00 (RIQ \$20.00-35.00) y \$21.00 (RIQ \$12.50-40.00) en San Miguel. La mediana de precio por sexo anal receptivo es de \$20.00 (RIQ \$12.50-27.50) en San Salvador y en San Miguel, \$15.00 (RIQ \$10.00-25.00).

En San Salvador la mediana de lo cobrado por sexo oral es de \$15.00 (RIQ 10.00-20.00) y \$12.00 (RIQ 10.00-25.00) en San Miguel.

El 70.8% y el 72.0% reportaron uso consistente de condón con clientes en los últimos 12 meses. El 96.8% y el 87.5% usaron condón la última vez que tuvieron sexo con clientes, datos para San Salvador y San Miguel, respectivamente.

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Lugar donde consigue clientes						
Calle	129	97	80.3 (69.2-88.8)	37	19	38.2 (17.3-61.6)
Bar, discoteca, prostíbulo		15	7.1 (2.4-13.5)		8	27.0 (9.6-50.4)
Teléfono		11	10.9 (4.3-19.9)		3	11.9 (0.0-27.3)
Casa, a través de otras personas		6	1.7 (0.3-3.9)		5	22.8 (4.5-44.6)
Tiene relaciones sexuales a cambio de dinero con						
Hombre y mujer	139	30	19.3 (10.1-30.8)	38	6	19.4 (4.6-39.5)
Hombre		105	76.4 (63.7-86.5)		27	69.2 (46.2-87.4)
Mujer		4	4.3 (0.5-10.4)		3	11.4 (0.0-27.1)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.8.
Aspectos del trabajo sexual por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

Tabla 6.8. (continuación)
Aspectos del trabajo sexual
por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
SERVICIOS QUE OFRECE A SUS CLIENTES MASCULINOS*:						
Sexo anal insertivo	130	94	64.5 (50.2-78.9)	30	14	41.6 (21.7-71.6)
Sexo anal receptivo	131	92	60.4 (45.7-74.8)	30	21	68.7 (40.6-87.9)
Sexo oral	135	108	77.1 (64.3-87.2)	34	26	59.6 (37.1-83.9)
DINERO QUE COBRA POR TIPO DE SEXO ANAL:						
Sexo anal insertivo, en dólares						
<= 5	93	5	3.4 (0.3-8.6)	13	0	(--)
6 - 15		17	32.6 (15.4-50.4)		5	44.5 (6.0-76.8)
16 - 30		47	35.8 (20.5-52.0)		5	37.8 (9.8-77.2)
>= 31		24	26.1 (11.5-54.3)		3	17.8 (0.0-47.2)
Sexo anal receptivo, en dólares						
<= 5	88	9	14.9 (3.5-29.1)	21	2	4.5 (0.0-14.7)
6 - 15		23	20.3 (8.5-35.2)		9	23.3 (7.4-52.3)
16 - 30		45	46.8 (28.1-65.7)		8	56.2 (17.1-80.3)
>= 31		11	18.1 (4.7-35.6)		2	16.0 (0.0-52.9)
Tuvo relaciones sexuales anales o vaginales con algún cliente en los últimos 30 días						
0	62	3	1.5 (0.0-4.1)	12	1	10.8 (0.0-38.3)
<=7 veces		37	70.4 (50.5-87.2)		7	55.4 (19.5-95.7)
>=8 veces		22	28.1 (11.3-47.8)		4	33.8 (1.6-72.6)
Uso consistente de condón con clientes frecuentes en los últimos 12 meses	62	47	70.8 (49.0-89.2)	14	11	72.0 (29.3-100.0)
Uso condón la última relación sexual con cliente	138	130	96.8 (93.6-99.0)	36	32	87.5 (77.4-99.2)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

El 8.0% en San Salvador y el 8.3% en San Miguel reportaron que han comprado sexo en los últimos 12 meses. De estos, el 51.4% y 44.8%, respectivamente, recogen a los trabajadores sexuales en la calle (Tabla 6.9).

El 54.7% de los participantes en San Salvador y el 67.7% en San Miguel compraron sexo anal. El 47.7% y el 44.3%, respectivamente, compraron sexo vaginal.

En San Salvador un 41.1% dijo que compró sexo de gays, homosexuales o travestis, y el 51.2% compró sexo de hombres; en San Miguel un 30.4% dijo que compró sexo de gays, homosexuales o travestis, y un 52.0%, de hombres. Un 46.5% y un 28.4% dijeron que compraron sexo de mujeres en los últimos 12 meses, en San Salvador y San Miguel, respectivamente.

El 24.3% en San Salvador y el 55.6% en San Miguel reportaron uso consistente de condón cuando compraron sexo anal o vaginal en los últimos 12 meses. El 90.4% y el 80.2% usaron condón la última vez que compraron sexo anal o vaginal en ambas ciudades.

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Ha comprado sexo en los últimos 12 meses	577	38	8.0 (4.6-11.9)	191	17	8.3 (3.8-13.8)
Lugar donde recoge trabajadores sexuales hombres						
Teléfono, internet, chat	32	4	15.8 (0.8-36.2)	16	4	16.7 (2.4-44.3)
Calle		15	51.4 (30.3-76.6)		6	44.8 (7.8-77.1)
Bar, hotel		9	22.2 (5.7-40.5)		4	21.5 (0.0-56.3)
Casa, lugar de trabajo, otro		4	10.6 (1.8- 24.2)		2	16.9 (0.0-45.9)
Servicios que ha comprado, últimos 12 meses*						
Sexo anal	38	27	54.7 (30.3-79.3)	17	12	67.7 (34.7-93.1)
Sexo oral		29	84.9 (67.4-94.8)		5	30.5 (4.4-62.0)
Sexo vaginal		10	47.7 (20.4-66.1)		5	44.3 (9.9-75.0)
En los últimos 12 meses, ha comprado sexo de*						
Gays, homosexuales o travesti	38	11	41.1 (15.7-63.1)	17	4	30.4 (3.9-63.2)
Hombres		25	51.2 (29.6-75.8)		11	52.0 (20.9-85.3)
Mujeres		8	46.5 (21.1-69.1)		4	28.4 (2.7-61.6)
Uso consistente de condón cuando compró sexo anal y vaginal, últimos 12 meses	36	13	24.3 (7.8-48.2)	17	8	55.6 (21.7-87.7)
Uso de condón la última vez que compró sexo anal o vaginal	34	28	90.4 (76.3-97.7)	17	12	80.2 (57.5-96.4)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.9.
Sexo con trabajadores sexuales por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

6. Consumo de alcohol y drogas

El 53.4% y el 58.0% de los participantes de San Salvador y San Miguel, respectivamente, han tomado alcohol en los últimos 30 días. Consumo excesivo de alcohol se definió como 5 tragos o más en la misma ocasión. De aquellos que reportaron consumo de alcohol, el 28.3% y 30.4% consumieron 5 tragos o más en la misma ocasión, más de 4 veces en los últimos 30 días, en San Salvador y San Miguel, respectivamente (Tabla 6.10).

Un 23.7% y un 39.6% en ambas ciudades reportaron haber consumido algún tipo de droga ilegal en la vida. Y un 15.4% en San Salvador y un 32.9% en San Miguel consumieron algún tipo de drogas ilegales en los últimos 12 meses.

Solamente el 8.1% y el 18.9% consumieron alguna droga en los últimos 30 días, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. De estos, un 7.4% en San Salvador y un 19.5% en San Miguel han fumado o inhalado piedra, crack, cocaína o fumado heroína.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

Tabla 6.10.
Uso de alcohol y drogas
por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Tomó alcohol en los últimos 30 días	596	345	53.4 (47.0-59.0)	195	113	58.0 (50.0-66.5)
Número de veces que tomó 5 o más tragos/bebidas en la misma ocasión, últimos 30 días						
0		251	46.6 (40.8-53.0)		82	42.8 (34.7-51.3)
1 - 3	596	161	25.1 (20.1-30.1)	194	51	26.7 (18.4-35.4)
>= 4		184	28.3 (22.9-33.4)		61	30.4 (21.8-39.5)
Consumió drogas alguna vez en la vida	595	151	23.7 (18.7-29.1)	195	80	39.6 (30.5-48.0)
Consumió algún tipo de droga últimos 12 meses	595	97	15.4 (10.8-19.8)	195	64	32.9 (24.5-41.9)
Consumió alguna droga en los últimos 30 días	592	50	8.1 (4.5-11.7)	189	37	18.9 (12.9-25.7)
Consumo de drogas (por tipo) en los últimos 30 días						
Ha fumado marihuana	594	20	3.6 (1.3-6.2)	195	7	2.5 (0.5-5.5)
Ha fumado o inhalado piedra o crack, inhalado cocaína, fumado heroína	595	48	7.4 (4.0-10.5)	195	38	19.5 (13.0-26.3)
Se ha inyectado cocaína o heroína	596	0	--	194	0	--
Ha inhalado thinner o pega	595	0	--	190	0	--
Ha consumido éxtasis	595	2	0.7 (0.0-2.2)	194	1	1.8 (0.0-3.9)
Ha fumado heroína	596	0	--	194	0	--
Se ha inyectado sustancias diferentes a las drogas	595	104	18.2 (13.7-23.3)	195	23	10.3 (5.1-15.7)

IC: Intervalos de confianza

7. Pruebas voluntarias de VIH

Un 64.4% y un 51.8% han asistido a charlas educativas sobre VIH, ITS o sexo seguro en los últimos 12 meses. El 58.2% en San Salvador y el 40.8% en San Miguel reportaron haberse realizado la prueba de VIH alguna vez anteriormente (Tabla 6.11).

El 36.1% en San Salvador y el 43.0% en San Miguel reportaron haberse realizado una prueba para detectar el VIH hace menos de 6 meses. Sin embargo, el 27.9% en San Salvador y el 10.8% en San Miguel se realizaron la última prueba hace más de 2 años. El 87.8% en San Salvador y el 88.3% en San Miguel reportaron haber recibido los resultados de la última prueba de VIH.

Tabla 6.11.
Pruebas voluntarias del VIH
por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Ha asistido a charlas educativas o pláticas sobre VIH, ITS o sexo seguro en los últimos 12 meses	573	393	64.4 (58.6-69.9)	191	113	51.8 (42.4-61.6)
Se ha hecho la prueba de VIH alguna vez	577	359	58.2 (52.7-64.2)	191	98	40.8 (31.8-50.5)
Periodo cuando se realizó la última prueba de VIH						
<= 6 meses		113	36.1 (29.0-45.0)		36	43.0 (27.6-56.6)
7 - 12 meses		60	17.5 (11.8-24.3)		14	18.4 (7.2-30.6)
> 1 año - 2 años		63	18.5 (12.6-23.8)		20	27.8 (15.8-45.4)
> 2 años		77	27.9 (19.8-35.5)		7	10.8 (2.5-20.7)
Participantes que recibieron los resultados de la última prueba de VIH	359	325	87.8 (81.2-92.0)	98	91	88.3 (78.7-96.7)

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

8. Adquisición y uso de condones

Tanto en San Salvador como en San Miguel, la mayoría de participantes reportó que consigue condones en la clínica privada, farmacia, unidad de salud u hospital, correspondientes al 85.5% y 97.6%, respectivamente. El 39.0% en San Salvador y el 23.4% en San Miguel consiguen condones por medio de una ONG, el grupo de apoyo o un educador (Tabla 6.12).

La última vez que consiguieron un condón, el 51.9% y el 38.4% lo obtuvieron gratis en San Salvador y San Miguel, respectivamente.

El 73.2% en San Salvador y el 43.4% en San Miguel han utilizado lubricantes alguna vez.

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Lugares donde consigue los condones*						
Supermercado/tienda/gasolinera	564	264	45.8 (39.4-52.5)	186	85	45.0 (35.9-53.2)
Clínica privada/farmacia/unidad de salud/hospital		484	85.5 (80.7-90.0)		180	97.6 (94.0-99.7)
ONG/grupo de apoyo/educador		278	39.0 (34.1-45.6)		49	23.4 (15.7-32.1)
Night club/hotel/motel		145	20.6 (15.7-25.4)		51	31.1 (22.0-39.7)
Amigos/familia/otros		205	31.6 (25.6-37.7)		65	36.2 (27.0-45.6)
Costo del condón la última vez que lo consiguió						
Pagó algo	570	253	48.1 (41.9-53.8)	187	115	61.6 (52.3-69.9)
Gratis		317	51.9 (46.2-58.1)		72	38.4 (30.1-47.7)
Dónde consigue condones gratis*						
Capacitadores de ONG	431	274	58.6 (51.0-65.5)	130	66	40.3 (31.8-51.2)
Trabajadores de la salud/otros		233	58.2 (50.9-65.1)		88	73.8 (63.3-84.2)
Dueños de local/compañeros sexuales/otros trabajadores sexuales		98	20.7 (15.4-26.3)		26	19.0 (11.3-27.8)
Alguna vez ha utilizado lubricantes		577	440		73.2 (67.6-78.0)	191

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.12.

Acceso a condones por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

9. Migración

El 22.3% y el 17.7% de los participantes han estado en otro país fuera de El Salvador en los últimos 12 meses, en San Salvador y San Miguel, respectivamente (Tabla 6.13).

El 8.6% en San Salvador y el 7.1% en San Miguel tuvieron relaciones sexuales con una persona que vive en el país donde estuvieron. El 14.4% de los participantes de San Salvador y el 8.4% de San Miguel estuvieron en Guatemala en los últimos 12 meses (Gráfico 6.4)

El 20.0% en San Salvador y en San Miguel tuvieron sexo con un hombre extranjero en los últimos 12 meses.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

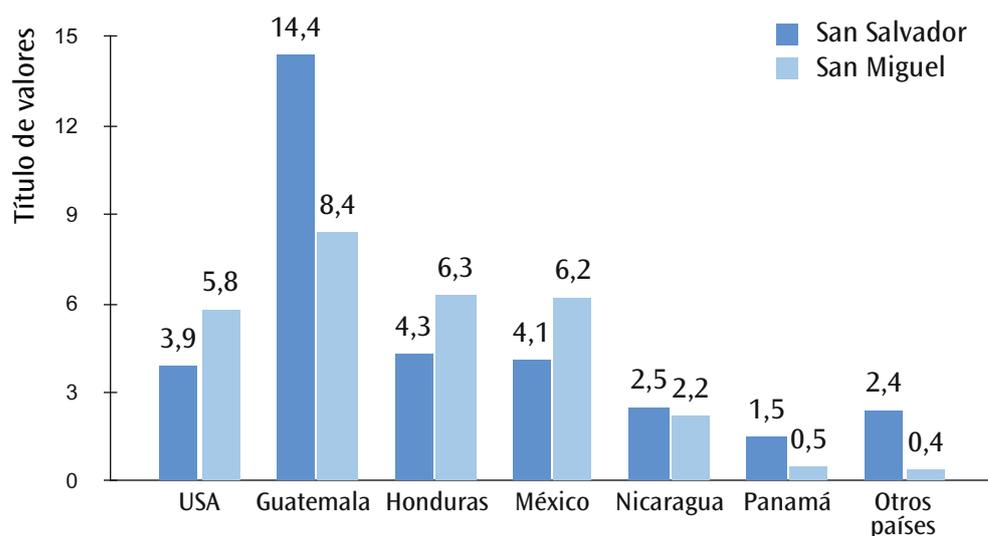
Hombres que tienen sexo con hombres

Tabla 6.13.
Migración por ciudad,
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
Ha estado en otro país fuera de El Salvador en los últimos 12 meses	579	134	22.3 (18.0-27.3)	191	39	17.7 (11.0-26.3)
Tuvo relaciones sexuales con una persona que vive en ese país	579	48	8.6 (5.4-12.1)	191	14	7.1 (2.6-13.1)
Ha tenido sexo con un hombre que no sea de nacionalidad salvadoreña (últimos 12 meses)	591	130	20.0 (15.3-25.1)	193	48	20.0 (12.5-28.1)

IC: Intervalos de confianza

Gráfico 6.4.
Países que ha visitado
en los últimos 12 meses,
HSH - ECVC El Salvador, 2008



10. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH

Las variables de conocimiento y prevención se detallan en la tabla 6.14. El porcentaje refleja las respuestas correctas obtenidas según cada pregunta. Para la prevención del VIH, las respuestas correctas fueron desde 84.3% en cuanto a la fidelidad a una sola pareja sexual que no esté infectada, hasta 87.8% en cuanto a la protección a través de la utilización del condón de manera consistente en cada relación sexual. Hay una mayor variabilidad en el conocimiento de rutas de transmisión. En este caso, los valores van de un 60% en ambas ciudades en cuanto a la posibilidad de que una persona con VIH pueda reinfectarse, hasta un poco más del 90% en relación a si una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH. El nivel de conocimiento fue similar en ambas ciudades.

El 45.9% de los participantes en San Salvador y el 34.5% en San Miguel habían participado anteriormente en encuestas de VIH/SIDA.

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha participado antes en encuestas de VIH/SIDA	596	317	45.9 (39.8-51.6)	193	78	34.5 (25.5-45.0)
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE VIH						
Respuestas correctas a los enunciados sobre prevención del VIH						
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y consistente en cada relación sexual	595	536	87.8 (83.2-91.9)	194	161	78.2 (69.9-86.7)
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada	595	522	84.3 (79.3-89.0)	193	152	78.5 (70.2-86.0)
CONOCIMIENTO FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH						
Respuestas correctas a los enunciados sobre transmisión del VIH						
El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo	592	458	73.9 (68.7-78.8)	194	115	53.8 (45.4-62.8)
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos con alguien infectado	578	537	92.1 (88.5-95.1)	183	140	68.4 (58.7-77.6)
Cree usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH	602	569	97.1 (94.5-99.2)	195	172	92.3 (87.1-96.8)
Es posible que una persona con VIH pueda reinfectarse	595	393	59.7 (53.9-65.2)	194	118	59.6 (49.9-68.0)
El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada a su hijo/a	590	530	90.8 (87.2-93.9)	194	162	79.7 (71.8-87.2)
Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su hijo/a a través de la leche materna	595	472	75.1 (69.5-80.2)	194	164	82.2 (75.2-89.1)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.14.

Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

11. Adquisición y uso de condones

Al momento de la encuesta, un 7.2% de San Salvador y un 14.4% de San Miguel presentaban sintomatología de ITS, y un 10.0% y 4.2%, respectivamente, habían presentado sintomatología de ITS en el último año (Tabla 6.15).

Sólo un 40.4% y un 33.6% buscaron ayuda luego de presentar dicha sintomatología. El 100.0% de participantes que obtuvo una receta, tomó el medicamento que le fue recetado, en ambas ciudades.

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha tenido síntomas de ITS en los últimos 12 meses						
Sí, actualmente los tiene	596	46	7.2 (4.4-10.5)	194	27	14.4 (8.2-21.2)
Sí, ha tenido pero no los tiene actualmente		64	10.0 (7.1-13.2)		10	4.2 (1.4-8.0)
No ha tenido ningún síntoma		486	82.8 (78.4-86.8)		157	81.4 (74.1-88.1)
Buscó ayuda luego de presentar algún síntoma	105	43	40.4 (28.3-53.0)	36	11	33.6 (13.9-56.1)
Tomó el medicamento que le recetaron	35	35	100.0 (100.0-100.0)	7	7	100.0 (100.0-100.0)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.15.

Síntomas de ITS y utilización de servicios por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

12. Prevalencias de VIH e ITS

El 10.8% (95% IC 7.4-14.7) de los participantes en San Salvador y el 8.8% (95% IC 4.2-14.5) en San Miguel fueron seropositivos a las pruebas de VIH (Tabla 6.16). De 76 casos diagnosticados en el estudio, solo 18 conocían su estatus. El 46.8% (40.0-53.3) en San Salvador y el 36.0% (24.7-46.8) en San Miguel fueron seropositivos a la prueba de herpes simple tipo 2. El 12.1% (8.4-16.2) en San Salvador y el 8.1% (3.8-13.9) en San Miguel fueron seropositivos para sífilis. La prevalencia de sífilis activa fue de 6.0% (3.6-8.9) y de 0.7% (0.0-1.7) en San Salvador y San Miguel, respectivamente (titulaciones de RPR iguales o superiores a 1:8 y TPPA positivo).

Las ITS que se examinaron en orina por PCR tuvieron las siguientes prevalencias: *Chlamydia trachomatis* 3.4% (1.2-6.1) y 1.3% (0.1-3.2); *Neisseria gonorrhoeae* 2.7% (0.6-5.5) y 0.0%; *Mycoplasma genitalium* 3.3% (1.2-6.0) y 2.1% (0.2-3.3) y *Trichomonas vaginalis* 1.4% IC (0.2-3.0) y 0.1% IC (0.0-0.2) en San Salvador y San Miguel, respectivamente.

Las prevalencias de ITS examinadas por PCR en hisopado anal fueron *Chlamydia trachomatis* 1.6% (0.4-3.3) y 11.0% (3.9-19.9); *Neisseria gonorrhoeae* 6.1% (2.2-11.2) y 1.2% (0.0-3.6) en San Salvador y San Miguel, respectivamente.

Combinando los resultados de orina y muestras anales, la prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae* fue de 7.4% (2.9-12.8) y de 1.2% (0.0-3.5) en San Salvador y San Miguel. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* fue de 5.2% (2.5-8.8) y de 12.4% (5.0-21.4) en San Salvador y San Miguel, respectivamente. En general, el 21.4% (16.6-26.4) y el 17.3% (10.1-26.1) de los participantes de San Salvador y San Miguel, respectivamente, resultaron con alguna ITS incluyendo el VIH.

Tabla 6.16.
Prevalencia de ITS por ciudad.
HSH - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			San Miguel		
	N	(n)	% (95% IC)	N	(n)	% (95% IC)
VIH	516	75	10.8 (7.4-14.7)	183	19	8.8 (4.2-14.5)
Herpes simplex tipo 2	516	257	46.8 (40.0-53.3)	174	71	36.0 (24.7-46.8)
Sífilis	516	73	12.1 (8.4-16.2)	174	21	8.1 (3.8-13.9)
Sífilis activa (TPPA+ y RPR 1:8)	516	32	6.0 (3.6-8.9)	174	3	0.7 (0.0-1.7)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	459	11	3.3 (1.2-6.0)	188	5	2.1 (0.2-3.3)
<i>Tricomonas vaginalis</i>	460	6	1.4 (0.2-3.0)	188	1	0.1 (0.0-0.2)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	383	21	7.4 (2.9-12.8)	116	1	1.2 (0.0-3.5)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	383	18	5.2 (2.5-8.8)	110	9	12.4 (5.0-21.4)
Alguna ITS (VIH, sífilis, alguna PCR+)	539	130	21.4 (16.6-26.4)	192	38	17.3 (10.1-26.1)
Alguna ITS (PCR)	467	52	12.7 (8.2-17.5)	188	19	9.6 (4.9-15.4)

IC: Intervalos de confianza

13. Prevalencia de ITS por autoidentificación sexual

Hay una tendencia hacia una mayor prevalencia de VIH en la población transexual, travesti u otro, 19.7% (95% IC 5.4-39.4) y 23.3% (95% IC 6.3-47.6) en San Salvador y San Miguel, respectivamente. En la población gay fue de 10.6% (6.2-16.5) y 19.1% (1.7-36.0), respectivamente. En la población heterosexual o bisexual fue de 8.8% (4.3-14.0) y de 4.2% (0.6-9.5) respectivamente (Tabla 6.17). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La prevalencia de sífilis fue más alta en la población gay 15.4% (10.0-22.8) y 25.1% (6.7-44.8) en San Salvador y San Miguel, respectivamente. La prevalencia de Virus del herpes simplex tipo 2 fue más alta en la población transexual, travesti u otro, 64.8% (41.3-81.1) y 66.8% (39.6-92.2), respectivamente. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La prevalencia del VIH en los HSH que vendieron sexo en los últimos 12 meses muestra que la prevalencia fue de 18.3% (8.5-30.7) en San Salvador y 11.1% (3.3-25.7) en San Miguel (datos no mostrados en la tabla).

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
VIH						
Transexual, travesti u otro	62	15	19.7 (5.4-39.4)	25	7	23.3 (6.3-47.6)
Heterosexual/bisexual	199	21	8.8 (4.3-14.0)	105	6	4.2 (0.6-9.5)
Gay	234	36	10.6 (6.2-16.5)	51	6	19.1 (1.7-36.0)
Sífilis						
Transexual, travesti u otro	64	14	14.1 (3.3-27.1)	25	4	4.1 (0.0-12.6)
Heterosexual/bisexual	200	14	5.6 (2.6-9.0)	103	9	4.4 (1.3-10.4)
Gay	231	38	15.4 (10.0-22.8)	45	8	25.1 (6.7-44.8)
Virus del herpes simplex tipo 2						
Transexual, travesti u otro	64	45	64.8 (41.3-81.1)	25	18	66.8 (39.6-92.2)
Heterosexual/bisexual	200	88	36.2 (26.6-45.3)	103	27	18.6 (9.3-30.3)
Gay	231	110	51.1 (43.2-61.8)	45	25	65.0 (42.7-83.9)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.17.
Prevalencias de ITS por autoidentificación sexual por ciudad, HSH – ECVC El Salvador, 2008

14. Incidencia de VIH

La incidencia del VIH fue de 7.0% (3.7- 10.3) y de 4.6% (95% IC 0.1 - 9.0) en San Salvador y San Miguel, respectivamente (Tabla 6.18). El grupo de edad con la mayor incidencia anual de VIH, 9.5% (4.8-14.1) es el grupo de 15 a 24 años (Tabla 6.19).

	HIV + (N)	HIV + disponible N (%)	Reciente N (%)	Incidencia anualizada de VIH – 1 BED % (95% IC) ^b
Población ^a				
HSH San Salvador	79	64 (80.6%)	17 (26.5%)	7.0 (3.7 - 10.3)
HSH San Miguel	19	15 (78.9%)	4 (26.6%)	4.6 (0.1 - 9.0)
HSH Total ^c	98	79 (80.6%)	21 (26.5%)	6.4 (3.7 - 9.1)

^a tamaño de muestra basado en muestras de la prueba del VIH.

^b ajusta con una ϵ derivados localmente de 11%

^c tamaño de muestra con base en las muestras procesadas para VIH, combinando las ciudades de San Salvador y San Miguel

IC: Intervalos de confianza

Tabla 6.18.
Incidencia de VIH por ciudad, HSH - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

Tabla 6.19.
Incidencia de VIH
por grupo de edad,
HSH – ECVC El Salvador, 2008

	HIV + disponible N (%)	Reciente N (%)	Incidencia anualizada de VIH – 1 BED % (95% IC)
Edad (HSH - total)			
15-24 años	42	16 (38.0%)	9.5% (4.8 - 14.1)
25-34 años	27	5 (18.5%)	2.7% (0.3 - 5.1)
>=35 años	10	0 (0.0%)	0.0

IC: Intervalos de confianza

15. Comparación de resultados del EMC y la ECVC

El Estudio Multicéntrico Centroamericano (EMC) se realizó en el 2002 en 356 HSH de San Salvador. A continuación se presentan algunas variables clave de ambos estudios (Tabla 6.20). Para esta comparación se utiliza como fuente el artículo publicado en la revista JAIDS por Soto, cuyos valores difieren ligeramente de los datos incluidos en el reporte de país. Estas variables se pueden utilizar de manera muy limitada para evaluar tendencias, ya que la muestra del EMC fue una muestra por conveniencia mientras que la del ECVC utilizó una muestra representativa.

Las muestras de los dos estudios son similares en cuanto a edad, trabajo y orientación sexual. Sin embargo, la del ECVC parece tener un mayor nivel educativo y un mayor número de participantes viviendo actualmente con una mujer.

Más de un 20% de la muestra reportó haber sido forzada a tener relaciones sexuales en el último año en la ECVC, versus el 5.6% en el EMC. Las proporciones de uso de condón en la última relación sexual fue menor en la ECVC. La prevalencia de VIH fue menor en el estudio ECVC (10.8% 95% IC 7.4-14.7) que en el EMC (15.3%); sin embargo, esta diferencia no parece ser significativa ya que el estimado del EMC se incluye en el intervalo de confianza superior del ECVC. La prevalencia de sífilis es similar en ambos estudios.

Tabla 6.20.
Resultados comparativos
entre el Estudio Multicéntrico
Centroamericano-2002
y ECVC-2008,
HSH – ECVC El Salvador, 2008

Indicadores para San Salvador-	EMC-2002	ECVC-2008
Promedio de edad (EMC) - Mediana de edad (ECVC)	24.2	23
Autoidentificación		
Gay	41.9%	46.1 (40.2-52.5)
Bisexual/heterosexual	48.3%	44.9 (38.4-50.6)
Travestis, Otro	2.6%	9.1 (5.7-13.0)
Educación		
Estudios inferiores a secundaria o ninguno	27.4%	9.8%
Estudios de secundaria	72.6%	59.7%
Educación universitaria	0	30.5%
Trabaja	64.6%	61.0%
Ha estado casado o acompañado con una mujer	28.0%	26.3%
Vive con pareja mujer	1.7%	8.5%
Promedio (EMC) - Mediana de edad cuando tuvo su primera relación sexual (ECVC)	13.5 años	15 años
Forzado en los últimos 12 meses a tener relaciones sexuales	5.6%	22.1%
Uso condón última relación sexual con pareja ocasional	75.0%	64.2%
Prevalencia de VIH-	15.3%	10.8 (7.4-14.7)
Prevalencia de sífilis	12.3%	12.1 (8.4-16.2)

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

C. Discusión

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH / ITS en poblaciones vulnerables mostró la factibilidad de un trabajo multisectorial para recolectar información clave acerca del comportamiento en la población de HSH en El Salvador. En una revisión de la epidemiología del comportamiento de los HSH y la prevalencia de VIH e ITS en países de ingresos bajos y medios, publicado en 2008, Cáceres plantea una serie de ocho necesidades de investigación que deben ser abordadas en la población de HSH (Cáceres). Las necesidades de investigación incluyen:

- Estimaciones de tamaño de la población.
- Frecuencia de los comportamientos de riesgo para estimar el riesgo.
- Prevalencia de relaciones sexuales heterosexuales.
- Estimaciones de la proporción de las poblaciones transgénero y trabajadores sexuales.
- Datos sobre ITS y la prevalencia del VIH y tendencias en la población HSH.
- Datos sobre el VIH relacionados con los conocimientos y creencias.
- Datos sobre la participación en la organización y participación comunitaria.
- Datos sobre el marco jurídico y la ocurrencia de crímenes de odio.

Adicionalmente, los autores señalaron la importancia de tener datos comparables por tiempos (uso de condón en los últimos 12 ó 6 meses) pero también definir lo que significa sexo anal, diferenciar receptivo e insertivo y definir que significa “un hombre”, para poder medir tendencias y hacer comparaciones reales.¹¹

Los autores encontraron que las reseñas de América Latina carecen de muchas de las categorías indicadas. Este estudio abarca todas las necesidades de investigación antes mencionadas, a excepción de la última porque estaba fuera del ámbito de la investigación.

Estimación de población

Este es el primer estudio que muestra una estimación del tamaño de la población de HSH y TS en San Salvador. Estimar el tamaño de una población permite mejorar la planificación de los servicios y los recursos disponibles, y evaluar la cobertura de las acciones de salud en dichas poblaciones. De esta manera, es posible cumplir con la combinación de estimaciones de población con la información sobre la prevalencia del VIH y el riesgo de comportamiento, generados por el sistema de vigilancia. Los usos de la estimación tamaño de la población relacionados con la medición de la cobertura dependen de un buen registro de prestación de los servicios, que a su vez depende de la existencia de dichos servicios en cada lugar.¹¹ La población de HSH en San Salvador y en el país es importante, ya que es el grupo con más riesgo de tener VIH. La ciudad capital contribuye con casi 600 casos cada año, con base en la alta incidencia en el grupo. Esto representaría casi un tercio de todos los casos detectados en el país durante 2008. Otra manera de usar los datos es para estimar los recursos requeridos para prestar servicios a la población. El MS ha logrado una reducción drástica en la transmisión madre-hijo en los últimos años basada en un esfuerzo para ofrecer la prueba de VIH a toda mujer embarazada y tratamiento apropiado. El CDC recomienda que grupos de alto riesgo (como HSH) sean tamizados una vez al año.¹² En 2007, en El Salvador, hubo 70,790 partos en instituciones públicas,⁴ y se realizaron alrededor de 90,000 pruebas de VIH en mujeres embarazadas. Con base en los resultados del presente estudio, de los 12,500 HSH estimados en San Salvador, se estima que menos del 60% se ha realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida, solo 30% en el último año y menos del 60% la ha recibido alguna vez. El ofrecimiento de la prueba de VIH debe ser promovido específicamente para HSH. Esta recomendación también se basa en los resultados de estudios sobre el impacto de las pruebas voluntarias con consejería, que muestran que la persona que conoce su estatus de VIH es más propensa a reducir comportamientos de riesgo. Los resultados de un meta análisis de estudios en los Estados Unidos muestra que al ofrecer pruebas de VIH con consejería, y al facilitar el autoconocimiento de estatus de VIH, se disminuyeron comportamientos de riesgo en un 53%.¹³

Frecuencia de comportamientos de riesgo

Los resultados describen una población que no emplea muchas medidas para protegerse del VIH. El uso consistente del condón con diferentes parejas, incluyendo las comerciales, no superó el 70%. Esto seguramente contribuye a la alta prevalencia e incidencia de VIH en esta población, tanto como a la alta prevalencia de otras ITS. En comparación con el estudio multicéntrico, se encuentra menos uso del condón con la última pareja ocasional. Es posible que el uso de ACASI influyera en obtener respuestas honestas y haya reducido el sesgo del reporte. El estudio multicéntrico empleó entrevistas cara a cara, lo que puede influir en el reporte de comportamientos de riesgo y comportamientos protectores. El presente estudio documentó deficiencias importantes en el uso del condón, y que la transmisión del VIH y las ITS sigue siendo un problema en esta población. Es urgente que se brinde atención de más largo plazo para el control de las ITS en HSH, lo que requiere un acceso continuo a servicios eficaces de prevención y tratamiento.

Es interesante que los participantes reportaran más actos receptivos con parejas no comerciales. Es posible que los HSH “activos” o “machos” que tienden a no identificarse como HSH o gay no fueran captados con este estudio. Sin embargo, con el uso de RDS para el reclutamiento se considera que se logró alcanzar sectores más escondidos de HSH, ya que un 45% en el estudio se identifica como bisexual o heterosexual. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para programas de prevención, ya que los mensajes para una audiencia gay no son los mismos que para hombres que se autoidentifican como heterosexuales. Deben ser desarrolladas intervenciones rutinarias dirigidas a los diferentes grupos de HSH para enfocar esfuerzos en promover el uso del condón en esta población, e incrementar la cobertura de la prueba de VIH y la educación sobre maneras de prevención y transmisión. Dichas intervenciones deben enfocarse en el trabajo sexual y sub-poblaciones de riesgo como las transexuales, travestis y los HSH más escondidos que no reconocen que tienen sexo con hombres por ser activos, y no a la población general.

Se encontró un inicio temprano de las relaciones sexuales en los HSH en comparación con la población general de hombres (15 años en HSH versus 16.3 años en hombres de población general)¹⁴, lo que representa mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y sida. Hubo una baja proporción que usó condón en la primera relación sexual (20.8% en San Salvador y 21.8 en San Miguel). En más de un tercio de la muestra (38.3% en San Salvador y 36.3% en San Miguel) la edad de la persona con quien tuvo la primera relación sexual era mayor que la del participante. Estos datos sugieren que el inicio temprano de relaciones sexuales anales y la discrepancia de edades pudieran asociarse con la asunción de riesgos: un patrón de iniciación que puede facilitar la transmisión del VIH e ITS desde los HSH de mayor edad a las cohortes más jóvenes de HSH.¹⁵

Casi un tercio de la muestra en ambas ciudades (32.4% en San Salvador y 32.3% en San Miguel) reportó sexo forzado en la vida. La persona que lo forzó a tener relaciones sexuales, reportada en mayor proporción, fue la pareja o amigo (37.8% en San Salvador y 16.1% en San Miguel). Otros estudios han demostrado asociación entre el sexo forzado con el sexo anal sin protección.¹⁶ Esta situación amerita que se enfoque el problema de la violencia sexual como un problema de salud pública, se brinde asistencia psicológica a los afectados y se provea de asistencia legal en forma inmediata.

Relaciones sexuales heterosexuales

El sexo con hombres y mujeres fue común en la población del estudio. Casi la mitad de los participantes reportó sexo con mujeres alguna vez en la vida, y más de un tercio en el último año. Esto fue más alto en San Miguel que en San Salvador. Además, el uso de condón con parejas estables mujeres (4.9% en San Salvador y 16.2% en San Miguel) fue más bajo que con cualquier otro tipo de pareja, lo cual sugiere que hay mucho trabajo que hacer para disminuir el riesgo en estas parejas. En ambas ciudades la proporción es significativa y señala que los HSH son un puente potencial de transmisión del VIH a las mujeres heterosexuales, y que dirigir las acciones de prevención del VIH hacia las necesidades de los HSH puede beneficiar a la población en general. Usando la estimación de población de HSH se puede afirmar que hasta 1% de la población masculina mayor de 18 años está teniendo sexo con ambos sexos. Incluso este dato puede ser una subestimación porque los hombres que tienen parejas femeninas y no quieren identificarse como HSH tal vez no sean vinculados socialmente a los otros HSH más abiertos. Así, es posible que haya subestimaciones de esta población dentro del estudio. En comparación con el estudio de Soto², que hasta la fecha es el único que reporta sobre la proporción de HSH que están casados o viviendo con una mu-

jer, las estimaciones que ofrece la presente investigación son mucho más altas. Soto reportó que el 2% de la población estudiada vive actualmente con pareja mujer, mientras que dicha figura fue de 9% en este estudio, el cual pudo reclutar HSH más escondidos a los que no se llega con muestras de conveniencia.

Poblaciones transgénero y trabajadores sexuales

En El Salvador, como muchos otros países, el subgrupo de los transexuales y travestis tienen más riesgo de estar infectados con VIH que los HSH.¹⁷ En El Salvador, uno en 6 HSH ha vendido sexo en sus vidas, y un cuarto de los que venden sexo tiene sexo con mujeres. Además, la mitad de los HSH (53.8% en San Salvador) que se auto identifican como transexuales o travestis reportaron vender sexo actualmente. Las prevalencias de VIH, sífilis y herpes fueron consistentemente más altas en la población trans.¹⁸

Los pocos estudios en América Latina que han investigado la proporción de transexuales o travestis y trabajadores sexuales tuvieron deficiencias con respecto al muestreo^{17,19,20}, produciendo estimaciones poco confiables. El uso de RDS en este estudio para reclutar los HSH socialmente vinculados produce estimaciones representativas de la población, lo que se puede usar para planear mejores programas e intervenciones. Es claro que programas de educación, prevención y empoderamiento dirigidos a la subpoblación de trabajadores de sexo, transexuales y travestis deben ser desarrollados con urgencia. Sin embargo, solo existe una ONG en El Salvador (ArcoIris) cuyo trabajo está enfocado hacia estos grupos. La vigilancia centinela en estos grupos también brindaría mucha información clave para mejorar la calidad de programas e intervenciones. Si la población de HSH en general es estigmatizada y con mayor riesgo a varios problemas de salud, los transexuales, travestis y trabajadores sexuales son todavía más marginados, por lo que es aún más importante la necesidad de contar con servicios e intervenciones apropiados y especiales.

Prevalencia de ITS, VIH y tendencias

Uno de los hallazgos más notables son las altas prevalencias de VIH, que están cerca de 10% en San Salvador y San Miguel, junto con una elevada incidencia de VIH de 7.0%, y 4.6% respectivamente. Los datos de incidencia muestran que la población de 15 a 24 años de edad es la que se está infectando rápidamente, grupo en el que la incidencia alcanza el 10%. Según la vigilancia realizada por el MS⁴ la prevalencia de VIH en HSH encontrada es de 55 veces más alta en San Miguel y 69 veces más alta en San Salvador que en mujeres embarazadas, usado como un indicador de la prevalencia en la población general sin factores de riesgo.

El presente estudio es uno de muy pocos en América Latina que ha reportado otras ITS además de sífilis y Virus del herpes simplex tipo 2. Las prevalencias de *Neisseria gonorrhoeae* (6.1% en San Salvador y 1.1% en San Miguel) y *Chlamydia trachomatis* (1.6% y 11.0%, respectivamente) en hisopados anales estuvieron entre las más altas, comparadas con una revisión de varios estudios en HSH a nivel mundial. La falta de servicios para ITS y VIH apropiados para HSH es un obstáculo importante para el tratamiento y prevención de las ITS. ONUSIDA estima que solo 40% de los HSH en países en desarrollo tienen acceso a servicios básicos para prevención del VIH¹, incluyendo información sobre salud sexual, condones, lubricantes, tratamiento para ITS y consejería. Hay evidencia que sin clínicas especiales para HSH, los que tienen sexo heterosexual no reportarán sexo homosexual con sus proveedores de salud. Aunque el estudio citado fue realizado en la ciudad de Nueva York, los resultados ayudan a comprender la necesidad de servicios especializados para HSH.²¹ En los servicios de salud no especializados es probable que los proveedores no soliciten esta información, por lo que habrá menos probabilidad de detectar ITS anales y orales, lo que también juega un papel importante en la transmisión. En El Salvador es importante tomar los pasos necesarios para garantizar acceso a servicios apropiados para los HSH. El retrasar la implementación de intervenciones efectivas basadas en evidencia en HSH puede costarle al país otra generación de hombres gay.

Varias de la prevalencias de ITS reportadas en este estudio son diferentes a las del estudio multicéntrico; son más bajas, en particular para VIH. Esto puede deberse al tipo de muestreo, y no a una disminución de la prevalencia actual. Muestras de conveniencia en HSH pueden captar los HSH más abiertos, más sexualmente activos y más expuestos al VIH. Tomar decisiones informadas sobre programas e intervenciones en HSH debe basarse en datos representativos de la población, y el presente estudio es el primer paso en este sentido. Para poder empezar a medir tendencias y ver el impacto de las intervenciones implementadas, será importante repetir este estudio en el futuro, cada cuatro o cinco años.

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Hombres que tienen sexo con hombres

Conocimientos y creencias

Para la prevención del VIH, las respuestas correctas fueron desde 84.3% en cuanto a la fidelidad a una sola pareja sexual que no esté infectada, hasta 87.8% en cuanto a la protección a través de la utilización del condón de manera consistente en cada relación sexual.

En cuanto a la transmisión hay una mayor variabilidad en el conocimiento. Los valores van de un 60% en ambas ciudades en cuanto a la posibilidad de que una persona con VIH pueda reinfectarse, hasta un poco más del 90% en relación a si una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH. Como parte del estudio cualitativo que se realizó previo al estudio, muchos de los HSH no conocían ni utilizaban los términos sexo receptivo o insertivo. Esto demuestra que los términos epidemiológicos utilizados por los investigadores no son los mismos que maneja la población. Se debe realizar una traducción al léxico local antes de iniciar un estudio. Así mismo, es necesario estandarizar las variables, definiciones y tiempos de reporte para los diferentes estudios con una población en un país y a través de países, para permitir comparaciones. Varios estudios han mostrado muchos mitos y desconocimiento sobre comportamiento de riesgo sexual en la población HSH.^{22,23,24} Este estudio ha demostrado que hay deficiencias en conocimiento básico sobre prevención y transmisión de VIH, pero no se ha medido el conocimiento de mensajes más relevantes a HSH y cómo mejorar los mensajes que se necesita transmitir. Los próximos estudios deben medir no solo conocimiento básico sobre prevención y transmisión, sino también conocimiento específicamente relacionado al grupo de HSH, para poder diferenciar los diferentes riesgos. Las campañas de educación deben tener aspectos específicos para HSH y no para la población general.

Participación comunitaria

Amerita mencionar que un logro importante de la ECV fue el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones, instituciones y dependencias del MS. La participación de las ONG locales en todos los aspectos de la investigación, incluyendo el estudio cualitativo, la estimación del tamaño de la población y la recolección de datos, fue clave. Participaron representantes de las ONG de la diversidad sexual en todas las fases del estudio; se espera que los datos puedan ser usados para desarrollar estrategias que fortalezcan y guíen las acciones que dichas organizaciones realizan. El Programa Nacional de VIH mantuvo el liderazgo del estudio y coordinó la participación de los servicios de salud. También se fortaleció la capacidad del laboratorio a través de capacitaciones, compra de materiales y equipamiento. Lo más importante para el éxito del estudio fue el esfuerzo multisectorial, liderado por el MS, con apoyo logístico de las ONG, el apoyo financiero de diferentes agencias incluyendo USAID y SISCA y el apoyo técnico del CDC. Mirando hacia adelante, esta capacidad técnica en el país debe ser continuamente reforzada.

Al comparar los datos reportados en el estudio multicéntrico, se encuentran estimaciones más altas en la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH y los que estaban expuestos a campañas de información en forma de charlas educativas sobre VIH e ITS. En el multicéntrico solo el 42% de los HSH se había hecho la prueba de VIH alguna vez, mientras que el 15.9% había sido expuesto a una campaña de cambio de comportamiento (que incluía campañas masivas). Los resultados de la presente investigación muestran que 58.2% en San Salvador y 40.8% en San Miguel se habían hecho la prueba de VIH, mientras que 64.4% y 51.8% de los HSH habían participado en charlas o pláticas educativas sobre VIH e ITS. Esto representa una mayor cobertura pero también se debe tomar en cuenta que han pasado siete años entre estos estudios, lo que hace difícil distinguir el efecto mismo de las intervenciones del efecto de tener más tiempo expuesto a éstas.

La epidemia de VIH en El Salvador parece similar en muchos sentidos a las ya descritas en otras partes de América Latina. Está concentrada entre las poblaciones de HSH²⁵, con tasas de prevalencia de VIH por encima del 10%. El riesgo de infección es mucho más elevado en la población de HSH en comparación con la población general. Los HSH en El Salvador son un grupo heterogéneo, vulnerable y expuesto a la violencia, con problemas de salud y limitado acceso a los servicios de salud. Por otra parte, altas incidencias de VIH se encontraron tanto en San Salvador como en San Miguel, lo que sugiere que este problema no va a desaparecer, y continuará a menos que se tomen medidas enérgicas y continuas para frenar la transmisión. Si bien este estudio presenta una amplia gama de indicadores de la gravedad de los problemas de salud de los HSH en El Salvador, las estrategias para combatir la situación actual deben ser igual de amplias y de largo alcance.

A finales de 1980, en los EE.UU. la comunidad de HSH usó el lema “el silencio es igual a la muerte”, fortaleciendo así el vínculo de la lucha de los HSH y la epidemia de VIH, a fin de iniciar un reclamo por el derecho a los servicios, en protesta por los tabúes en torno a la discusión de sexo seguro y la falta de voluntad de algunos para hacer frente a la injusticia social y la indiferencia gubernamental de ese país. Los HSH de El Salvador deben tener una voz más fuerte para ayudar a combatir la epidemia. En El Salvador, hay un número escaso de ONG reconocidas legalmente que trabajan en programas de prevención y divulgación. Las organizaciones que trabajan con HSH deben ser fortalecidas, obtener el apoyo financiero y técnico para desarrollar su capacidad para la lucha contra el VIH. Aunque una proporción de los HSH asiste a actividades de las ONG, la participación de los HSH en actividades de prevención debe ser mayor, ya que las ONG son quienes conocen mejor la población. Actividades dirigidas a cambios de comportamiento basados en evidencia y con efectividad comprobada deben implementarse con el liderazgo del Programa Nacional de VIH y la participación de organizaciones de la sociedad civil.

Calidad de los datos

La ECVI empleó diferentes métodos para mejorar la calidad de los datos colectados sobre comportamiento y prevalencia de VIH/ITS en HSH. Estudios anteriores utilizaron muestreo de bola de nieve y, al no alcanzar la muestra propuesta, se realizó muestreo de conveniencia. Ambos tipos de muestreos no son probabilísticos, por lo que no representan a la población de HSH sino solamente a los que participaron en dicha investigación. En el presente estudio, la metodología RDS permitió el acceso a redes sociales de HSH que generalmente están ocultas y obtener una muestra probabilística. También se empleó el método ACASI para hacer preguntas sobre temas sensibles, lo que permitió obtener respuestas más confiables⁷⁻⁹ al momento de responder frente a una computadora, en lugar de entrevistas cara a cara. En los sitios de estudio trabajaron miembros de la población y de las ONG que apoyan a los HSH. Adicionalmente, se realizó un estudio cualitativo previo a la recolección de datos para investigar las redes sociales, lugares aceptables para los sitios del estudio y validar el cuestionario. Estas actividades en conjunto contribuyeron a mejorar la calidad del trabajo y de los datos recolectados.

Para superar la imprecisión de los estudios anteriores sobre comportamiento de HSH, se realizaron esfuerzos para definir cada acto de sexo, receptivo, insertivo, vaginal y oral. Se utilizaron diagramaciones para facilitar la comprensión de cada definición. Para cada pregunta sobre género de la pareja se explicó lo que significa un hombre y una mujer.

Limitaciones

Es importante reconocer que este estudio tuvo algunas debilidades logísticas y técnicas. Uno de los supuestos de RDS es que las redes sociales deben estar muy conectadas. Para la población de HSH es probable que no hay vínculos fuertes entre diferentes niveles socioeconómicos, y es posible que la muestra no describa bien a los HSH de un nivel socioeconómico medio-alto. Coordinar un estudio de este tamaño con múltiples organizaciones produjo algunas demoras durante el estudio, por ejemplo, en el reporte de resultados de algunas ITS, lo que será importante evitar la próxima vez. Sin embargo, la calidad final del estudio y su apropiación como país comprueban la importancia de este esfuerzo participativo por parte de las múltiples entidades involucradas (públicas, privadas, nacionales e internacionales).

La metodología de RDS y el subsiguiente análisis usando RDSAT requiere más tiempo que otras metodologías. Al nivel mundial se están haciendo esfuerzos para sistematizar el análisis de datos usando RDS. Es importante tener más investigaciones comparando la utilidad y eficacia de RDS, *time location sampling* (muestreo de ubicación y tiempo, TLS por sus siglas en inglés) y muestras por conveniencia como métodos de muestreo para esta población en El Salvador. Cabe mencionar que en el estudio multicéntrico no se pudo utilizar TLS por la marginalización que tienen los HSH. El presente estudio marca un logro importante al tener una muestra probabilística con la población.

D. Recomendaciones

En 2007-2008, ONUSIDA lanzó una iniciativa llamada Modes of Transmission Study¹, donde recomienda a los países que analicen en dónde surgirán los próximos casos incidentes de VIH, para enfocar los esfuerzos para la prevención. Se ha visto que muchas veces los recursos de los países se destinan a otros grupos, a pesar de que la información epidemiológica respalde la distribución de dichos recursos. En El Salvador la respuesta es obvia. Con una proporción importante de la población masculina involucrada, altas incidencias y pocos servicios designados para sus necesidades especiales, en el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres en El Salvador es donde ocurrirá una gran proporción de las nuevas infecciones. Este estudio presenta muchos datos cubriendo una amplia variedad de temas. Representa un primer paso para rastrear tendencias de ITS y comportamiento de riesgo. Los resultados son alarmantes, pero también presentan una oportunidad clara. Hay suficiente información para tomar acciones concretas y enfocadas, con la finalidad de tener un impacto positivo en la epidemia en El Salvador, no solo entre HSH, sino que para todos los salvadoreños.

Deben ser desarrolladas intervenciones rutinarias dirigidas a los HSH, para enfocar esfuerzos en promover el uso del condón entre ellos, incrementar la cobertura de la prueba de VIH y la educación sobre maneras de prevención y transmisión. Dichas intervenciones deben ser dirigidas específicamente a HSH y con un enfoque en el trabajo sexual, así como a sub-poblaciones de riesgo como los transexuales y travestis y no a la población general para tener mayor impacto.

Se sugiere que la planificación de programas de intervención para HSH se base en estimaciones del tamaño de la población, que faciliten la distribución de los recursos disponibles, la evaluación de las actividades desarrolladas, el fortalecimiento de la vigilancia de las ITS, VIH y comportamientos de riesgo, con estimaciones de prevalencias en dicha población.

Es urgente que se enfoque el problema de la violencia sexual en HSH como un problema de salud pública, que se brinde asistencia psicológica a los afectados y se provea de asistencia legal en forma inmediata. Es también necesario dar un nuevo enfoque a las estrategias de educación dirigidas a los HSH y la promoción de la consulta temprana a los servicios de salud para la atención de las ITS.

Es inaplazable desarrollar intervenciones efectivas para la población de HSH adolescentes, relacionadas con el uso de condón, edad de la primera relación sexual y comportamientos de riesgo en este subgrupo, dadas las altas incidencia de VIH en ambas ciudades.

La aplicación de la vigilancia centinela de ITS adaptada para HSH y principalmente para los hombres que tienen sexo con hombres que venden sexo se vuelve un imperativo. Es imprescindible implementar intervenciones que mejoren la disponibilidad de servicios de salud diseñados especialmente para la atención de esta población, ya que la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las ITS es una intervención de probada incidencia en la disminución de la prevalencia del VIH. Estas acciones deben estar acompañadas de la promoción y acceso a condones y se deben incluir otros temas como los derechos humanos, el estigma y la discriminación, que influyen en la vulnerabilidad de esta subpoblación.

Es de suma importancia seguir realizando este tipo de estudio en la población de HSH en El Salvador como parte del sistema de vigilancia de la salud pública. De esta manera se podrán tener datos recientes, rastrear tendencias y mantener actualizado el perfil epidemiológico del país a fin de afrontar la epidemia de VIH e ITS. Se recomienda la realización de otra ECVC en 4 ó 5 años en las mismas poblaciones. Un estudio cualitativo es una herramienta importante antes de repetir un ECVC para poder asegurar que la metodología sea adecuada, que los participantes entiendan las preguntas y que haya aceptación del estudio en la población meta.

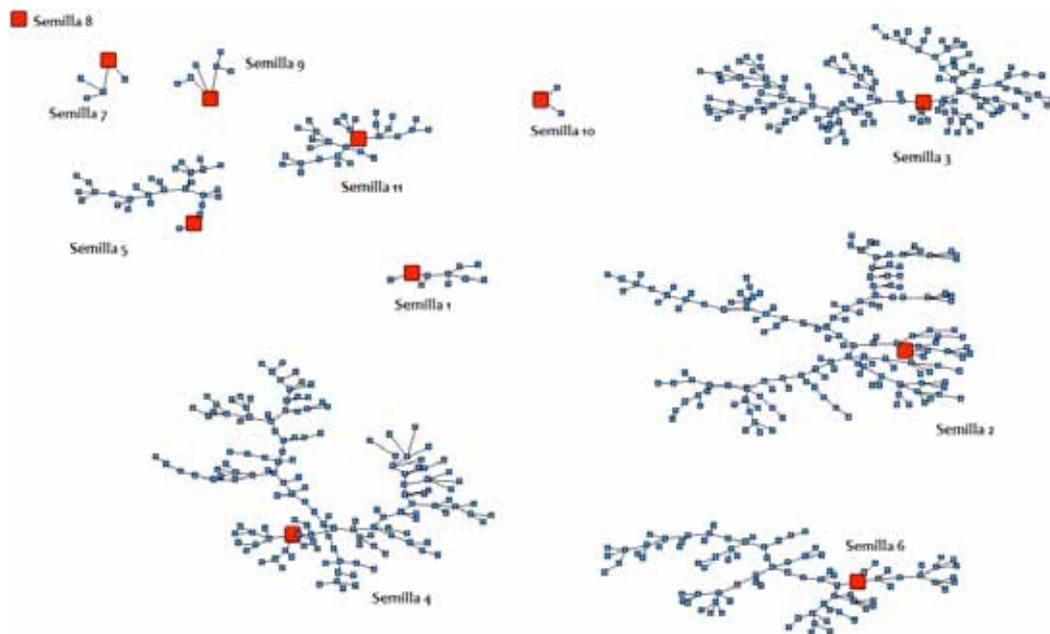


Figura 7
 Redes sociales de HSH
 San Salvador con 11 semillas,
 HSH – ECVC El Salvador, 2008

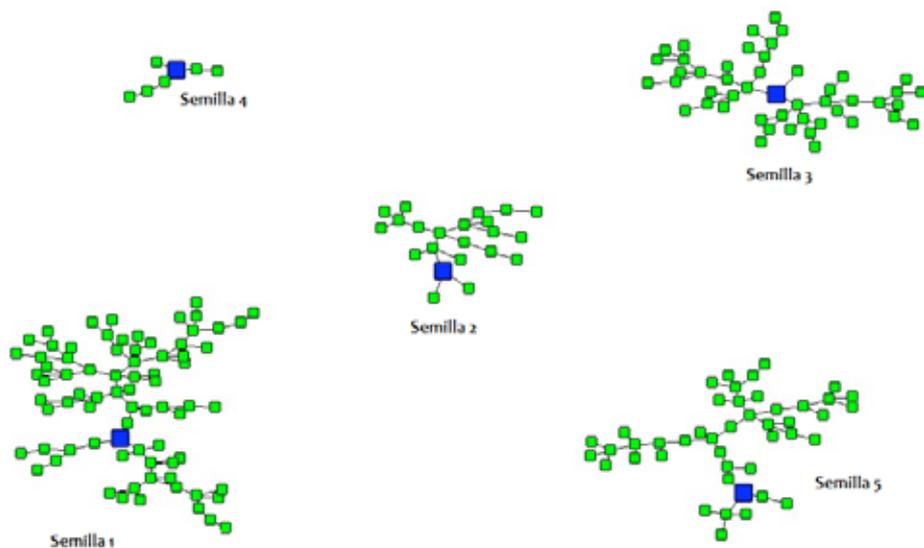


Figura 8
 Redes sociales de HSH
 San Miguel con 5 semillas,
 HSH – ECVC El Salvador, 2008

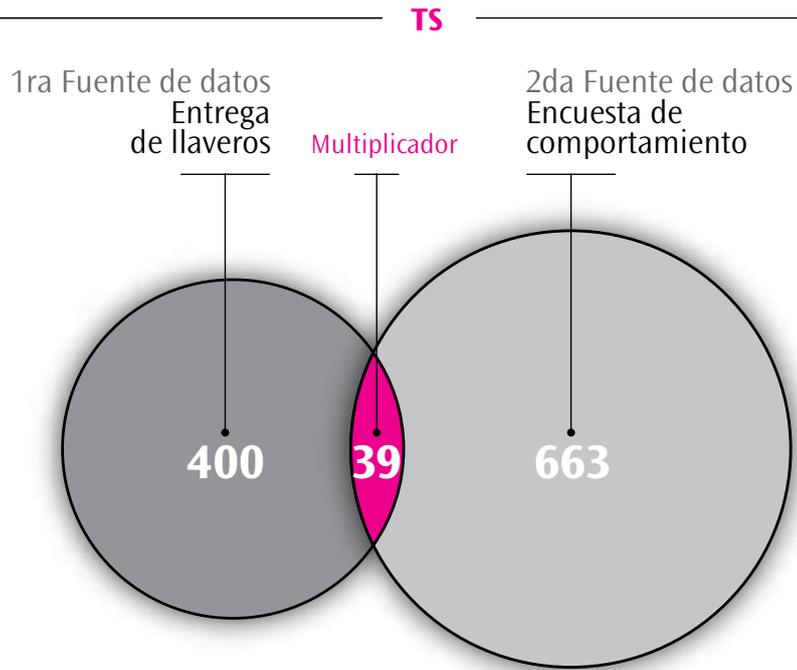
VII. Resultados del estudio de TS

A. Estimación del tamaño de la población de TS

Antes del estudio, educadores de ONG que estaban en contacto con miembros de la población de trabajadoras sexuales distribuyeron 400 llaveros entre dicha población en San Salvador, por medio de talleres, reuniones y visitas en sus lugares de encuentro y trabajo. La muestra de la encuesta incluyó las 663 TS elegibles que participaron en el estudio. De las participantes de la encuesta, 39 habían recibido el llavero (Figura 9).

Aplicando la fórmula del método multiplicador para estimar el tamaño de la población (página 20), estimamos que hay 5,797 (95% IC 4,253 – 7,277) trabajadoras sexuales en San Salvador.

Figura 9
Estimación del tamaño de la población de TS en San Salvador usando el método multiplicador. ECVC - El Salvador 2008.



400 TS captadas en la primera captura con la entrega de llaveros

663 TS captadas en la segunda captura- encuesta de comportamiento

39 TS que participaron en la encuesta habían recibido un llavero

Se estima **5,797 TS** en San Salvador con **IC 95% (4,253-7,277)**

B. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencias en TS

Se reclutaron un total de 848 TS, fueron 663 en San Salvador y 185 en Sonsonate. De éstas, 10 fueron semillas de San Salvador y 5 de Sonsonate.

Las semillas se detallan a continuación y se incluye el número de olas de reclutadas que generó cada una. En la figura 12 que se muestra al final del capítulo se observan las redes de TS en San Salvador.

SEMILLA	OLAS
1	8
2	13
3	0
4	18
5	15
6	1
7	10
8	11
9	4
10	10

Número de semillas y olas generadas en San Salvador

SEMILLA	OLAS
1	4
2	10
3	5
4	5
5	3

Número de semillas y olas generadas en Sonsonate

El cuadro 9 muestra el número total de entrevistadas por ciudad, así como las semillas que iniciaron la cadena de reclutamiento.

	San Salvador	San Miguel
Muestra propuesta	600	200
Semillas	10	5
Total de participantes (incluye semillas)	663	185
Número de participantes en la muestra final para análisis (excluye semillas y otros*)	617	180
Número de participantes con pruebas rápidas de VIH	613	174
Número de participantes con muestras de sangre-otras pruebas (sífilis y herpes)	594	171
Número de participantes con hisopado vaginal para pruebas de ITS	548	147

* 36 participantes en San Salvador excluidos del análisis por no cumplir con todos los criterios de inclusión

Cuadro 9.
Reclutamiento y muestra obtenida, por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008.

En San Salvador se reclutaron 663 participantes, 36 de ellas no cumplían con todos los criterios de inclusión y fueron excluidas del análisis final. La información de las tablas muestra un total de 627 participantes en San Salvador. Al excluir las 10 semillas se cuenta con una muestra efectiva de 617 personas. En Sonsonate la muestra efectiva, luego de la exclusión de las semillas, fue de 180 personas.

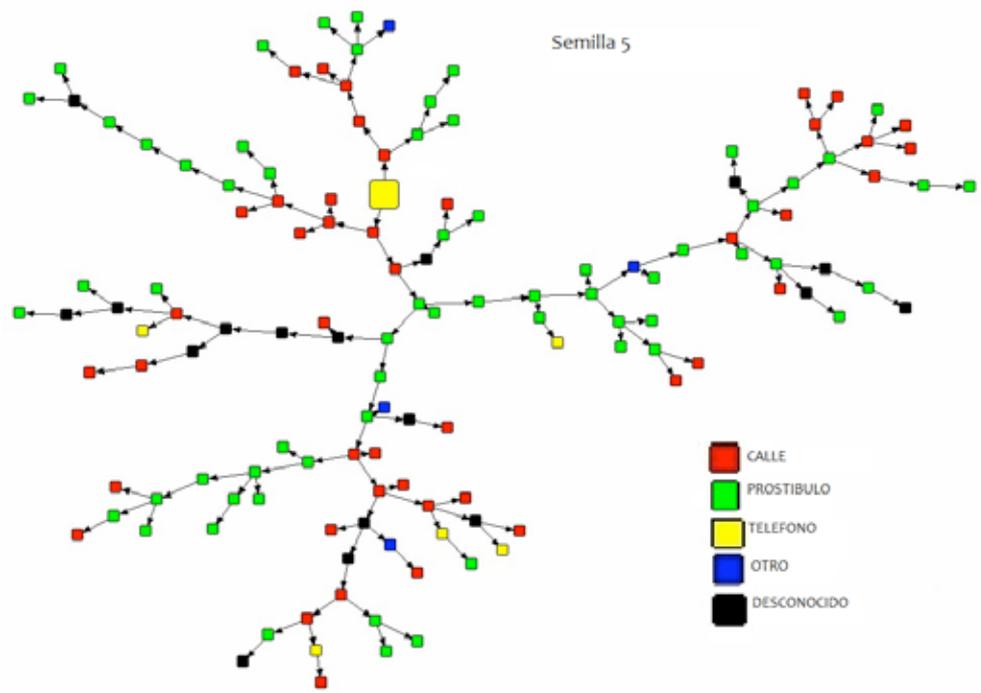
De éstos totales, 613 y 174 en San Salvador y Sonsonate respectivamente, aceptaron dar una muestra de sangre para pruebas de VIH. Debido a la calidad de la muestra de sangre se pudo procesar 594 y 171 muestras en ambos sitios, respectivamente, para Virus del herpes simplex tipo 2 y sífilis. Un total de 548 y 147 participantes, respectivamente, dieron una muestra vaginal.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

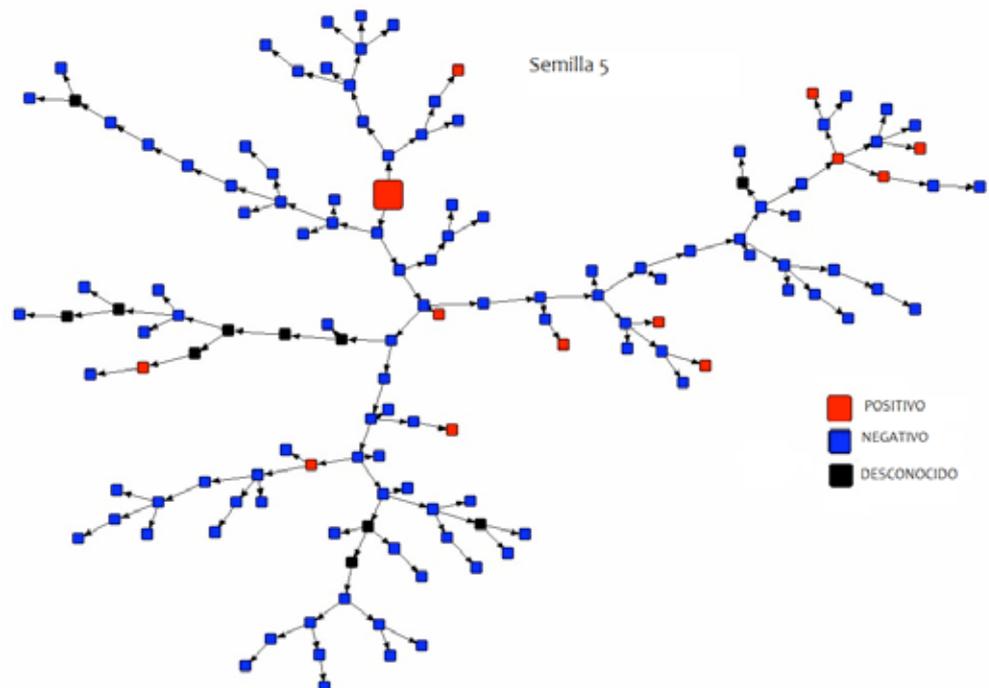
Figura 10.
Redes sociales de trabajadoras sexuales por lugar de trabajo, TS - ECVC El Salvador, 2008.



La figura 10 muestra la red de la semilla 5 de la ciudad de San Salvador, que consigue sus clientes por teléfono (ver el cuadro amarillo mas grande en medio de la figura) y muestra como la red se diversifica a mujeres de otros sitios de trabajo. Cada vez que una nueva persona es reclutada, crece la cadena de reclutamiento.

Además se pueden observar diferentes patrones dentro de la red: la homofilia (preferencia en el reclutamiento) es mas fuerte entre las TS que trabajan en la calle, seguidas por las que trabajan en prostíbulos; y las que muestran menor homofilia son las que consiguen a sus clientes por teléfono. Lo que significa que las diferencias del lugar de trabajo se vuelven menos importantes para escoger relaciones en aquellas que trabajan por teléfono. Esta variable alcanzó el equilibrio en la ola 4, es decir que las estimaciones de las proporciones no cambian mas que 2% a partir de la ola 4.

Figura 11.
Redes sociales de trabajadoras sexuales por seropositividad de VIH, TS - ECVC El Salvador, 2008.



Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

La figura 11 muestra la red para la semilla 5 de la ciudad de San Salvador. Se puede ver dentro de la red, aquellas participantes que resultaron positivas a las pruebas de VIH durante el estudio. La homofilia es mas fuerte entre las VIH negativas. El equilibrio para esta variable se alcanzó en la ola 2. Es decir que la prevalencia de VIH no varió mas que 2.0% a partir de la segunda ola.

1. Características sociodemográficas

En esta sección se describe la información sociodemográfica de las participantes para ambos sitios del estudio.

El 33.9% y el 40.5% de las participantes, tenían entre 18 a 24 años en San Salvador y Sonsonate respectivamente. En San Salvador 24.7 % y 20.6% en Sonsonate tenían más que 35 años (Tabla 7.1). La mediana en San Salvador fue de 29 años y el rango intercuartílico (RIQ 24-36) y en Sonsonate es de 28 años (RIQ 22-33), (datos no ajustados). El 52.8% en San Salvador y el 64.3% en Sonsonate no asistieron a la escuela o tuvieron primaria incompleta. Alcanzaron la secundaria el 44.3% y 34.5% en San Salvador y Sonsonate respectivamente.

En San Salvador, 36.6% reportaron ingresos menores al salario mínimo y en Sonsonate el 50.1%. Una mayor proporción en San Salvador, 49.7% reportaron ingresos entre \$181.00 a \$500.00 dólares, y en Sonsonate 44.8% (Gráfico 7.1).

La mayoría de las participantes ha estado casada o acompañada alguna vez en la vida, 80.7% en San Salvador y 81.6% en Sonsonate. Al momento de ser encuestadas el 59.4% en San Salvador y el 66.3% en Sonsonate dijo ser soltera. Y solo el 35.9% y el 24.7 % dijeron estar casadas.

Solamente el 13.5% en San Salvador y el 8.6% en Sonsonate de las participantes están involucradas en grupos u organizaciones de trabajadoras sexuales. La ONG Flor de Piedra es a la que con mayor frecuencia asisten, reportada por el 9.0% en San Salvador y el 5.4% en Sonsonate (Gráfico 7.2).

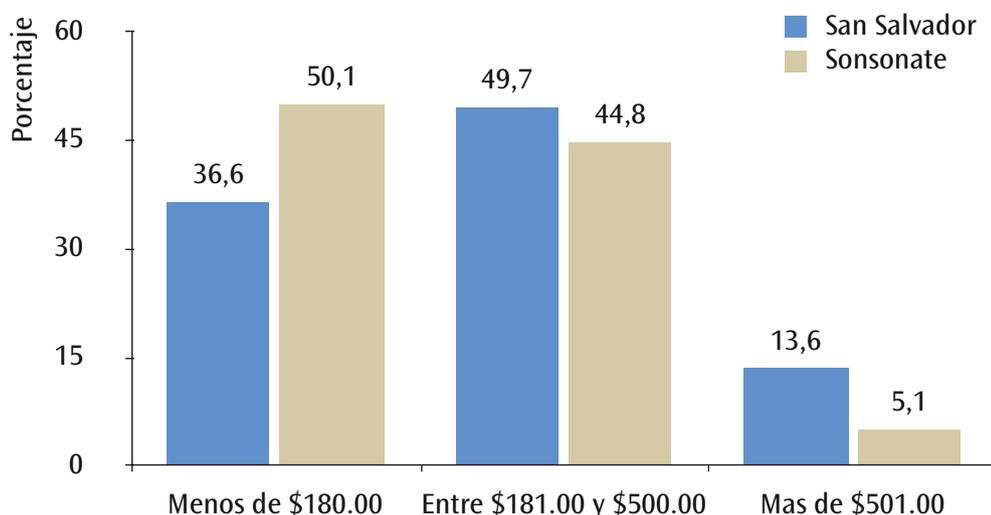


Gráfico 7.1.
Ingresos mensuales,
TS - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

Gráfico 7.2.
Organización a la que asiste,
TS - ECVC El Salvador, 2008

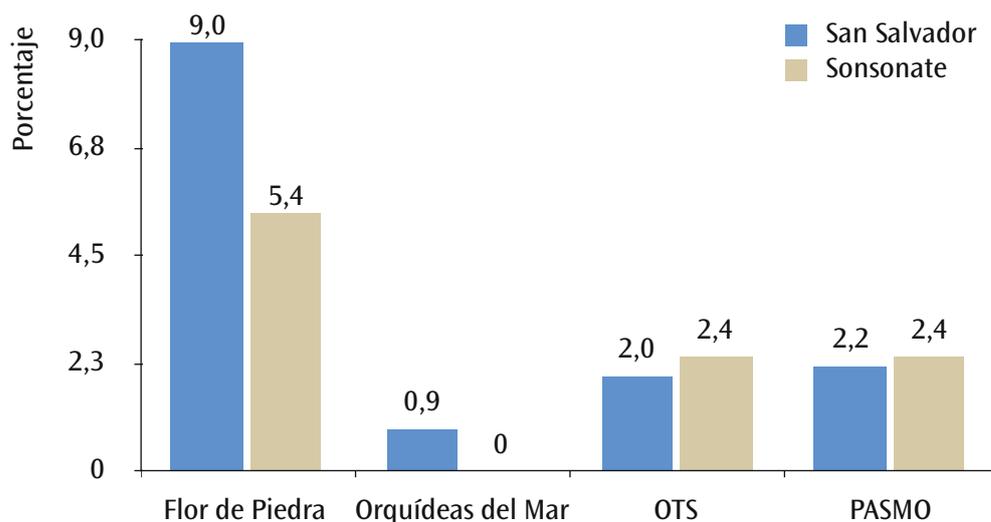


Tabla 7.1.
Características
sociodemográficas por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Edad						
18-24 años	617	176	33.9 (28.7-38.7)	180	67	40.5 (30.7-50.3)
25-29 años		150	23.8 (19.7-28.6)		51	28.1 (20.9-37.7)
30-34 años		114	17.6 (13.7-21.2)		22	10.8 (5.7-16.7)
35 años o mas		177	24.7 (20.6-29.4)		40	20.6 (11.0-30.0)
Nivel educativo						
No escuela/ primaria	616	312	52.8 (47.5-58.1)	179	109	64.3 (55.4-73.4)
Secundaria		282	44.3 (39.2-49.3)		68	34.5 (25.6-43.3)
Algún nivel universitario		22	2.9 (1.6-4.6)		2	1.2 (0.0-3.3)
País donde nació						
El Salvador	616	601	96.6 (94.4-98.5)	180	175	96.8 (93.5-99.5)
Otro país		15	3.4 (1.5-5.6)		5	3.2 (0.5-6.5)
Ha estado casada o acompañada	611	500	80.7 (76.6-84.8)	177	148	81.6 (74.4-89.2)
A que edad se caso o acompañó por primera vez						
<= 15 años	498	184	38.2 (32.6-43.6)	148	64	42.5 (34.7-55.8)
16 - 21 años		266	54.0 (48.5-59.6)		75	49.7 (39.2-59.7)
> 21 años		48	7.8 (5.4-10.7)		9	5.0 (2.0-9.6)
Estado civil						
Soltera	614	370	59.4 (54.2-64.3)	180	120	66.3 (56.6-74.1)
Casada		218	35.9 (31.1-41.0)		45	24.7 (16.9-34.6)
Divorciada/viuda		26	4.7 (2.7-7.0)		15	9.0 (4.2-15.1)
Actualmente vive con *						
Pareja	612	157	21.9 (18.2-26)	177	20	12.2 (6.2-19.1)
Sola		57	9.4 (6.4-12.5)		34	23.3 (15.0-31.7)
Padres, amigos otros		428	70.9 (66.3-75.5)		130	69.8 (61.2-78.2)

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Religión						
Católica	611	234	39.4 (34.3-44.3)	177	57	33.3 (23.1-42.1)
Evangélica		146	22.8 (18.9-26.9)		39	23.5 (15.5-31.1)
Atea		12	1.2 (0.4-2.1)		2	0.4 (0.0-1.0)
Otra		219	36.7 (31.7-41.8)		79	42.9 (35.3-53.4)
Involucrada en organizaciones o grupos de TS	617	105	13.5 (10.0-17.0)	185	19	8.6 (4.2-14.3)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que mas de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.1. (continuación)
Características
sociodemográficas por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

2. Violencia sexual

El 16.8% y el 13.0% en San Salvador y Sonsonate respectivamente reportaron que su primera relación sexual fue forzada. El 48.0% y 36.0% de participantes informaron que la persona que las forzó fue su pareja o amigo, respectivamente (Tabla 7.2). El 40.6% en San Salvador y el 35.0% en Sonsonate, reportó haber tenido relaciones forzadas alguna vez en la vida. El 17.0% y el 13.4% ha sido forzada a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses en San Salvador y Sonsonate respectivamente.

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
La primera vez que tuvo relaciones sexuales fue forzada	613	106	16.8 (13.2-20.9)	177	28	13.0 (7.8-19.1)
Persona que la forzó a tener relaciones sexuales la primera vez						
Pariante/familia	106	24	23.0 (13.1-33.5)	28	6	20.8 (4.6-41.7)
Cliente/trabajador sexual/colega		1	2.9 (0.0-8.0)		0	--
Pareja/amigo		45	48.0 (37.1-60.4)		12	36.0 (17.2-55.5)
Otro/extraño		36	26.0 (16.6-36.8)		10	43.2 (21.3-64.9)
Alguna vez en la vida ha tenido relaciones sexuales forzadas	612	249	40.6 (35.2-45.4)	177	71	35.0 (27.0-44.0)
Ha sido forzada a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses	614	93	17.0 (12.9-21.1)	177	25	13.4 (7.8-19.1)
Persona que la forzo a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses						
Policía	91	5	3.5 (0.3-8.0)	25	1	11.6 (0.0-25.0)
Cliente		13	14.3 (5.3-22.9)		4	8.5 (1.1-23.6)
Pareja estable		24	20.1 (11.1-30.4)		7	22.0 (8.2-46.7)
Maras		14	24.5 (15.2-37.6)		1	5.8 (0.0-13.4)
Miembro de su familia		11	10.3 (4.6-17.2)		2	20.3 (0.0-42.8)
Desconocido/otro		24	27.2 (15.8-38.4)		10	31.7 (15.9-62.2)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.2.
Relaciones forzadas por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

3. Antecedentes sexuales

Un 58.3% en San Salvador y 51.2% en Sonsonate recibieron dinero a cambio de sexo por primera vez entre los 18 y 25 años. El 21.6% y el 23.4% respectivamente, recibieron dinero a cambio de sexo antes de los 17 años de edad (Tabla 7.3).

El 88.9% en San Salvador y el 75.0% en Sonsonate se autoidentificaron como trabajadoras sexuales. En San Salvador el 52.0% de las participantes y el 40.5% en Sonsonate reportaron tener más de 5 años de ser trabajadoras sexuales.

Tabla 7.3.
Antecedentes trabajo sexual
por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Edad a la que recibió dinero por tener relaciones sexuales por primera vez						
≤17 años	600	124	21.6 (17.3-26.0)	177	37	23.4 (14.9-33.0)
18-25 años		355	58.3 (53.3-63.2)		103	51.2 (41.2-62.0)
> 25 años		121	20.1 (16.5-24.1)		37	25.5 (16.2-34.9)
Se identifica como TS	613	535	88.9 (85.2-92.1)	177	130	75.0 (66.4-82.8)
Años que tiene de ser trabajadora sexual						
≤5 años	598	260	48.0 (42.9-53.4)	175	97	59.5 (49.3-68.1)
> 5 años		338	52.0 (46.6-57.1)		78	40.5 (31.9-50.7)

IC: Intervalos de confianza

Un poco más de la mitad de las participantes de ambas ciudades dijo haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. La mayoría reportó que la persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez fue con una pareja o amigo, 84.7% y 86.7% en San Salvador y Sonsonate respectivamente (Tabla 7.4.).

El 59.4% y el 73.1% del total de participantes reportó haber tenido la última relación sexual con pareja comercial, en San Salvador y Sonsonate, respectivamente. Del total de participantes el 74.5% en San Salvador y el 77.8% en Sonsonate dijo haber usado condón en la última relación sexual.

Tabla 7.4.
Antecedentes sexuales
por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Edad en su primera relación sexual						
≤ 15 años	609	349	58.2 (53.2-62.9)	176	103	59.0 (48.9-69.2)
> 15 años		260	41.8 (37.1-46.8)		73	41.0 (30.8-51.1)
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
Pariente/familia	613	28	4.9 (2.9-7.4)	177	8	5.2 (1.4-10.4)
Cliente/trabajador sexual/colega		16	3.3 (1.6-5.4)		1	0.2 (0.0-0.8)
Pareja/amigo		511	84.7 (80.9-87.8)		155	86.7 (79.9-92.8)
Otro/extraño		58	7.1 (5.2-9.7)		13	7.8 (3.3-13.3)
Usó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales	613	53	8.0 (5.5-10.7)	177	21	14.6 (8.3-22.7)
Tipo de pareja con quien tuvo su última relación sexual						
Pareja estable	611	167	27.4 (23.1-32.2)	177	33	20.6 (12.9-26.6)
Pareja ocasional		83	13.2 (10.0-16.9)		10	6.4 (2.2-12.8)
Pareja comercial		361	59.4 (53.7-64.4)		134	73.1 (64.4-82.0)
Usó condón en la última relación sexual	613	461	74.5 (69.8-78.7)	177	141	77.8 (69.5-85.5)

IC: Intervalos de confianza

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

4. Aspectos del trabajo sexual

La mayoría de las participantes consiguen a sus clientes en una casa de citas, prostíbulo o club nocturno, el 53.7% en San Salvador y el 64.9% en Sonsonate (Tabla 7.5).

La mayoría de participantes proporciona sexo vaginal a sus clientes, el 89.0% en San Salvador y el 100.0% en Sonsonate. El sexo anal fue en menor medida reportado en ambas ciudades, el 15.5% en San Salvador y el 14.7% en Sonsonate. El sexo oral fue reportado por el 41.6% en San Salvador y el 53.8% en Sonsonate. El 67.4% de las participantes en San Salvador se dedicó de 15 a 30 días al trabajo sexual en el último mes. En Sonsonate este dato fue reportado por el 82.1% (Gráfico 7.3).

En San Salvador un poco más de la mitad 54.1% cobra menos de \$10.00 dólares (mediana: \$10.00 RIQ \$8.00 - \$20.00) por sexo vaginal, lo contrario ocurre en Sonsonate donde por sexo vaginal el 61.0% cobra más de \$10.00 (mediana: \$12.00 RIQ \$7.00-\$20.00). El 23.4% de las participantes de San Salvador y el 17.8% en Sonsonate reportaron tener a alguien que les ayuda a conocer clientes y que le brinda protección.

La mediana de lo que cobran por sexo anal, las trabajadoras sexuales de San Salvador es de \$20.00 dólares (RIQ \$15.00-\$30.00) y la mediana para sexo oral es de \$15.00 dólares (RIQ \$10.00 - \$20.00). La mediana en Sonsonate de lo que cobran por sexo anal es de \$22.50 dólares (RIQ \$16.25 - \$30.00) y la mediana por sexo oral es de \$20.00 dólares (RIQ \$15.00 - \$26.25)

El 21.7% de las participantes en San Salvador dijo que su último cliente estaba borracho o drogado; en Sonsonate este dato fue reportado por el 22.1% de las participantes.

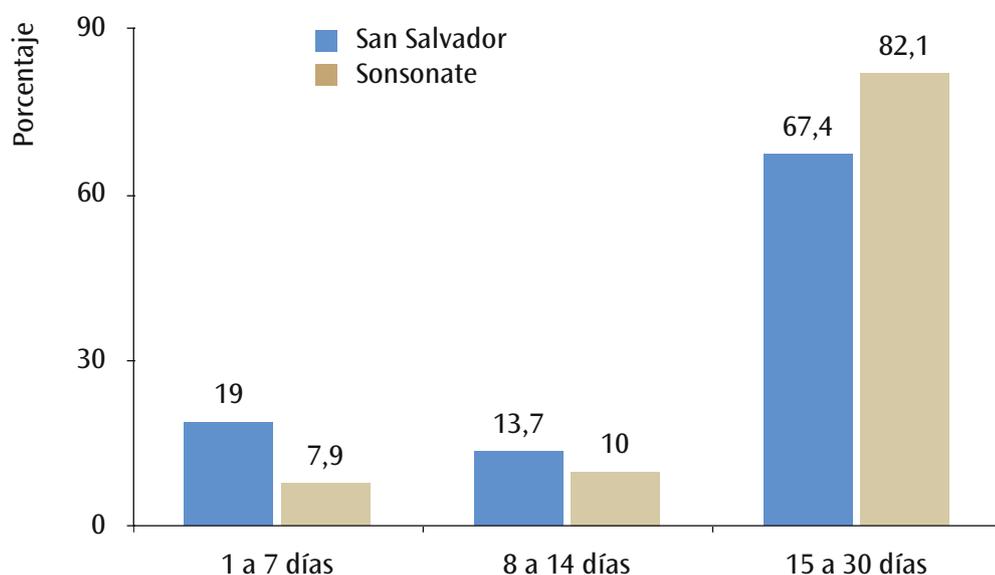


Gráfico 7.3.
Número de días que se dedicó al trabajo sexual últimos 30 días, TS – ECVC El Salvador, 2008

Tabla 7.5.
Trabajo sexual por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Lugares donde consigue a sus clientes						
Calle	582	244	35.4 (29.3-41.5)	177	37	30.1 (15.9-36.9)
Prostíbulo, Night club		292	53.7 (47.3-60.2)		130	64.9 (58.9-79.9)
Teléfono		25	6.4 (3.5-9.5)		4	1.5 (0.0-2.3)
Otro		21	4.5 (2.4-7.0)		6	3.6 (0.6-6.5)
Tipos de servicios que proporciona a sus clientes**						
Sexo vaginal	610	553	89.0 (85.2-92.1)	177	177	100.0 (100.0-100.0)
Sexo anal		90	15.5 (12.2-19.3)		27	14.7 (8.7-21.9)
Sexo oral		265	41.6 (36.5-46.8)		97	53.8 (42.7-64.5)
Otros servicios (masturbación, danza, desvestirse, platicar, masajes, otro)		177	30.1 (25.2-35.3)		61	31.5 (22.7-41.4)
Cuánto cobra por sexo vaginal						
<= 10 dólares	550	314	54.1 (47.7-60.6)	177	85	39.0 (26.2-54.1)
> 10 dólares		236	45.9 (39.4-52.3)		92	61.0 (45.9-73.8)
Tiene a alguien que le ayuda a conocer clientes y le da protección en su trabajo	613	142	23.4 (19.1-27.9)	177	31	17.8 (10.2-27.1)
Uso condón la última vez que tuvo sexo vaginal o anal con el ultimo cliente frecuente	595	550	91.0 (87.2-94.2)	159	129	83.3 (75.1-89.3)
Uso condón la última vez que tuvo sexo vaginal o anal con el ultimo cliente nuevo	603	547	89.9 (86.5-93.2)	160	145	90.0 (83.6-95.3)
Su último cliente estaba borracho o drogado	613	129	21.7 (17.4-25.9)	174	40	22.1 (14.3-30.7)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

5. Comportamiento sexual por tipo de parejas

En esta sección se describe el comportamiento sexual de las TS por tipo de parejas. Por pareja estable nos referimos al novio, esposo o compañero de vida con quien tiene un vínculo sentimental y no le cobra por tener sexo. La pareja ocasional es aquella con quien tiene relaciones sexuales sin intercambio de dinero pero que no considera pareja estable.

El 62.7% y el 52.2% de las participantes en San Salvador y Sonsonate, respectivamente, tienen una pareja estable al momento de la encuesta. El 54.4% y el 52.1% en San Salvador y Sonsonate viven con su pareja estable (Tabla 7.6). El 48.2% de las participantes en San Salvador dijeron haber tenido de 2 a más parejas estables durante los últimos 12 meses, y el 41.7% en Sonsonate.

El 10.4% de las participantes en San Salvador, afirman que su pareja estable compra sexo de otras trabajadoras sexuales. En Sonsonate este dato fue reportado por el 7.0% de las entrevistadas.

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Actualmente tiene pareja estable	613	399	62.7 (57.7-68.1)	177	95	52.2 (42.8-61.3)
Vive con su pareja estable	399	232	54.4 (48.1-60.7)	95	52	52.1 (38.6-66.1)
Parejas estables en los últimos 12 meses						
0	613	149	23.6 (19.2-28.2)	177	43	21.6 (15.2-29.9)
1		129	28.2 (22.9-33.6)		64	36.7 (28.4-46.9)
>=2		335	48.2 (42.9-53.6)		70	41.7 (31.3-49.3)
Su pareja estable compra sexo de trabajadoras sexuales	344	40	10.4 (6.4-14.7)	89	3	7.0 (0.0-16.7)
Uso consistente de condón con todas las parejas estables en los últimos 12 meses	460	205	45.5 (39.4-51.3)	134	31	24.6 (14.2-33.6)
Uso condón durante las últimas 10 veces que tuvo relaciones sexuales anales o vaginales con su pareja estable						
Ninguna vez	394	304	76.1 (70.5-81.5)	95	80	87.9 (80.1-94.1)
Alguna(s) vez(veces)		43	12.0 (8.2-16.2)		5	4.3 (0.5-9.6)
Todas las veces		47	11.9 (7.9-16.4)		10	7.8 (3.1-14.3)
Uso condón en la última relación sexual con pareja estable	396	72	18.7 (13.8-23.9)	95	13	9.9 (4.7-16.6)

IC: Intervalos de confianza

El 37.9% y el 27.7% en San Salvador y Sonsonate respectivamente han tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses. El 52.0% y el 62.1% de las participantes dijo que su última pareja ocasional era soltero, en ambas ciudades respectivamente (Tabla 7.7).

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales- últimos 12 meses	609	224	37.9 (32.8-43.0)	177	51	27.7 (18.8-39.9)
El estado civil de su última pareja ocasional o casual						
Soltero	200	104	52.0 (42.7-60.4)	44	27	62.1 (42.7-81.7)
Casado		90	44.8 (36.5-54.0)		17	37.9 (18.4-57.3)
Divorciado/viudo		6	3.3 (0.8-6.3)		0	--
Uso consistente de condón con todas las parejas ocasionales o casuales en los últimos 12 meses	224	153	69.9 (62.2-77.2)	51	37	67.5 (47.2-87.4)
Parejas ocasionales o casuales en los últimos 12 meses						
0	224	2	1.5 (0.0-4.4)	177	126	72.4 (59.0-80.5)
1		90	40.8 (32.6-48.8)		2	0.8 (0.0-2.1)
>=2		132	57.6 (49.7-65.9)		49	26.9 (19.0-40.2)
Uso condón en la última relación sexual con pareja ocasional	122	78	59.8 (47.3-71.6)	51	33	59.1 (40.6-80.9)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.6.

Comportamiento sexual con parejas estables por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

Tabla 7.7.

Comportamiento sexual con parejas ocasionales por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

En San Salvador, el 45.5% de las participantes que reportaron haber tenido una pareja estable en los últimos 12 meses dijo que siempre usó condón con todas sus parejas estables. En Sonsonate, solo el 24.6% de las participantes que reportaron haber tenido una pareja estable en los últimos 12 meses dijeron que siempre usaron condón con todas sus parejas estables (Gráfico 7.4).

De las participantes de San Salvador que reportaron haber tenido una pareja ocasional en los últimos 12 meses, el 69.9% dijo que siempre usó condón con todas sus parejas. De las participantes de Sonsonate que reportaron haber tenido una pareja ocasional en los últimos 12 meses el 67.5% dijo que siempre usó condón con todas sus parejas ocasionales.

El 86.5% de las participantes en San Salvador y el 81.3% en Sonsonate reportaron que siempre usaron condón con clientes frecuentes en los últimos 12 meses. El 89.3% de las participantes de San Salvador reportaron que siempre usaron condón con cliente ocasional o nuevo y se muestra un dato mas bajo en Sonsonate, en donde solo el 77.8% reportó que siempre lo usa con este tipo de cliente en el mismo periodo (Gráfico 7.4).

Gráfico 7.4.
Uso consistente del condón con parejas y clientes, TS - ECVC El Salvador, 2008

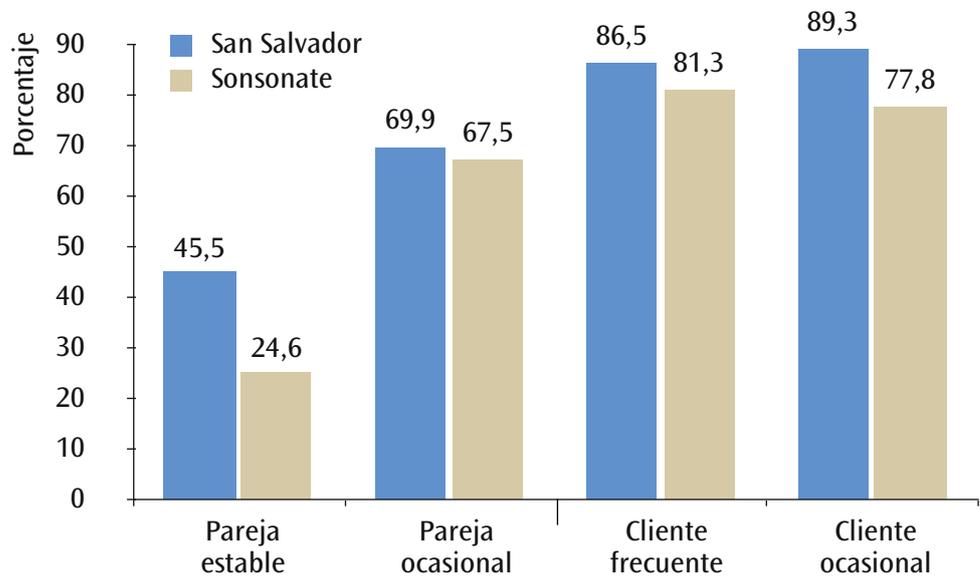
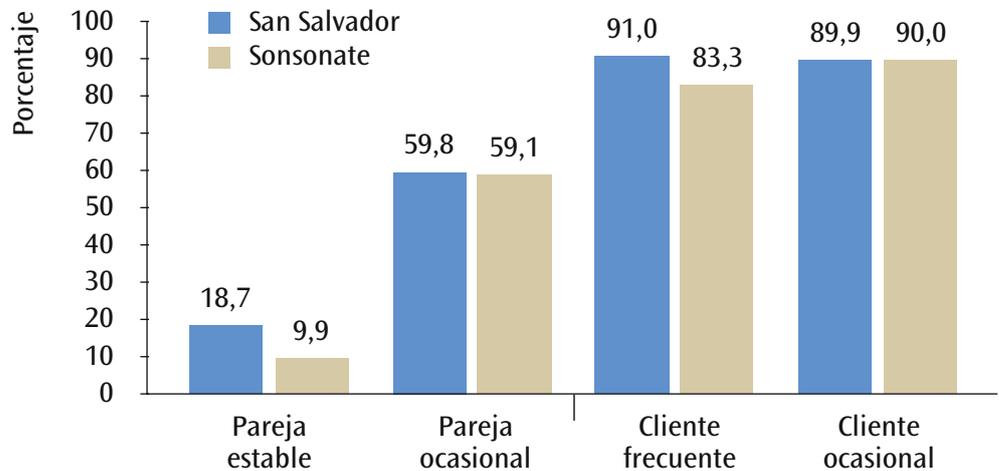


Gráfico 7.5.
Uso del condón en la última relación sexual con parejas y clientes, TS - ECVC El Salvador, 2008



Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

En el gráfico 7.5 apreciamos la comparación del uso de condón en la última relación sexual con las diferentes parejas: estable, ocasional, cliente frecuente y cliente nuevo. Un uso menos frecuente fue reportado con la pareja estable y el uso mayor fue con las parejas comerciales. En San Salvador un 18.7% afirma que usó condón con la pareja estable mientras que en Sonsonate este porcentaje se reduce al 9.9%. Cerca de un 60% uso condón en la última relación sexual con pareja ocasional, en ambas ciudades. El 91.0% de las participantes uso condón en su última relación sexual con cliente frecuente, mientras que en Sonsonate un 83.3% afirma que lo usó en la última relación sexual con el mismo tipo de cliente. El uso de condón con el último cliente ocasional o nuevo fue similar para San Salvador y Sonsonate, 89.9% y 90.0% respectivamente.

6. Consumo de alcohol y drogas

El 40.0% y el 44.0% de la muestra de San Salvador y Sonsonate respectivamente, informaron que habían consumido más de 4 tragos en 4 ocasiones o más, en los últimos 30 días. En San Salvador el 21.9% y el 26.9% en Sonsonate dijeron que habían tomado alcohol o drogas con su último cliente.

El 28.7% y el 10.6% reportaron haber consumido drogas alguna vez en la vida y el 19.1% y el 3.8% del total de las participantes en San Salvador y Sonsonate respectivamente, reportaron haber consumido algún tipo de drogas en los últimos 12 meses. Un 11.8% y un 2.9% han consumido drogas ilegales en los últimos 30 días.

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Uso de alcohol en los últimos 30 días	614	389	64.8 (59.4-69.7)	177	112	60.4 (51.2-69.6)
Número de veces que tomo 4 o más tragos/bebidas en la misma ocasión, últimos 30 días						
0	613	225	35.2 (30.3-40.7)	177	65	39.1 (29.7-48.6)
1 a 3		163	24.8 (20.4-28.9)		36	16.9 (11.0-24.1)
>=4		225	40.0 (34.7-45.4)		76	44.0 (33.4-54.4)
Tomó alcohol o drogas con su último cliente	614	123	21.9 (17.5-26.6)	177	49	26.9 (18.4-36.9)
Consumió drogas alguna vez en la vida	614	177	28.7 (23.8-33.3)	177	22	10.6 (5.4-16.2)
Consumió algún tipo de droga en los últimos 12 meses	614	116	19.1 (14.7-23.3)	177	8	3.8 (1.1-7.5)
Consumió alguna droga en los últimos 30 días	613	75	11.8 (8.3-15.3)	177	7	2.9 (0.7-5.9)
Consumo de drogas (por tipo) en los últimos 30 días						
Ha fumado marihuana	614	6	0.8 (0.1-1.7)	177	0	--
Ha fumado o inhalado piedra o crack, inhalado cocaína, fumado heroína	613	69	11.2 (7.9-14.9)	177	7	2.9 (0.7-5.8)
Se ha inyectado cocaína o heroína	614	0	--	177	0	--
Ha inhalado thiner	614	1	0.1 (0.0-0.1)	177	0	--
Ha consumido éxtasis	614	1	0.2 (0.0-0.4)	177	0	--
Ha fumado heroína	614	0	--	177	0	--
Se ha inyectado sustancias diferentes a las drogas	614	77	10.2 (7.4-13.3)	177	58	31.4 (22.8-40.6)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.8.

Uso de alcohol y drogas por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

7. Pruebas voluntarias de VIH

La mayoría de las encuestadas, el 78.0% y 76.1% en San Salvador y Sonsonate respectivamente, han asistido a charlas educativas sobre VIH en los últimos 12 meses (Tabla 7.9). De manera similar el 81.5% y el 74.6 % informaron que se han realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida, en cada uno de las ciudades del estudio. Entre las participantes que alguna vez se han hecho la prueba de VIH, el 32.0% en San Salvador y el 57.8% en Sonsonate, dijo que la última prueba la realizó en los últimos 6 meses. El 25.3% en San Salvador y el 15.6% en Sonsonate dijeron que se hicieron la última prueba de VIH hace mas de 2 años.

Tabla 7.9.
Pruebas voluntarias de VIH
por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Ha asistido a charlas educativas o pláticas sobre VIH, ITS o sexo seguro en los últimos 12 meses	612	499	78.0 (73-82.5)	177	144	76.1 (66.5-85.3)
Se ha hecho la prueba de VIH alguna vez	612	524	81.5 (76.7-85.8)	177	140	74.6 (65.6-83.7)
Hace cuanto tiempo se realizo la ultima prueba de VIH						
<= 6 meses	503	167	32.0 (26.8-37.6)	111	70	57.8 (44.9-71.0)
7 - 12 meses		135	26.8 (21.7-31.4)		13	16.6 (6.6-29.7)
1 -2 años		87	16.0 (12.1-20.4)		9	9.9 (2.9-17.5)
> 2 años		114	25.3 (20.3-30.5)		19	15.6 (7.1-25.8)
Recibió los resultados de la ultima prueba de VIH	521	476	89.8 (86.2-92.9)	140	127	87.4 (80.3-93.9)

IC: Intervalos de confianza

8. Adquisición y uso de condones

En San Salvador el 56.9%, el 48.1% y el 22.7% de las encuestadas dijeron que consiguen los condones en un centro de salud u hospital, en una clínica privada o farmacia y a través de una ONG o educador, respectivamente. En Sonsonate el 84.9% y el 36.2% los consiguen, en un centro de salud u hospital y en una clínica privada o farmacia, respectivamente (Tabla 7.10).

En San Salvador el 47.4% dijo que conseguir un condón es muy fácil, mientras que en Sonsonate el 65.2% informó que era fácil conseguir un condón.

El 54.9% en San Salvador y el 79.1% en Sonsonate del total de encuestadas dijeron que la última vez que adquirió un condón, lo hizo de manera gratuita. Sin embargo en San Salvador el 45.1% informó que pagó la última vez que adquirió un condón, en Sonsonate fue el 20.9%.

El 42.0% y el 55.1% de las participantes informaron que no usan condón cuando tienen relaciones sexuales con su pareja estable, en San Salvador y Sonsonate respectivamente (Gráfico 7.6).

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Lugares donde consiguen los condones *						
Supermercado, tienda, gasolinera	585	85	13.4 (10.0-17.2)	176	13	8.4 (3.3-14.4)
Clínica privada/farmacia		267	48.1 (42.7-53.9)		55	36.2 (25.6-46.2)
Centro de Salud/hospital		354	56.9 (51.5-62.1)		148	84.9 (76.3-92.3)
ONG, Educadora		153	22.7 (18.3-27.3)		8	4.1 (1.2-8.1)
Grupos de apoyo de personas viviendo con VIH/SIDA		43	7.1 (4.7-9.8)		8	4.2 (1.1-8.0)
Night club		46	7.6 (4.6-10.8)		5	3.7 (0.3-8.6)
Motel/ hotel		64	10.0 (7.2-13.1)		7	3.4 (0.7-7.0)
Amigos		19	4.3 (2.1-6.8)		2	5.8 (0-9.9.0)
Otros		32	6.3 (3.9-9.0)		25	12.5 (6.7-20.6)
Obtener un condón es						
Muy fácil	612	288	47.4 (42.4-52.4)	177	43	18.2 (11.6-25.6)
Fácil		231	37.5 (33.2-42.0)		110	65.2 (56.6-75.2)
Regular		56	8.3 (5.9-11.0)		17	8.5 (3.5-12.4)
Difícil		37	6.8 (4.1-9.6)		7	8.2 (2.3-15.2)
Cantidad de dinero que gasto la última vez que usted adquirió un condón						
Pago algo	612	263	45.1 (40.2-50.6)	177	37	20.9 (13.3-29.2)
Gratis		349	54.9 (49.4-59.8)		140	79.1 (70.8-86.7)
Quienes le proporcionaron condones gratis ó baratos **						
Capacitador/a de ONG	554	315	52.9 (46.4-58.9)	171	87	46.0 (34.9-55.6)
Pareja u otros		383	69.5 (64.2-74.8)		146	86.5 (80.1-92.6)

* Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.
IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.10.
Acceso a condones
y razones de no uso por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

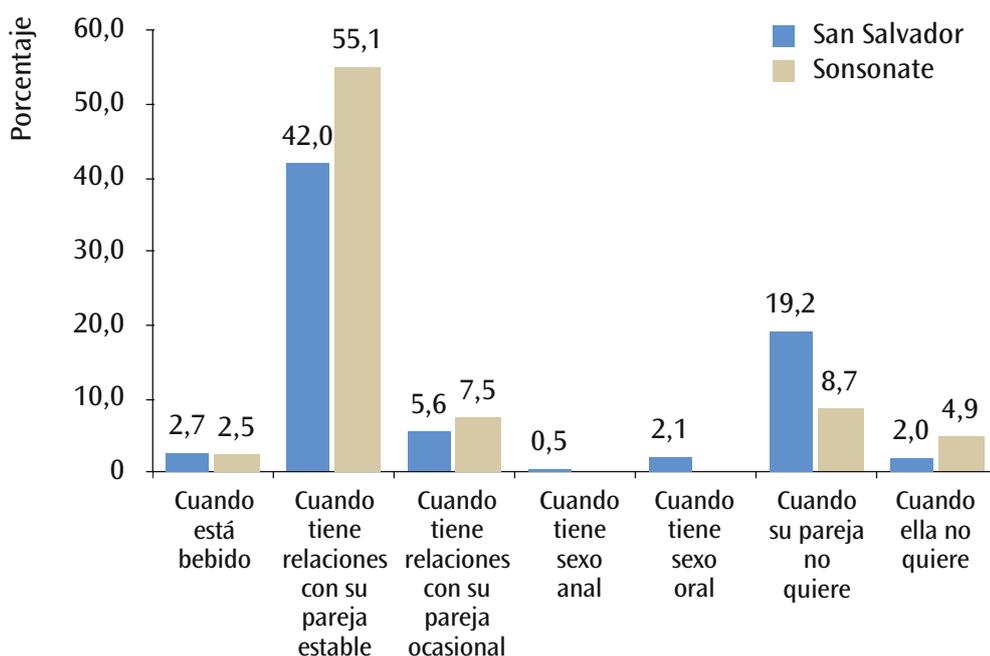


Gráfico 7.6.
En que situaciones
no usa condones,
TS – ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

9. Migración, estigma y discriminación

El 90.2% en San Salvador y el 89.7% en Sonsonate informó que han estado trabajando durante el último año en un solo departamento de El Salvador. También, el 7.2% y el 5.9% han desempeñado el trabajo sexual fuera de El Salvador en los últimos 12 meses, en San Salvador y Sonsonate, respectivamente (Tabla 7.11).

Tabla 7.11.
Migración por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Número de departamentos donde estuvo trabajando durante el último año						
1 departamento	611	559	90.2 (86.9-92.9)	176	154	89.7 (84.1-94.4)
Mas de 1 departamento		38	7.7 (5.2-10.7)		22	10.3 (5.6-15.9)
Ninguno		14	2.1 (0.9-3.7)		0	--
Ha estado en otro país fuera de El Salvador durante los últimos 12 meses	614	38	7.2 (4.7-9.8)	177	16	5.9 (2.7-10.2)
Vendió sexo cuando estuvo en fuera del país	617	23	4.2 (2.3-6.5)	180	11	3.9 (1.4-7.1)

IC: Intervalos de confianza

El 21.7% y el 24.2% en San Salvador y Sonsonate respectivamente han percibido algún tipo de abuso o maltrato por ser trabajadora sexual. Los tipos de abuso mayormente reportados son de tipo verbal/discriminatorio u otro, y maltrato físico en el 68.7% y el 53.8% respectivamente en San Salvador. Este mismo dato fue reportado en el 81.5% y 74.5%, respectivamente en Sonsonate (Tabla 7.12).

En San Salvador, los desconocidos/maras fueron reportados por el 23.4% como las personas que infringieron el abuso, mientras que en Sonsonate este dato fue reportado por el 12.4% de las encuestadas. Un 51.0% refieren que ha sido su pareja estable/ amigo/pariente quien les maltrato o abuso de ellas, y un 64.4% reportó el mismo dato en Sonsonate.

Tabla 7.12.
Discriminación por ser
trabajadora sexual por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el último año	612	146	21.7 (17.4-25.9)	177	39	24.2 (15.7-33.6)
Tipo de abuso o maltrato recibido**						
Violación	145	28	18.9 (11.5-27.7)	39	13	31.1 (13.1-52.5)
Maltrato físico		75	53.8 (44.1-63.0)		21	74.5 (56.0-86.2)
Extorsión/robo/explotación		29	14.4 (7.6-22.4)		10	20.7 (6.5-36.7)
Verbal/discriminación/otro		97	68.7 (58.2-78.3)		29	81.5 (70.2-92.9)
Persona que le abuso o maltrató						
Policía/agente municipal	146	30	19.7 (11.9-29.0)	39	3	5.8 (0.0-16.8)
Pareja estable/amigo/ pariente		68	51.0 (41.3-60.8)		22	64.4 (45.5-86.2)
Desconocido/maras		40	23.4 (15.0-32.4)		7	12.4 (3.7-28.5)
Otros		11	6.6 (1.9-13.4)		3	16.9 (0.0-37.3)

IC: Intervalos de confianza

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Le han negado algún servicio por ser trabajadora sexual	508	239	36.1 (29.2-43.9)	167	10	4.7 (1.3-8.8)
Recibió algún tipo de maltrato en los servicios de salud por ser trabajadora sexual	612	61	7.8 (5.3-10.7)	177	20	12.2 (5.8-19.8)
Acudió a solicitar apoyo o a denunciar algún hecho discriminatorio por ser trabajadora sexual	611	45	5.7 (3.5-8.1)	177	9	4.0 (1.5-7.4)

** Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que mas de una respuesta era posible.

Tabla 7.12. (continuación)
Discriminación por ser trabajadora sexual por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

10. Embarazo

La mayoría de trabajadoras sexuales tanto en San Salvador como en Sonsonate han estado o estaban embarazadas en el momento de la encuesta, 89.0% y 79.8% respectivamente. De las que han estado embarazadas, el 79.0% y el 80.7% informaron que han acudido a control prenatal durante su último embarazo, datos para San Salvador y Sonsonate respectivamente. El 64.4% y el 61.7% de las participantes que han estado embarazadas les realizaron una prueba de VIH durante su último embarazo, en San Salvador y Sonsonate, respectivamente (Tabla 7.13).

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
Embarazo						
Ha estado o está embarazada	610	546	89.0 (85.5-92.4)	177	145	79.8 (71.2-87.3)
Nunca ha estado embarazada		64	11.0 (7.7-14.5)		32	20.2 (12.7-28.8)
Asistió a control prenatal durante su último embarazo	545	430	79.0 (74.4-83.4)	145	115	80.7 (71.4-88.6)
Dónde asistió o asiste a control prenatal						
Hospital de maternidad	429	118	25.5 (20.9-30.7)	115	11	6.5 (2.4-11.7)
Otro hospital publico o privado		97	23.8 (18.6-29.3)		33	29.7 (19.7-41.1)
Otra unidad de salud		214	50.6 (44.4-56.4)		71	63.9 (51.1-75.0)
Recibió información sobre el riesgo de transmitir el VIH a su hijo durante embarazo	430	311	72.8 (67.3-77.9)	115	83	71.4 (60.6-81.7)
Le realizaron una prueba de VIH durante su último/ este embarazo	541	347	64.4 (59.0-70.0)	144	198	61.7 (50.8-72.7)

IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.13.
Embarazo por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

11. Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH

Las variables de conocimiento y prevención se detallan en la tabla 7.14. El porcentaje refleja las respuestas correctas obtenidas según cada pregunta. Para la prevención del VIH, las respuestas correctas fueron desde 67.7% en cuanto a que el VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no este infectada, hasta 88.1% en cuanto a la protección provista por el uso correcto y consistente del condón.

En cuanto a la transmisión los valores van desde 66.7% en cuanto a que el VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo hasta 92.4% en cuanto a que una mujer con VIH/SIDA puede transmitir el virus a través de la leche materna.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

Tabla 7.14.
Conocimiento sobre prevención
y transmisión del VIH
por ciudad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE VIH						
Respuestas correctas a los enunciados sobre prevención del VIH						
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y consistente en cada relación sexual	617	535	88.1 (84.9-91.1)	180	157	84.4 (75.9-91.7)
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no este infectada	614	414	67.7 (62.8-72.4)	180	144	78.0 (69.7-86.2)
CONOCIMIENTO FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH						
Respuestas correctas a los enunciados sobre transmisión del VIH						
El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo	615	410	66.7 (61.6-71.7)	178	96	44.7 (35.7-54.5)
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos por alguien infectado	610	507	84.5 (80.6-87.8)	177	154	88.0 (82.1-93.7)
Es posible que una persona con VIH pueda reinfectarse	617	425	69.4 (64.8-74.1)	180	108	61.5 (52.1-70.0)
Cree usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH	617	588	94.8 (92.7-97.0)	180	149	79.4 (71.8-87.0)
El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada a su hijo/a	608	529	89.7 (87.0-92.5)	178	168	90.1 (81.8-95.5)
Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su hijo/a a través de la leche materna	617	577	92.4 (89.4-95.2)	180	164	91.2 (86.5-95.3)

IC: Intervalos de confianza

12. Prevalencias de VIH e ITS

La prevalencia de VIH es de 5.7% IC (3.5-7.9) en San Salvador y de 2.5% IC (0.7-5.2) en Sonsonate. La prevalencia de herpes virus tipo 2 es de 82.6% IC (78.6-86.3) y de 76.2% IC (66.1-85.0) respectivamente (Tabla 7.15).

La prevalencia de sífilis es de 13.7% IC (10.2-17.4) y de 16.6% IC (10.4-24.3) y la sífilis activa con dilución mayor que 1:8 es de 2.7% IC (1.3-4.3) en San Salvador y 0.7% (0.0-2.2) en Sonsonate.

La prevalencia de vaginosis bacteriana es de 49.0% IC (43.4-54.8) y de 52.2% IC (41.2-63.1) en San Salvador y Sonsonate, respectivamente.

La prevalencia de *Trichomonas vaginalis* es de 32.4% IC (27.0-37.8) y de 30.8% (20.2-40.0) en San Salvador y Sonsonate respectivamente. La de *Chlamydia trachomatis* es de 14.6% IC (10.7-18.8) y 19.5% IC (10.0-30.7) en San Salvador y Sonsonate respectivamente. *Mycoplasma genitalium* es de 23.7% IC (19.2-28.2) y de 23.3% IC (15.5-32.3) respectivamente.

La prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae* es de 6.8% IC (4.1-10.0) y de 16.4% IC (8.5-27.1), en San Salvador y Sonsonate respectivamente. La prevalencia general de alguna ITS que incluye VIH, sífilis o alguna otra ITS (técnica de PCR) es de 54.6% IC (49.5-59.6) y de 44.0% IC (33.5-52.3) respectivamente. Y solo alguna ITS reportada por la técnica de PCR, es de 56.9% IC (51.3-62.3) y de 54.1% IC (42.9-64.1) en San Salvador y Sonsonate respectivamente.

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
VIH	613	37	5.7 (3.5-7.9)	174	9	2.5 (0.7-5.2)
Virus del herpes simplex tipo 2	594	488	82.6 (78.6-86.3)	171	139	76.2 (66.1-85.0)
Sífilis	594	104	13.7 (10.2-17.4)	171	33	16.6 (10.4-24.3)
Sífilis activa (TPPA+ y RPR ≥1:8)	594	16	2.7 (1.3-4.4)	171	1	0.7 (0.0-2.2)
Vaginosis bacteriana	538	271	49.0 (43.4-54.8)	138	65	52.2 (41.2-63.1)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	548	167	32.4 (27.0-37.8)	147	38	30.8 (20.2-40.0)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	548	61	14.6 (10.7-18.8)	147	21	19.5 (10.0-30.7)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	548	121	23.7 (19.2-28.2)	147	45	23.3 (15.5-32.3)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	548	33	6.8 (4.1-10.0)	147	19	16.4 (8.5-27.1)
Alguna ITS (VIH, sífilis, alguna PCR+)	616	307	54.6 (49.3-59.6)	176	83	44.0 (33.5-52.6)
Alguna ITS (PCR+)	548	287	56.9 (51.3-62.3)	147	80	54.1 (42.9-64.1)

IC: Intervalos de confianza
VHS-2 Virus del herpes simplex tipo 2

Tabla 7.15.
Prevalencia de VIH e ITS por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

13. Incidencia de VIH

La incidencia de VIH (infecciones recientes) fue de 0.0% en San Salvador y Sonsonate fue de 0.02% IC (0.0-0.07) (Tabla 7.16).

	HIV + (N)	HIV + disponible N (%)	Reciente N (%)	Incidencia anualizada de VIH – 1 BED (95% CI) ^b
Población ^a				
TS San Salvador	38	30 (78.9%)	0	0.0
TS Sonsonate	9	7 (77.8%)	1 (14.3%)	0.02 (0.0-0.07)
TS ^c	47	37 (78.7%)	1 (2.7%)	0.0 (0.0- 2.2)

a tamaño de muestra basado en muestras de la prueba del VIH.
b ajusta con una Σ derivados localmente de 11%
c tamaño de muestra con base en las muestras procesadas para VIH, combinando las ciudades de San Salvador y Sonsonate
IC: Intervalos de confianza

Tabla 7.16.
Incidencia de VIH por ciudad, TS - ECVC El Salvador, 2008

14. Prevalencia de VIH y otras ITS por lugar de trabajo sexual

Hay una tendencia hacia una mayor prevalencia de VIH en las trabajadoras sexuales de calle, 10.0% IC (5.3-19.8) y 5.4% IC (1.7-11.3), en San Salvador y Sonsonate respectivamente. De igual manera ocurre con las prevalencias de sífilis. (Tabla 7.17). En Sonsonate el herpes tipo 2 fue un poco más alto en las trabajadoras sexuales de prostíbulo. En San Salvador el herpes tipo 2 fue más alto en TS que trabajan en la calle.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

Tabla 7.17.
Prevalencias de VIH,
herpes simplex tipo 2 y sífilis
por lugar de trabajo y cuidad,
TS - ECVC El Salvador, 2008

	San Salvador			Sonsonate/Acajutla		
	N	(n)	% Ajustado (IC)	N	(n)	% Ajustado (IC)
VIH						
Calle	243	19	10.0 (5.3-19.8)	171	5	5.4 (1.7-11.3)
Prostíbulo	290	15	4.7 (1.7-8.6)		4	1.9 (0.0-4.6)
Otro	46	3	6.5 (0.0-15.3)		0	--
Sífilis						
Calle	235	65	19.8 (12.2-27.2)	168	10	19.1 (5.2-31.6)
Prostíbulo	282	32	9.5 (5.5-15.0)		21	17.8 (12.7-33.1)
Otro	43	3	6.6 (0.0-16.7)		2	12.1 (0.0-33.9)
Virus del herpes simplex tipo 2						
Calle	235	201	85.5 (78.9-91.8)	168	32	72.1 (61.7-100.0)
Prostíbulo	282	223	81.4 (76.0-87.1)		97	72.5 (66.7-86.4)
Otro	43	32	75.7 (56.5-91.0)		8	47.1 (21.1-100.0)

IC: Intervalos de confianza

15. Datos comparativos entre el EMC-2002 y ECVC-2008

Los datos muestran que pudiese haber un incremento en el uso de condón en la última relación sexual con parejas desde la última encuesta en el 2002 hasta la actual encuesta. En San Salvador una mayor proporción ha usado consistentemente el condón con todas las parejas estables en los últimos 12 meses (Tabla 7.18).

Sin embargo el uso de condón en la última relación sexual con cliente nuevo muestra un descenso y se mantuvo en la misma proporción, con cliente frecuente (Tabla 7.18).

Tabla 7.18.
Resultados comparativos para
TS San Salvador del estudio
multicéntrico -2002 y ECVC-2008
TS - ECVC El Salvador, 2008

Indicadores	EMC-2002*	ECVC-2008
Uso consistente de condón con cliente nuevo	79.6%	89.3%
Uso consistente de condón con cliente regular	72.4%	86.5%
Uso consistente de condón con pareja estable últimos 12 meses	5.3%	49.7%
Uso consistente de condón con pareja ocasional últimos 12 meses	ND	69.9%
Uso condón última relación sexual con pareja estable	6.1 %	18.7%
Uso condón última relación sexual con pareja ocasional	ND	59.8 %
Uso condón última relación sexual con cliente nuevo	95.1%	89.9%
Uso condón última relación sexual con cliente frecuente	91.6%	91.0 %
Prevalencia de VIH	3.5%	5.7%
Prevalencia de sífilis	16.2%	13.7% (10.2-17.4)
Prevalencia de <i>Trichomonas vaginalis</i>	12.5%	32.4%(27.0-37.8)
Cualquier ITS	25%	54.4% (49.2-59.4)

ND: No disponible

En general en Sonsonate, de igual manera se muestra un notable incremento en el uso consistente de condón y su uso en la última relación sexual desde la última encuesta de comportamiento y la actual.

Sin embargo, no hubo mayores diferencias en el uso de condón en la última relación sexual con pareja estable (Tabla 7.19).

Indicadores	EMC-2002*	ECVC-2008
Uso consistente de condón con cliente nuevo	49.6%	77.8%
Uso consistente de condón con cliente regular	40.2%	81.3%
Uso consistente de condón con pareja estable últimos 12 meses	21.1%	28.7%
Uso consistente de condón con pareja ocasional últimos 12 meses	ND	67.5%
Uso condón última relación sexual con pareja estable	8.6%	9.9%
Uso condón última relación sexual con pareja ocasional	ND	59.1%
Uso condón última relación sexual con cliente nuevo	71.3%	90%
Uso condón última relación sexual con cliente frecuente	68.9%	83.3%
Prevalencia de VIH	3.7%	2. % (0.7-5.2)
Prevalencia de sífilis	15.6%	16.6% (10.4-24.3)
Prevalencia de <i>Trichomonas vaginalis</i>	9.5%	30.8% (20.2-40.0)
Cualquier ITS	23.7%	44.2% (33.7-52.9)

* Acajutla

ND: No disponible

Tabla 7.19.
Resultados comparativos para TS Sonsonate del estudio multicéntrico -2002 y ECVC-2008 TS - ECVC El Salvador, 2008

C. Discusión

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH / ITS en poblaciones vulnerables mostró la factibilidad de un trabajo multisectorial para recolectar información clave sobre comportamiento en la población de TS en El Salvador. Los resultados de este estudio representan un aporte importante a la literatura sobre TS en América Latina y en la región que es bastante escasa. Las TS son el segundo grupo de riesgo más afectado en cuanto a prevalencia de VIH en la región. En una discusión de la epidemiología del VIH entre las TS, Ghys plantea una serie de necesidades de investigación que deben ser abordadas incluyendo vigilancia de VIH, ITS y comportamientos de riesgo.⁹ Como parte de una serie de artículos sobre prevención de VIH Bertozzi describe las necesidades claves para diseñar intervenciones en epidemias concentradas que incluyen las estimaciones de tamaño de la población en poblaciones difíciles de alcanzar, la frecuencia de los comportamientos de riesgo para estimar el riesgo, datos sobre ITS y la prevalencia e incidencia del VIH.¹⁰ Este estudio abarca todas las necesidades de investigación antes mencionadas y es fundamental usar la información que provee para diseñar intervenciones integrales.

Estimación de población

Este es el primer estudio que muestra una estimación del tamaño de la población de TS en San Salvador. Estimar el tamaño de una población permite mejorar la planificación de los servicios y los recursos disponibles y evaluar la cobertura de las acciones de salud. Los usos de la estimación del tamaño de la población para la medición de cobertura dependen de un buen registro de prestación de los servicios, que a su vez depende de la existencia de servicios para poblaciones específicas en cada lugar.¹ Usando la estimación de población y la prevalencia de VIH se calcula que existe una población importante de TS activas en el capital pudiendo transmitir el VIH a la población general.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

Otra manera de usar los datos de estimación de población es para estimar los recursos requeridos para prestar servicios a la población. El MS ha logrado una reducción drástica en la transmisión madre-hijo en los últimos años. Dicho esfuerzo está cimentado en ofrecer la prueba de VIH a toda mujer embarazada y brindar el tratamiento apropiado. El CDC recomienda que grupos de alto riesgo (como TS) sean tamizados una vez al año.¹¹ En 2007, en El Salvador, hubo 70,790 partos en instituciones públicas⁴ y 90,000 pruebas de VIH. De las 5,797 TS estimadas en San Salvador, solo 50% se habían realizado la prueba en el último año y 20% nunca la había recibido. El ofrecimiento de la prueba de VIH debe ser promovido específicamente en este grupo. Los resultados de un metaanálisis de estudios en los Estados Unidos muestra que al ofrecer pruebas de VIH con consejería, y facilitar el autoconocimiento de estatus de VIH se disminuyeron comportamientos de riesgo en un 53%.¹²

Frecuencia de comportamientos de riesgo

Los resultados describen una población que está teniendo relaciones sexuales con múltiples parejas al día y no siempre emplea medidas básicas para protegerse. Uso consistente del condón con parejas comerciales fue más alto en San Salvador (86.5% y 89.3% con clientes frecuentes y ocasionales) que en Sonsonate 81.3% y 77.8% respectivamente, pero en ambas ciudades es alto. En comparación con el estudio multicéntrico, encontramos mayor frecuencia en el uso de condón con la última pareja así como mayor uso consistente del condón que es un dato importante y muy positivo. El condón es la herramienta más eficaz que existe para reducir transmisión sexual de VIH y otras ITS.¹ Promover su uso al 100% debe ser una prioridad para esta población como ha sido en otros países.¹³

Se observó que entre más tiempo ejerciendo el trabajo sexual, habrá más riesgo de adquirir una ITS o VIH. Este se ha encontrado en otros estudios en América Latina también.¹⁰ Una proporción importante de la muestra en ambas ciudades (40.6% en San Salvador y 35.0% en Sonsonate) reportó sexo forzado en la vida y 16.8% y 13.4% en ambas ciudades reportaron relaciones forzadas en el último año. Por encima del 20% en ambas ciudades reportaron que su último cliente estaba borracho o drogado y una proporción similar de las TS tomaba bebidas alcohólicas con el último cliente. Las TS están expuestas a violencia sexual todos los días lo que dificulta la negociación del uso del condón. Esta situación amerita que se enfoque el problema de la violencia sexual como un problema de salud pública, se brinde asistencia psicológica a las afectadas y se provea de asistencia legal en forma inmediata.

Es urgente que se brinde atención de más largo plazo de control de las ITS en TS, lo que requiere un acceso continuo a servicios eficaces de prevención y tratamiento. Intervenciones rutinarias dirigidas a las TS deben ser desarrolladas para enfocar esfuerzos en promover el uso del condón entre las TS, empoderarlas para negociar su uso, incrementar la cobertura de la prueba de VIH y la educación sobre maneras de prevención y transmisión. Dichas intervenciones deben ser dirigidas específicamente a TS para tener más impacto. Deben tener en cuenta las diferentes sub-poblaciones de TS como las ambulantes, de burdeles, y las más escondidas, y no a la población general.

Población puente importante

Las TS en El Salvador podrían ser la población puente más importante para transmisión a la población general. Usando la estimación de población TS estimamos que hasta 1% de la población femenina mayor de 18 años está vendiendo sexo. Es un grupo de riesgo con altas prevalencias de VIH, teniendo sexo con múltiples parejas al diario. El uso de condón en la última relación sexual con pareja estable solo fue de 18.7% y 9.9% en San Salvador y Sonsonate respectivamente. El estudio en población PVVS que también fue parte de la ECVC mostró que un 11.5% de la muestra de PVVS masculinos compraron sexo en los últimos 12 meses.¹⁴ En otros países de la región se reporta que entre 2-8% de hombres de 15-49 años compraron sexo en el último año¹⁵ y refleja el riesgo de transmisión que existe entre las TS y la población general. En ambas ciudades las TS son un puente potencial de transmisión del VIH a los hombres que compran sexo y sus parejas. Dirigir acciones de prevención del VIH hacia las necesidades de los TS puede beneficiar y proteger tanto a las TS como a la población en general.

Prevalencia de ITS, VIH y tendencias

Mientras que las prevalencias de VIH fueron de 5.7% y 2.5% en San Salvador y Sonsonate respectivamente. Es notable que la incidencia medida fuera muy baja. Según la vigilancia realizada por el MS⁴ la prevalencia de VIH en TS encontrada es de 16 veces más alta en Sonsonate y 36 veces más alta en San Salvador que en mujeres embarazadas, usado como un indicador de la prevalencia en la población general.

El presente estudio es uno de muy pocos en América Latina que ha reportado otras ITS aparte de sífilis y Virus del herpes simplex tipo 2. Las prevalencias de *Neisseria gonorrhoeae* (6.8% en San Salvador y 16.4% en Sonsonate) y *Chlamydia trachomatis* (14.6% y 19.5% respectivamente) en hisopados vaginales estuvieron entre los más altos, y comparados con el estudio multicéntrico vemos prevalencias más altas para todas las TS menos sífilis. Este hallazgo muestra que hay actos de sexo desprotegido y que la transmisión de ITS y VIH está ocurriendo entre TS y sus clientes.

ONUSIDA estima que solo 60% de las TS en países en desarrollo tienen acceso a servicios básicos para prevención del VIH¹⁶, incluyendo información sobre salud sexual, condones, tratamiento para ITS y consejería. La clínica para TS en San Salvador ubicada en la Unidad de Salud de Concepción brinda servicios de salud preventivos y curativos para las TS de la zona. Es importante desarrollar y ampliar este tipo de servicios para la población de TS en la ciudad de San Salvador y otras. En los servicios de salud no especializados es probable que los proveedores no investiguen información sobre salud sexual, y mensajes importantes de prevención, por lo que se ha demostrado una menor probabilidad de detectar ITS, lo que juega un papel importante en la transmisión. En El Salvador es importante aplicar los pasos necesarios para garantizar el acceso a servicios apropiados para las TS. Para poder empezar a medir tendencias y ver el impacto de las intervenciones implementadas, será importante repetir este estudio en el futuro, cada cuatro o cinco años.

Conocimientos y creencias

Hay deficiencias de conocimientos básicos sobre prevención y transmisión de VIH en la población de TS. Las proporciones van desde un 67.7% en cuanto a que el VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada, hasta 88.1% en cuanto a la protección provista por el uso correcto y consistente del condón.

En cuanto a la transmisión las respuestas correctas van desde 66.7% en cuanto a que el VIH no se puede transmitir por la picadura de un zancudo hasta 92.4% en cuanto a que una mujer con VIH/SIDA puede transmitir el virus a través de la leche materna. Este estudio ha demostrado que hay deficiencias en conocimiento básico sobre prevención y transmisión de VIH, pero no hemos medido conocimiento de mensajes más relevantes a TS y cómo mejorar los mensajes que necesitamos transmitir. Los próximos estudios deben medir no solo conocimiento básico sobre prevención y transmisión, sino también conocimiento específicamente relacionado al grupo de TS para poder diferenciar los diferentes riesgos.

Prevención integral

Bertozi delinea cuatro áreas para mejorar la prevención: el enfoque de los programas, selección de las intervenciones adecuadas, implementación y uso óptimo de fondos.¹⁰ ONUSIDA recomienda que cada país debe enfocar las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH conociendo su epidemia y pensando de dónde vendrán las próximas 1000 infecciones para distribuir los recursos financieros limitados.^{1,17} Los resultados presentados aquí muestran que en El Salvador: 1) hay muchas mujeres vendiendo sexo, y muchos hombres comprando el mismo; 2) la prevalencia de VIH fue alta en la población de TS; 3) aunque la incidencia obtenida fue baja, hay transmisión de otras ITS en la población y comportamientos de riesgo que favorecen la continua transmisión del VIH y ITS y 4) la disminución de comportamientos de riesgo en TS puede tener efectos beneficiosos para la población en general. Es imprescindible implementar programas dirigidos y enfocados en las TS específicamente. La selección de las intervenciones se debe basar en información específica para el país y realidad local. Los programas deben incluir aspectos biomédicos, de comportamiento e involucrar a la comunidad. Además la importancia de enfrentar factores estructurales que se relacionan con aspectos sociales, legales, económicos y culturales, es fundamental.¹⁸ Estos factores son los determinantes sociales que impulsan la vulnerabilidad de las poblaciones. Aspectos básicos y comprobados sobre la prevención del VIH deben impulsarse como el uso del condón, acceso a servicios apropiados para la población, y la deposición de leyes y políticas que impiden la implantación de dichas medidas.

La epidemia de VIH en El Salvador parece similar en muchos sentidos a las ya descritas en otras partes de América Latina, concentrada entre las poblaciones de HSH y TS.¹⁹ Las prevalencias en El Salvador están entre las más altas del continente y el riesgo de infección es mucho más elevado en la población de TS en comparación con la población general. Las TS en El Salvador es un grupo heterogéneo, vulnerable y expuesto a la violencia, con problemas de salud y limitado acceso a los servicios de salud. Por otra parte, la incidencia documentada

en Sonsonate y las altas prevalencias de otras ITS que se encontraron tanto en San Salvador como en Sonsonate, sugiere que este problema no va a desaparecer, y continuará a menos que se tomen medidas enérgicas y continuas para frenar la transmisión. Si bien este estudio presenta una amplia gama de indicadores de la gravedad de los problemas de salud de las TS en El Salvador, las estrategias para combatir la situación actual deben ser igual de amplias y de largo alcance.

Con el admirable trabajo de las ONG apoyando a las TS de El Salvador se han realizado avances importantes en cuanto a derechos y servicios que reciben las TS en la última década. Sin embargo este estudio muestra que todavía hay mucho que hacer y de no hacerlo la epidemia de VIH e ITS en TS en El Salvador puede empeorar. En El Salvador, hay un número escaso de ONG reconocidas legalmente que trabajan en programas de prevención y divulgación. Las organizaciones que trabajan con TS deben ser fortalecidas, obtener el apoyo financiero y técnico para desarrollar su capacidad para la lucha contra el VIH. Actividades dirigidas a cambios de comportamiento comprobados deben ser parte del trabajo de las ONG.

Amerita mencionar que un logro importante de la ECVC fue el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones, instituciones y dependencias del MS. La participación de las ONG locales en todos los aspectos del estudio incluyendo el estudio cualitativo, estimación del tamaño de la población y recolección de datos fue clave. Se contó con la participación de representantes de las ONG de TS en todas las fases del estudio y se espera que los datos puedan ser usados para desarrollar estrategias que fortalezcan y guíen las acciones que dichas organizaciones realizan. También se fortaleció la capacidad del laboratorio a través de capacitaciones, compra de materiales y equipamiento. Lo más importante para el éxito del estudio fue el esfuerzo multisectorial, liderado por el MS, con apoyo logístico de las ONG, el apoyo financiero de diferentes agencias incluyendo USAID y SISCA y el apoyo técnico del CDC. Esta capacidad técnica en el país debe ser reforzada.

Calidad de los datos

La ECVC empleó diferentes métodos para mejorar la calidad de los datos colectados sobre comportamiento y prevalencia de VIH/ITS en TS. En el EMC se utilizó time location sampling (muestreo de ubicación y tiempo, TLS por sus siglas en inglés). El TLS es un muestreo probabilístico que obtiene una muestra representativa de la población que frecuenta sitios públicos. La calidad de los datos depende de que la mayor parte de los sitios de trabajo de TS sean incluidos en el marco muestral, que una alta proporción de los subgrupos asista a dichos sitios y una tasa de no respuesta baja.²⁰ En este estudio, la metodología RDS permitió el acceso a redes sociales de TS que generalmente están ocultas y permitió obtener una muestra probabilística. También se usó el método ACASI para hacer preguntas sobre temas sensibles, lo que permitió obtener respuestas más confiables⁶ al momento de responder frente a una computadora, en lugar de entrevistas cara a cara. En los sitios de estudio trabajaron miembros de la población y de las ONG que apoyan a las TS. Adicionalmente, se realizó un estudio cualitativo previo a la recolección de datos para investigar las redes sociales, lugares aceptables para los sitios del estudio y validar el cuestionario. Estas actividades en conjunto contribuyeron a mejorar la calidad del estudio y de los datos.

Limitaciones

Es importante reconocer que este estudio tuvo algunas debilidades logísticas y técnicas. Uno de los supuestos de RDS es que las redes sociales deben estar muy conectadas. Para la población de TS es probable que no hay vínculos fuertes entre diferentes niveles socioeconómicos y que es posible que nuestra muestra no describa bien a los TS de un nivel socioeconómico medio-alto. Coordinar un estudio de este tamaño con múltiples organizaciones produjo algunas demoras durante el estudio por ejemplo en el reporte de resultados de algunas ITS que será importante evitar la próxima vez. Sin embargo, la calidad final del estudio y su apropiación como país comprueban la importancia de este esfuerzo participativo por parte de las múltiples entidades involucradas (públicas, privadas, nacionales e internacionales).

La metodología de RDS y subsiguiente análisis usando RDSAT requiere más tiempo que otras metodologías. Al nivel mundial se están haciendo esfuerzos para sistematizar el análisis de datos usando RDS. Es importante tener más investigaciones comparando la utilidad y eficacia de RDS, TLS y muestras por conveniencia como métodos de muestreo para esta población en El Salvador.

D. Recomendaciones

Acciones inmediatas para las trabajadoras del sexo incluyen fortalecer y ampliar los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS, consejería y pruebas de VIH en servicios públicos de salud. Evidenciamos prevalencias altas de ITS en esta población que facilitan la transmisión y adquisición de VIH.

Así mismo se necesitan estrategias de comportamiento basadas en evidencia e implementadas en colaboración con organizaciones de la sociedad civil. Algunos ejemplos incluyen:

- Documentamos una alta proporción de mujeres que han sido víctimas de violencia sexual en la vida y en el último año. Este es un problema de salud pública que se ha documentado en los otros grupos cubiertos por el estudio y en otras poblaciones en El Salvador, y que necesita de intervenciones en la población general y en grupos específicos con el fin de reducir los niveles de violencia a largo plazo. Programas de atención inmediata con cuidados médicos psicológicos y asesoría legal.
- Las intervenciones para TS deben estar acompañadas de la promoción, acceso a condones, así como incluir otros temas como los derechos humanos, el estigma y la discriminación, que influyen en la vulnerabilidad de esta población.
- Es de suma importancia seguir realizando este tipo de estudio en la población de TS en El Salvador como parte del sistema de vigilancia de la salud pública para tener datos actualizados, rastrear tendencias, mantener el perfil epidemiológico del país actualizado a fin de afrontar la epidemia de VIH y ITS. Se recomienda la realización de otra ECVC en 4-5 años en las mismas poblaciones. Un estudio cualitativo es una herramienta importante antes de repetir un ECVC para poder asegurar que la metodología sea adecuada, que las participantes entiendan las preguntas y que haya aceptación del estudio en la población meta.

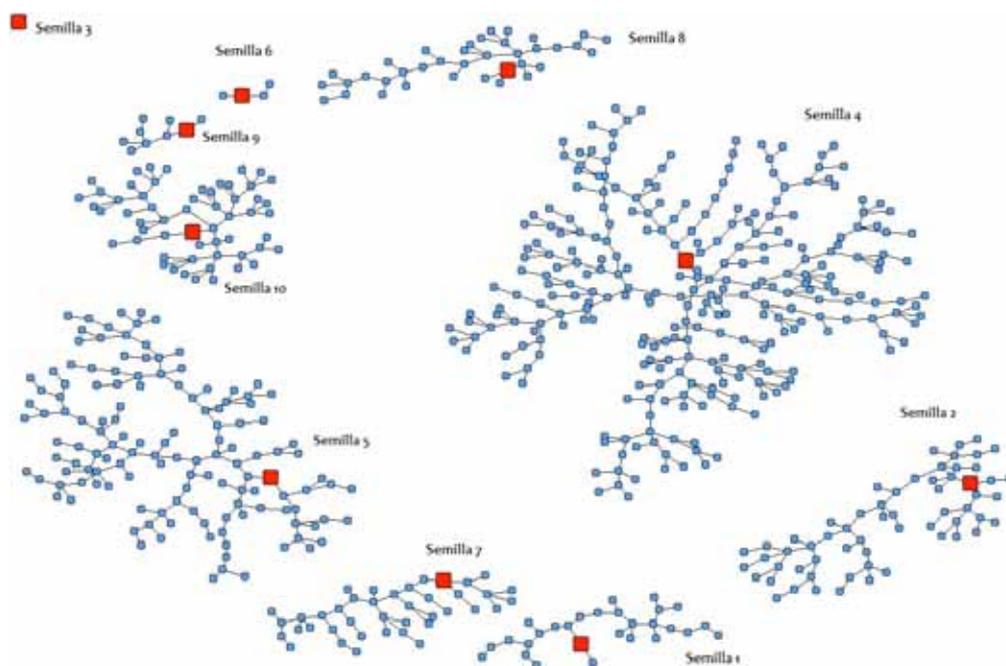


Figura 12.
Redes sociales de TS
San Salvador con 10 semillas,
TS – ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Trabajadoras sexuales

VIII. Resultados del estudio de PVVS

Se invitaron a participar a 1,185 personas con VIH. De estas 52 no eran elegibles y 322 declinaron participar. Las razones de no elegibilidad incluyeron no haber tenido relaciones sexuales (27), no cumplir otros criterios de inclusión como edad y país de origen (20) y ya haber participado antes en la encuesta (5). Las razones para declinar participar incluyeron: No tener tiempo (179), tener al momento del estudio su periodo menstrual (41), no le interesa el estudio (99) y otros (4).

La tabla 8.1 presenta el número total de entrevistas realizadas en PVVS. El 58.8% fueron reclutados en el hospital Rosales, con un predominio de los hombres; el 21.3% en el hospital Zacamil y el 19.9% de los grupos de apoyo de otros hospitales nacionales, donde hay predominio de mujeres. En total se reclutaron 811 participantes, tres de ellos no cuentan con información de la entrevista por computadora.

Casi tres cuartas partes de la muestra realizaron la encuesta por computadora (ACASI), con el apoyo permanente de un entrevistador.

Tabla 8.1.
Número total de entrevistas
realizadas por sexo,
PVVS - ECVV El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Hospital Rosales	811	477	58.8	413	282	68.3	398	195	49.0
Hospital Zacamil		173	21.3		95	23.0		78	19.6
Otros grupos de con apoyo que asistieron al hospital Zacamil*		161	19.9		36	8.7		125	31.4
ACASI realizado por entrevistador	808	602	74.5	411	285	69.3	397	317	79.8
ACASI realizado por participante		206	25.5		126	30.7		80	20.2

* Hospitales de Maternidad, Saldaña, San Rafael, San Bartolo, Santa Ana, San Vicente y San Miguel.

1. Características sociodemográficas.

En esta sección se describen las características sociodemográficas de la población. La mediana de edad para toda la población son los 35 años (RIQ 29-43). La mediana para mujeres es de 34 (RIQ 28-41) y para hombres, de 36 años (RIQ 29-44).

El 87.1% de los participantes sabe leer y escribir, con mayor proporción de hombres (92.2%) que de mujeres (81.6%). El 45.3% de la muestra tiene estudios de primaria o inferiores y el 47.7% alcanzó el nivel educativo secundario. Cerca del 60% de la muestra de mujeres no asistió a la escuela o sus estudios no fueron más allá que el nivel de primaria (Tabla 8.2).

La mayoría de los participantes tiene ingresos inferiores al salario mínimo (78.3%) con una proporción mayor en mujeres (85.1%), que en hombres (71.7%).

Al momento de la encuesta, el 67.3% de la muestra vive en el área metropolitana de San Salvador, de este porcentaje los hombres constituyen el 73.1% y las mujeres, el 61.4%.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Grupos de edad									
18-24 años	811	86	10.6	413	36	8.7	398	50	12.6
25-29 años		146	18.0		71	17.2		75	18.8
30-39 años		301	37.1		148	35.8		153	38.4
40-49 años		202	24.9		108	26.2		94	23.6
>= 50 años		76	9.4		50	12.1		26	6.5
Sabe leer y escribir	804	700	87.1	412	380	92.2	392	320	81.6
Nivel educativo									
No escuela/ primaria	803	364	45.3	409	136	33.3	394	228	57.9
Secundaria		383	47.7		225	55.0		158	40.1
Algún nivel universitario		56	7.0		48	11.7		8	2.0
Ingreso mensual aproximado en dólares									
< =\$180.00	806	631	78.3	410	294	71.7	396	337	85.1
\$181.00 - \$500.00		163	20.1		107	26.1		56	14.1
>\$500.00		12	1.5		9	2.2		3	0.8
Religión									
Católica	801	279	34.8	406	155	38.2	395	124	31.4
Evangélica		387	48.3		175	43.1		212	53.7
Atea		6	0.7		6	1.5		0	0.0
Otra		129	16.1		70	17.2		59	14.9
País donde nació									
El Salvador	811	799	98.5	413	408	98.8	398	391	98.2
Otro país		12	1.5		5	1.2		7	1.8
Región de El Salvador en donde vive*									
Occidental	808	61	7.5	412	18	4.4	396	43	10.9
Central		68	8.4		26	6.3		42	10.6
Metropolitana		544	67.3		301	73.1		243	61.4
Paracentral		108	13.4		57	13.8		51	12.9
Oriental		27	3.3		10	2.4		17	4.3
Fuente de ingresos									
Trabaja	805	628	78.0	411	350	85.2	394	278	70.6
No trabaja/mantenido(a)		177	22.0		61	14.8		116	29.4

* Occidental: Santa Ana, Sonsonate, Ahuachapán; Central: La Libertad, Chalatenango; Metropolitana: San Salvador; Paracentral: Cuscatlán, Cabañas, San Vicente, La Paz; Oriental: San Miguel, Usulután, La Unión, Morazán.

Tabla 8.2.
Características
sociodemográficas por sexo,
PVVS - ECVC El Salvador, 2008

El 59.3% vive con sus padres o familiares, y el 44% vive con su pareja. Al momento de la encuesta el 49.3% eran solteros, con predominio de los hombres (58.5%) sobre las mujeres (39.8%). El 45.5% estaba casado, con predominio de las mujeres (53.1%) sobre los hombres (38%). El 11.3% de los hombres reportó estar circuncidado. El 34.6% reportó que asiste a grupos de apoyo o autoayuda para personas VIH positivas (Tabla 8.3).

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

Tabla 8.3.
Características
sociodemográficas II por sexo,
PVVS - ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Actualmente vive con *									
Pareja	806	355	44.0	410	150	36.6	396	205	48.2
Familia/padres		478	59.3		226	55.1		252	63.6
Otro		89	11.0		64	15.6		25	6.3
Ha estado casado(a) o acompañado(a)	808	631	78.1	411	276	67.2	397	355	89.4
Estado civil									
Soltera	807	398	49.3	410	240	58.5	397	158	39.8
Casada		367	45.5		156	38.0		211	53.1
Divorciada/viuda		42	5.2		14	3.4		28	7.1
Edad que tenía cuando se casó o acompañó por primera vez									
<=15 años	603	130	21.6	264	34	12.9	339	96	28.3
16-21 años		335	55.6		139	52.7		196	57.8
> 21 años		138	22.9		91	34.5		47	13.9
Circuncisión (autorreportado)	406	46	11.3	406	46	11.3	NA	--	--
Asiste a grupos de autoayuda para personas con VIH	806	279	34.6	412	109	26.5	394	170	43.1

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

2. Antecedentes sexuales

La mediana de edad en la que reportaron su primera relación sexual fue a los 15 años (RIQ 14-17), tanto en hombres como en mujeres. El 76.0% informó que su primera relación sexual fue con su pareja o amigo (Tabla 8.4).

El 21.0% de los entrevistados reportó que alguna vez en su vida ha tenido relaciones forzadas. De estos, el 16.1% ha tenido relaciones forzadas en los últimos 12 meses.

El 23.5% de la muestra de hombres reportó haber tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo en los últimos 12 meses.

Tabla 8.4.
Antecedentes sexuales
por sexo,
PVVS - ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Edad a la que tuvo relaciones sexuales por primera vez									
<= 15 años	681	383	56.2	337	206	61.1	344	177	51.5
>=16 años		298	43.8		131	38.9		167	48.5
Quién era la persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez									
Pariente/familia	784	38	4.8	396	22	5.6	388	16	4.1
Cliente/trabajador sexual/colega		73	9.3		67	16.9		6	1.5
Pareja/amigo		596	76.0		262	66.2		334	86.1
Otro/extraño		77	9.8		45	11.4		32	8.2
Sexualmente cómo se identifica									
Heterosexual	341	245	71.8	341	245	71.8	NA	NA	NA
Bisexual		43	12.4		43	12.4		NA	NA
Gay		47	13.5		47	13.5		NA	NA
Travesti		6	1.7		6	1.7		NA	NA
Ha tenido relaciones sexuales forzadas alguna vez en su vida	799	168	21.0	406	50	12.3	393	118	30.0

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Ha tenido relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses	803	27	3.4	409	6	1.5	394	21	5.3
Persona que le obligó a tener relaciones en los últimos 12 meses*									
Policía	27	2	7.4	6	0	0	21	2	9.5
Cliente		1	3.7		0	0		1	4.8
Pareja estable		9	33.3		0	0		9	42.9
Maras		1	3.7		0	0		1	4.8
Miembro de su familia		5	18.5		1	16.7		4	19.0
Desconocido		9	33.3		5	83.2		4	19.0
Ha tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo	811	98	12.1	413	97	23.5	398	1	0.3

NA: No aplica

(continua) Tabla 8.4.
Antecedentes sexuales por sexo, PVVS - ECVC El Salvador, 2008

3. Comportamiento sexual por tipo de pareja

El 76.6% de los participantes reportó tener una pareja estable en los últimos 12 meses. De estos, el 50.6% dijo que su pareja estable es VIH positivo (Tabla 8.5).

El 69.1% de los encuestados que reportaron una o más parejas estables, dijeron que siempre usaron condón con todas sus parejas estables en los últimos 12 meses. Los participantes hombres reportaron una mediana de 3 relaciones sexuales (RIQ 1-5) con su pareja estable al mes. Y las mujeres reportaron una mediana de 1 (RIQ 1-4) al mes.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Número total de parejas estables en los últimos 12 meses									
0	725	144	19.9	364	100	27.5	361	44	12.2
1		555	76.6		245	67.3		310	85.9
>= 2		26	3.6		19	5.2		7	1.9
Pareja estable es VIH+									
No	516	197	38.2	223	86	38.6	293	111	37.9
Sí		261	50.6		115	51.6		146	49.8
No sabe		58	11.2		22	9.9		36	12.3
Uso consistente de condón con todas las parejas estables en los últimos 12 meses	541	374	69.1	243	170	70.0	298	204	68.5

Tabla 8.5.
Comportamiento sexual con parejas estables por sexo, PVVS - ECVC El Salvador, 2008

De los los participantes que reportaron parejas ocasionales, un 19.2% reportó una pareja ocasional en los últimos 12 meses. De este total, el 20.2% corresponde a los hombres y el 18.2% a las mujeres (Tabla 8.6).

El 93.2% de los participantes con pareja ocasional dijo que tuvo de 1 a 5 relaciones sexuales con su pareja ocasional en los últimos 30 días. La misma frecuencia fue reportada por el 91.5% de los participantes hombres.

El 48.5% de los participantes informó que su pareja ocasional es VIH negativo, el 34.7% dijo que no conoce el estatus de VIH de esta pareja (datos no mostrados en la tabla). El 68.5% de los hombres y el 60.9% de las mujeres que reportaron sexo con parejas ocasionales en los últimos 12 meses, dijeron que siempre usaron condón con estas parejas.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

Tabla 8.6.
Comportamiento sexual con parejas ocasionales por sexo, PVVS – ECVS El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Número total de parejas ocasionales en los últimos 12 meses									
0	791	535	67.6	401	232	57.9	390	303	77.7
1		152	19.2		81	20.2		71	18.2
>= 2		104	13.1		88	21.9		16	4.1
Frecuencia de relaciones sexuales con su pareja ocasional en los últimos 30 días									
0	88	2	2.3	59	2	3.4	29	0	0.0
1 - 5		82	93.2		54	91.5		28	96.6
>=6		4	4.5		3	5.1		1	3.4
Uso consistente de condón con todas las parejas ocasionales o casuales en los últimos 12 meses	255	168	65.9	168	115	68.5	87	53	60.9
Pareja ocasional es VIH+	256	43	16.8	169	20	11.8	87	23	26.4

4. Sexo comercial

El 4.0% del total de encuestados reportó que ha recibido dinero a cambio de sexo en los últimos 12 meses. De estos, un 23.3% reportó que se dedica al trabajo sexual en el momento de la encuesta, siendo la mayor proporción (58.3%) para las mujeres (Tabla 8.7). De los participantes que reportaron trabajo sexual, un 79.2% nunca le dijo a sus clientes que está infectado con el VIH y solo el 12.5% siempre lo ha dicho a sus clientes. El 6.1% de todos los participantes ha comprado sexo en los últimos 12 meses. De estos, el 81.6% de los participantes ha comprado sexo vaginal, el 22.4% ha comprado sexo anal y el 28.6% ha comprado sexo oral. De estos, el 89.8% no le dice a los trabajadores sexuales que están infectados con el VIH. El 60.0% de los hombres que reportaron compra de sexo, reportaron uso consistente de condón con este tipo de pareja en los últimos 12 meses.

Tabla 8.7.
Sexo comercial por sexo, PVVS - ECVS El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
TRABAJO SEXUAL									
Ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales en los últimos 12 meses	805	32	4.0	408	19	4.7	397	13	3.3
Actualmente se dedica al trabajo sexual	30	7	23.3	18	0	0	12	7	58.3
Le dice a sus clientes que está infectado con el VIH									
Siempre	24	2	12.5	15	2	13.3	9	1	11.1
A veces		3	8.3		1	6.7		1	11.1
Nunca		19	79.2		12	80.0		7	77.8
SEXO CON TRABAJADORES SEXUALES									
Ha tenido sexo con trabajadores sexuales en los últimos 12 meses	806	49	6.1	409	47	11.5	397	2	0.5
Tipo de práctica sexual que tuvo la última vez que compró sexo *									
Vaginal	49	40	81.6	47	38	80.9	2	2	0.5
Anal		11	22.4		11	23.4		0	0.0
Oral		14	28.6		14	29.8		0	0.0

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Uso consistente de condón cuando compró sexo en los últimos 12 meses	47	29	61.7	45	27	60.0	2	2	0.5
Cuando compra sexo, le dice a los trabajadores sexuales que está infectado con el VIH									
Siempre	49	1	2.0	47	1	2.1	2	0	0.0
A veces		4	8.2		4	8.5		0	0.0
Nunca		44	89.8		42	89.4		2	100

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

(continuación) **Tabla 8.7.**
Sexo comercial por sexo, PVVS - ECVC El Salvador, 2008

5. Última relación sexual

El 28.5% del total de entrevistados reportaron haber tenido la última relación sexual de 2 a 7 días antes del momento de ser encuestados, sin importar el tipo de pareja. El 42.6% de los entrevistados dijo que la última relación sexual la tuvo hace más de un mes (Tabla 8.8).

El 69.0% de los participantes reportó que la última relación sexual la tuvo con su pareja estable. El 28.1% tuvo la última relación sexual con su pareja ocasional. El 73.3% de la muestra total dijo que usó condón en la última relación sexual.

El 45.9% de los encuestados informó que la pareja con quien tuvo la última relación sexual es VIH negativo. El 37.2% reportó que la última relación la tuvo con una pareja VIH positivo, distribuidos en 32.5% en hombres y 42.1% en mujeres.

El 78.0% de los hombres y el 77.4% de las mujeres con pareja estable respondieron que usaron condón durante la última relación sexual con esta pareja. Un 80.1% de los hombres con su pareja ocasional y un 66.3% de las mujeres usaron condón en la última relación sexual con esta pareja (Gráfico 8.1).

De los participantes que han comprado sexo en los últimos 12 meses, el 69.6% de los hombres y el 50.0% de las mujeres dijeron que usaron condón durante la última relación sexual. De los participantes que reportaron vender sexo, un 33.3% de los hombres y el 100% de las mujeres dijeron que usaron condón la última vez.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Hace cuánto tiempo tuvo la última relación sexual con cualquier pareja									
<=1 día	699	94	13.4	343	48	14.0	356	46	12.9
2 - 7 días		199	28.5		90	26.2		109	30.6
8 - 30 días		108	15.5		49	14.3		59	16.6
> 1 mes		298	42.6		156	45.5		142	39.9
Tipo de pareja con la que tuvo la última relación sexual									
Pareja estable	783	540	69.0	396	229	57.8	387	311	80.4
Pareja ocasional		220	28.1		150	37.9		70	18.1
Cliente		6	0.8		0	0.0		6	1.6
Trabajador(a) sexual		17	2.2		17	4.3		0	0.0
Usó condón en la última relación sexual	787	577	73.3	399	298	74.7	388	279	71.9
La pareja con la que tuvo la última relación sexual es VIH+									
No	806	370	45.9	409	196	47.9	397	174	43.8
Sí		300	37.2		133	32.5		167	42.1
No sabe/no responde		136	16.9		80	19.6		56	14.1

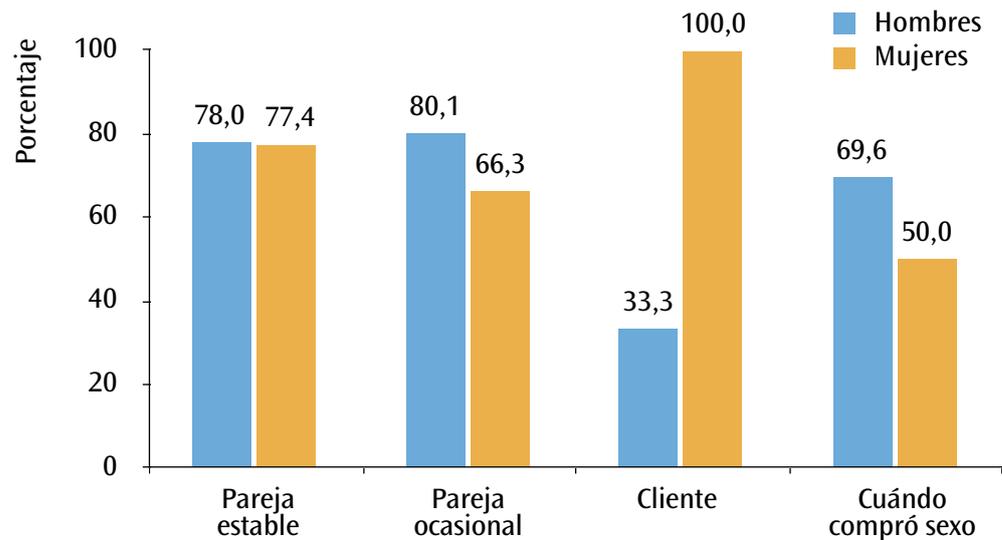
Tabla 8.8.
Última relación sexual por sexo, PVVS - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

Gráfico 8.1.
Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales
PVVS por sexo,
ECVC El Salvador 2008



La tabla 8.9 muestra la información acerca de dónde consiguen los condones los participantes, así como problemas ocurridos durante el uso de los mismos.

El 74.5% de los participantes consigue los condones en la clínica privada o farmacia. El 43.2% informó que los consigue en el centro de salud u hospital. También, un 43.2% reportó que los consigue en el supermercado, tienda o gasolinera. El 48.6% de los participantes informó que obtener un condón muy fácil. El 73.5% de los participantes informó que el último condón lo obtuvo gratis.

El 21.3% de la muestra de participantes informó que durante las 10 últimas veces que usó condón, éste se les rompió o resbaló. De estos, el 21.9% son mujeres y el 20.7%, hombres. Un 18.5% de los participantes informó que usa lubricantes durante las relaciones sexuales.

Tabla 8.9.
Adquisición
y uso de condones por sexo,
PVVS - ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Lugares donde consigue condones *									
Supermercado/tienda/gasolinera	776	335	43.2	401	170	42.4	375	165	44.0
Clínica privada/farmacia		578	74.5		308	76.8		270	72.0
Centro de salud/hospital		335	43.2		174	43.4		161	42.9
ONG/educadora/grupos de apoyo		93	12.0		54	13.5		39	10.4
Night club		13	1.7		9	2.2		4	1.1
Motel/hotel		32	4.1		20	5.0		12	3.2
Amigos/familia		25	3.2		19	4.7		6	1.6
Obtener un condón es:									
Muy fácil	797	387	48.6	408	210	51.5	389	177	45.5
Fácil		287	36.0		149	36.5		138	35.5
Regular		66	8.3		26	6.4		40	10.3
Difícil		57	7.2		23	5.6		34	8.7
Gasto para adquirir el último condón									
Pagó algo	775	205	26.5	396	134	33.8	379	71	18.7
Gratis		570	73.5		262	66.2		308	81.3
Se le rompió/resbaló un condón de las últimas 10 veces que tuvo relaciones sexuales	776	165	21.3	401	83	20.7	375	82	21.9
Utiliza lubricantes durante las relaciones sexuales	796	147	18.5	405	106	26.2	391	41	10.5

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

6. Consumo de alcohol y drogas

Un 9.4% de los participantes informó que consumió alcohol en los últimos 30 días. De estos, el 13.6% son hombres y el 5.0%, mujeres (Tabla 8.10).

En cuanto al consumo de drogas, el 8.1% de los participantes ha consumido drogas alguna vez en la vida. Un 3.7% de los participantes ha consumido drogas en los últimos 12 meses. El 11.5% de los participantes se ha inyectado otras sustancias diferentes a las drogas en los últimos 12 meses.

Tabla 8.10.

Uso de alcohol y drogas por sexo, PVVS – ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Uso de alcohol en los últimos 30 días	808	76	9.4	411	56	13.6	397	20	5.0
Número de veces que tomó 4-5 o más tragos/bebidas en la misma ocasión, últimos 30 días									
No ha tomado		736	91.3		358	87.5		378	95.2
En 1 a 3 ocasiones	806	19	2.4	409	9	2.2	397	10	2.5
En 4 ocasiones o más		51	6.3		42	10.3		9	2.3
Uso de drogas en la vida	807	65	8.1	410	53	12.9	397	12	3.0
Uso de drogas en los últimos 12 meses	807	30	3.7	410	26	6.3	397	4	1.0
Uso de drogas en los últimos 30 días	806	12	1.5	409	11		397	1	
Ha fumado marihuana en los últimos 30 días*		8	1.0		8	1.9		0	0
Ha fumado o inhalado piedra, crack, cocaína o heroína en los últimos 30 días*		8	1.0		7	1.7		1	0.3
Se ha inyectado cocaína o heroína en los últimos 30 días*	808	0	0	411	0		397	0	
Ha inhalado thinner en los últimos 30 días*		0	0		0			0	
Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días*		1	0.1		1			0	
Se ha inyectado sustancias diferentes a las drogas	807	93	11.5	410	53	12.9	397	40	10.1

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

7. Migración

Solamente un 5.1% de la muestra informó que ha estado en otro país fuera de El Salvador en los últimos 12 meses. De estos, un 17.1% ha tenido sexo en el extranjero (Tabla 8.11).

Tabla 8.11.

Migración por sexo, PVVS – ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Ha estado en otro país fuera de El Salvador durante los últimos 12 meses	807	41	5.1	410	30	7.3	397	11	2.8
Ha tenido sexo con un hombre cuando estuvo en el extranjero	41	7	17.1	30	5	16.7	11	2	18.2

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

8. Historia de ITS

La tabla 8.12 muestra la información de los participantes sobre la presencia de síntomas de ITS durante los últimos 12 meses.

El 60.0% de los participantes no reportaron síntomas de ITS en los últimos 12 meses. Esta proporción corresponde al 69.4% de los hombres y al 49.7% de las mujeres.

El 37.2% de las mujeres reportó secreción o mal olor en la vagina en los últimos 12 meses. El 12.5% de los hombres reportó úlceras en el área genital. El 19.4% de los participantes reportó que actualmente tiene algún síntoma de ITS.

El 57.0% de los participantes buscó atención médica después del apareamiento de esta sintomatología.

Tabla 8.12.
Historia de ITS por sexo
PVVS – ECVV El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Participantes que han permanecido asintomáticos de ITS en los últimos 12 meses	785	471	60.0	409	284	69.4	376	187	49.7
Síntomas que ha presentado el/la participante en los últimos 12 meses *									
Secreción o mal olor por el pene/vagina	804	172	21.4	412	26	6.4	392	146	37.2
Disuria		109	13.6		36	8.8		73	18.6
Úlceras en el área genital		103	12.8		51	12.5		52	13.3
Ganglios inflamados		57	7.1		28	6.8		29	7.4
Verrugas		52	6.5		27	6.6		25	6.4
Prurito/ladillas		106	13.2		42	10.3		64	16.3
Dolor pélvico (mujeres)		60	7.5		NA	NA		60	15.3
Actualmente tiene algún síntoma de ITS	737	143	19.4	364	46	12.6	373	97	26.0
Qué hizo luego que presentó síntomas de una ITS									
Buscó atención médica	142	81	57.0	45	24	53.3	97	57	58.8
No buscó atención médica		61	43.0		21	46.7		40	41.2

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

9. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH

Las variables de conocimiento y prevención se detallan en la tabla 8.13. El porcentaje refleja las respuestas correctas obtenidas según cada pregunta. Para la prevención del VIH, las respuestas correctas fueron desde 58.9% en cuanto a la posibilidad de transmisión del virus a través de sexo oral, hasta 88.4% en cuanto a la protección provista por el uso correcto y consistente del condón.

En cuanto al conocimiento de rutas de transmisión, los valores son más altos que para la prevención y van de 78.0% en cuanto a la transmisión por jeringas contaminadas, hasta 96.0% en relación a la transmisión del VIH por transfusión sanguínea. El nivel de conocimiento fue similar en hombres y mujeres.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE VIH									
Respuestas correctas a los enunciados sobre prevención del VIH									
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y consistente en cada relación sexual	795	703	88.4	407	363	89.2	388	340	87.6
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada	794	684	86.1	407	349	85.7	387	335	86.6
El VIH se puede prevenir al evitar inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó	794	625	78.7	407	315	77.4	387	310	80.1
El VIH se puede prevenir absteniéndose de tener relaciones sexuales	793	669	84.4	406	342	84.2	387	327	84.5
El VIH se puede prevenir teniendo solamente sexo oral	795	468	58.9	407	249	61.2	388	219	56.4
CONOCIMIENTO FORMAS DE TRANSMISIÓN DE VIH									
Respuestas correctas a los enunciados sobre transmisión del VIH									
El VIH se puede transmitir al tener relaciones sexuales vaginales o anales sin condón	789	728	92.3	405	372	91.9	384	356	92.7
El VIH se puede transmitir al recibir una transfusión de sangre infectada	792	760	96.0	405	389	96.0	387	371	95.9
El VIH se puede transmitir por la picadura de zancudo	793	658	83.0	407	330	81.1	386	328	85.0
El VIH se puede transmitir al compartir una comida con alguien infectado	790	719	91.0	403	366	90.8	387	353	91.2
El VIH se puede transmitir al compartir cubiertos o platos de alguien infectado	788	724	91.9	402	364	90.5	386	360	93.3
El VIH se puede transmitir por usar una aguja que había usada por alguien que está infectado/a	792	618	78.0	405	307	75.8	387	311	80.4
El VIH se puede transmitir al besar a una persona infectada	790	656	83.0	406	344	84.7	384	312	81.3
El VIH se puede transmitir por usar servicios sanitarios públicos	793	666	84.0	405	339	83.7	388	327	84.3
Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su hijo/a a través de la leche materna	795	685	86.2	407	351	86.2	388	334	86.1
Es posible que una persona con VIH pueda reinfectarse	795	683	85.9	407	342	84.0	388	341	87.9
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	794	722	90.9	407	372	91.4	387	350	90.4

Tabla 8.13.
Conocimiento de medidas de prevención y transmisión del VIH por sexo
PVVS - ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

10. Diagnóstico de VIH y estado de salud

Un 47.2% de la muestra fue diagnosticado con VIH hace más de tres años. El 38.5% fue diagnosticado entre 1 a 3 años y solo un 7.7% fue diagnosticado hace menos de 6 meses (Tabla 8.14).

Las razones que motivaron a realizarse la prueba para detectar el VIH fueron las siguientes:

- El 45.5% de los hombres y el 28.8% de las mujeres dijeron que estaban enfermos.
- Fue solicitada por un médico, 17.2% de los hombres y 31.8% de las mujeres.
- El 28.1% de los hombres y el 20.7% de las mujeres dijeron que se hicieron la prueba voluntariamente.
- El 7.5% de hombres y 18.7% de las mujeres dijeron que fue cuando su pareja fue diagnosticada con VIH/SIDA.

Un hospital fue el lugar donde el 53.1% de la muestra de participantes se realizó la prueba de VIH y un 24.4% en la Unidad de Salud. Solo el 48.0% de los participantes recibieron consejería antes y después de hacerse la prueba. Un 28.2% del total de la muestra reportó que no recibió consejería.

Tabla 8.14.
Antecedentes sobre el diagnóstico de VIH y estado actual de salud por sexo, PVVS ECVS El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Hace cuánto fue diagnosticado									
< 6 meses	801	62	7.7	406	38	9.4	395	24	6.1
6 - 12 meses		53	6.6		19	4.7		34	8.5
> 1 año – 3 años		308	38.5		168	41.4		140	35.2
> de 3 años		378	47.2		181	44.6		197	49.5
Razones para hacerse la prueba de VIH *									
Prueba voluntaria	809	198	24.5	413	116	28.1	396	82	20.7
Prueba solicitada por médico		197	24.4		71	17.2		126	31.8
Estaba enfermo/a		302	37.3		188	45.5		114	28.8
Cuando la pareja fue diagnosticada con VIH/SIDA		105	13.0		31	7.5		74	18.7
Al donar sangre		19	2.3		11	2.7		8	2.0
Lugar donde fue diagnosticado/a									
Unidad de salud	810	198	24.4	412	90	21.8	397	108	27.2
Hospital		430	53.1		207	50.1		223	56.2
Clínica privada		50	6.2		32	7.7		18	4.5
Laboratorio privado		43	5.3		33	8.0		10	2.5
ONG		13	1.6		8	1.9		5	1.3
Cruz roja		9	1.1		1	0.2		8	2.0
Unidad móvil		12	1.5		8	1.9		4	1.0
ISSS		39	4.8		24	5.8		15	3.8
Otro		16	2.0		10	2.4		6	1.5
Recibió consejería cuando se hizo la prueba de VIH									
Sí, recibió consejería antes y al recibir el resultado de la prueba	798	383	48.0	407	188	46.2	391	195	49.9
Sí, solo recibió consejería antes de la prueba		94	11.8		34	8.4		60	15.3
Sí, solo recibió consejería al recibir el resultado de la prueba		96	12.0		51	12.5		45	11.5
No recibió consejería		225	28.2		134	32.9		91	23.3

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

11. Diagnóstico de VIH y embarazo

Un 49.9% de la muestra de mujeres fue diagnosticada hace más de 3 años. Un hospital fue el lugar donde recibió el diagnóstico de VIH, reportado por un 56.2% de la muestra. El 27.2% lo recibió en la Unidad de Salud (Tabla 8.15).

Un 34.5% ya sabía que tenía VIH durante su último embarazo. El 33.7% de las participantes se realizó durante el último embarazo una prueba de VIH que resultó positiva. El 47.4% reportó que no se realizó una prueba de VIH durante su último embarazo.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Hace cuánto fue diagnosticada									
< 6 meses	395	24	6.1	NA	-	-	395	24	6.1
6 - 12 meses		34	8.6		-	-		34	8.5
> 1 año – 3 años		140	35.4		-	-		140	35.2
> 3 años		197	49.9		-	-		197	49.5
Lugar donde fue diagnosticada									
Unidad de Salud	397	108	27.2	NA	-	-	397	108	27.2
Hospital		223	56.2		-	-		223	56.2
Clínica privada		18	4.5		-	-		18	4.5
Laboratorio privado		10	2.5		-	-		10	2.5
ONG		5	1.3		-	-		5	1.3
Cruz roja		8	2.0		-	-		8	2.0
Unidad móvil		4	1.0		-	-		4	1.0
ISSS		15	3.8		-	-		15	3.8
Otro		6	1.5		-	-		6	1.5
Durante su último embarazo ya sabía que tenía VIH	296	102	34.5	NA	-	-	296	102	34.5
Durante su último embarazo le realizaron la prueba de VIH									
Sí, y resultado negativa	291	55	18.9	NA	-	-	291	55	18.9
Sí, y resultado positiva		98	33.7		-	-		98	33.7
No		138	47.4		-	-		138	47.4

Tabla 8.15.

Antecedentes de embarazo, PVVS - ECVC El Salvador, 2008

12. Autocuidado de la salud

El 93.7% de la muestra reportó que cuida mejor de su salud luego de haber sido diagnosticado con el VIH. Los deseos de vivir, autoestima y amor a la familia/pareja son las principales razones para atender mejor su salud, reportadas por 61.7%, 53.1% y 41.4%, respectivamente (Tabla 8.16).

Un 19.7% ha tenido problemas de salud o infección en los últimos 3 meses. Los problemas mayormente reportados fueron tos, 48.7%; fiebre prolongada, 39.2%; depresión, 38.6%; dolor de cabeza persistente, 38.0%; diarrea, 34.8%.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

Tabla 8.16.
Autocuidado y motivación personal por sexo, PVVS - ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Cuida mejor su salud después de haber recibido el diagnóstico VIH+	795	745	93.7	404	372	92.1	391	373	95.4
Razones que motivan al/a la participante para atender mejor su salud *									
Mensajes de radio	744	87	11.7	368	41	11.1	376	46	12.2
Mensajes de televisión		64	8.6		25	6.8		39	10.4
Información escrita		57	7.7		30	8.2		27	7.2
Pláticas con amigos		48	6.5		26	7.1		22	5.9
Charlas en las ONG		66	8.9		36	9.8		30	8.0
Creencias religiosas		74	9.9		40	10.9		34	9.0
La muerte de una persona cercana		33	4.4		17	4.6		16	4.3
Amor por mi familia/pareja		308	41.4		114	31.0		194	51.6
Autoestima		395	53.1		207	56.3		188	50.0
Soporte de grupos de apoyo		132	17.7		60	16.3		72	19.1
Deseo de vivir		459	61.7		227	61.7		232	61.7
Ha tenido algún problema de salud o infección en los últimos 3 meses		811	160		19.7	413		66	16.0
Síntomas que ha presentado en los últimos 3 meses *									
Fiebre prolongada	158	62	39.2	65	22	33.8	93	40	43.0
Diarrea		55	34.8		24	36.9		31	33.3
Depresión		61	38.6		20	30.8		41	44.1
Tos		77	48.7		33	50.8		44	47.3
Abscesos en la piel		28	17.7		15	23.1		13	14.0
Herpes		25	15.8		11	16.9		14	15.1
Adenopatías		21	13.3		10	15.4		11	11.8
Enfermedades de la piel		32	20.3		19	29.2		13	14.0
Convulsiones		4	2.5		0	0.0		4	4.3
Dolor de cabeza persistente		60	38.0		21	32.3		39	41.9
Candidiasis oral		2	1.3		1	1.5		1	1.1
Neumonía		6	3.8		3	4.6		3	3.2
Tuberculosis		5	3.2		4	6.2		1	1.1
Otro síntoma		12	7.6		4	6.2		8	8.6

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

13. Control médico

El 47.4% de los participantes reportó que ha realizado la prueba del PPD como parte de los servicios de control médico. (Tabla 8.17).

Solamente el 7.6% reportó que ha recibido quimioprofilaxis y tratamiento para tuberculosis. El 31.3% reportó que le han realizado exámenes de carga viral y linfocitos CD4.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Se ha realizado la prueba de PPD durante su control médico	798	378	47.4	407	182	44.7	391	196	50.1
Recibió algún tratamiento contra la TB luego de conocer su condición de VIH+									
No recibió ninguna	793	718	90.5	403	355	88.1	390	363	93.1
Recibió quimioprofilaxis y tratamiento		60	7.6		41	10.2		19	4.9
Solamente recibió quimioprofilaxis		8	1.0		4	1.0		4	1.0
Solamente recibió tratamiento		7	0.9		3	0.7		4	1.0
Tipos de servicios que recibe en su control médico *									
Examen clínico	801	627	78.3	408	324	79.4	393	303	77.1
Tratamiento contra infecciones oportunistas		182	22.7		93	22.8		89	22.6
Estudios especiales de laboratorio (CD4, carga viral)		251	31.3		131	32.1		120	30.5
Otros estudios de laboratorio		182	22.7		93	22.8		89	22.6
Entrega de víveres/suplementos nutricionales		20	2.5		10	2.5		10	2.5
Consejería y grupos de apoyo		132	16.5		54	13.2		78	19.8
Visitas domiciliarias		3	0.4		3	0.7		0	0.0
Atención domiciliar		16	2.0		5	1.2		11	2.8

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

Tabla 8.17.

Quimioprofilaxis para TB y control médico por sexo, PVVS – ECVV El Salvador, 2008

El 70.6% de los participantes informó que recibe actualmente tratamiento antirretroviral (Tabla 8.18). El 80.3% de estos comenzó a tomar antirretrovirales hace más de un año. El 96.5% de los participantes que están en tratamiento antirretroviral informó que recibió consejería antes de iniciar el tratamiento antirretroviral.

El 17.7% de los participantes informó que asiste a su control cada 2 meses. Un 28.2% asiste cada 3 meses.

El 69.7% de los entrevistados que reportaron haber tenido efectos adversos asociados a la terapia antirretroviral informó náuseas, vómitos o mareos. El 33.8% reportó cefalea, un 24.6% informó problemas de la piel y un 21.8% tuvo diarrea.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Recibe tratamiento antirretroviral	781	551	70.6	398	273	68.6	383	278	72.6
Hace cuánto comenzó a tomar ARV									
< 1 mes	544	27	5.0	269	14	5.2	275	13	4.7
> 1 mes <= 6 meses		48	8.8		21	7.8		27	9.8
> 6 meses <= 1 año		32	5.9		11	4.1		21	7.6
> 1 año		437	80.3		223	82.9		214	77.8
Recibió consejería antes de iniciar su tratamiento ARV	546	527	96.5	270	256	94.8	276	271	98.2
Cada cuánto asiste a su control por el tratamiento ARV									
Cada mes o menos	547	214	39.1	271	109	40.2	276	105	38.0
Cada 2 meses		97	17.7		41	15.1		56	20.3
Cada 3 meses		154	28.2		78	28.8		76	27.5
Más de 3 meses		82	15.0		43	15.9		39	14.1

Tabla 8.18.

Tratamiento antirretroviral por sexo, PVVS – ECVV El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

Tabla 8.18. (continuación)
Tratamiento antirretroviral
por sexo,
PVVS – ECVV El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Efectos adversos provocados por el tratamiento ARV que han presentado los participantes *									
Cefalea	142	48	33.8	67	21	31.3	75	27	36.0
Anemia		22	15.5		6	9.0		16	21.3
Náusea, vómitos, mareos		99	69.7		46	68.7		53	70.7
Diarreas		31	21.8		13	19.4		18	24.0
Problemas de la piel		35	24.6		17	25.4		18	24.0
Pancreatitis		5	3.5		2	3.0		3	4.0
Hepatotoxicidad, ictericias		7	4.9		4	6.0		3	4.0
Disminución de la sensibilidad		21	14.8		12	17.9		9	12.0
Alergias		35	24.6		17	25.4		18	24.0
Pérdida de grasa corporal		24	16.9		14	20.9		10	13.3

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

Un 45.3% reportó que está tomando actualmente (AZT + 3TC) + Efavirenz; seguida por un 6.3% que toma (AZT + 3TC) + Nevirapina y un 5.3% que toma 3 medicamentos Lamivudina + Efavirenz + Zidovudina (Tabla 8.19). El principal problema para cumplir con el tratamiento, reportado por el 84.8% de la muestra, fueron dificultades para cumplir el horario de las dosis. Un 21.2% ha olvidado tomar una dosis a la semana o menos

Tabla 8.19.
Dificultades para seguir
el tratamiento antirretroviral
por sexo,
PVVS - ECVV El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Medicamentos ARV que está tomando actualmente *									
1 Medicamento **	415	22	5.3	206	10	4.9	209	12	5.7
(AZT + 3TC) + EFAVIRENZ		188	45.3		90	43.7		98	46.9
(AZT + 3TC) + NEVIRAPINA		26	6.3		7	3.4		19	9.1
(AZT + 3TC) + INDINAVIR		18	4.3		11	5.3		7	3.3
(AZT + 3TC) + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ		18	4.3		16	7.8		2	1.0
ESTAVUDINA + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ		18	4.3		10	4.9		8	3.8
LAMIVUDINA + EFAVIRENZ + ZIDOVUDINA		22	5.3		16	7.8		6	2.9
Otras combinaciones de 2 medicamentos		53	12.8		24	11.7		29	13.9
Otras combinaciones de 3 medicamentos		49	11.8		21	10.2		28	13.4
(AZT + 3TC) + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ + INDINAVIR		1	0.2		1	0.5		0	--
Problemas que ha tenido para cumplir el tratamiento indicado *									
Falta de disponibilidad/escasez de medicamentos en el centro de salud	184	3	1.6	84	2	2.4	100	1	1.0
Por los efectos secundarios que le han provocado		5	2.7		1	1.2		4	4.0
Dificultad para cumplir el horario		156	84.8		69	82.1		87	87.0
Ha olvidado tomar alguna dosis									
>= 2 veces por semana	551	57	10.3	273	25	9.2	278	32	11.5
<= 1 vez por semana		117	21.2		54	19.8		63	22.7
Nunca		8	1.5		5	1.8		3	1.1
No contesta/No aplica		369	67.0		189	69.2		180	64.7

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

** Uno de los siguientes: AZT + 3TC/Estavudina/Lamivudina/Nevirapina/Efavirenz/Lopinavir o Ritonavir/Zidovudina

Entre los participantes que reportaron resultados de CD4, un 83.2% dijo que su último conteo fue mayor o igual a 200 (Tabla 8.20). Un 80.2% de los participantes con resultados de carga viral dijeron tener menos de 500 copias.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Conteo de último resultado de CD4									
< 200	357	60	16.8	194	39	20.1	163	21	12.9
>=200		297	83.2		155	79.9		142	87.1
Último resultado de carga viral									
< 500	182	146	80.2	93	73	78.5	89	73	82.0
>=500		36	19.8		20	21.5		16	18.0

Tabla 8.20.
Resultados de CD4
y carga viral por sexo,
PVVS - ECVC El Salvador, 2008

14. Derechos humanos

Entre los derechos mayormente mencionados por los participantes están mantener su empleo, 81.3%; recibir servicios de salud, 82.8%; recibir ARV, 45.5%, y confidencialidad al hacerse la prueba de VIH, 37.6% (Tabla 8.21).

Solo un 44.3% conoce la Ley Especial para personas viviendo con VIH/SIDA. Un 54.3% denunciaría un acto de violación a sus derechos y un 30.1% buscó apoyo cuando tuvo la necesidad de denunciar.

El 67.8% recibe apoyo o atención en el hogar; un 62.4% recibe apoyo de sus padres; 48.2%, de los hermanos y un 29.3% recibe apoyo de su pareja.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Derechos que conoce(n) los/las participantes *									
Mantener su empleo	734	597	81.3	370	299	80.8	364	298	81.9
Recibir servicios de salud		608	82.8		302	81.6		306	84.1
Recibir ARV		334	45.5		161	43.5		173	47.5
Realizar pruebas antes de casarse		168	22.9		81	21.9		87	23.9
Protegerse y proteger a su pareja		221	30.1		103	27.8		118	32.4
Recibir educación		243	33.1		112	30.3		131	36.0
Confidencialidad al hacerse la prueba de VIH		276	37.6		128	34.6		148	40.7
Pre y post consejería		230	31.3		112	30.3		118	32.4
Conoce la Ley Especial para personas viviendo con VIH/SIDA	796	353	44.3	402	192	47.8	394	161	40.9
Denunciaría un acto de violación a sus derechos	794	431	54.3	401	234	58.4	393	197	50.1
Buscó apoyo cuando tuvo la necesidad de denunciar	428	129	30.1	237	61	25.7	191	68	35.6
Recibe apoyo y atención en el hogar	802	544	67.8	413	286	69.2	389	258	66.3
Personas que brindan apoyo *									
Pareja	542	159	29.3	285	63	22.1	257	96	62.6
Padres		338	62.4		189	66.3		149	58.0
Hermanos		261	48.2		139	48.8		122	47.5
Tíos		51	9.4		23	8.1		28	10.9
Abuelos		14	2.6		6	2.1		8	3.1
Hijos		112	20.7		30	10.5		82	31.9

Tabla 8.21.
Conocimiento de
derechos humanos por sexo,
PVVS – ECVC El Salvador, 2008

Encuesta Centroamericana
de Vigilancia de Comportamiento Sexual
y Prevalencia de VIH/ITS
en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

15. Estigma y discriminación

Un 25.1% ha sufrido discriminación por ser una persona con el VIH. Esta proporción fue más alta en mujeres, 32.3%, que en hombres, 18.2% (Tabla 8.22).

De estos, el aislamiento en la casa fue reportado por un 47.3%, seguido del rechazo en el vecindario, 32.0% (que fue mayormente reportado por mujeres); el maltrato en un establecimiento de salud, 19.2% y la divulgación de su condición de VIH, 18.7%.

Al preguntar de quién ha recibido rechazo, reportan: por parte de la familia, 36.0%; de amigos, 28.1%; del personal de salud, 22.7%, y de miembros de la comunidad, 19.7%, entre otros.

Tabla 8.22.
Estigma y discriminación
alguna vez por sexo,
PVVS – ECVS El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Ha sufrido discriminación por ser una persona con VIH	809	203	25.1	413	75	18.2	396	128	32.3
Tipo de discriminación sufrida *									
Aislamiento de familiares y amigos	203	96	47.3	75	37	49.3	128	59	46.1
Abstención del contacto físico		21	10.3		7	9.3		14	10.9
Expulsión del trabajo		30	14.8		14	18.7		16	12.5
Expulsión de la casa		13	6.4		2	2.7		11	8.6
Maltrato en establecimiento de salud		39	19.2		14	18.7		25	19.5
Divulgación de su condición de VIH		38	18.7		6	8.0		32	25.0
Rechazo en el vecindario		65	32.0		18	24.0		47	36.7
De quiénes recibió el rechazo *									
Familia	203	73	36.0	75	22	29.3	128	51	39.8
Amigos		57	28.1		25	33.3		32	25.0
Pareja		6	3.0		2	2.7		4	3.1
Jefe		20	9.9		10	13.3		10	7.8
Otras personas con VIH		3	1.5		1	1.3		2	1.6
Personal de salud		46	22.7		14	18.7		32	25.0
Miembros de la comunidad		40	19.7		12	16.0		28	21.9
Compañeros del trabajo		16	7.9		7	9.3		9	7.0

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

El 76.9% ha confiado su diagnóstico a amigos y en su trabajo. Un 80.6% ha confiado su diagnóstico a la pareja estable y un 26.2%, a la pareja ocasional (Tabla 8.23).

Tabla 8.23.
Personas que conocen
su estatus de VIH por sexo,
PVVS – ECVS El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
A quién ha confiado su diagnóstico*									
Amigos/trabajo	805	619	76.9	412	311	75.5	393	308	78.4
Familia		82	10.2		48	11.7		34	8.7
Pareja estable conoce que es VIH+	506	408	80.6	217	164	75.6	289	244	84.4
Pareja ocasional conoce que es VIH+	260	68	26.2	173	36	20.8	87	32	36.8

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

Solamente un 5.7% del total de la muestra reportó que ha sido discriminado en un establecimiento de salud por ser una persona con VIH, durante los últimos 12 meses. Un 4.3% ha evitado o retrasado la búsqueda de atención médica en el mismo período (Tabla 8.24). Un 5.6% ha sido abandonado o excluido del hogar, un 2.9% ha sido forzado a usar utensilios diferentes para comer. Un 3.7% reportó que perdió su trabajo por ser una persona con VIH.

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD									
Ha sido discriminado por ser una persona con VIH en los últimos 12 meses	786	45	5.7	400	16	4.0	386	29	7.5
Ha evitado/retrasado la búsqueda de atención médica por el maltrato debido a su condición de VIH en los últimos 12 meses	793	34	4.3	405	15	3.7	388	19	4.8
EN EL HOGAR									
Tipos de discriminación a los que ha sido sometido en el hogar *									
Abandonado/a o alejado/a de la familia	805	45	5.6	411	15	3.6	394	30	7.6
Excluido/a del hogar		27	3.4		9	2.2		18	4.6
Forzado/a a comer solo/a		20	2.5		8	1.9		12	3.0
Forzado/a a usar utensilios diferentes para comer		23	2.9		9	2.2		14	3.6
Forzado/a a dormir solo/a		16	2.0		9	2.2		7	1.8
EN EL TRABAJO									
Tipos de discriminación a los que ha sido sometido en el trabajo *									
Perdió el trabajo	805	30	3.7	411	9	2.2	394	21	5.3
Le han negado promociones/capacitaciones		11	1.4		5	1.2		6	1.5
Perdió su alojamiento o le negaron la renta de vivienda		7	0.9		5	1.2		2	0.5
Le han quitado su propiedad		3	0.4		1	0.2		2	0.5

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible.

Tabla 8.24.
Estigma y discriminación en el ámbito social por sexo, PVVS – ECVC El Salvador, 2008

16. Prevalencias de ITS

La tabla 8.25 muestra la información de las prevalencias de ITS en los participantes que se sometieron a dichas pruebas.

La prevalencia de herpes tipo 2 fue de 82.3%. La prevalencia de sífilis fue de 15.2%. En estos, la prevalencia de sífilis activa fue de 3.0% (dilución de la prueba RPR por encima de 1:8). La prevalencia de sífilis activa en hombres fue de 5.5% y en mujeres, de 0.5%.

El 25.1% de la muestra de mujeres fue positiva a vaginosis bacteriana. La prevalencia de *Mycoplasma genitalium* en mujeres fue de 19.6% y de *Tricomonas vaginalis*, de 9.4%.

La prevalencia de *Mycoplasma genitalium* en hombres fue de 8.9% y de *Tricomonas vaginalis*, de 0.3%.

La prevalencia de alguna ITS que incluye alguna prueba de PCR positiva y/o sífilis activa fue de 20.1%, con mayor proporción en mujeres (27.6%) que en hombres (12.7%). La prevalencia de alguna ITS solo por pruebas de PCR, fue de 18.9%, con mayor proporción en mujeres (28.4%), que en hombres (8.9%).

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Personas viviendo con VIH SIDA

Tabla 8.25.
Prevalencia de ITS por sexo,
PVVS – ECVC El Salvador, 2008

	TOTAL			Hombres			Mujeres		
	N	(n)	%	N	(n)	%	N	(n)	%
Virus del herpes simplex tipo 2	760	642	84.5	381	309	81.1	379	333	87.9
Sífilis	760	116	15.3	381	78	20.5	379	38	10.0
Sífilis activa (TPPA+ y RPR ≥1:8)	760	23	3.0	381	21	5.5	379	2	0.5
Vaginosis bacteriana	370	93	25.1	NA	NA	NA	370	93	25.1
<i>Chlamydia trachomatis</i>	745	9	1.2	361	0	0.0	383	9	2.3
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	745	2	0.3	361	0	0.0	383	2	0.5
<i>Mycoplasma genitalium</i>	744	107	14.4	361	32	8.9	382	75	19.6
<i>Trichomonas vaginalis</i>	745	37	5.0	361	1	0.3	383	36	9.4
Alguna ITS (sífilis, PCR)	806	162	20.1	408	52	12.7	398	110	27.6
Alguna ITS (PCR)	745	141	18.9	361	32	8.9	384	109	28.4

A. Discusión

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables mostró la factibilidad de un trabajo multisectorial para recolectar información clave acerca del comportamiento de la población PVVS en El Salvador. Este estudio empleó diferentes métodos para mejorar la calidad de los datos colectados sobre comportamiento y prevalencia de ITS en PVVS. Se usó el ACASI para hacer preguntas sobre temas sensibles, lo que potencialmente disminuye el sesgo de reporte.⁷ En los sitios de estudio trabajaban miembros de la población y de las ONG que apoyan a PVVS. Se espera que dichas actividades en conjunto contribuyan a mejorar la calidad del estudio y de los datos. Esta es la primera investigación sobre conductas de riesgo e ITS en personas viviendo con VIH en El Salvador, y la segunda en la región después de Honduras.⁹

Otro logro importante de la ECVC fue el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones, instituciones y dependencias del MS. La participación de las ONG locales en todos los aspectos del estudio, incluyendo la recolección de datos, fue clave. Se pudo fortalecer la capacidad del laboratorio a través de capacitaciones, compra de materiales y equipamiento. Lo más importante para el éxito del estudio fue el esfuerzo multisectorial, liderado por el MS, con el apoyo logístico de las ONG y el apoyo financiero de diferentes agencias, como USAID y SICA, y el apoyo técnico del CDC.

Los resultados describen una población vulnerable y expuesta a violencia. La población estudiada fue mayoritariamente de bajos ingresos; un cuarto de los participantes no trabajaba al momento de la encuesta y el 80% vive con menos del salario mínimo. Así mismo, el nivel de educación era bajo y la mitad de los participantes tenía menos de educación primaria. El Salvador proporciona tratamiento antirretroviral y acceso a pruebas de seguimiento como CD4 y carga viral de VIH libres de costo para el paciente. Esto contribuye enormemente a que el paciente cumpla con sus citas y mejore la adherencia. Sin embargo, el nivel educativo y la exclusión social deben considerarse en el diseño e implementación de las intervenciones educativas y de prevención. La mayoría de los participantes reporta no ser 100% adherentes y el bajo nivel educacional puede contribuir a la falta de cumplimiento de las instrucciones de los servicios de salud.

La violencia sexual es un tema presente y común, tanto en la población de personas viviendo con VIH como en los otros grupos que fueron parte del estudio ECVC. El problema es mayor en mujeres que en hombres: un tercio de las mujeres fue violentada sexualmente alguna vez en la vida y casi el 20% en el último año. Muchas de estas agresiones vienen de la pareja o personas cercanas a la víctima. Es necesario continuar con la documentación de este problema en El Salvador, lo que incluye el establecimiento de vigilancia centinela en hospitales de referencia. Las PVVS representan una población fácil de alcanzar para iniciar intervenciones de apoyo psicológico a víctimas de violencia y seguimiento para denuncias legales.

La mayor parte de los participantes tiene pareja estable, y en el 50% de los casos la pareja estable es VIH positiva. El 20% de los participantes no le ha reportado a su pareja ser VIH positivo, cifra aún mayor en aquellas parejas discordantes. El uso de condón con pareja estable fue del 70%. Esto podría mejorarse a través de programas de consejería y cambio de comportamiento, especialmente porque en la mitad de los casos la pareja aún no está infectada.

Fue común tanto en hombres como en mujeres el tener parejas casuales el último año. El uso de condón con este tipo de parejas fue del 66%. El acceso a condones no parece ser un problema (85% reporta que es fácil o muy fácil adquirir un condón), así que debe fortalecerse la consejería para cambio de comportamiento. Esto incluye el uso consistente de condón, la reducción del número de parejas y la comunicación del estatus de VIH a la pareja. Los resultados del presente estudio pueden servir de línea de base para intervenciones dirigidas a estos temas.

Alrededor del 5% reportó haber comprado o vendido sexo en el último año, mientras que el 24% de los hombres reportó sexo con otro hombre. Esta cifra es más alta que las estadísticas nacionales de reporte de caso VIH/SIDA, en las que 5% son HSH.⁴ Es importante notar que, en el estudio, estas conductas de riesgo solamente se preguntaron en el último año y no necesariamente reflejan la ruta de adquisición del VIH. Es decir, que estos datos pueden subestimar la proporción real de casos de VIH que ha tenido sexo con trabajadoras del sexo o de hombres que tienen sexo con otros hombres.

Los niveles de conocimiento de rutas de prevención y transmisión de VIH son bastante altos tanto para hombres como para mujeres, con excepción de algunos indicadores como la transmisión por sexo oral o agujas contaminadas. Se recomienda fortalecer los programas de educación de los grupos de apoyo y otras estrategias educativas para que no consistan solamente en memorizar información sino que, sobre todo, en adquirir habilidades y destrezas.

Este estudio no logró llegar a personas recientemente infectadas, ya que solo el 15% tenía un diagnóstico de VIH menor a 1 año. La presente investigación apoya la urgencia de mejorar el acceso a pruebas y promover una cultura de conocer el status personal de VIH. La mayor parte de los participantes se realizó la prueba de VIH porque ya estaba enferma o al ser requerida por un médico; menos del 25% se hizo la prueba voluntariamente. A pesar de la alta cobertura del programa de transmisión madre a hijo en El Salvador, el 50% de las mujeres no se realizó la prueba de VIH en el último embarazo. El acceso a pruebas de VIH y la consejería post prueba son importantes tanto para la detección de personas que deben iniciar tratamiento antirretroviral como para efectos de prevención. Los resultados de un metaanálisis de estudios en los Estados Unidos muestra que, al ofrecer pruebas de VIH con consejería y facilitar el autoconocimiento de estatus de VIH, se disminuyeron comportamientos de riesgo en un 53%.¹⁰

Dos tercios de los participantes estaban en tratamiento antirretroviral; un 10% recibió profilaxis o tratamiento para la tuberculosis. La normativa nacional establece que todo paciente VIH positivo sin tuberculosis con CD4 menor o igual a 100 células por mL, debe recibir profilaxis para la TB. Sin embargo, estas normas se implementaron solamente hace un año en el país y el trabajo de estandarización todavía está en proceso por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de El Salvador.

Alrededor de la mitad de los participantes reporta haberse sentido discriminada alguna vez en la vida, más comúnmente por la familia, miembros del vecindario y servicios de salud. Sin embargo, los reportes de discriminación en los últimos doce meses son bastante menores y solo el 6% reportó haber sufrido discriminación por los servicios de salud en el último año. La discriminación y la homofobia, documentadas también en los reportes de hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales que son parte de este estudio, deben enfrentarse como un problema nacional que necesita de intervenciones para diferentes audiencias como familiares de PVVS, trabajadores de salud, empleadores y población general.

Infecciones de transmisión sexual

Uno de los hallazgos más importantes son las altas prevalencias de algunas ITS como sífilis, *Mycoplasma genitalium* y Tricomoniasis. En los hombres, aquellos que reportan sexo con otro hombre son seropositivos a sífilis (31.0%) y sífilis activa, >1:8 (10.3%). Estos hallazgos indican una epidemia de sífilis en HSH. Es importante notar que en la población de HSH también se documentaron sero-prevalencias altas de 12.1%. Se recomienda iniciar una campaña a través de las clínicas de terapia antirretroviral y centros de salud para la identificación y tratamiento de casos con sífilis y la búsqueda de contactos. Se debe incluir tratamiento para *Mycoplasma genitalium* y Tricomoniasis en las normas de tratamiento de secreción uretral. El *Mycoplasma genitalium* puede ser tratado con Azytromicina y, la Tricomoniasis, con Metronidazole. Ambos medicamentos no están incluidos en la normativa actual.

Los datos del estudio describen esta población de PVVS que es sexualmente activa, pero con una falta de medidas sistemáticas de prevención de ITS. El Salvador necesita asegurar la provisión de servicios de prevención y detección de las ITS, así como de salud sexual y reproductiva dirigida a PVVS. En cambio, el 60% de TS, 46% de UDI y 40% de HSH son alcanzados por programas de prevención del VIH, de acuerdo con datos de UNGASS.¹¹ Además, las PVVS no buscan atención médica cuando tienen síntomas. Solo dos tercios con síntomas de ITS buscaron atención médica luego de presentar síntomas. El monitoreo de la cobertura de la prevención entre las PVVS es importante. Sin embargo, mientras que los países sean solicitados por ONUSIDA para informar la cobertura de prevención entre los HSH, trabajadoras sexuales, y UDI, anualmente la prevención entre las PVVS no es solicitada o tratada en los informes anuales de la epidemia mundial.^{1,12}

Limitaciones

Es importante reconocer que este estudio tuvo fortalezas y algunas debilidades logísticas y técnicas. Es el primer estudio de personas viviendo con VIH en el país, realizado con el uso de entrevistas administradas por computadora. Con la participación de varios hospitales de referencia se alcanzó el tamaño de muestra. Algunas limitaciones son que la muestra es de PVVS que acuden a servicios de salud en San Salvador, por lo que no es representativa de todas las personas infectadas con VIH en el país. Las personas que acuden a servicios de salud son, sobre todo, personas sintomáticas que ya tienen varios años de estar infectadas. Sin embargo, los Hospitales Rosales y Zacamil reciben pacientes de todo el país por su reconocimiento a nivel nacional, y se espera que refleje una buena sección de la población en cuidados en El Salvador. En el mismo sentido, uno de los criterios de inclusión era ser personas sexualmente activas. Un 31.0% de los pacientes abordados no participó por reportar no haber tenido relaciones sexuales en el último año. No se puede asumir que la muestra representa los comportamientos de la población de PVVS en general y no podremos comparar las que son y no sexualmente activas. Sin embargo, las PVVS sexualmente activas son las que tienen más riesgo infectar a otros y a ellas mismas, razón por la cual fue tomada la decisión de incluirlas en el estudio.

B. Recomendaciones

Deben ser desarrolladas intervenciones rutinarias de carácter integral dirigidas a las PVVS. En el diseño de dichas intervenciones, el nivel educativo, los subgrupos de poblaciones en mayor riesgo de ITS y la exclusión social deben considerarse.

Es necesario continuar con la documentación de la violencia en El Salvador, lo que incluye el establecimiento de vigilancia centinela en hospitales de referencia. Las PVVS representan una población fácil de alcanzar para iniciar intervenciones de apoyo psicológico a víctimas de violencia y seguimiento para denuncias legales.

El uso de condón podría mejorarse a través de programas de consejería y cambio de comportamiento, especialmente porque en la mitad de los casos la pareja aún no está infectada. Así como la promoción de la consulta temprana a los servicios de salud para la atención de las ITS. El monitoreo de la cobertura de la prevención de ITS entre las PVVS es importante.

El acceso a pruebas de VIH y la consejería post prueba son importantes tanto para la detección de personas que deben iniciar tratamiento antirretroviral como para efectos de prevención.

Se recomienda iniciar una campaña a través de las clínicas de terapia antirretroviral y centros de salud para la identificación y tratamiento de casos con sífilis y la búsqueda de contactos. Se debe incluir tratamiento para *Mycoplasma genitalium* y Tricomoniasis en las normas de tratamiento de secreción uretral. El *Mycoplasma genitalium* puede ser tratado con Azitromicina y, la Tricomoniasis, con Metronidazole.

Es urgente que se continúe con el trabajo de estandarización de la normativa nacional sobre profilaxis o tratamiento para la tuberculosis que establece que todo paciente VIH positivo sin tuberculosis con CD4 menor o igual a 100 células por mL, debe recibir profilaxis para la TB.

IX. ANEXO UN NUEVO ENFOQUE PARA EL ESTUDIO DE POBLACIONES OCULTAS

IX

EXTRAÍDO DEL ARTÍCULO:

Muestreo y estimaciones en poblaciones ocultas usando Respondent driven sampling (RDS)

Matthew J. Salganik; Douglas D. Heckathorn

Sociological Methodology, Vol. 34 (2004) pp. 193-239

En el muestreo dirigido por los entrevistados, una muestra es colectada usando un procedimiento de cadena de referencia. Lo que ocurre es que los encuestados no son seleccionados de un marco muestral, sino que de una red social de miembros existentes en la muestra.

A diferencia del diseño muestral de probabilidad convencional, donde cada unidad tiene una probabilidad conocida y constante de selección, respondent driven sampling se basa en un diseño de muestreo adaptado donde el procediendo de selección esta afectado la red conocida en la población.

Por consiguiente, procedimientos especiales de muestreo deben ser usados.

En lugar de intentar estimar directamente de la muestra a la población, como en el muestreo y estimación tradicional, mostrada en la Figura A (1), el muestreo dirigido por el entrevistado utiliza un método indirecto. Primero la muestra es usada para hacer estimaciones sobre el tamaño de la red social de la población socialmente conectada. Esta información sobre la red social es usada para derivar la proporción de la población en diferentes grupos (Por ejemplo los VIH positivos y los VIH negativos). Este procesos esta ilustrado en la Figura A(2).

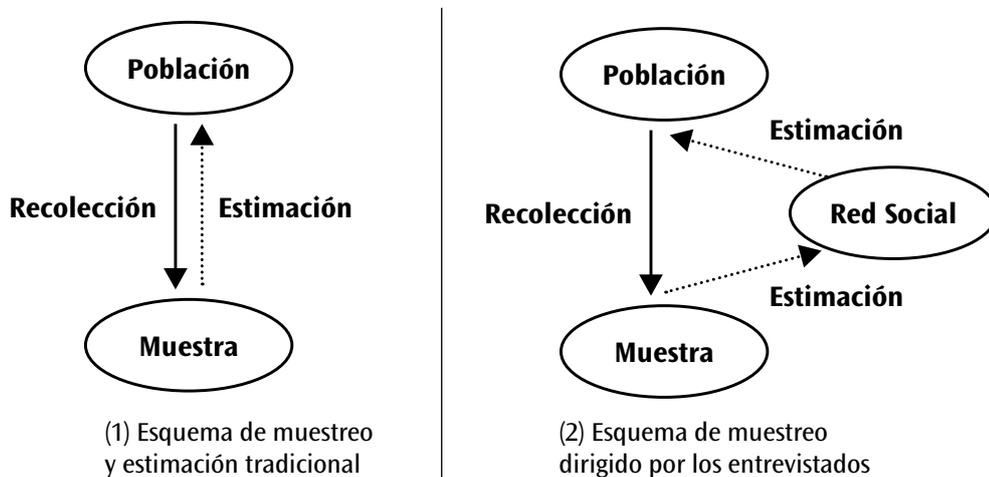


Figura A. Representaciones esquemáticas mostrando las diferencias entre el muestreo y estimación tradicional y el muestreo dirigido por los entrevistados. Al no estimar directamente desde la muestra, RDS evita muchos de los bien conocidos problemas de la estimación con una muestra de cadena de referencia.

Usando la red social para hacer estimaciones sobre las proporciones de la población

La idea principal detrás del proceso de estimación es que las estimaciones de provienen de las proporciones de la muestra. Más bien, la muestra es usada para hacer estimaciones sobre las redes que conecta a la población. Por tanto, usando la información sobre esta red, podemos inferir la proporción de la población en diferentes grupos. Para estimar desde la red social a la población, usaremos el modelo de reciprocidad que fue introducido por Heckathorn (2002).

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

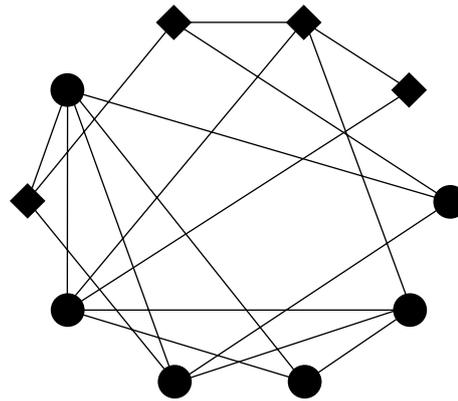
Anexo

107

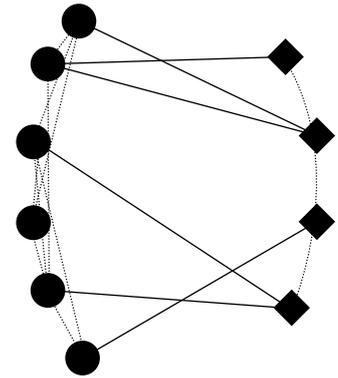
Considerar una población hipotética, como la que esta mostrada en la figura B(1). La población esta formada por dos grupos de personas (por ejemplo VIH + y VIH -), y nos gustaría estimar la proporción de la población en cada uno de éstos grupos. Al diseñar la misma población en una manera diferente como esta mostrada en la figura B(2), podemos observar que el número de lazos de alguien del grupo A hacia alguien más en el grupo B, el que para este ejemplo son 6, es el mismo que el número de lazos de alguien en B hacia alguien en A. Esta afirmación puede parecer bastante trivial, pero se resulta ser muy útil porque hay dos diferentes maneras de calcular este número de lazos transversales de los grupos. Primero, debemos comenzar con algunas anotaciones:

Figura B.

Dos diferentes representaciones de la misma población hipotética formada por dos diferentes tipos de individuos – círculos (●) y diamantes (◆). En (2) la población esta elaborada para enfatizar las diferencias dentro de un mismo grupo de amigos (representada por líneas punteadas) y entre los dos grupos de amigos (representada por líneas continuas). Usando solo información sobre la estructura de la red y las ecuaciones podemos estimar correctamente que el 60% de población son círculos y 40% son diamantes.



(1) Esquema de muestreo y estimación tradicional



(2) Esquema de muestreo dirigido por los entrevistados

Podemos almacenar toda la información sobre la red social en un matriz adyacente X . Que es, $x_{ij} = 1$ si hay una línea directa entre la persona i y la j , de lo contrario $x_{ij} = 0$. En este documento solo consideraremos relaciones recíprocas, por lo que si es el caso que $x_{ij} = 1$, entonces también es el caso que $x_{ji} = 1$. Por conveniencia, llamaremos estas relaciones amistades, aunque otras relaciones son posibles.

Una importante propiedad de una persona es el número de amigos que él o ella tiene. Definimos el grado (degree) de una persona i , d_i , como el número de amistades que tiene la persona i , $d_i = \sum_j x_{ij}$. El número total de amistades que irradian de las personas en el grupo A , R_A , es la suma del grado de todas las personas en el grupo A y es definido como:

$$R_A = \sum_{i \in A} d_i = N_A \cdot D_A \quad (1)$$

Donde N_A es el número de personas en el grupo A y D_A es el grado (degree) promedio de personas en el grupo A .

Ahora consideremos, para una red dada X , la probabilidad que si nosotros seguimos a un amigo escogido aleatoriamente comenzando con una persona en el grupo A que cruzamos los grupos y termina en alguien del grupo B . Podemos definir esta probabilidad, $C_{A,B}$, como:

$$C_{A,B} = \frac{T_{AB}}{R_A} \quad (2)$$

Donde T_{AB} es el número de lazos que contiene una persona en el grupo A y una persona en el grupo B .

Ya que consideramos solamente lazos recíprocos, sabemos que el número de relaciones del grupo A hacia el grupo B , en este ejemplo, es el mismo número de relaciones del grupo B hacia el grupo A . Podemos calcular este número en dos diferentes maneras: (1) el número de

amistades irradiadas desde el grupo A, R_A , veces la probabilidad que uno de estas relaciones llevaran a alguien en el grupo B, $C_{A,B}$ ó (2) el número de amistades irradiadas desde el grupo B, R_B , veces la probabilidad que una de esas relaciones estará involucrada con alguien del grupo A, $C_{B,A}$. Lo que es:

$$R_A \cdot C_{A,B} = T_{AB} \quad (3)$$

$$R_B \cdot C_{B,A} = T_{AB} \quad (4)$$

Estableciendo las ecuaciones (3) y (4) de igual que cada una de las otras y usando la definición de R_A y R_B , podemos escribir:

$$N_A \cdot D_A \cdot C_{A,B} = N_B \cdot D_B \cdot C_{B,A} \quad (5)$$

Note que la ecuación (5) reúne a la información sobre las características de los nodos y las características de la red.

Así, podemos comenzar a ver como podemos inferir propiedades de los nodos de la información sobre la red.

Sin embargo, aunque tuviéramos completa la información sobre la red social—que es, si conocemos D_A , D_B , $C_{A,B}$ y $C_{B,A}$ —todavía tenemos una ecuación con dos desconocidos — N_A y N_B , los tamaños de la población en el grupo A y en el grupo B. Si dividimos ambos lados de la ecuación (5) por N , el tamaño total de la población, entonces podemos reescribir la ecuación (5) en términos de las proporciones de la población, PP_A y PP_B . Esto nos permitirá agregar una segunda restricción— que la suma de las proporciones de la población debe ser 1. Así que ahora tenemos:

$$PP_A \cdot D_A \cdot C_{A,B} = PP_B \cdot D_B \cdot C_{B,A} \quad (6)$$

$$PP_A + PP_B = 1, \quad (7)$$

Donde PP_A es la proporción de la población en el grupo A y PP_B es la proporción de la población en el grupo B.

Ahora tenemos un sistema con dos ecuaciones y dos desconocidos. Usando algebra común, podemos derivas que:

$$PP_A = \frac{D_B \cdot C_{B,A}}{D_A \cdot C_{A,B} + D_B \cdot C_{B,A}} \quad (8)$$

$$PP_B = \frac{D_A \cdot C_{A,B}}{D_A \cdot C_{A,B} + D_B \cdot C_{B,A}} \quad (9)$$

Al examinar las ecuaciones (8) y (9) revela que podemos recuperar las proporciones de la población, PP_A y PP_B , con el solo conocimiento de la estructura de la red conectando a la población.

De nuevo, podemos regresar a la población hipotética en la Figura . Usando los valores $D_{\bullet} = 4$, $D_{\blacklozenge} = 3$, $C_{\bullet, \blacklozenge} = 0.25$, y $C_{\blacklozenge, \bullet} = 0.5$ así como en las ecuaciones (8) y (9), podemos estimar correctamente que el 60% de la población son círculos y que el 40% de la población son diamantes. Es importante notar que estas ecuaciones son verdaderas para cualquier estructura de red que contiene solamente relaciones recíprocas.

Podemos ver ahora que es posible estimar la proporción de la población en el grupo A y en el grupo B, pero solamente si conocemos alguna otra información sobre las redes de las personas conectadas en estos grupos.



X. Referencias

HSH

1. UNAIDS. AIDS Epidemic Update:December 2008. In: UNAIDS, ed. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Program on AIDS (UNAIDS), 2008:1-23
2. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/ HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46:101-11
3. Attawell K, Pulerwitz J and Brown L. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination:A Conceptual Framework and an Agenda for Action. New York city: Population Council, 2002:28 pp
4. Salvador P-E. Situacion de VIH/SIDA en El Salvador: Programa Nacional VIH/SIDA, Ministerio de Salud, 2008
5. PASMO. Encuesta de conocimientos actitudes y practicas en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales en El Salvador 1997, 2000, 2004. San Salvador, El Salvador, 2005
6. Ramon JS, Alvarenga M, Walker N, Garcia-Calleja JM and Zacarias F. Estimating HIV/AIDS prevalence in countries with low-level and concentrated epidemics: the example of Honduras. *Aids* 2002;16 Suppl 3:S18-22
7. Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG and Metzger DS. Acceptability of audio computer-assisted self-interview (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Drug Alcohol Depend* 2006;82 Suppl 1:S103-7
8. Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG and Metzger DS. A randomized trial of audio computer and in-person interview to assess HIV risk among drug and alcohol users in Rio De Janeiro, Brazil. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:237-43
9. Simoes AM, Bastos FI. [Audio Computer-Assisted Interview: a new technology in the assessment of sexually transmitted diseases, HIV, and drug use]. *Cad Saude Publica* 2004;20:1169-81
10. Ramirez-Valles J, Heckathorn DD, Vazquez R, Diaz RM and Campbell RT. From networks to populations: the development and application of respondent-driven sampling among IDUs and Latino gay men. *AIDS Behav* 2005;9:387-402
11. Caceres C, Konda K, Pecheny M, Chatterjee A and Lyerla R. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sex Transm Infect* 2006;82 Suppl 3:iii3-9
12. Surveillance UWwgoHAS. Estimating the Size of Populations at Risk for HIV, Issues and methods. Geneve, 2003
13. Marks G CN, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005
14. Salvadoreña AD. Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe resumido-FESAL 2008, 2009
15. Balthasar H, A. Jeannin, et al. First Anal Intercourse and Condom Use Among Men Who Have Sex with Men in Switzerland. 2008
16. Koblin BA, L. Torian, et al. Violence and HIV-related risk among young men who have sex with men. *AIDS Care* 2006
17. Caceres C KK, Pecheny M et al. estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sex Transm Infect* 2006
18. C B. Hidden yet hapening: the epidemics of sexually transmitted infections and HIV among men who have sex with men in developing countries. *Sex Transm Infect* 2008
19. Lama JR LA, Suarez L, et al. Association of herpes simplex virus type 2 infection and syphilis with human immunodeficiency virus infection among men who have sex with men in Peru. *J Infect Dis* 2006
20. Sanchez J LJ, Kusunoki L, et al. HIV -1, sexually transmitted infections, and sexual behaviour trends among sex who have sex with men in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007
21. Berstien KT LK, Begier Em, et al. Same sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men. 2008
22. S. E. Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviors of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan. *AIDS* 2005

23. Colby D CN, Doussantousse S. men who have sex with men and HIV in Vietnam: a review. *AIDS Educ Prev* 2004
24. Kumta S LM, Gogate A, et al. Sexual risk behavior and HIV prevalence among male to female transgendered people seeking voluntary counseling and testing services in mumbai, India. In: *AIDS*, 2006
25. Baral S SF, Cleghorn F, et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low-and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. 2007

TS

1. UNAIDS. *AIDS Epidemic Update: December 2006*. In: UNAIDS, ed. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Program on AIDS (UNAIDS), 2006:1-23
2. Soto RJ. GA, Nunez CA., et al. Sentinell Surveillance of Sexually Transmitted Infection/HIV and Risk Behaviors in Vulnerable Populations in 5 Central American Countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007
3. Attawell K PJaBL. *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Agenda for Action*. New York city: Population Council, 2002
4. Social MdSPyA. *Situación del VIH/SIDA en El Salvador, Programa Nacional de VIH/SIDA de El Salvador*, 2008
5. PASMO OPdmS. *Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en trabajadoras sexuales de El Salvador*, 2004
6. Simoes AM BF. *Audio Computer- Assisted Interview: a new technology in the assessment of sexually transmitted diseases, HIV and drug use*. *Cad Saude Publica* 2004
7. MOH H. *Estudio Centroamericano de Vigilancia de VIH y Comportamiento*. Preliminary Report. Tegucigalpa: National HIV/AIDS Program, Ministry of Health Honduras, 2006
8. Ramirez-Valles J, Heckathorn DD, Vazquez R, Diaz RM and Campbell RT. From networks to populations: the development and application of respondent-driven sampling among IDUs and Latino gay men. *AIDS Behav* 2005;9:387-402
9. Ghys P, Jenkins, C, Pisani, E. *HIV Surveillance among female sex workers*. *AIDS* 2001
10. Bertozzi SM LM, Bautista-Arredondo S, Coutinho A. *Making HIV prevention programs work*. 2008
11. Branson BM HH, Lampe MA, et al. *Revised recomendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnat women in health-care settings*. 2006
12. Marks G CN, Senterfitt JW, Janssen RS. *Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in United States*. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005
13. Hanenberg RS RW, Kunasol P & Sokal DC. *Impac of Thailand´s HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmited diseases*. *Lancet* 1994
14. Guardado ME. CJ, Paz Bailey G. *Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Vigilancia de ITS/VIH en Poblaciones Vulnerables de El Salvador*, 2009
15. M Carael ES, R Lyerla, S Sarkar. *Clients of sex workers in differents regiois of the world: hard to count*. *Sex Transm Infect* 2006
16. Coates TJ RL, Caceres C. *Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better*. *Lancet* 2008
17. *Implementation CftEotPsEPfAr. PEPFAR Implementation: progress and promise*. Washington, DC: National Academies Press, 2007
18. Rao Gupta G PJ, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. *Structural approaches to HIV prevention*. *Lancet* 2008
19. Baral S SF, Cleghorn F, et al. *Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low-and middle-income countries 2000-2006: a systematic review*. 2007
20. Magnani R, K, Sabin, et al. *Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance*. *AIDS* 2005

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

El Salvador

Referencias

PVVS

1. UNAIDS. AIDS Epidemic Update:December 2008. In: UNAIDS, ed. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Program on AIDS (UNAIDS), 2008:1-23
2. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46:101-11
3. Attawell K, Pulerwitz J and Brown L. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination:A Conceptual Framework and an Agenda for Action. New York city: Population Council, 2002:28 pp
4. Salvador P-E. Situacion de VIH/SIDA en El Salvador: Programa Nacional VIH/SIDA, Ministerio de Salud, 2008
5. Garcia Vazquez E, Cedillos RA and Wheeler DA. Clinical and demographic features of HIV infection in El Salvador. *Rev Panam Salud Publica* 2003;13:327-31
6. Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG and Metzger DS. Acceptability of audio computer-assisted self-interview (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Drug Alcohol Depend* 2006;82 Suppl 1:S103-7
7. Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG and Metzger DS. A randomized trial of audio computer and in-person interview to assess HIV risk among drug and alcohol users in Rio De Janeiro, Brazil. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:237-43
8. Simoes AM, Bastos FI. [Audio Computer-Assisted Interview: a new technology in the assessment of sexually transmitted diseases, HIV, and drug use]. *Cad Saude Publica* 2004;20:1169-81
9. Morales-Miranda S, Paz-Bailey G, Álvarez B, Paredes M, Sabin K and Monterroso E. Behavioral and HIV survey among female sex workers and men who have sex with men in Honduras using Respondent Driven Sampling: University of Valle of Guatemala, 2007
10. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW and Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446-53
11. Coates TJ, Richter L and Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet* 2008;372:669-84
12. Group GHPW. Bringing HIV Prevention to Scale: An Urgent Global Priority. Seattle, WA: Global HIV Prevention Working Group, 2007:36pp



El Salvador

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables

- Hombres que tienen sexo con hombres
- Trabajadoras sexuales
- Personas viviendo con VIH/SIDA

