



**Ministerio de Salud Pública de Belice
Programa Nacional de VIH/ITS/TB**

**Unidad del VIH
Centro de Estudios en Salud
Universidad del Valle de Guatemala**

**División Global del VIH/sida (DGHA). Guatemala
Región Centro Americana (CDC-CAR)
Oficina Regional CDC- Caribe**

**Centros para el Control y Prevención de Enfermedades,
de los Estados Unidos (CDC)**

**Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Compor-
tamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Pobla-
ciones Vulnerables (ECVC) de Belice:**

**Trabajadoras sexuales
Personas con VIH
Hombres que tienen sexo con hombres**

Agosto, 2013

Disclaimer: The findings and conclusions in this presentation are those of the authors and do not necessarily represent the official position of the Centers for Disease Control and Prevention. Use of trade names and commercial sources are for identification purposes only and does not imply endorsement by Public Health Service or the U.S. Department of Health and Human Services."

Esta encuesta fue realizada por la Unidad del VIH, del Centro de Estudios en Salud, de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG), bajo la rectoría del Programa Nacional del VIH, del Ministerio de Salud de Belice, con la asistencia técnica y financiera de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades, a través del Programa Global de sida para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP) y CDC Caribe, con la colaboración del Secretariado de la Comisión Nacional de sida de Belice y del Proyecto del Fondo Mundial en Belice - PNUD. "Los hallazgos y conclusiones que contiene este informe pertenecen al autor (o autores) y no necesariamente reflejan la opinión de [los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/la Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades]".

Informe elaborado por:

Sonia Morales-Miranda
Berta Elizabeth Álvarez
Marvin Manzanero
Nelson Arambú
Ricardo Mendizábal
Lorna Pérez

Análisis de datos
Wilfredo Figueroa
Jilmer Perén

Morales-Miranda S, Álvarez-Rodríguez B, Manzanero M, Figueroa W, Arambú N, Mendizábal-Burastero R, Pérez L. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) de Belice, 2012. Universidad del Valle de Guatemala/Ministerio de Salud de Belice. Publicación UVG No. 31. Marzo de 2013.

Investigadores principales

Marvin Manzanero, MD¹
Sonia Morales Miranda²
Berta Álvarez²
Stephen Delgado²

Co-Investigators

Sandra Juárez³
Doreen Herrera⁴
Lorna Perez¹
Ye Tun⁵
Juan Pascale⁶

Instituciones

1. National TB, HIV/AIDS and other STIs Programme. Ministry of Health Belize
2. HIV Unit, Center for Health Studies. Universidad del Valle de Guatemala
3. Center for Global Health, Division of Global HIV & AIDS. Regional Office for Central America & Panama Center for Disease Control and Prevention
4. Central Medical Laboratory. Ministry of Health Belize
5. Laboratory Reference and Research Branch Division of Sexually Transmitted Diseases Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD & TB Prevention Center for Disease Control and Prevention
6. Gorgas Memorial Institute, Panamá

Equipo regional de la encuesta

Unidad del VIH. Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala

Sonia Morales-Miranda, directora de la Unidad del VIH

Berta Álvarez, coordinadora de la División de Encuestas y Estudios Especiales

Nelson Arambú, coordinador de campo

Mirna Miranda, coordinadora de laboratorio

Jilmer Perén, informático

Wilfredo Figueroa, informático

Ana Castillo, gerente del Programa

Equipo nacional de la encuesta

Lorna Pérez, coordinadora Nacional

Jana Goins, coordinadora de campo

Evelio Cocom, informático

Reiny Sosa, asistente de laboratorio ECVV

Celia Lizeth Aldana, administradora

Aida Margarita García, asistente de administración

Laboratorio Central (CML)

Doreen Herrera, directora del CML
Johani Lizama, químico biólogo
Justina Shol, química bióloga

Equipos de campo de la encuesta

- Hombres que tienen sexo con hombres

Erick Sosa, entrevistador
José Carlos Valdez, entrevistador
Javier Ortiz, enfermero, consejero
Irma Mendoza, médica

-Trabajadoras sexuales y personas con el VIH

Entrevistadores y facilitadores

Santiago Campos
Farida Leiva
Elisa Castellanos
Kevin Abimael Méndez
Adir Chan
David Flores
Stephen Diaz
Bárbara Leal
Lessy López
Edna Novelo

Personal clínico y de laboratorio

Bernadine Grinage
George Carr
Margaret Bradley
Pedro Arriaga
Lezel Cayetano
Maricarmen Chi
Emiliana Osorio
Verónica Ortega
Kevine Matute
Elizabeth Jones
Teodola Witz
Felipe Alvarado
Oyegoke Oyetola
Raquel Moreira
Emma Gabriel
Angie Méndez

BORRADOR

Agradecimientos especiales:

Belice

Principal Recipiente del Fondo Mundial, /UNDP

Mariana Mansur
Héctor Alpuche

Secretariado de la Comisión Nacional de sida

Martín Cuellar
Elio Cabañas
Patricia Cummings

C-NET/REDCA

Erick Castellanos

Tikum Olam

Elisa Castellanos

UNIBAM

Caleb Orozco

BFLA

Joan Burke

PASMO

Guadalupe Huitrón
Keron Cacho
Asuceli Coc

Alliance Aids Against

Rodel Beltrán Perera
Edna Novelo

Karl Heusner Memorial Hospital.

Dr. Pedro Arriaga
Delsie Lizama Guatemala

Consultora

Marta Angélica Carri

Guatemala

CES, UVG

Celia Cerdón
Luz María Romero
Cesar Galindo
Alba Jiménez
Jennifer Castillo

CDC/CAR

Nelson Arboleda
Lidia Blasini
Lily de León
Sandra Juárez
Beatriz Hernández

CDC/Atlanta

Sanny Chen
Janet Lee
Aarón Buchner

CDC/Caribe

Rachel Albalak

Corrección de estilo y revisión técnica:

José Alonso Restrepo R.
María Beatriz Duarte G.

Tabla de contenido

I. Presentación	14
II. Resumen ejecutivo	15
III. Antecedentes	18
IV. Objetivos de la encuesta	25
V. Metodología	25
A. Criterios de inclusión.....	25
B. Tamaño de la muestra.....	26
C. Muestreos utilizados, por tipo de población.....	28
D. Etapa preparatoria.....	32
E. Organización de la encuesta	37
F. Recolección de datos	41
G. Análisis de los datos	41
VI. Principales resultados	43
1 Trabajadoras sexuales.....	43
2 Hombres que tienen sexo con hombres	60
3 Personas con el VIH.	81
VII. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.....	98
Bibliografía	110

Acrónimos y abreviaturas

ACASI	Audio Computer-Assisted Self-Interviewing
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretroviral
BFLA	Belize Family Life Association
BHIS	Belize Health Information System
BSS	Behavioral Surveillance Survey
BV	Bacterial vaginosis
CASI	Computer-Assisted Self-Interviewing
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CES	Centro de Estudios en Salud
CI	Confidence Interval
CML	Central Medical Laboratory
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbant Assay
FRR	False Recent Rate
FSW	Female sex worker
GC	<i>Gonorrhea/Chlamydia</i>
GUD	Genital ulcer disease
HAART	Highly active antiretroviral therapy
HIV	Human immunodeficiency virus
HSV-2	Herpes simplex virus 2
LGV	Lymphogranuloma venereum
LSMS	Living Standards Measurement Survey
MARP	Most-At-Risk Population
MG	<i>Mycoplasma genitalium</i>
MOH	Ministry of Health
MSM	Men who have sex with men
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NGO	Non-Governmental Organization
NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
OGAC	Office of the Global AIDS Coordinator
PASMO	Pan American Social Marketing Organization
PCR	Polymerase Chain Reaction
PHIV	Persons with HIV
PI	Protease Inhibitor
PSI	Population Services International
RDS	Respondent Driven Sampling
RPR	Rapid Plasma Reagin
SAE	Serious Adverse Event
SBS	Sexual Behavior Survey
SIB	Statistical Institute of Belize
STI	Sexually Transmitted Infection
SUAE	Serious Unanticipated Adverse Events
TP	<i>Treponema pallidum</i>
TPPA	<i>Treponema pallidum</i> Particle Agglutination Assay
TRaC	Tracking Results Continuously

TV	<i>Trichomonas vaginalis</i>
UAE	Unanticipated Adverse Events
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Program
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
USAID	United States Agency for International Development
UVG	Universidad del Valle de Guatemala

BORRADOR

Lista de cuadros, gráficos y figuras

Antecedentes y metodología		
Cuadro 1	Prevalencias del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales, según reporte del EMC y de la ECVC en Centroamérica, por año 2002 – 2006	xx
Cuadro 2	Reporte de nuevas infecciones por el VIH, por grupos de edad y sexo, según sistema de información del Ministerio de Salud de Belice. 2010- 2011	xx
Cuadro 3	Prevalencia del VIH, por sexo, y razón hombre mujer, según sistema de información del Ministerio de Salud de Belice. 2011	xx
Figura 1	Mapa de Belice, por distrito, según el número reportado de casos nuevos del VIH, respecto a la población total 2008 – 2009. Ministerio de Salud de Belice.	xx
Gráfico 1	Uso de condón en la última relación sexual, por tipo de pareja, en hombres que tienen sexo con hombres de Belice. Estudios TRAC de PASMO 2007 y 2010.	xx
Gráfico 2	Uso consistente de condón en los últimos 30 días, por tipo de pareja, en hombres que tienen sexo con hombres de Belice. Estudios TRAC de PASMO 2007 y 2010.	xx
Gráfico 3	Uso de condón en la última relación sexual, por tipo de pareja, en trabajadoras sexuales de Belice. Estudios TRAC de PASMO 2007 y 2010.	xx
Gráfico 4	Uso consistente de condón en los últimos 30 días, por tipo de pareja, en trabajadoras sexuales de Belice. Estudios TRAC de PASMO 2007 y 2010.	xx
Cuadro 4	Tamaños de la muestra y poder estadístico para detectar cambios en el indicador de comportamiento entre la presente encuesta y encuestas futuras, en Belice.	xx
Cuadro 5	Intervalos de confianza para la estimación de la prevalencia del VIH y el indicador de comportamiento de interés	xx
Cuadro 6	Tamaño de la muestra, por tipo de población ECVC de Belice 2012	xx
Cuadro 7	Tipos de la muestra, por población, en el ECVC de Belice, 2012	xx
Cuadro 8	Resumen de muestras y pruebas de laboratorio realizadas en el ECVC, de Belice, 2012	xx
Figura 2	Flujograma de los sitios para hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales. ECVC Belice, 2012	xx
Figura 3	Flujograma de participantes en el sitio de la encuesta de personas con VIH. ECVC, Belice 2012	xx
Resultados:		
Trabajadoras sexuales		
Cuadro 9	Sitios de reclutamiento y rechazo a participar. Trabajadoras sexuales ECVC Belice, 2012	xx
Cuadro 10	Muestra propuesta y alcanzada. Trabajadoras sexuales. ECVC	xx

	Belice, 2012	
Cuadro 11	Características sociodemográficas. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 12	Antecedentes sexuales y violencia sexual. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 13	Embarazo y prueba del VIH. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 14	Antecedentes de trabajo sexual y movilidad. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 15	Comportamiento sexual con parejas estables y ocasionales. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 16	Consumo de alcohol y de drogas. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 17	Pruebas voluntarias del VIH y actividades de educación y prevención. Trabajadoras sexuales, ECVB Belice, 2012.	xx
Cuadro 18	Acceso a condones. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 19	Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 20	Abuso y maltrato por realizar trabajo sexual. Trabajadores sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 21	Prevalencia del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012	xx
Hombres que tienen sexo con hombres		
Cuadro 22	Muestra propuesta y alcanzada. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 23	Características sociodemográficas y auto identificación sexual. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 24	Antecedentes sexuales. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 25	Últimas tres parejas sexuales. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 26	Parejas estables masculinas y femeninas en los últimos 12 meses. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 27	Parejas ocasionales masculinas y femeninas en los últimos 12 meses. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 28	Trabajo sexual. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 29	Parejas comerciales masculinas y femeninas en los últimos 12 meses. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 30	Uso de alcohol y de drogas ilícitas. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012	xx
Cuadro 31	Participación en organizaciones. Hombres que tienen sexo con	xx

	hombres. ECVC Belice, 2012	
Cuadro 32	Acceso a condones y lubricantes. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012	xx
Cuadro 33	Pruebas voluntarias del VIH. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012	xx
Cuadro 34	Antecedentes de ITS y acceso a servicios de salud. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012	xx
Cuadro 35	Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012	xx
Cuadro 36	Abuso o maltrato. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012	xx
Cuadro 37	Prevalencia del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012	xx
Personas con el VIH		
Cuadro 38	Muestra propuesta y alcanzada, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 39	Características sociodemográficas, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 40	Antecedentes sexuales, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 41	Antecedentes de embarazo en mujeres. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 42	Comportamiento sexual con parejas estables, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 43	Comportamiento sexual con parejas ocasionales, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 44	Última relación sexual, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 45	Uso de alcohol y de drogas ilícitas, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 46	Adquisición y uso de condón, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 47	Antecedentes de ITS y acceso a tratamiento, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	Xx
Cuadro 48	Conocimientos de prevención y transmisión del VIH, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 49	Control y servicios recibidos por la condición del VIH, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 50	Tratamiento antirretroviral, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 51	Abuso o maltrato, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx
Cuadro 52	Prevalencia de ITS, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.	xx

BORRADOR

I. Presentación

El Programa Nacional de TB, VIH y otras ITS, del Ministerio de Salud de Belice, con el apoyo de la Unidad del VIH, del Centro de Estudios en Salud, de la Universidad del Valle de Guatemala, de la División Global del VIH/SIDA (DGHA), de la Oficina Regional para Centroamérica de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC-CAR), de la Oficina Regional de CDC- Caribe y de los principales socios nacionales de la respuesta nacional al VIH en Belice, planificaron y desarrollaron la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia del VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ECVC) en poblaciones vulnerables al VIH: trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas con el VIH, con el propósito de obtener información de las poblaciones clave en la epidemia del VIH en torno al comportamiento sexual y a la prevalencia del VIH e ITS.

El presente informe describe los resultados para cada una de las poblaciones incluidas en la encuesta y es el primer reporte que brinda datos de comportamiento sexual y prevalencias del VIH e ITS en Belice. Por lo tanto, los resultados aquí descritos representan una herramienta para la planificación estratégica de la respuesta nacional a la epidemia del VIH en Belice.

Son, además, un importante aporte para la epidemiología y el diseño de políticas públicas para el VIH, en vista de que ayudan a la caracterización de la epidemia y orientarán la toma de decisiones relacionada con las estrategias de prevención, atención y control del VIH en Belice. Se espera que los resultados de esta encuesta sirvan a los diferentes proyectos, planes y programas que ejecutan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las agencias de cooperación técnica y financiera.

Es importante reconocer y agradecer a las poblaciones por haber brindado la información que hizo posible esta publicación, así como a las organizaciones de base comunitaria, ONGs nacionales, agencias de cooperación, unidades de salud y equipos de campo, ya que todos ellos fueron el recurso más importante para llevar a cabo un proceso de investigación en todas las etapas.

Dr. Marvin Manzanero
Director Programa Nacional del VIH
Ministerio de Salud de Belice

Dra. Sonia Morales
Directora Unidad de VIH-CES
Universidad del Valle de Guatemala

II. Resumen ejecutivo

Antecedentes. Los lineamientos para la vigilancia del VIH de segunda generación, recomienda implementar sistemas de vigilancia que ayuden a: (1) mejorar la comprensión de los comportamientos que impulsan la epidemia del VIH; (2) mejorar la comprensión de las tendencias de la epidemia del VIH, a través del tiempo y de los comportamientos de riesgo asociados; (3) efectuar vigilancia en sub grupos poblacionales con mayor riesgo de infección;(4) considerar el cambio de las necesidades y de la situación de la epidemia, y (5) enfatizar en el diseño de estrategias de prevención y atención del VIH, basadas en la evidencia. Tomando en cuenta estos lineamientos, en varios países de Centroamérica se han realizado encuestas para proporcionar datos de prevalencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), e identificar los comportamientos de riesgos asociados con la infección entre las poblaciones en mayor riesgo. Sin embargo, en Belice aún no se ha desarrollado una encuesta de estas características entre los hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras del sexo y personas con el VIH. Por tal razón, se planificó y desarrolló la encuesta que se describe en el presente informe. Estos datos permitirán orientar la respuesta nacional al VIH en Belice y sumarse a los esfuerzos regionales para mejorar la comprensión de la epidemia del VIH y de otras ITS.

Métodos. En la encuesta fueron reclutadas 220 trabajadoras sexuales (TS), 136 hombres que tienen sexo con hombres y 252 personas con el VIH de los distritos de Belice, Cayo, Orange Walk y Stann Creek. Para cada una de las poblaciones se utilizó un muestreo específico; en las trabajadoras sexuales se utilizó un muestreo basado en datos censales; el reclutamiento de los hombres que tienen sexo con hombres se hizo aplicando el muestreo *Respondent Driven Sampling* (RDS). Mientras que en las personas con el VIH se planificó realizar un muestreo aleatorio sistemático de los pacientes con el VIH que acudían a atención en las clínicas del Ministerio de Salud de Belice, pero finalmente se efectuó un muestreo por conveniencia. La información de comportamiento sexual se obtuvo a través de un sistema de entrevistas asistidas, por computadora, con el apoyo de un entrevistador, utilizando ACASI (*Audio Computer-Assisted Self-Interview*). Las pruebas del VIH se hicieron de acuerdo con el protocolo establecido en el país, dos pruebas rápidas en paralelo, Determine® HIV-1/2 (Inverness Medical Innovations, Inc.) y Uni-Gold™ Recombigen® HIV (Trinity Biotech); ambas pruebas se realizaron en los sitios locales de la encuesta. Posteriormente, en el Laboratorio Nacional de Referencia, el Central Medical Laboratory, todas las muestras con resultado positivo para el VIH fueron confirmadas con una prueba ELISA de cuarta generación. Las muestras con resultados discordantes fueron evaluadas con Western Blot, por ser una prueba de estándar de oro serológico.

Para la determinación de ITS se recolectaron muestras de sangre y de orina e hisopados vaginales y anales. Las pruebas en sangre incluyeron las determinaciones tanto del virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), como de sífilis. En las mujeres embarazadas se realizó la prueba rápida DPP®, que tamiza y confirma al mismo tiempo. Los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomona vaginalis* y de *Mycoplasma genitalium* se realizaron mediante PCR en tiempo real. Se administró tratamiento gratuito a

quienes tuvieron un diagnóstico clínico o de laboratorio de ITS. Las personas con diagnóstico del VIH fueron referidas a las clínicas respectivas para evaluación y tratamiento. Todos los participantes cumplieron con los criterios de elegibilidad y brindaron el consentimiento informado. El análisis de los datos se realizó usando STATA, versión 11 para calcular prevalencias del VIH y de las ITS, proporciones medianas y rango intercuartílico (RIC).

Resultados.

Trabajadoras sexuales: de enero a julio de 2012, fueron reclutados 220 trabajadoras sexuales de los cuatro distritos seleccionados en la encuesta. Sólo 10.09%, informó que su principal fuente de ingresos era el trabajo sexual. El 63.11% (IC 95%: 53,03-72,41) reportó haber usado preservativos con su pareja ocasional en los últimos 30 días y el 69.78% registro haber usado preservativo en la última relación sexual. La prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales fue de 0.91%, virus de herpes simple tipo 2 fue la ITS más común con 51.63%, *Chlamydia trachomatis*, 19.79%, *Trichomonas vaginalis*, 18.18% y *Mycoplasma genitalium*, 11.23%. La prevalencia de la sífilis y la sífilis activa fue la más baja en 0.46% para ambos.

Hombres que tienen sexo con hombres: entre febrero y julio de 2012, se sembraron 6 “semillas” iniciales quienes reclutaron a 136 hombres que tienen sexo con hombres. La mediana de edad fue de 26 años (IQR: 22,0-31,5). Casi el 65% de los participantes se identificaron como gay u homosexual; 32.35% se identificaron como bisexuales o heterosexuales, mientras que 2.94% se identificaron como transgénero. Cincuenta y siete por ciento de los participantes tenían conocimientos adecuados acerca de la prevención y transmisión del VIH. La prevalencia del VIH fue de 13.85% (IC del 95%: 8.4 a 20.9), el virus de Herpes simple tipo 2 fue la ITS más frecuente (27.9% IC 95%: 20.3-36.4), la prevalencia de sífilis fue inferior a 1.00% (IC del 95%: 0.01 a 4.24), y la prevalencia de la gonorrea anal fue de 2.9% (IC del 95%: 0.35 a 10.08). No se encontraron casos de *Neisseria gonorrhoeae genital*, ni casos de sífilis activa.

Personas con VIH: de enero a julio de 2012, se reclutó un total de 252 personas con el VIH (145 mujeres, 107 hombres). La mediana de edad fue de 36 años (IQR: 29,5-48,0). Se encontraron bajas tasas de uso de preservativos entre las personas que viven con el VIH, el uso del preservativo durante la última relación sexual fue reportado por el 65% de los hombres y menos de la mitad de las mujeres. Se encontró un bajo índice de conocimiento adecuado sobre las formas de prevenir las medidas de prevención y transmisión del VIH, en hombres fue de 67.2%, mientras que para las mujeres este porcentaje fue de 49.6%. Alrededor del 88% de los participantes informó haber recibido atención médica para el VIH al momento de la encuesta. Sólo 13.15% informó haber recibido el tratamiento para prevenir la tuberculosis después de saber que eran VIH positivos. La prevalencia del virus del herpes simple tipo 2 fue del 86.0% (IC del 95%: 77.5 a 87.3), la sífilis fue de 2.43% (IC del 95%: 0.01 a 4.24), la sífilis activa fue de 1.62% (IC del 95%: 0.44 a 4.09), *Trichomonas vaginalis* fue de 24.66% (IC del 95%: 19.09 a 30.91) y *Mycoplasma genitalium* fue de 15.07% (IC 95%: 10.60-20.50). La prevalencia de infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* fue de 4.57% (IC 95%: 2.21 a 8.23) y 0.46% (IC del 95%: 0.01 a 2.51), respectivamente.

Conclusiones y recomendaciones:

Trabajadoras Sexuales: la encuesta de vigilancia del comportamiento de Centroamérica (IBBSS) del VIH y las ITS en Belice fue la primera encuesta implementada en el país, con un enfoque de vigilancia del VIH de segunda generación. Nuestros resultados muestran la realidad de las trabajadoras sexuales en el país: una población estigmatizada que no buscan los servicios de salud debido a su situación ilegal en el país. Las principales dificultades en la aplicación del estudio fueron inicialmente la falta de reconocimiento del trabajo sexual en mujeres previamente identificadas por los programas de asistencia en el marco de esta población, seguido por el bajo acceso a los sitios y lugares donde el trabajo sexual se lleva a cabo. A pesar de que la prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales no supera el 1%, encontramos factores que aumentan la vulnerabilidad a la infección del VIH entre este grupo; como altas prevalencias de ITS, bajo uso del condón, bajo conocimiento adecuado de la transmisión del VIH, alto consumo de alcohol, y el abuso sexual, entre otros. Las organizaciones no gubernamentales y los servicios públicos de salud deben revisar las actividades actuales de prevención dirigidas a las trabajadoras sexuales. Según los datos de esta encuesta, el contexto del trabajo sexual en Belice presenta algunos obstáculos estructurales que vulneran los derechos de las trabajadoras sexuales, como la escasez de grupos organizados, la no presencia de las redes comunitarias, los altos niveles de estigma y discriminación, y la calidad migratoria de muchas trabajadoras sexuales extranjeras femeninas, promueven el trabajo sexual clandestino.

Los hombres que tienen sexo con hombres: los resultados sugieren que la epidemia del VIH en Belice se concentra en hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, debido a no haber obtenido el tamaño de la muestra prevista y la falta de cumplimiento del método RDS la inferencia a la población de hombres que tienen sexo con hombres en Belice es limitada. Aunque las comparaciones deben realizarse con cautela, la prevalencia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en Belice es la más alta reportado en la región de América Central desde el Estudio Multicéntrico centroamericano (EMC) del 2001.

Personas que viven con el VIH, se deben diseñar e implementar estrategias para las personas con VIH, de acuerdo con los resultados de esta encuesta. Una de ellas es aumentar el uso del preservativo entre las personas con VIH. También es necesario el diseño de estrategias complementarias para mejorar el cumplimiento de los tratamientos antirretroviral. Una estrategia de prevención podría ser la integración de detección y tratamiento de las ITS, como parte de la atención integral a las personas con el VIH ya que los datos han demostrado que las ITS no tratadas puede tener un efecto sobre el sistema inmunológico de los pacientes con VIH.

III. Antecedentes

La epidemia del VIH afecta a personas de todas las regiones del mundo. Para el año 2011, Latinoamérica reportó 1.4 millones de personas infectadas con el VIH mientras que, en el Caribe, el número asciende a 230.000 personas infectadas. El número estimado de nuevas infecciones por el VIH para Centro y Sur América fue de 83.000 y en el Caribe se reportaron 13.000 nuevas infecciones para ese mismo año. Después de África SubSahariana, el Caribe es una de las regiones más afectadas por el VIH, ya que la prevalencia de éste en adultos es mayor a 1,0% para 2011 (UNAIDS/WHO., 2012).

En El Caribe la prevalencia del VIH supera el 2.0% en cuatro de los 10 países más grandes de esa región: Bahamas, Belice, Haití y Surinam. En 2007, Bahamas y Surinam tuvieron las mayores tasas de prevalencia del VIH en el Caribe, con 3.0% y 2.04%, respectivamente (UNAIDS/WHO, 2008). La epidemia del VIH afecta a la población general, pero también a los grupos en mayor riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras del sexo.

Según los estudios realizados en la última década, la región Centroamericana experimenta una epidemia del VIH concentrada en los grupos vulnerables, principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, en transgénero femeninas y en trabajadoras sexuales. Para el año 2007 se reportó una incidencia anual del VIH de 5.1% entre hombres que tienen sexo con hombres (Soto RJ, 2007). (Cuadro 1)

Cuadro 1. Prevalencias del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales, según reporte del EMC y de la ECVC en Centroamérica, por año, 2001 – 2009

País/ciudad	Hombres que tienen sexo con hombres				Trabajadoras sexuales			
	EMC		ECVC		EMC		ECVC	
	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
Guatemala	2002	12.1*	---	---	2002	4.3*	---	---
El Salvador								
San Salvador				10.8+				5.7+
San Miguel	2002	15.3*	2008	8.8+	2002	3.2*	2008	2.5+
Honduras								
Tegucigalpa				5.7£				5.5£
San Pedro Sula				9.7				4.6£
La Ceiba	2001	12.4*	2006	4.8	2001	9.6*	2007	1.9£
Nicaragua								
Managua				7.5∞				1.8∞
Chinandega				2.8∞				2.4∞
Masaya	2003	7.6*	2009	9.8∞	2003	0.2*	2009	
Costa Rica	---	---	2009	10.9	---	---	---	---
Panamá	2002	8.9*	---	---	2002	0.2*	---	---

* (Soto RJ, 2007)

+ (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009)

£ (M. Paredes, 2007)

∞ (Morales-Miranda S, 2010)

π (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2009)

En el cuadro 1 se presentan los datos de la prevalencia del VIH en las principales ciudades de la región centroamericana, del Estudio Multicéntrico Centroamericano (ECM) y de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias del VIH e ITS (ECVC). Aunque se recomienda considerar con cautela dicha comparación, porque el EMC utilizó un muestreo por conveniencia, por lo que sus resultados no pueden ser usados para hacer inferencias sobre la población estudiada.

En Belice se han reportado prevalencias del VIH en la población general adulta por encima del promedio de la región centroamericana, 2.1% en 2001 y 2007, lo cual la coloca como la cuarta más alta del Caribe. Esto lo confirman las diferentes estimaciones realizadas en el país; para 2009, y usando el modelo de Spectrum de ONUSIDA, se estimó una prevalencia del VIH en población adulta de 2.3, mientras que para 2001 fue de 2.2 (ONUSIDA, 2009).

Por otro lado, la prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas (*proxy* de la prevalencia en población general) se estimó consistentemente, desde 2006 hasta la fecha, menor a 1.0 % (Ministry of health of Belize, 2010).

Actualmente, el país no cuenta con datos sobre prevalencias del VIH en poblaciones en mayor riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transgénero femeninas y las trabajadoras sexuales.

La Unidad de Epidemiología, del Ministerio de salud de Belice, ha notificado 5,045 personas con el VIH y 1,094 casos de sida desde 1986 hasta finales de 2011. Para el año 2012 se reportaron 251 nuevos casos del VIH, en comparación con 226 de 2011, 241 de 2010, 365 en 2009 y 425 para 2008. (Ministry of health of Belize, 2012)(Cuadro 2)

Cuadro 2. Reporte de nuevas infecciones por el VIH, por grupos de edad y sexo, según sistema de información del Ministerio de Salud de Belice. 2010- 2011

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
<1	3		2		5	
1 - 4	2	1	3	3	5	4
5 - 9	1	1	1	0	2	1
10 - 14	0	0	3	0	3	0
15-19	6	2	12	13	18	15
20-24	12	13	16	27	28	40
25-29	23	12	24	16	47	28
30-34	13	16	9	12	22	28
35-39	17	13	12	12	29	25
40-44	14	21	11	7	25	28
45-49	13	12	9	6	22	18
50-54	12	14	7	7	19	21
55-59	8	7	3	2	11	9
60-64	1	5	3	2	4	7
65+	1	2	3	0	4	2
Total	126	119	118	107	244	226

Fuente: Epidemiology Unit, Ministry of Health of Belize

El grupo de edad más afectado es el comprendido entre los 15 a 39 años, quienes constituyen las tres cuartas partes del número total de personas captadas por el sistema de salud. La razón hombre: mujer fue de aproximadamente 1:1 en 2008 y 2009, respectivamente, con una ligera alza en hombres ya para 2011 y con mayor aumento en 2012, con una relación hombre mujer de 1.1:1 (Cuadros 2 y 3) (Ministry of health of Belize, 2012).

Cuadro 3. Prevalencia del VIH, por sexo y razón hombre mujer, según sistema de información del Ministerio de Salud de Belice. 2011

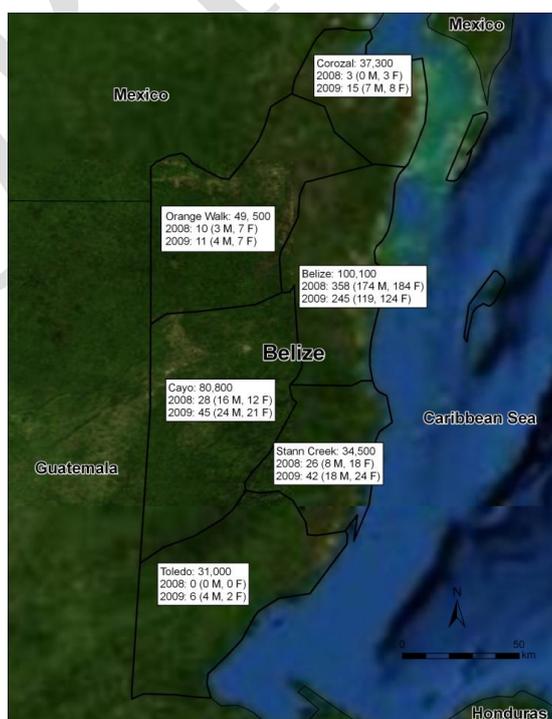
Sexo	Casos positivos	# de pruebas realizadas	Porcentaje de positividad	Razón hombre mujer
Hombre	119	8,747	1.36%	1.11:1
Mujer	107	16,702	0.64%	
Total	226	25,449	0.89%	

Fuente: Epidemiology Unit, Ministry of Health

Según área geográfica, el distrito de Belice reporta el mayor número de nuevas infecciones por el VIH; sin embargo, los distritos de Stann Creek y Cayo también experimentaron altas prevalencias del VIH para 2008 y 2009 (Figura 1). Para 2010 y 2011 el distrito del Cayo empieza a reportar un mayor número de casos que Stann Creek lo cual se confirma con los datos de 2012. (Figura 1)

Del total de mujeres que asisten a control prenatal en el sistema de salud de Belice 93.2% y 91.2% fueron tamizadas para el VIH en 2010 y 2011, reportando una prevalencia de 0.85% y 0.97%, respectivamente. (Ministry of health of Belize, 2012). En 2012 el tamizaje fue de 92.6% de las mujeres embarazadas, reportándose una reducción significativa en la prevalencia a 0.59%.

Figura 1. Mapa de Belice, por distrito, según el número reportado de casos nuevos del VIH respecto a la población total 2008 – 2009.



La vigilancia del comportamiento sexual y de la prevalencia del VIH en poblaciones vulnerables en Belice

En Belice se han realizado varios estudios que brindan datos sobre los comportamientos relacionados con el VIH y con el riesgo de infecciones de transmisión sexual entre las poblaciones en mayor vulnerabilidad, así como en la población en general. En 2009, el Instituto de Estadística de Belice (SIB, por sus siglas en inglés) llevó a cabo una encuesta sobre comportamiento sexual (SBS). La muestra total fue de 3,041 personas de la población general. Entre los principales resultados se reportó que de los 15 a los 24 años de edad, 50,2% en ambos sexos identificaban correctamente las medidas de prevención y las vías de transmisión sexual del VIH y rechazaban las principales ideas erróneas sobre la transmisión. (Statistical Institute of Belize, 2009)

El 7,8% (78/1,006) de los hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad, encuestados, habían tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. La mediana de edad para la primera relación sexual en los hombres fue de 16, mientras que la de las mujeres fue de 17 años. El 9,4% de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad, habían tenido relaciones sexuales con más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta. De la población total de la muestra, los hombres tenían tres veces más probabilidades de haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses que las mujeres (15,4% y 4,9%, respectivamente). Sólo 63,1% (181/287) reportaron haber usado un condón durante la última relación sexual (Statistical Institute of Belize, 2009).

La Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) realizó en 2007 y 2010 estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), nombrados TRAC, en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, clientes de trabajadoras sexuales y población garífuna. En la población de hombres que tienen sexo con hombres, utilizaron un muestreo dirigido por los entrevistados, RDS (respondent-driven sampling, por sus siglas en inglés); en 2007 se reclutaron 80 participantes y 227 en 2010 (PSI:Research & Metrics, 2010), (PSI;Research & Metrics, 2010)

Los principales hallazgos en la población de hombres que tienen sexo con hombres, reportaron que el uso de condón en la última relación sexual con cualquier tipo de pareja fue de 85,4% y 79,6% para 2007 y 2010, respectivamente, mientras que el uso de condón en la última relación sexual, por tipo de pareja, varía entre los dos estudios (2007 y 2010): aumenta en 2010 con las parejas estables, las parejas comerciales y las parejas mujeres y disminuye con las parejas ocasionales y con cualquier pareja (Gráfico 1) (PSI:Research & Metrics, 2010).

Respecto al uso consistente de condón durante los últimos 30 días, las encuestas en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (TRAC 2007 y 2010) reportaron los siguientes datos, por tipo de pareja: pareja ocasional 81,9% y 78,1%; pareja regular 74,7% y 56,7%; pareja comercial; 61,5% y 61,2%, pareja mujer; 61,5% y 61,2%, mientras que con la pareja hombre el uso

del condón en los último 30 días fue reportado en 73,5% y 57,0%, respectivamente (Gráfico 2) (PSI:Research & Metrics, 2010)

Gráfico 1. Uso de condón en la última relación sexual, por tipo de pareja. Hombres que tienen sexo con hombres. Estudios TRAC de PASMO. Belice, 2007 y 2010.

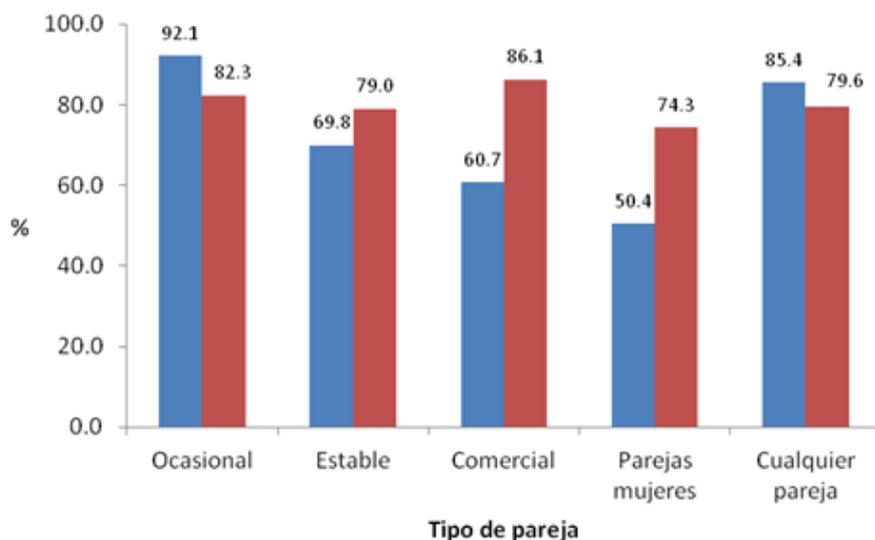
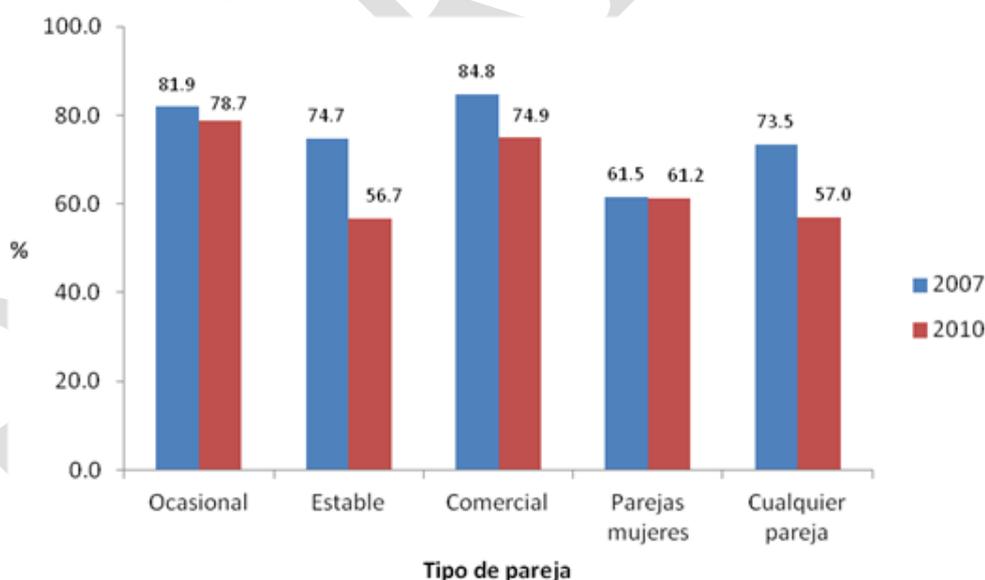


Gráfico 2. Uso consistente de condón en los últimos 30 días, por tipo de pareja. Hombres que tienen sexo con hombres. Estudios TRAC de PASMO. Belice 2007 y 2010.



Los estudios en trabajadoras sexuales obtuvieron una muestra de 85 y de 252 participantes en los estudios TRAC en los mismos años; se utilizó un muestreo multietápico en 2007 y un censo para 2010. (PSI;Research & Metrics, 2010)

Los resultados en los estudios TRAC en trabajadoras sexuales, para 2007 y 2010, reportan que 45,7% y 44,1% usaron el condón en la última relación

sexual con la pareja afectiva y con los clientes fue reportado por 93,3% y 95,8% de las entrevistadas. (Gráfico 3). El uso consistente de condón en los últimos 30 días con la pareja afectiva fue reportado por 62,7 y 36,7% para el 2007 y 2010, respectivamente, y con clientes por 60,1% y 35,3% (Gráfico 4). (PSI; Research & Metrics, 2010)

Gráfico 3. Uso de condón en la última relación sexual

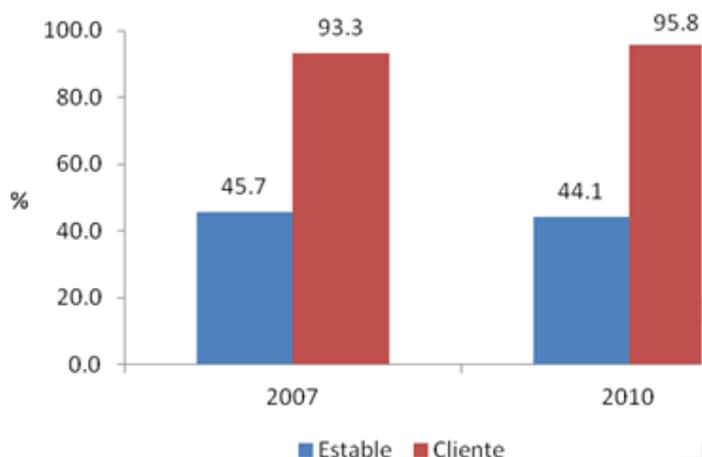
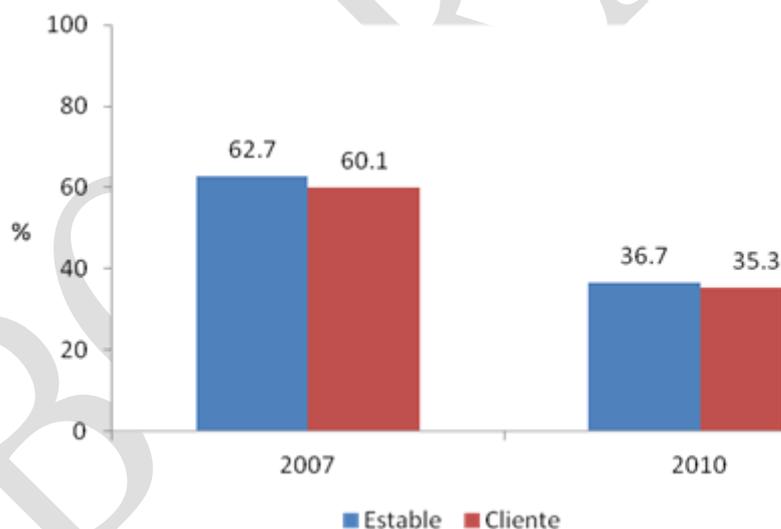


Gráfico 4. Uso consistente de condón en los últimos 30 días por tipo de pareja en trabajadoras sexuales. Estudios TRAC de PASMO. Belice 2007 y 2010.



Adicional a los estudios en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales, en el año 2005 el Ministerio de Salud de Belice realizó un estudio transversal en personas privadas de la libertad, y a través de un muestreo por conveniencia reclutaron 623 personas; la prevalencia del VIH reportada fue de 4.8% (95% CI: 2.7- 6.0), 4.3% reportó que en los últimos 12 meses había tenido relaciones sexuales en el centro penitenciario; 2.4% reportó haber tenido relaciones sexuales sin condón; 1.1% reportó haber tenido relaciones

sexuales con más de una pareja sexual. El 35.0% reportó que se había tatuado dentro del centro penitenciario (Gough E, Edwards P., 2009).

Para personas con el VIH, en Belice no se cuenta con información disponible del comportamiento de riesgo, ni de prevalencia de ITS.

Justificación

En Centro América y El Caribe, desde los primeros casos del VIH, se han realizado estudios de comportamiento que permiten caracterizar a las diferentes poblaciones vulnerables, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas transgénero femeninas y personas con el VIH.

Estas encuestas brindan información de comportamientos sexuales de riesgo para contraer la infección por el VIH, por ejemplo, número de parejas sexuales, uso de condón, uso de drogas ilícitas, relaciones sexuales forzadas, trabajo sexual, acceso a pruebas de ITS y del VIH, antecedentes de ITS.

En el contexto de la prevención del VIH, la reducción en la prevalencia e incidencia de ITS es una meta deseada; también para la vigilancia del VIH los datos de las ITS nos permiten obtener “medidas biológicas que se aproximan” al riesgo potencial de la propagación del VIH en una población y permiten estimar el impacto de las intervenciones de prevención del VIH (WHO/CHS/HI, 1999).

Las guías de vigilancia de segunda generación propuestas por la OMS y ONU-SIDA promueven no sólo el monitoreo del VIH e ITS, sino también el seguimiento de los comportamientos sexuales en poblaciones vulnerables para que las intervenciones puedan ser mejoradas oportunamente. Consecuentemente, contar con información biológica y de comportamiento resulta crucial para el diseño, la implementación y evaluación de programas de control del VIH y de otras ITS (WHO/CDS/CSR/EDC, 2000).

Por lo anterior, se realizó una encuesta de comportamiento sexual y de prevalencia del VIH e ITS en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, con el propósito de proporcionar información estratégica que actualice los indicadores en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas con el VIH.

Es la primera encuesta de comportamiento y de prevalencia del VIH e ITS en poblaciones en mayor riesgo al VIH en Belice. Por lo tanto, esta información permitirá comprender mejor la epidemia del VIH y de las ITS en estas pobla-

ciones. Se espera que los resultados orienten el diseño de políticas, planes, programas y proyectos que permitan la contención del VIH en Belice.

IV. Objetivos de la encuesta

1. Obtener los principales indicadores de comportamiento sexual en hombres que tienen sexo con hombres, en trabajadoras sexuales en, personas con el VIH, en los distritos de Belice, Cayo, Orange Walk y Stann Creek.
2. Determinar la prevalencia del VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales, así como la prevalencia de ITS en personas con el VIH en los distritos de Belice, Cayo, Orange Walk y Stann Creek.
3. Proporcionar información que pueda asistir al Programa Nacional del SIDA (PNS), del Ministerio de Salud de Belice, a otras instituciones y organizaciones locales y a las distintas agencias de cooperación, en la planeación estratégica y en la definición de políticas de respuesta nacional al VIH en Belice.
4. Apoyar el desarrollo de capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a la infección por el VIH en Belice.

V. Metodología

De enero a julio de 2012 se realizó esta encuesta de vigilancia del comportamiento sexual y de prevalencia del VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres, en trabajadoras sexuales y en personas con el VIH en los distritos de Belice, Cayo, Orange Walk y Stann Creek.

A. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión definidos para esta encuesta, por tipo de población fueron:

Hombres que tienen sexo con hombres:

- Tener 18 años de edad o más.
- Reportar haber tenido relaciones sexuales anales con otro hombre en los últimos 12 meses.
- Contar con un cupón de reclutamiento RDS.
- Conocer y firmar un consentimiento informado.

Trabajadoras sexuales:

- Tener 18 años de edad o más.
- Reportar haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.
- Trabajar en las áreas seleccionadas en la encuesta
- Conocer y firmar un consentimiento informado.

Personas con el VIH:

- Tener 18 años de edad o más.
- Haber sido diagnosticada con el VIH a través de pruebas de diagnóstico de laboratorio y asistir a control médico o recibir terapia antirretroviral en las unidades de salud de los distritos de Belice, Cayo, Orange Walk y Stann Creek, en cualquier momento antes de participar en la encuesta, debiendo ser paciente activo en los BHIS.
- Haber tenido relaciones sexuales anales o vaginales en los últimos 12 meses
- Conocer y firmar un consentimiento informado.

B. Tamaño de la muestra

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

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

Donde:

D = efecto del diseño

P_1 = la proporción estimada en el tiempo de la primera encuesta

P_2 = 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

$P = (P_1 + P_2) / 2$

$Z_{1-\alpha/2}$ = el marcador z corresponde a la probabilidad deseada para establecer un cambio observado $(P_2 - P_1)$

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

Cuadro 4. Tamaños de la muestra y poder estadístico para detectar cambios en el indicador de comportamiento entre la presente encuesta y encuestas futuras en Belice.

	Hombres que tienen sexo con hombres	Trabajadoras sexuales	Personas con VIH
D	2.0	2.0	1.0
α	0.05	0.05	0.05
Z_α	1.96	1.96	1.96
$1 - \beta$	0.80	0.80	0.80
Z_β	0.84	0.84	0.84
P_1	0.50	0.50	0.50
P_2	0.66	0.66	0.64
$P_2 - P_1$	0.16	0.16	0.10
Tamaño de la muestra	300	300	400

Cuadro 5. Intervalos de confianza para la estimación de la prevalencia del VIH y el indicador de comportamiento de interés

Variable	Población	Tamaño de la muestra	P_1	95% CI	
				Bajo	Alto
Prevalencia de VIH	Hombres que tienen sexo con hombres	300	10%	5.7%	16.0%
	TS	300	2%	0.4%	5.7%
Prevalencia del					

indicador de comportamiento	Hombres que tienen sexo con hombres	300	50%	41.7%	58.3%
	TS	300	50%	41.7%	58.3%
	PVIH	400	50%	45.0%	55.0%

Tamaño de la muestra para los hombres que tienen sexo con hombres (Cuadro 6)

Se propuso reclutar a 300 hombres que tienen sexo con hombres a través de los cuatro distritos que abarcan el área de estudio. El tamaño de la muestra se determinó con base en dos fuentes de información. En primer lugar, en agosto de 2010, PASMO realizó un estudio RDS basado en el uso del condón, en hombres que tienen sexo con hombres y reclutó 230 participantes de las redes sociales vinculadas a través de los cuatro distritos estudiados, utilizando 10 semillas, un período de estudio de 1 mes y un incentivo de 5 USD [J. Rivas, comunicación personal, 2 de noviembre de 2010]. En segundo lugar, UNIBAM, una ONG activa que atiende a hombres que tienen sexo con hombres en Belice, ha informado de una membresía de 393 hombres que tienen sexo con hombres en los cuatro distritos estudiados [C. Orozco, comunicación personal, 15 de noviembre de 2010]. Basándose en esta información, se consideró que el RDS era una metodología viable, y que el tamaño de la muestra propuesto era alcanzable.

El tamaño de la muestra propuesto, permitiría detectar un cambio mínimo de 16% en un indicador de determinado comportamiento entre el presente estudio y un estudio a implementar en el futuro. La prevalencia inicial ($P1$) de un indicador de comportamiento de interés se estimó de 50% para la determinación del tamaño de la muestra. Este es una estimación conservadora para maximizar el tamaño de la muestra. Cualquier valor mayor de $P1$ o menos de 50% permiten detectar un cambio más pequeño en el indicador. El nivel de significancia (α) que se utiliza es 0,05. El poder estadístico ($1 - \beta$) del estudio fue de 80%. El efecto del diseño para el RDS se fijó en una estimación conservadora de 2,0. No se ajustó el tamaño de la muestra para las variables de no respuesta y de baja prevalencia. Con una muestra de 300 hombres que tienen sexo con hombres se permite estimar una prevalencia esperada del VIH de 10%.

Tamaño de la muestra para las trabajadoras sexuales ($N= 300$).

Se propuso reclutar a 300 trabajadoras sexuales en los cuatro distritos de los seis que tiene Belice. El tamaño de la muestra se determinó con base en un estudio censal de las trabajadoras sexuales realizado por PASMO en agosto de 2010. En dicho estudio reclutaron 248 trabajadoras sexuales en tres de los cuatro distritos estudiados [J. Rivas, comunicación personal, 2 de noviembre de 2010]. Con dicha información planeamos realizar un censo como metodología viable para alcanzar el tamaño de la muestra propuesto.

Este tamaño de la muestra nos permitiría detectar un cambio mínimo de 16% en un indicador de comportamiento entre el presente estudio y un estudio a implementar en el futuro. La prevalencia inicial ($P1$) de un indicador de compor-

tamiento de interés se estimó en 50%. El nivel de significancia (α) que se utilizó fue de 0,05. El poder estadístico ($1 - \beta$) del estudio fue de 80%. El efecto del diseño para el censo basado en el muestreo se ha fijado en una estimación conservadora de 2,0. Una muestra de 300 trabajadoras sexuales nos permitirá estimar una prevalencia esperada de 2%.

Tamaño de la muestra para personas con el VIH ($N = 400$).

Se planeó reclutar a 400 personas con el VIH que recibían atención médica en el Karl Heusner Memorial Hospital y en clínicas VCT del Cayo, Stann Creek, Orange Walk y Belice. Este tamaño de muestra nos permitiría detectar un cambio mínimo de 10% en un indicador de determinado comportamiento, entre el presente estudio y otro estudio a implementar en el futuro. La prevalencia inicial (P_1) de un indicador de comportamiento de interés se estima que es de 50%. El nivel de significancia (α) que se utilizó fue de 0,05. El poder estadístico ($1 - \beta$) del estudio fue de 80%.

Cuadro 6. Tamaño de la muestra, por tipo de población ECVV de Belice, 2012

Población	Tamaño de muestra
Hombres que tienen sexo con hombres	300
Mujeres trabajadoras sexuales	300
Personas con el VIH	400
Total	1,000

Cabe señalar que a pesar del esfuerzo realizado, en ninguna de las poblaciones fue posible alcanzar el tamaño de la muestra, debido, entre otros asuntos, a aspectos culturales de estigma y discriminación y del contexto del país en el que se encuentran las poblaciones estudiadas.

C. Muestreos utilizados, por tipo de población

Para la población de hombres que tienen sexo con hombres se propuso utilizar el muestreo *respondent-driven Sampling* (RDS, por sus siglas en inglés). La población de trabajadoras sexuales fue elegida a través del censo, que se basa en un mapeo de sitios de trabajo sexual y en el conteo de las trabajadoras sexuales asociadas con estos sitios, mientras que en las personas con el VIH se utilizó el muestreo aleatorio sistemático con el BHIS para identificar a los pacientes que asisten a establecimientos que prestan activamente el tratamiento, la atención y el asesoramiento sobre el VIH y el sida. Al final, y por las dificultades en reclutar a la población de hombres que tienen sexo con hombres y a las personas con el VIH, se utilizó un muestreo por conveniencia.

Respondent driving sampling (RDS)

Para la población de hombres que tienen sexo con hombres 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

hombres que tienen sexo con hombres; por ejemplo, quienes no están vinculados a las ONG, ni a los servicios de salud, o no se consideran hombres que tienen sexo con hombres, pero tienen relaciones sexuales con hombres[15,16]. De manera particular, pretende llegar a los hombres que tienen sexo con hombres que no asisten a sitios públicos de reunión homosexual.

La metodología RDS funciona cuando una persona participa en la encuesta y después recluta a tres personas de su red social y el proceso sigue hasta completar el tamaño de la muestra. Para iniciar el muestreo se identificaron personas que formaban parte de la población y que por su liderazgo conocido fueron recomendadas por los líderes o informantes clave, denominándolas “semillas”. Las semillas fueron capacitadas respecto a los principales objetivos de la encuesta, el muestreo y la función de ellos para iniciar el reclutamiento; posteriormente, invitaron a participar a tres personas de su red social y éstas a otras personas hasta que se cumplió con el tamaño de la muestra en cada ciudad.

El muestreo RDS requiere largas cadenas de reclutamiento para que las características de los reclutados sean cada vez más diferentes 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 se comenzó. Se buscaron semillas diversas que incluyeran: gays, travestis, transgénero, hombres bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres vinculados o no a organizaciones. (Heckathorn, DA, 2002)

Se estableció un límite de tres reclutados por participante, con el objetivo de reclutar igual cantidad de personas dentro de su red social y para asegurar que una amplia variedad de personas tuvieran la oportunidad de ser reclutadas y excluir luchas por derechos de reclutamiento. El establecer límites en el número de reclutados por participante y recolectar variables clave permite ajustar estadísticamente los sesgos inherentes en personas vinculadas por el reclutamiento que comparten características similares (Heckathorn D., 1997).

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

A cada uno de los participantes se le entregó un incentivo de US\$5.00 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 (US\$5.00 por persona reclutada).

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, según el control de éstos realizado con el cupón *manager* (RDSCM), para que el reclutador original pudiera ser identificado. Cada uno contenía el código de identificación del reclutador y un número único para sus nuevos reclutados. Este sistema permitió dar seguimiento y establecer las cadenas de las redes de cada semilla. En el cuestionario se incluyeron preguntas en relación con el tamaño de la red social de cada participante la cual fue utilizada para ajustar los datos, según el muestreo RDS.

La metodología de RDS proporciona cadenas largas de reclutamiento y se ajustan los datos con base en los pesos calculados usando una herramienta de análisis RDSAT. Tener una muestra probabilística permite inferir que los resultados de la encuesta se pueden generalizar a la población de hombres que tienen sexo con hombres socialmente conectada.

Aunque sigue la discusión sobre la posibilidad de calcular estimaciones a nivel poblacional, RDS está siendo utilizado para la vigilancia de poblaciones vulnerables al VIH en los Estados Unidos y en más de 83 países alrededor del mundo (Johnston LG., 2008).

Censo

Para reclutar a las participantes trabajadoras sexuales se implementó el muestreo basado en el censo de todos los sitios conocidos del trabajo sexual dentro de los cuatro distritos seleccionados para la encuesta. El listado inicial se obtuvo de PASMO, ya que habían realizado en 2011 un estudio, y porque por las intervenciones que realizan cuentan con la información de los sitios de trabajo sexual por distrito.

Con esta información, así como con la orientación del personal del Ministerio de Salud de Belice y de las ONG que trabajan con esta población, se construyó un nuevo listado con el cual se realizó un trabajo preliminar de verificación de sitios y un mapeo, actualizando de esta manera los sitios de trabajo sexual y el número de mujeres por cada sitio. Mediante el dispositivo *tablet* se verificaron los sitios y se obtuvo la siguiente información: nombre del sitio, identificador de sitio único, ubicación del sitio (dirección, ciudad / pueblo, y distrito), sitio de coordenadas GPS, fecha y hora de visita, y el número estimado de las trabajadoras sexuales (mínimo / máximo). En total, fueron verificados 155 sitios de trabajo sexual, obteniendo un censo de mujeres que realizan trabajo sexual entre los cuatro distritos de la encuesta. El censo registró un mínimo de 346 y un máximo de 595 mujeres trabajadores sexuales, en los cuatro distritos de la encuesta.

Al momento del trabajo de campo se capacitó al personal responsable de hacer la selección y las entrevistas a las trabajadoras sexuales, quienes realizaron las siguientes actividades: (1) acercarse a todas las mujeres presentes en los sitios de trabajo sexual; (2) explicar brevemente el estudio; (3) verificar los criterios de elegibilidad, y (4) invitar a cada una de las mujeres a participar en la encuesta a quienes, si aceptaban, se les extendía una invitación con los datos del lugar de la encuesta y el horario.

Todas las mujeres presentes en los lugares de trabajo del sexo eran trabajadoras sexuales, por lo tanto, el personal de la encuesta fue capacitado para que con la sensibilidad requerida por el tema, se hicieran preguntas generales y se explicara el estudio para asegurar que se cumplían con los criterios de elegibilidad antes de entregar la invitación a la encuesta.

A toda trabajadora sexual que rechazó participar en la encuesta se le aplicó un formato de no participación, con el propósito de capturar algunas variables sociodemográficas que permitieran conocer las diferencias entre las personas reclutadas y las no reclutadas. El formato de rechazo contenía las siguientes variables: nombre de persona de campo, nombre del sitio, fecha y hora de la visita, motivo de la no participación, revisión de criterio de elegibilidad y códigos de la invitación al estudio. Los datos fueron digitados en *una tablet*.

A todas las mujeres trabajadoras sexuales que aceptaron participar en la encuesta se les entregó una invitación con la información sobre el lugar y las fechas y horarios en los que podría ir a la unidad de salud en cada uno de los distritos. Cada participante recibió un incentivo equivalente a 10 BZD (5 USD), como un agradecimiento por el tiempo brindado al estudio. Los incentivos apropiados fueron definidos, según los resultados del estudio cualitativo realizado previo al trabajo de campo.

La participación incluyó el llenado del cuestionario de comportamiento a través de una computadora y con la ayuda de un entrevistador, y la extracción de muestras biológicas para las pruebas de ITS y del VIH. Para la aplicación de los procedimientos de estudio se determinaron áreas y horarios especiales dentro de las unidades de salud del Ministerio de Salud de Belice. Para ello, el Programa Nacional del VIH realizó las coordinaciones respectivas con las autoridades locales. Los espacios seleccionados para la encuestas cumplieron con los criterios apropiados de accesibilidad, confidencialidad y comodidad para los participantes de la encuesta.

Muestreo aleatorio sistemático

Para el reclutamiento de las personas con el VIH se realizaron acciones conjuntas con el Programa Nacional, del Ministerio de Salud de Belice; se construyó un marco de muestreo de la lista de personas que asisten a los servicios de salud para atención integral, asesoramiento, atención médica, de laboratorio, y de terapia antirretroviral. Con la información generada en el Belice Health Information System (BHIS), se identificó el número de personas con el VIH que asistían activamente a cualquiera de estas instalaciones. Se definieron los pacientes activos como las personas que tienen una cita en un servicio de salud durante los seis meses previos al inicio de la encuesta.

Basados en el tamaño de la muestra propuesto (n), se calculó el intervalo de muestreo (k) utilizando la siguiente fórmula ($k = n / N$). Usando la lista de usuarios de servicios de salud y que eran personas con el VIH se ordenaron alfabéticamente, se usó un identificador único anónimo para cada persona. De esta manera se garantizaron el anonimato y la confidencialidad de las personas.

Utilizando el intervalo K , en la lista actualizada de pacientes activos fue seleccionado al azar el punto de inicio de la selección de pacientes. Posteriormente, se aplicó el intervalo de selección al listado actualizado para la selección al azar de los participantes, hasta completar el tamaño de la muestra propuesta. Los códigos de las personas seleccionadas fueron entregados a los responsables de la unidad de salud que atendían a las personas con el VIH. Fue el personal de salud quien hizo la presentación y explicación de la encuesta a los pacientes, según previa selección. A aquellos que aceptaron participar se les entregó la invitación con la cual iniciaron los procedimientos de la encuesta (Cuadro 7).

Los entrevistadores de la encuesta no disponían de información que identificara a los participantes seleccionados en las clínicas para personas con el VIH; esto para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Cada participante recibió un vale de supermercado como incentivo, equivalente a 10 BZD (5 USD).

A todo el que rechazó participar en la encuesta se le aplicó un formato de no participación, con el propósito de capturar algunas variables sociodemográficas que permitieran conocer las diferencias entre las personas reclutadas y las no reclutadas.

Procedimientos de la encuesta

Se estableció el mecanismo de coordinación el cual fue dirigido por el Jefe del Programa Nacional de TB, VIH y otras ITS, del Ministerio de Salud de Belice en colaboración con el receptor principal de los recursos del Proyecto del Fondo Mundial Ronda 9 (UNDP), El Secretariado de la Comisión Nacional de Sida (NAC), el Hospital Karl Huesner y las organizaciones de base comunitaria como UNIBAM, Tikkum Olam, C-Net y Alliance Against AIDS.

D. Etapa preparatoria

En la etapa preparatoria de la encuesta se realizaron actividades de socialización del protocolo; se presentaron los objetivos a las autoridades de los servicios locales de salud, y a instituciones, organizaciones y personas clave involucradas con la respuesta nacional de Belice. La presentación de la encuesta fue convocada por el Jefe del Programa Nacional de TB, VIH y otras ITS, del Ministerio de Salud de Belice, en colaboración con la Unidad del VIH, del CES de la UVG.

El trabajo preparatorio, en colaboración con las ONGs, permitió conocer a la población de forma más cercana, a estimar el tamaño de población que pudiera participar, así como los tiempos requeridos para desarrollar la encuesta.

En junio y julio de 2011 se realizó un estudio cualitativo en las poblaciones de la encuesta: trabajadoras sexuales, personas con el VIH, hombres que tienen sexo con hombres, en los distritos de Belice: Cayo, Orange Walk y Stann Creek. El propósito de la investigación cualitativa fue proveer información para la encuesta de comportamiento respecto a la logística, el muestreo a utilizar por

tipo de población, a la existencia de redes sociales, al acercamiento a los servicios de salud, y a la contextualización de los cuestionarios, entre otros datos.

Con la información obtenida en el estudio cualitativo se tomaron decisiones dirigidas a la planificación y ejecución de la encuesta, así como la definición de incentivos para cada una de las poblaciones y la contextualización de los cuestionarios de comportamiento sexual a la cultura beliceña y al idioma inglés. Para la definición y adecuación de los sitios de la encuesta se contó con el apoyo del personal local de las unidades de salud y del PNS.

La encuesta se dividió en dos componentes:

- Obtención de información sobre comportamiento de riesgo, a través de la entrevista administrada por computadora.
- Procedimientos clínicos y de laboratorio para la obtención de muestras biológicas.

Para cada uno de los componentes se establecieron procedimientos y pasos a seguir, los que se describen a continuación:

Entrevista administrada por computadora

Las entrevistas de comportamiento se llevaron a cabo por medio del sistema CASI (*computer assisted self-interview*). Este sistema es útil para obtener información sensible tal como comportamiento sexual. El CASI ha mostrado que disminuye el sesgo de las entrevistas cara a cara, en las cuales los entrevistados tienden a reportar menores comportamientos de riesgo. (Simoes AA, et al., 2006), (Simoes AM, Bastos FI., 2004)

Este sistema permite que la persona sea “entrevistada” a través de una computadora. La computadora muestra las preguntas del cuestionario al entrevistado. 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 el resto de países de Centroamérica y se realizó una prueba piloto en Belice para asegurar que la población aceptaba el método de entrevista.

El equipo nacional y un grupo de colaboradores cercanos de la encuesta como UNIBAM, PASMO y Tikum Olam, diseñaron y realizaron revisiones técnicas del cuestionario previo al trabajo de campo. Para ello se utilizó la información obtenida en la encuesta exploratoria, con el acompañamiento de los representantes de las organizaciones de la diversidad sexual, trabajadoras sexuales y personas con el VIH. Se hicieron modificaciones de acuerdo con el contexto de las poblaciones y los distritos de Belice.

Los cuestionarios fueron piloteados en el Distrito de Corozal; fueron dos pruebas piloto con el fin de asegurar el uso del lenguaje local y que las preguntas fueran comprendidas correctamente por las personas entrevistadas. Se definie-

ron los conceptos clave para la encuesta, con el fin de facilitar su comprensión y se emplearon diagramas para los diferentes tipos de identidad sexual. Los cuestionarios se basaron en los instrumentos de la ECVC de Honduras, El Salvador y Nicaragua; se incluían preguntas para responder a indicadores UNGASS, PEPFAR y del Proyecto del Fondo Mundial que se utilizan en diferentes informes. Asimismo, se estandarizaron preguntas con otros cuestionarios usados en la región centroamericana, con el fin de establecer comparaciones entre los países.

Una vez definidos los cuestionarios se procedió a programar cada uno de ellos en el sistema CASI. El cuestionario para cada población contenía secciones generales y, según el caso, algunas secciones específicas para cada población.

A continuación se detallan las diferentes secciones:

- Participación en actividades de información acerca del VIH/sida
- Tamaño de red
- Estimación de la población
- Antecedentes sociodemográficos
- Antecedentes sexuales
- Historia obstétrica
- Últimas tres parejas
- Parejas estables
- Parejas ocasionales
- Parejas comerciales
- Condones y lubricantes
- Conocimientos respecto al VIH
- Discriminación y maltrato
- Movilidad y migración
- Trabajo sexual
- Violencia, tráfico y trata de personas y factores sexuales de riesgo
- Alcohol y drogas
- Infecciones de transmisión sexual
- Prueba del VIH
- Situación de salud

Procedimientos clínicos y de laboratorio para la obtención de muestras biológicas (Cuadro 7)

Los procedimientos clínicos y de laboratorio fueron estandarizados; el personal involucrado fue previamente capacitado; se realizó entrenamiento específico en toma y manejo de los diferentes tipos de muestra. Además, se proveyó un manual de procedimientos clínicos y de laboratorio a todos los equipos de campo. A los participantes que accedieron a dar muestras biológicas se les solicitaron muestras dependiendo de la población, según se detalla a continuación.

Cuadro 7. Tipos de muestra, por población. ECVB Belice, 2012

Población	Muestras solicitadas
Hombres con el VIH	Muestra sanguínea (10 ml, sin anticoagulante) y orina
Mujeres con el VIH	Muestra sanguínea (10 ml, sin anticoagulante y 4 ml con EDTA), hisopado y lámina vaginal
Hombres que tienen sexo con hombres	Muestra sanguínea (4 ml, con EDTA y 10 ml sin anticoagulante), hisopado anal, orina
Mujeres trabajadoras sexuales	Muestra sanguínea (10 ml, sin anticoagulante y 4 ml con EDTA), hisopado y lámina vaginal

Se procesaron diferentes pruebas de laboratorio las cuales se describen a continuación:

Cuadro 8. Muestras y pruebas de laboratorio. ECVB Belice, 2012

Prueba diagnóstica	Tipo de muestra	Laboratorio local
Prueba de embarazo	Suero sanguíneo	Laboratorio local
Tamizaje del VIH (Determine® HIV-1/2 y Uni-Gold™ Recombigen® HIV)	Suero sanguíneo	Laboratorio local
Confirmación del VIH (Vironostika® HIV Uni-Form II Ag/Ab o Western Blot)	Suero sanguíneo	Central Medical Laboratory (CML)
Tamizaje de sífilis (RPR o DPP®)	Suero sanguíneo	Laboratorio Local
Syphilis Screen & Confirm ¹	Suero sanguíneo	CML
Confirmación de sífilis (TPPA)	Suero sanguíneo	CML
Diagnóstico de HSV2 (HerpeSelect® ELISA)	Suero sanguíneo	CML
PCR para ITS: <i>C.trachomatis</i> , <i>N.gonorrhoea</i> , <i>M. genitalium</i> y <i>T.vaginalis</i>	Orina ² Hisopado vaginal ³ Hisopado anal ⁴	Instituto Conmemorativo Gorgas, Panamá
Tinción de Gram para vaginosis bacteriana	Frote vaginal	CML
Control de calidad de RT-PCR	Orina ² Hisopado vaginal ³ Hisopado anal ⁴	CDC Atlanta
Secuenciación de DNA para genotipificación del VIH	DBS	CDC Atlanta

¹Sólo en mujeres embarazadas

²En hombres: CT, MG, NG y TV

³En mujeres: CT, MG, NG y TV

⁴En hombres que tienen sexo con hombres: CT, NG, y LGV

Entrega de los resultados de las pruebas de ITS y del VIH

Los resultados fueron entregados en los sitios por consejeros entrenados, dando una notificación verbal y escrita del resultado.

En un tiempo no mayor a una hora se entregaron los resultados de las pruebas de embarazo, del VIH y de sífilis. Cuando se presentaron resultados del VIH discordantes entre las dos pruebas, los resultados se entregaron a los participantes en dos semanas. Todo paciente con resultado de VIH positivo fue referido para su seguimiento, tratamiento y reporte del caso a las clínicas de atención del sistema de salud de Belice.

Los resultados referidos al CML se entregaban a los participantes en dos semanas. Por medio de una boleta para reclamar resultados, que se entregaba a los participantes al momento de la encuesta, se colocó el código del paciente, para la entrega posterior de resultados. En el caso de las muestras de ITS a las que se les realizaría la PCR y que fueron referidas al Instituto Conmemorativo Gorgas, se entregaron a los 3 meses después de la entrevista inicial.

Tratamiento sintomático de las ITS y referencia

En Belice, para el diagnóstico y tratamiento de ITS regularmente se utiliza el enfoque de manejo sintomático. En los sitios de la encuesta se contó con médicos capacitados para proveer examen físico y manejo sintomático gratuito a cualquier participante con síntomas de ITS. A los participantes a quienes se les brindó tratamiento sintomático se les entregó un formato de referencia para que su pareja pudiera ser atendida y tratada en un establecimiento de salud. Todo el manejo se realizó en concordancia con los protocolos nacionales.

Adicionalmente al manejo sintomático inicial, se les proporcionó tratamiento etiológico con base en los resultados de cada ITS diagnosticada. Se proporcionó consejería para diagnóstico y tratamiento de la(s) parejas en clínicas locales. En caso de resultados VIH positivo los pacientes fueron referidos, para seguimiento clínico y valoración de tratamiento antirretroviral, a clínicas especializadas dentro del sistema de salud de Belice.

Incentivos

A todos los participantes en la encuesta se les proporcionaron folletos con información acerca de los beneficios de participar. Además, recibieron material educativo sobre las ITS y se les entregaron condones. También se les proporcionaron artículos promocionales como muestra de agradecimiento por el tiempo invertido en la realización de la encuesta y en el reclutamiento.

Parte de la metodología de muestreo RDS establece el empleo de incentivos para motivar la participación y el reclutamiento de otros miembros de la población y que cumplan con los criterios de elegibilidad. Por ello, se estableció que por cada persona reclutada en la encuesta se entregara un estímulo adicional. Los incentivos para hombres que tienen sexo con hombres por llevar a sus reclutados fueron lubricantes por el primer participante y tarjetas de teléfono para el segundo y el tercer participante reclutado. Los incentivos para trabajadoras sexuales por participar fue un estuche de cremas para el cuerpo. Para los participantes del sitio de personas con el VIH el incentivo fue un vale de supermercado. En todos los casos los incentivos empleados tuvieron un costo de Bz\$10.00 o US\$5.00.

Aspectos éticos

Todos los aspectos éticos contenidos en el protocolo de la encuesta fueron aprobados inicialmente por el Comité de Ética, del Ministerio de Salud de Belice. Pero también fueron aprobados por el Comité de Ética, de la Universidad del Valle de Guatemala y por el Director Asociado para la Ciencia, del CDC de Atlanta, quien postuló a la autoridad local.

Durante todas las etapas de la encuesta se vigilaron los principios éticos para asegurar el cumplimiento de los mismos. A todos los participantes se les leyó el consentimiento informado, y solamente fueron reclutados quienes estuvieron de acuerdo en participar y firmaron el consentimiento informado.

E. Organización de la encuesta (Figuras 2 y 3)

Equipo nacional

El equipo nacional supervisó las diferentes etapas de la encuesta, desde la planificación, hasta la finalización del trabajo de campo. Esto incluyó 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 un administrador de bases de datos y una administradora financiera.

El equipo nacional de la encuesta recibió permanentemente la asistencia técnica del equipo regional de la Unidad del VIH, del CES de la Universidad del Valle de Guatemala y de los CDC-CAR y CDC -Atlanta.

Equipos de campo

Para la ejecución de la encuesta se organizaron equipos de campo, los cuales estuvieron formados por:

- Dos entrevistadores o entrevistadoras
- Un médico o médica
- Un o una profesional de laboratorio.
- Un consejero o consejera
- Una o un supervisor del sitio.

Quienes entrevistaban eran miembros de las organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres, de las trabajadoras sexuales y de las personas con el VIH; verificaban los criterios de elegibilidad y aplicaban la encuesta de comportamiento en la computadora. El personal médico, los responsables del laboratorio y los consejeros pertenecían a los distritos de salud del Ministerio de Salud de Belice y de BFLA. Este personal realizó acciones específicas relacionadas con evaluación clínica, en búsqueda de signos y síntomas de ITS; indicaron el tratamiento para las ITS, tomaron las muestras biológicas y entregaron los resultados mediante consejería.

Todos trabajaron de manera coordinada bajo las directrices de la coordinadora del estudio para la recolección de datos; esto aseguró el cumplimiento de los

procedimientos, según el flujograma establecido, así como el cumplimiento de acciones de comunicación y el reporte al equipo nacional de la encuesta.

La supervisión de los sitios, el flujo de la información y el de las muestras estuvieron a cargo de la coordinadora nacional de la encuesta, de la supervisora de campo y del equipo de encuestas de la Universidad del Valle de Guatemala. Diariamente se efectuaron respaldos de la información de las entrevistas en ACASI en cada sitio de recolección de datos.

BORRADOR

Figura 2. Flujograma de los sitios para hombres que tienen sexo con hombres y para trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

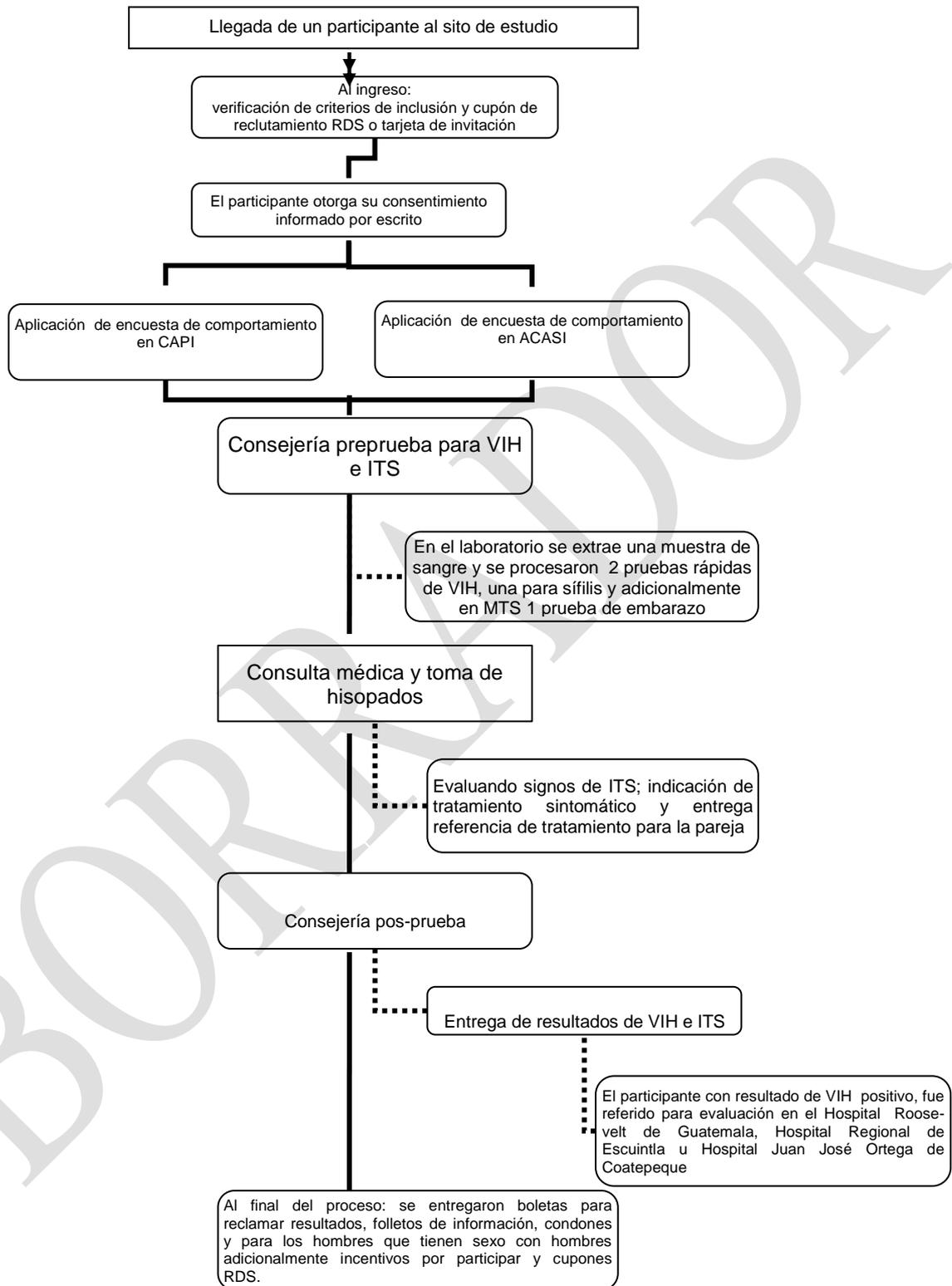
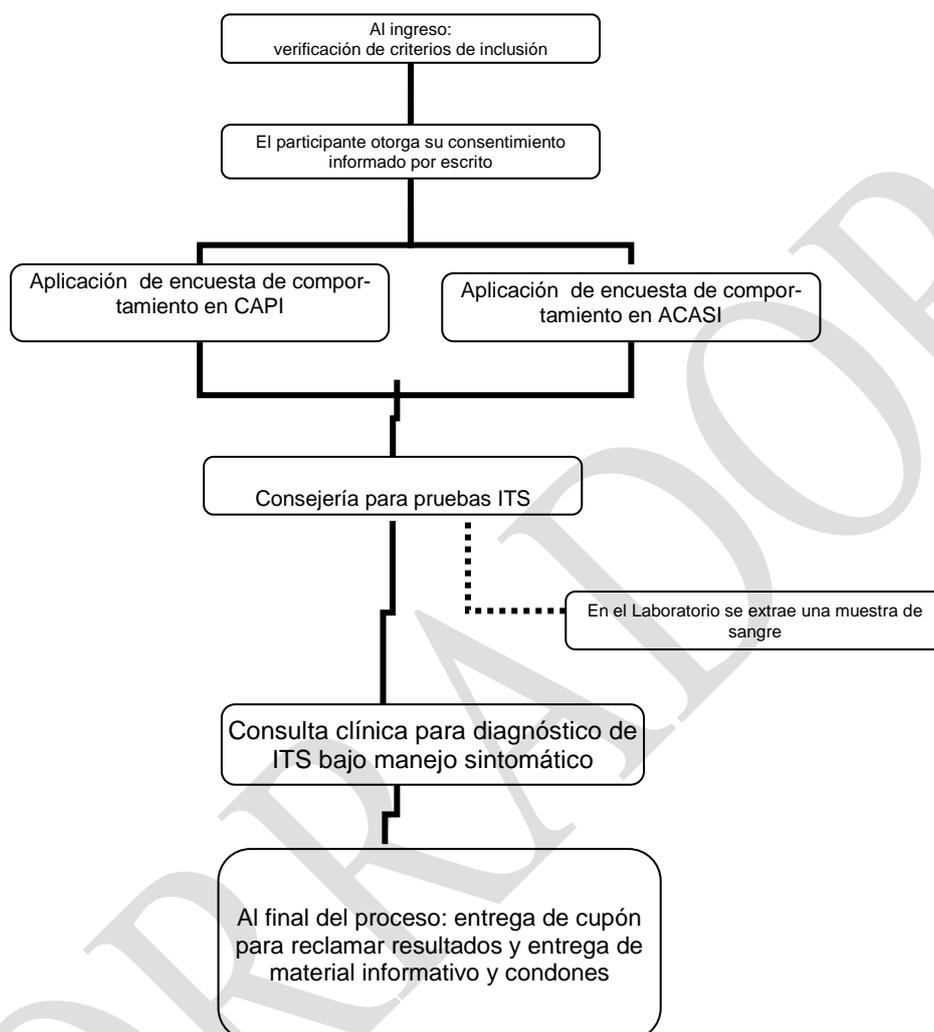


Figura 3. Flujoograma de participantes en el sitio de la encuesta de personas con el VIH. ECVC, Belice 2012



Capacitación

Se desarrolló un taller de capacitación para los entrevistadores, facilitadores y supervisores, así como para el personal médico, profesionales de laboratorio y consejeros. En total se capacitaron 32 personas. El contenido de los talleres se focalizó en dos grandes áreas:

Para los entrevistadores, facilitadores y supervisores la capacitación incluyó la realización de las entrevistas de comportamiento en ACASI, procedimiento para los diferentes tipos de muestreos, revisión de criterios de elegibilidad, manejo de cupones, consentimiento, manejo de incentivos y otras actividades organizativas del trabajo de campo.

El manejo clínico y de laboratorio dirigido a los responsables de efectuar la atención clínica, recolección, envío y procesamiento de muestras, consejería para el VIH y las ITS.

Además, se incluyeron temas complementarios como: actualización en el diagnóstico y manejo sintomático de ITS; los consejeros fueron actualizados por la responsable de la consejería, de la Coordinadora Nacional del Estudio.

El personal de laboratorio fue entrenado en los procedimientos para la obtención y procesamiento de muestras, almacenamiento, transporte, etiquetado y cadena de frío.

F. Recolección de datos

La muestra de hombres que tienen sexo con hombres, de trabajadoras sexuales y de personas con el VIH de Belice se obtuvo en un período de seis meses, comprendidos entre el 31 de enero y el 31 de julio de 2012.

Para llevar a cabo la selección de las personas que serían elegidas como “semillas” se tomaron en cuenta las recomendaciones de los líderes beliceños de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres.

Al momento de realizar el reclutamiento de trabajadoras sexuales, se coordinó con las ONGs que abordan esta población en cada distrito; entre ellas podemos mencionar a BFLA y a Tikikum Olam.

La muestra de personas con el VIH se obtuvo con el apoyo del personal de salud del Hospital Memorial Karl Huesner, de las clínicas de atención integral a las personas con el VIH y de los centros de consejería y prueba voluntaria (VCT) de los cuatro distritos donde se implementó la encuesta.

G. Análisis de los datos

La limpieza, el análisis de los datos y el control de su calidad fueron realizados en la oficina central de la Unidad del VIH, de la Universidad del Valle de Guatemala. Este proceso duró aproximadamente tres meses, lo cual permitió obtener bases de datos finales para luego integrar las bases de datos para cada una de las poblaciones del estudio.

Para la limpieza de los datos se diseñaron programas de limpieza previa al trabajo de campo; semanalmente se entregó un informe de inconsistencias que fueron revisadas y clarificadas durante la recolección de los datos.

El análisis descriptivo incluyó a las principales variables: características socio demográficas (sexo, edad, lugar de origen, escolaridad, entre otras), de comportamiento sexual y prevalencia del VIH y de las infecciones de transmisión

sexual. Se calcularon proporciones simples para estimar prevalencias; para las variables de comportamiento y conocimiento se realizó un análisis univariado.

Para las variables cuantitativas se calcularon medias e intervalos de confianza de 95%, así como la mediana y el rango intercuartílico. En vista de que la n no fue alcanzada para ninguna de las poblaciones los datos descritos en el presente informe son datos sin ajustar. Todos los análisis se llevaron a cabo con Stata intercooled versión 11.1.

BORRADOR

VI. Principales resultados

a) Trabajadoras sexuales

De octubre a diciembre de 2011 se realizó el censo de los sitios de trabajo sexual en los cuatro distritos seleccionados para la encuesta; se identificaron 155 sitios de trabajo sexual, distribuidos de la siguiente manera: 60 en el distrito de Belice, 55 en el distrito de Cayo, 16 en Orange Walk y 24 sitios en Stann Creek.(Cuadro 9)

Cuadro 9. Reclutamiento y rechazo de participación. Trabajadoras sexuales ECV. Belice, 2012

	Total
Número de sitios de muestreo	155
Número total estimado de trabajadoras sexuales en sitios de muestreo: promedio (mínimo-máximo)*	346 – 595
Número de participantes reclutadas	220

De enero a julio de 2012 fueron reclutadas 220 trabajadoras sexuales de los cuatro distritos seleccionados para la encuesta. Todas cumplieron con los criterios de inclusión y brindaron el consentimiento informado por escrito. De ellas, 217 aceptaron hacerse las pruebas rápidas del VIH, 216 dieron una muestra de sangre para el diagnóstico de sífilis y 218 para la detección de virus del herpes simple tipo 2. A 186 mujeres con la muestra de sangre se les realizó la prueba de embarazo ,así como pruebas confirmatorias del VIH; 185 brindaron una muestra de hisopado vaginal para el diagnóstico de otras infecciones de transmisión sexual.(Cuadro 10)

Cuadro 10. Muestra propuesta y alcanzada. Trabajadoras sexuales. ECV Belice, 2012

	Total
Participantes propuestas	300
Total de participantes	220
Número de participantes con pruebas rápidas del VIH	217
Número de participantes con muestra de sangre (Sífilis)	216
Número de participantes con muestra de sangre (Herpes simple tipo II)	218
Número de participantes con muestra de sangre (Embarazo)	186
Número de participantes con hisopado vaginal	185

Características sociodemográficas (Cuadro 11)

Las trabajadoras sexuales entrevistadas tuvieron una mediana de edad de 25 años; 48.18% tenían entre 18 y 24 años de edad y solamente 7.27% fueron mayores de 35 años de edad.

El 95.45% de las entrevistadas reportaron saber leer y escribir; 43.38% de las trabajadoras sexuales declararon no haber asistido a la escuela o sólo haber cursado algún grado de primaria y 39.27% cursó algún grado de secundaria

El 81.65% de las trabajadoras sexuales entrevistadas manifestó que su principal fuente de ingresos era el trabajo de bailarina o mesera y sólo 10.09% reportó como fuente principal de ingresos el trabajo sexual. Dos tercios de las trabajadoras sexuales reportaron tener un ingreso mensual mayor al salario mínimo establecido en Belice. En cuanto al número de dependientes, la mediana fue de tres personas.

La mayoría de las trabajadoras sexuales entrevistadas eran extranjeras: casi la mitad eran de nacionalidad hondureña, 22.27% eran guatemaltecas y solamente 19.55% dijo ser de nacionalidad beliceña. Casi dos terceras partes (72.73%) de las trabajadoras sexuales reportaron ser solteras al momento de la encuesta; 35.45% dijo vivir solas, y un tercio reportó vivir con su familia.

Cuadro 11. Características sociodemográficas. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Edad (años)			
18-24	220	106	48.18 (41.42-55)
25-29		57	25.91 (20.25-32.23)
30-34		41	18.64 (13.72-24.42)
≥35		16	7.27 (4.21-11.54)
Mediana (RIC)		25 (21-30)	
Sabe leer y escribir	220	210	95.45 (91.8-97.8)
Escolaridad			
No escuela/algún grado de primaria	219	95	43.38 (36.72-50.22)
Algún grado de secundaria		86	39.27 (32.76-46.08)
Algún grado de educación terciaria		25	11.42 (7.53-16.39)
Algún grado universitario		13	5.94 (3.2-9.94)
Su principal fuente de ingresos¹			
Mesera/bailarina	218	178	81.65 (75.86-86.56)

Trabajo sexual		22	10.09 (6.43-14.88)
Comerciante, vendedora ambulante, empleada, ONG, trabajo doméstico		14	6.42 (3.56-10.54)
No tiene trabajo, remesas		4	1.83 (0.5-4.63)
Ingresos mensuales² (dólares beliceños)			
< 720	199	78	39.20 (32.36-46.34)
≥ 721		121	60.80 (53.65-67.63)
Mediana (RIC)		800 (600-1200)	
Número de dependientes económicos			
0	220	25	11.36 (7.49-16.32)
1-2		78	35.45 (29.14-42.17)
3-4		75	34.09 (27.85-40.76)
≥5		42	19.09 (14.12-24.92)
Mediana (RIC)		3 (1-4)	
País donde nació			
Honduras	220	103	46.82 (40.08-53.64)
Guatemala		49	22.27 (16.96-28.35)
Belice		43	19.55 (14.52-25.41)
Otro país		25	11.36 (7.49-16.32)
Estado civil			
Soltera	220	160	72.73 (66.33-78.5)
Casada		37	16.82 (12.13-22.43)
Divorciada/viuda		23	10.45 (6.74-15.27)
Actualmente vive con			
Sola	220	78	35.45 (29.14-42.17)
Familia		67	30.45 (24.45-37)
Amigos, otros		52	23.64 (18.19-29.81)
Pareja, familia de pareja		24	10.91 (7.12-15.8)
Involucrada en alguna organización para trabajadoras sexuales	220	9	4.09 (1.89-7.62)

¹ Fuente de ingresos. Es la forma como gana y/o recibe dinero

² Ingreso mensual. Es la cantidad de dinero que gana y/o recibe en un mes por su trabajo u otras fuentes

Antecedentes sexuales y violencia sexual (Cuadro 12)

El 49.08% de las trabajadoras sexuales reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad. En las entrevistadas, la mediana de edad de la primera relación sexual fue de 16 años. El 92.0% de las trabajadoras sexuales reportó haber tenido la primera relación sexual con una persona conocida y una cuarta parte, 24.88% reportó haber usado condón en su primera relación sexual.

Respecto a la violencia sexual, 40.09% de las entrevistadas reportaron que alguna vez en la vida habían sido forzadas a tener relaciones sexuales, el 11.82% fueron forzadas a tener la primera relación sexual y 10.09% dijo haber sido forzada a tener relaciones sexuales en el último año.

Cuadro 12. Antecedentes sexuales y violencia sexual. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Edad en su primera relación sexual¹ (años)			
<15	218	107	49.08 (42.26-55.92)
16-20		106	48.62 (41.81-55.46)
>20		5	2.29 (0.74-5.27)
Mediana (RIC)		16 (15-17)	
Persona con quien tuvo su primera relación sexual			
Conocido	219	201	91.78 (87.81-95.39)
Desconocido		14	6.39 (3.56-10.54)
Miembro de familia		4	1.83 (0.5-4.63)
Uso de condón en su primera relación sexual	217	54	24.88 (19.19-31.05)
Alguna vez en su vida fue forzada a tener relaciones sexuales	217	87	40.09 (33.52-46.94)
Su primera relación sexual fue forzada	220	26	11.82 (7.87-16.84)
Durante el último año fue forzada a tener relaciones sexuales	218	22	10.09 (6.43-14.88)

¹Relación sexual. Es la penetración del pene en vagina, ano o boca

Embarazo y prueba del VIH (Cuadro 13)

La mayoría de las trabajadoras sexuales entrevistadas reportó haber estado embarazadas alguna vez en la vida y 3.38% estaban embarazadas al momento de la encuesta. El 85.41% de las entrevistadas reportó haber asistido a

control prenatal en su último embarazo y en su mayoría asistieron a un hospital público o centro de salud.

El 69.02% de las trabajadoras sexuales reportó que durante su último embarazo recibió información sobre el riesgo de transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo. A 76.76% de las participantes se les ofreció la prueba del VIH durante su último embarazo y de éstas, 71.35% se la realizaron.

Cerca de 50% de las participantes se había ocasionado un aborto alguna vez en su vida.

Cuadro 13. Embarazo y prueba del VIH. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Embarazo alguna vez en la vida	220	185	84.09 (78.58-88.66)
Actualmente está embarazada	207	7	3.38 (1.37-6.84)
Asistió o asiste a control prenatal durante último embarazo	185	158	85.41 (79.48-90.16)
Lugar del control prenatal último embarazo			
Hospital público, centro de salud	158	135	85.44 (78.96-90.54)
Hospital privado, clínica privada		24	15.19 (9.98-21.75)
Otro lugar		4	2.53 (0.69-6.35)
Recibió información del riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo, en el último embarazo	184	127	69.02 (61.8-75.62)
Le ofrecieron la prueba del VIH en el último embarazo	185	142	76.76 (70-82.64)
Prueba del VIH en el último embarazo	185	132	71.35 (64.26-77.75)
Aborto alguna vez en su vida	185	85	45.95 (38.61-53.41)

Antecedentes de trabajo sexual y movilidad (Cuadro 14)

Del total de entrevistadas, 90.28% se auto-identificó como meseras, bailarinas o cajeras. El 5.56% se auto-identificó como dama de compañía o ama de casa y sólo 3.24% se auto-identificó como trabajadoras sexuales. Todas las entrevistadas manifestaron que algunas veces realizaban trabajo sexual.

En cuanto a la edad de inicio en el trabajo sexual, las trabajadoras sexuales reportaron una mediana de 20 años de edad, con un rango intercuartílico de 18 a 25 años. El 42.03% reportó que tenían menos de 20 años de edad cuando empezaron a hacer trabajo sexual y la mitad de las entrevistadas tenían entre 20 a 30 años de edad.

El 39.59% (IC 95%:32.71-46.79) de las entrevistadas reportaron que hacía menos de un año tenían relaciones sexuales a cambio de dinero, y casi un tercio reportó que tenían de uno a dos años en este oficio.

Respecto al número de días en los que hicieron trabajo sexual durante el último mes, 41.52% de las entrevistadas reportó haber trabajado de uno a siete días, mientras que 35.09% dijo no haber realizado trabajo sexual en el último mes. Los principales lugares de trabajo sexual reportados por las participantes fueron: *night clubs*, bares y discotecas.

Se indagó acerca de la movilidad dentro de Belice y hacia otros países de la región centroamericana y se encontró que la mayoría de las trabajadoras sexuales entrevistadas no se movilizaban a otras ciudades y países para realizar trabajo sexual. Sólo 5.83% y 2.43% se movizaron a una y a más de dos ciudades, respectivamente, y menos de 2.0% reportó haber estado en otros países fuera, además de Belice, para hacer trabajo sexual durante el último año.

En esta encuesta se definió como cliente a la persona que pagó dinero a la entrevistada por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales. El 88.32% de las trabajadoras sexuales reportó que su última relación sexual fue con un cliente y 81.33% reportó haber usado condón con sus clientes en los últimos 30 días.

Cuadro 14. Antecedentes de trabajo sexual y movilidad. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Auto identificación por el trabajo sexual¹			
Mesera, bailarina y cajera, pero a veces hace entradas	216	195	90.28 (85.52-93.88)
Dama de compañía y ama de casa		12	5.56 (2.9-9.5)
Trabajadora sexual		7	3.24 (1.31-6.56)
Masajista		2	0.93 (0.11-3.3)
Edad cuando recibió dinero por tener relaciones sexuales, por primera vez (años)			
<20	207	87	42.03 (35.22-49.07)
20-30		104	50.24 (43.23-57.25)
≥31		16	7.73 (4.48-12.25)
Mediana (RIC)		20 (18-25)	
Años en el trabajo sexual			
Menos de 1 año	197	78	39.59 (32.71-46.79)

1 a 2 años		54	27.41 (21.31-34.20)
3 a 5 años		41	20.81 (15.36-27.15)
Más de 5 años		24	12.18 (7.96-17.58)
Mediana (RIC)		1 (0.24-3.0)	
Días en los que realizó trabajo sexual en los últimos 30 días			
0	171	60	35.09 (27.96-42.74)
1-7		71	41.52 (34.05-49.29)
8-14		18	10.53 (6.36-16.13)
≥15		22	12.87 (8.24-18.83)
Mediana (RIC)		2 (0-7)	
Lugar principal del trabajo sexual			
Night club, bar, discoteca	216	183	84.72 (79.22-89.24)
Burdel, casa de citas		18	8.33 (5.01-12.85)
Hotel, motel, hospedaje, carretera, calle, parque, teléfono o internet.		15	6.94 (3.94-11.2)
Ciudades de Belice donde ha hecho trabajo sexual, fuera de la ciudad donde trabajó en el último año			
0	206	189	91.75 (87.12-95.12)
1		12	5.83 (3.05-9.95)
≥2		5	2.43 (0.79-5.57)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Países donde ha hecho trabajo sexual fuera de Belice, en el último año			
0	206	202	98.06 (95.1-99.47)
1		4	1.94 (0.53-4.9)
≥2		0	0.00 (0-1.77)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Servicios sexuales a sus clientes²			
Penetración vaginal	210	209	99.52 (97.38-99.99)
Sexo oral		25	11.9 (7.85-17.07)

Penetración anal		6	2.86 (1.06-6.11)
Pago por servicio sexual (entrada o rato) de clientes, en dólares beliceños			
≤100	160	49	30.63 (23.59-38.39)
>101-300		94	58.75 (50.71-66.46)
>301		17	10.63 (6.31-16.47)
Mediana (RIC)		150 (100-225)	
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente	214	189	88.32 (83.24-92.3)
Uso consistente de condón³ con clientes, durante últimos 30 días	150	122	81.33 (74.16-87.22)

¹ Trabajo sexual, definido como recibir dinero a cambio de relaciones sexuales.

² Cliente, definido como la persona que pagó dinero por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales

³ Uso consistente de condón. Auto-reportó haber usado condón siempre, en el período de tiempo especificado

Comportamiento sexual con parejas estables y ocasionales (Cuadro 15)

Esta encuesta definió como pareja estable a las personas con quien tienen relaciones sexuales sin intercambio de dinero y que, además, tienen una relación afectiva, constante o regular, por ejemplo el cónyuge, novio o marido. El 63.03% de las entrevistadas declaró tener una pareja estable al momento de la encuesta y 33.80% reportó que habían tenido más de dos parejas estables en los últimos 12 meses. La mediana del número de parejas estables para ese mismo período fue una pareja con un rango intercuartílico de una a dos parejas.

Una tercera parte de las entrevistadas (31.85%) reportó haber usado consistentemente el condón con parejas estables en el último mes y 39.18% durante la última relación sexual. (Gráfico 1)

Cuadro 15. Comportamiento sexual con parejas estables y ocasionales. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>N</i>	% (IC95%)
Parejas estables¹			
Actualmente, tiene pareja estable	214	132	63.03 (54.81-68.23)
Parejas estables en los últimos 12 meses			
0	216	23	10.65 (6.87-15.55)
1		120	55.56 (48.66-62.3)
≥2		73	33.80 (27.52-40.53)

Mediana (RIC)		1 (1-2)	
Uso consistente de condón², pareja estable, último mes	135	43	31.85 (24.1-40.42)
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con pareja estable	194	76	39.18 (32.26-46.42)
Parejas ocasionales³			
Parejas ocasionales en el último año	211	133	63.03 (56.14-69.56)
Parejas ocasionales, en el último año			
0	211	78	36.97 (30.44-43.86)
1		46	21.8 (16.43-27.99)
2-4		57	27.01 (21.15-33.54)
≥4		30	14.22 (9.8-19.67)
Mediana (RIC)		1 (0-3)	
Uso consistente de condón² con parejas ocasionales, últimos 30 días	103	65	63.11 (53.03-72.41)
Usó condón la última vez con parejas ocasionales	139	97	69.78 (61.43-77.28)

¹ Parejas estables, personas con las que tiene relaciones sexuales y mantiene una relación afectiva, constante o regular, pero no le pagaron por tener relaciones sexuales, por ejemplo, cónyuge, novio o marido.

² Uso consistente de condón. Es el auto-reporte haber usado siempre un condón en las relaciones sexuales en el período de tiempo especificado

³ Parejas ocasionales, personas con las que tiene relaciones sexuales ocasionales sin intercambio de dinero.

Para la encuesta se definió pareja ocasional, como la persona con quien tuvo relaciones sexuales, sin intercambio de dinero, y con quien no mantiene una relación estable, constante, afectiva o regular. En cuanto al número de parejas ocasionales en los últimos 12 meses, la mediana fue de una pareja con un rango intercuartílico de cero a tres. El 63.30% de las entrevistadas reportó tener una pareja ocasional al momento de la encuesta, 27.01% más de dos parejas ocasionales en los últimos 12 meses y 14.22% más de cuatro parejas ocasionales en ese mismo período.

El 63.11% reportaron haber usado consistentemente el condón con pareja ocasional durante los últimos 30 días y 69.78% en la última relación sexual.

Gráfico 1. Uso de condón en última relación sexual según tipo de pareja. Trabajadoras sexuales. ECVC Belice, 2012

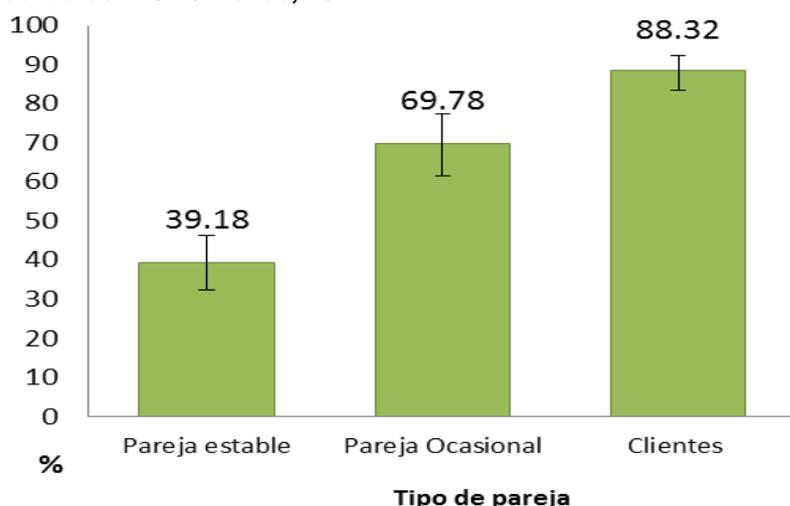
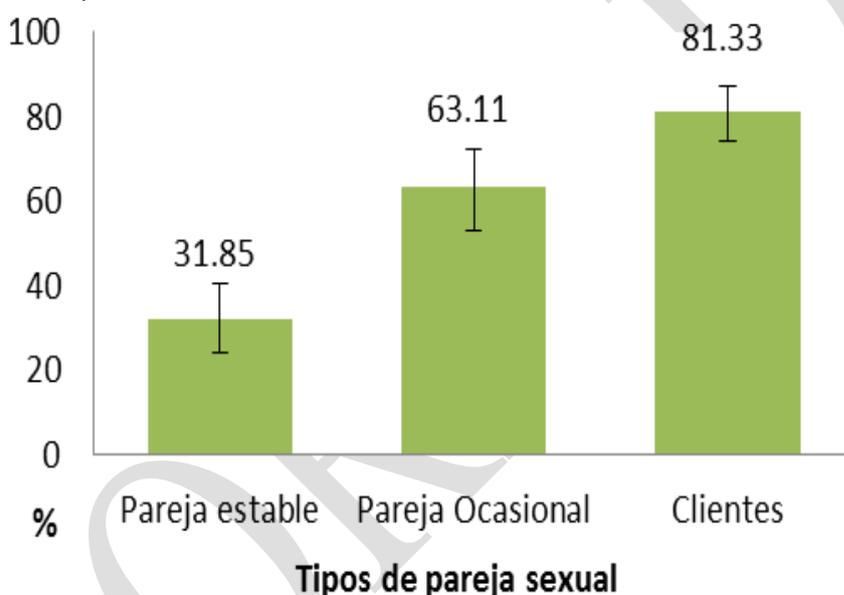


Gráfico 2. Uso consistente de condón según tipo de pareja. Trabajadoras sexuales. ECVC Belice, 2012



Consumo de alcohol y de drogas (Cuadro 16)

La ingesta de alcohol durante el último mes fue reportado por 96.74% de las trabajadoras sexuales entrevistadas; casi la mitad reportó haber consumido de uno a 10 tragos en la misma ocasión durante el último mes y 39.23% había ingerido de 11 a 20 tragos en la misma ocasión en el mismo periodo de tiempo.

El 33.33% de las trabajadoras sexuales entrevistadas informó haber usado drogas ilegales alguna vez en la vida, de éstas, 25.57% había consumido droga ilegales en los últimos 12 meses y 20.09% en los últimos 30 días. La marihuana fumada y la cocaína inhalada fueron las drogas más usadas en el último año. Se documentó el uso de drogas ilegales inyectables, ya que dos personas reportaron haberse inyectado drogas ilegales en el último año.

Cuadro 16. Consumo de alcohol y drogas. Trabajadoras sexuales. ECVC Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Ha tomado alcohol o licor durante el último mes	215	208	96.74 (93.41-98.68)
Número de tragos de bebidas alcohólicas ingeridos en la misma ocasión, último mes			
0-10 tragos	209	97	46.41 (39.5-53.42)
11-20 tragos		82	39.23 (32.57-46.21)
≥ 21 tragos		30	14.35 (9.9-19.85)
Mediana (RIC)		14 (8-20)	
Probó drogas ilegales alguna vez	219	73	33.33 (27.13-40)
Usó drogas ilegales, últimos 12 meses	219	56	25.57 (19.93-31.88)
Usó droga ilegales, últimos 30 días	219	44	20.09 (14.99-26.02)
Consumo de drogas, por tipo de drogas, último año			
Mariguana	219	35	15.98 (11.39-21.52)
Cocaína		35	15.98 (11.39-21.52)
Piedra o crack		2	0.91 (0.11-3.26)
Se ha inyectado drogas alguna vez	220	2	0.91 (0.11-3.25)

£ El uso de la heroína, éxtasis, thiner o resistol, anfetaminas y diazepam no fue reportado por las participantes.

Pruebas voluntarias del VIH y actividades de educación y prevención (Cuadro 17)

El 80.91% de las trabajadoras sexuales saben dónde ir para hacerse la prueba del VIH; un poco más de la mitad reportó haberse realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y casi todas (98.35%) manifestaron haber recibido el resultado respectivo.

El 62.70% de las entrevistadas reportó que los lugares donde se realizaron la prueba del VIH la última vez fueron centros de salud, hospitales públicos, VCT (*Volunteering Counseling Testing*, por sus siglas en inglés) y unidades móviles. Poco más de un tercio informó haberse realizado la prueba del VIH en clínicas o laboratorios privados y menos de 3.0% lo hizo en una ONG.

Cuadro 17. Pruebas voluntarias del VIH y actividades de educación y prevención. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Sabe dónde realizarse la prueba del VIH	220	178	80.91 (75.08-85.88)
Se realizó prueba del VIH en los últimos 12 meses	220	126	57.27 (50.45-63.9)
Averiguó el resultado de dicha prueba del VIH	121	119	98.35 (94.16-99.8)
Dónde se hizo la última prueba del VIH			
Centro de salud, hospital público, VCT, unidad móvil	126	79	62.70 (53.63-71.14)
Clínica, laboratorio privado		43	34.13 (25.92-43.1)
ONG		3	2.38 (0.49-6.8)
Otro		1	0.79 (0.02-4.34)
Participó en actividades de información o educación sobre el VIH, en el último año	220	61	27.73 (21.92-34.14)
Lugar de las actividades de información o educación sobre el VIH, donde participó			
Centro de salud, Clínica VCT	220	31	14.09 (9.78-19.4)
ONG		10	4.55 (2.2-8.2)
Escuela, grupos de auto apoyo, iglesias		6	2.73 (1.01-5.84)
Hospital, clínica privada		2	0.91 (0.11-3.25)
National AIDS Commission (NAC)		1	0.45 (0.01-2.51)
Otro		12	5.45 (2.85-9.33)
ONG donde participó en actividades de información o educación sobre el VIH			
Belize Family Life Association (BFLA)	220	4	1.82 (0.5-4.59)
Tikkun Olam Belize		3	1.36 (0.28-3.93)
Pasmo		2	0.91 (0.11-3.25)

Sólo un tercio de las trabajadoras sexuales reclutadas tuvieron acceso a actividades de información y educación como charlas o talleres durante el último año; 14.09% participó de dichas actividades en un centro de salud o clínica VCT y 4.55% en una ONG.

Acceso a condones (Cuadro 18)

El 87.73% de las entrevistadas declararon que les resulta fácil conseguir condones, y para quienes dijeron comprarlos el costo de un paquete de tres condones tuvo una mediana de 3.75 dólares beliceños. Respecto a los lugares donde las entrevistadas compraron condones la última vez, un poco más de un tercio lo hicieron en una tienda o en una gasolinera, 24.0% en supermercados, 22.67% (IC 95%:13.79-33.79) en *night clubs*, bares o discotecas y 21.33% (IC 95%:12.71-32.32) en la farmacia.

El 32.69% de las entrevistadas reportaron haber obtenido condones gratis la última vez en los centros de salud o con educadores pares, en las ONG; 25.64% dijo que fue el personal de la actual encuesta (ECVC), y la ONG identificada como la que en mayor proporción brinda condones gratis fue Tikkun Olam Belize.

Cuadro 18. Acceso a condones. Trabajadoras sexuales. ECVC Belice, 2012

	N	N	% (IC95%)
Conseguir un condón es			
Fácil, muy fácil	220	193	87.73 (82.65-91.75)
Difícil, muy difícil		27	12.27 (8.25-17.35)
Costo por condón, última compra (dólares beliceños)			
Mediana (RIC)	72	3.75 (3.0-5.0)	
Lugar de compra de condones, última vez			
Tienda, gasolinera	75	24	32.00 (21.69-43.78)
Supermercado		18	24.00 (14.89-35.25)
<i>Night club</i> , bar, disco		17	22.67 (13.79-33.79)
Farmacia		16	21.33 (12.71-32.32)
Lugar donde recibió condones gratis, última vez			
ONG, educador par o promotor	156	51	32.69 (25.41-40.65)
Centro de salud, hospital público		51	32.69 (25.41-40.65)
Personal de campo de la ECVC		40	25.64 (18.99-33.24)
Familiares, amigos		9	5.77 (2.67-10.67)
<i>Night club</i> , bar, disco, hotel, motel, lugar de trabajo		5	3.21 (1.05-7.32)
ONG donde recibió condones gratis por última vez			
Tikkun Olam Belize	13	8	5.19 (2.27-9.98)

Pasmo	1	0.65 (0.02-3.56)
Belize Family Life Association (BFLA)	1	0.65 (0.02-3.56)
Otra	3	1.95 (0.4-5.59)

Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH (Cuadro 19)

Los conocimientos en medidas de prevención y transmisión del VIH en las trabajadoras sexuales fueron indagados y evaluados según las recomendaciones de los indicadores UNGASS (Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida) para epidemias concentradas.

El 33.18% de las trabajadoras sexuales reclutadas, identificaron correctamente dos formas de prevenir la transmisión del VIH y rechazaron las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

La medida de prevención más conocida por las trabajadoras sexuales fue el uso correcto del condón en cada relación sexual, y fue reportada por 81.34% de las entrevistadas; ser fiel a la pareja se mencionó por 75.59%.

Respecto al conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH, una mayor proporción de las trabajadoras sexuales identificó que el VIH se puede transmitir de una mujer infectada a su hijo o hija a través de la lactancia materna, durante el embarazo y que una persona puede verse saludable y estar infectada con el VIH.

Cuadro 19. Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Índice de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	220	73	33.18 (27-39.83)
Conocimiento sobre formas de prevención del VIH			
Se puede prevenir el VIH siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	213	161	75.59 (69.25-81.2)
Se puede prevenir el VIH usando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	209	170	81.34 (75.39-86.38)
Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH			
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	213	201	94.37 (90.37-97.06)

No se puede transmitir el VIH por la picadura de zancudo	199	121	60.80 (53.65-67.63)
No se puede transmitir el VIH al compartir comida con alguien infectado con el VIH	208	181	87.02 (81.68-91.27)
Se puede transmitir el VIH de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo	213	196	92.02 (87.53-95.28)
Se puede transmitir el VIH de una mujer con VIH o <i>sida</i> a su hijo a través de la lactancia materna	211	200	94.79 (90.86-97.37)

¹ El índice está especificado por los "Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida." Específicamente, el índice 14, "Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH," está calculado con base en cinco preguntas. El numerador es el número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas. El denominador es el número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un "no sé", a las cinco preguntas. Las cinco preguntas son: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?

Abuso o maltrato por dedicarse al trabajo sexual (Cuadro 20)

Casi un tercio de las trabajadoras sexuales incluidas en el estudio reportó haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato por hacer trabajo sexual, en el último año. De aquellas que reportaron algún abuso o maltrato, 72.13% afirmó que fue verbal, 26.23% reportó maltrato físico y 12% refirió haber sido asaltada, extorsionada o chantajeada.

De las personas que las maltrataron identificaron principalmente a los clientes, a compañeros de trabajo y jefes 45.90%; 24.59% a personas desconocidas y a sus parejas 22.95%. El 9.59% de las entrevistadas mencionaron haber sufrido maltratos en los servicios de salud por ser trabajadoras sexuales.

Cuadro 20. Abuso y maltrato por realizar trabajo sexual. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su trabajo sexual en el último año	220	61	27.73 (21.92-34.14)
Tipo de abuso o maltrato			
Maltrato verbal	61	44	72.13 (59.17-82.85)
Maltrato físico		16	26.23 (15.8-39.07)
Robo/asalto/extorsión/chantaje		7	11.48 (4.74-22.22)
Rechazo, aislamiento, expulsión de la casa, despido de la casa		6	9.84 (3.7-20.19)
Violencia sexual		3	4.92 (1.03-13.71)
Persona que la maltrató o abusó			

Clientes, compañeros de trabajo, jefes	61	28	45.90 (33.06-59.15)
Desconocidos		15	24.59 (14.46-37.29)
Pareja actual, estable u ocasional		14	22.95 (13.15-35.5)
Familiares, conocidos, compañeros de estudio, vecinos		9	14.75 (6.98-26.17)
Policías		3	4.92 (1.03-13.71)
Maltrato en los servicios de salud por realizar trabajo sexual	219	21	9.59 (6.03-14.28)
Denunciado discriminación por realizar trabajo sexual	219	12	5.48 (2.86-9.38)

Prevalencia del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Cuadro 21)

La prevalencia del VIH encontrada en las trabajadoras sexuales de Belice fue de 0.91% ; el herpes virus simple tipo 2 fue la patología más prevalente, con 51.63% ; el 42.93% de las participantes tenía vaginosis bacteriana. y la prevalencia de *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* y *Mycoplasma genitalium* fue de 19.79% , 18.18% y 11.23% , respectivamente. Las prevalencias de sífilis y sífilis activa fueron las más bajas con 0.46%, para ambas.

Cuadro 21. Prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Trabajadoras sexuales. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
VIH	219	2	0.91 (0.11-3.26)
Virus herpes simple tipo 2	215	111	51.63 (44.73-58.48)
Sífilis	216	1	0.46 (0.01-2.55)
Sífilis activa ¹	216	1	0.46 (0.01-2.55)
Vaginosis bacteriana	184	79	42.93 (35.68-50.42)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	187	37	19.79 (14.33-26.23)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	187	21	11.23 (7.09-16.65)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	187	5	2.67 (0.87-6.13)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	187	34	18.18 (12.93-24.47)

¹ Muestra positiva por RPR a una dilución $\geq 1:8$ y confirmada por TPPA

BORRADOR

b) Hombres que tienen sexo con hombres (Cuadro 22)

Entre febrero y julio de 2012 se reclutaron en Belice 136 hombres que tienen sexo con hombres, incluidas 6 semillas. La muestra efectiva para el análisis de datos en esta ciudad fue de 130 participantes. Todos los entrevistados cumplieron con los criterios de inclusión y brindaron el consentimiento informado por escrito.

A 130 participantes se les tomó una muestra de sangre para realizar pruebas del VIH, del virus de herpes tipo 2, y de sífilis; a 70 se les recolectó una muestra de orina e hisopado anal (69) para la determinación de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Trichomonas vaginalis*.

Cuadro 22. Muestra propuesta y alcanzada. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	Total
Muestra propuesta	300
Semillas	10
Total de participantes (incluye semillas)	136
Número de participantes con pruebas rápidas del VIH	130
Número de participantes con muestra de sangre	130
Número de participantes con muestra de orina	79
Número de participantes con muestra de hisopado anal	69

Características sociodemográficas (Cuadro 23)

La mediana de edad fue de 26 años ; 44.12% de los participantes tenían entre 18 y 24 años de edad. Respecto a la escolaridad, 32.35% de los participantes indicaron haber completado o cursado algún grado en secundaria y 25.74% afirmó haber completado o cursado algún grado en educación terciaria y 29.41% dijo haber completado o cursado algún grado de estudios universitarios.

Aproximadamente tres cuartos de los participantes tenían trabajo al momento de la encuesta. La mediana de ingreso mensual reportado fue de 1,000 dólares beliceños. El 37.61% de los participantes reportó que su ingreso era igual o inferior al salario mínimo en Belice.

Más de la mitad de los entrevistados reportó que actualmente vivían con sus familias; sólo cuatro participantes dijeron estar casados o unidos con una mujer al momento de la entrevista, y 20.0% declaró haber estado acompañados o en unión libre con hombres.

El 64.71% de los participantes se auto identificó como gay u homosexual, 32.35% se auto identificó como bisexual o heterosexual, mientras que 2.94% se auto identificó como transgénero.

Cuadro 23. Características sociodemográficas y autoidentificación sexual. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Edad (años)			
18-24	136	60	44.12 (35.61-52.88)
25-29		29	21.32 (14.76-29.16)
30-34		27	19.85 (13.50-27.55)
≥35		20	14.71 (9.22-21.79)
Mediana (RIC)			26 (22-31.5)
Sabe leer y escribir	136	134	98.53 (94.78-99.82)
Escolaridad			
No escuela, algún grado de primaria	136	17	12.50 (7.45-19.25)
Algún grado de secundaria		44	32.35 (24.58-40.90)
Algún grado de educación terciaria		35	25.74 (18.62-33.93)
Algún grado universitario		40	29.41 (21.91-37.82)
País de nacimiento			
Belice	136	122	89.71 (83.33-94.25)
Otro		14	10.29 (5.74-16.66)
Principal fuente de ingresos¹			
Trabaja	136	98	72.06 (63.72-79.40)
No trabaja		38	27.94 (20.59-36.27)
Ingreso mensual aproximado²(dólares beliceños)			
< 720	117	44	37.61 (28.82-47.03)
≥ 721		73	62.39 (52.96-71.17)
Mediana (RIC)			1000 (525-1600)
Actualmente vive con			
Familia	136	76	55.88 (47.11-64.38)
Pareja, familia de pareja		29	21.32 (14.76-29.16)
Solo		23	16.91 (11.03-24.28)
Amigos/otros		11	8.09 (4.10-14.01)
Estado civil			
Soltero, separado, divorciado o viudo	136	106	77.94 (70.03-84.59)

Casado o acompañado con hombre		26	19.12 (12.88-26.74)
Casado o acompañado con mujer		4	2.94 (0.80-7.35)
Auto identificación			
Gay u homosexual	136	88	64.71 (56.05-72.70)
Bisexual		44	32.35 (24.58-40.90)
Transexual, travesti o transgénero		4	2.94 (0.80-7.35)

¹ Por principal fuente de ingresos. Es a la forma como se gana y/o recibe dinero

² Por ingreso mensual. Es la cantidad de dinero que gana y/o recibe en un mes por su trabajo u otras fuentes.

Antecedentes sexuales (Cuadro 24)

La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 15 años, 40.44% de los participantes tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años de edad y cerca de 38.24% de los participantes reportó haber utilizado el condón en su primera relación sexual.

En cuanto al inicio de relaciones sexuales con hombres, la mediana de edad fue de 16 años, 20.58% de los participantes reportaron haber tenido la primera relación sexual con un hombre antes de los 15 años de edad y 30.15% entre 15 y 17 años.

Más de la mitad de los participantes afirmaron que alguna vez en la vida habían tenido relaciones sexuales con mujeres y 37.66% reportó ésta práctica en los últimos 12 meses. El 21.48% de los participantes expresaron estar circuncidados.

El 8.09% de los participantes reportó que su primera relación sexual fue forzada y 9.56% fue forzado a tener relaciones sexuales en el último año.

Cuadro 24. Antecedentes sexuales. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	N	N	% (IC95%)
Edad a la que tuvo su primera relación sexual¹ (años)			
<15	136	55	40.44 (32.11-49.19)
15-17		45	33.09 (25.26-41.66)
≥18		36	26.47 (19.27-34.71)
Mediana (RIC)		15 (12.5 - 18)	
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez			
Conocido	136	106	77.94 (70.03-84.59)
Desconocido		19	13.97 (8.62-20.95)

Miembro de familia		11	8.09 (4.10-14.01)
Usó condón en su primera relación sexual	136	52	38.24 (30.04-46.95)
Edad de primera relación sexual con un hombre (años)			
<15	136	49	36.03 (27.98-44.70)
15-17		41	30.15 (22.57-38.60)
≥18		46	33.82 (25.93-42.42)
Mediana (RIC)		16 (13-19)	
Ha tenido relaciones sexuales con mujeres	136	77	56.62 (47.85-65.08)
Edad de primera relación sexual con una mujer (años)			
<15	77	16	20.78 (12.36-31.53)
15-17		31	40.26 (29.23-52.05)
≥18		30	38.96 (28.04-50.75)
Mediana (RIC)		16 (15-19)	
Ha tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos 12 meses	77	29	37.66 (26.86-49.43)
Auto reporte de circuncisión²	135	29	21.48 (14.88-29.37)
Alguna vez en la vida lo forzaron a tener relaciones sexuales	135	43	31.85 (24.10-40.41)
Primera relación sexual fue			
Voluntaria	136	125	91.91 (85.98-95.89)
Forzada		11	8.09 (4.10-14.01)
Alguna persona lo forzó a tener relaciones sexuales en el último año	136	13	9.56 (5.18-15.79)

¹Relación sexual. Es la penetración del pene en vagina, ano o boca.

²Circuncisión. Procedimiento quirúrgico con el que se quita la piel que cubre la cabeza del pene.

Últimas tres parejas sexuales (Cuadro 25)

La mitad de los entrevistados reportaron que la última pareja sexual había sido una pareja ocasional, y 46.67% mencionó que la última pareja sexual fue estable. Casi todos los encuestados reportaron que el sexo de la pareja con quienes tuvieron la última relación sexual fue masculino; 5.93% mencionó que fue femenino y sólo dos personas (1.48%) reportaron que fue una persona transgénero.

Respecto a la última relación sexual, 55.56% reportó haber usado un condón en la última relación sexual, y 40.0% indicó haber usado condón de forma consistente en todas las relaciones sexuales con esta pareja.

Tres cuartas partes de los entrevistados afirmaron que la penúltima pareja sexual había sido ocasional y 20.41% mencionó que la penúltima pareja sexual fue estable. Respecto al sexo de la penúltima pareja sexual, casi todos expre-

saron que fue masculino, cerca del 8.0% dijo que fue femenino y 1.0% dijo que fue una persona transgénero.

El 56.57% reportó haber usado condón en la última relación sexual con la penúltima pareja sexual y cerca de la mitad (49.49%) indicó haber usado condones de forma consistente en todas las relaciones sexuales con dicha pareja.

Cuadro 25. Últimas tres parejas sexuales. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Última pareja			
Pareja estable ¹	135	63	46.67 (38.03-55.44)
Pareja ocasional ²		68	50.37 (41.64-59.08)
Pareja comercial ³		2	1.48 (0.17-5.24)
Cliente ⁴		2	1.48 (0.17-5.24)
Sexo de la última pareja			
Masculino	135	125	92.59 (86.79-96.39)
Femenino		8	5.93 (2.59-11.34)
Transgénero		2	1.48 (0.17-5.24)
Uso de condón la última vez, última pareja	135	75	55.56 (46.76-64.10)
Uso consistente de condón⁵, última pareja	135	54	40.00 (31.66-48.77)
Penúltima pareja			
Pareja estable	98	20	20.41 (12.93-29.74)
Pareja ocasional		73	74.49 (64.68-82.76)
Pareja comercial		3	3.06 (0.63-8.68)
Cliente		2	2.04 (0.24-7.17)
Sexo de la penúltima pareja			
Masculino	99	90	90.91 (83.44-95.75)
Femenino		8	8.08 (3.55-15.30)
Transgénero		1	1.01 (0.02-5.49)
Uso de condón la última vez, penúltima pareja	99	56	56.57 (46.22-66.50)
Uso consistente de condón¹, penúltima pareja	99	49	49.49 (39.29-59.73)
Antepenúltima pareja			

Pareja estable	75	20	26.67 (17.11-38.13)
Pareja ocasional		53	70.67 (59.02-80.61)
Pareja comercial		0	0.00 (0.00-4.79)
Cliente		2	2.67 (0.32-9.30)
Sexo de la antepenúltima pareja			
Masculino	75	63	84.00 (73.71-91.44)
Femenino		12	16.00 (8.55-26.28)
Transgénero		0	0.00 (0.00-4.79)
Uso de condón última vez antepenúltima pareja	75	41	54.67 (42.74-66.20)
Uso consistente de condón¹ antepenúltima pareja	75	39	52.00 (40.15-63.68)

¹Pareja estable. Son personas con las que tiene relaciones sexuales y mantiene una relación afectiva, constante o regular, pero no le pagaron por tener relaciones sexuales (por ejemplo, su cónyuge, novio/a o marido)

²Parejas ocasionales. Son personas con las que tiene relaciones sexuales ocasionales sin intercambio de dinero

³Parejas comerciales. Son personas a las que les paga por tener relaciones sexuales

⁴Clientes. Son personas que pagaron dinero por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales

²Uso consistente de condón. Es el auto-reporte de siempre haber usado un condón en todas las relaciones sexuales en los últimos 30 días.

Parejas estables masculinas y femeninas (Cuadro 26)

La mitad de los entrevistados reportó haber tenido una pareja masculina estable en los últimos 12 meses y 20.59% mencionó haber tenido dos o más parejas masculinas estables en ese mismo período. La mediana de parejas masculinas estables en los últimos 12 meses fue de una.

El 45% de los participantes reportaron haber tenido una pareja masculina estable en los últimos 30 días; de éstos, 30.88% manifestó haber usado condón de manera consistente con este tipo de pareja, durante ese mismo período. En relación con el uso de condón durante la última relación sexual con este tipo de parejas, 55.21% de los entrevistados respondieron afirmativamente.

Entre los encuestados que tenían una pareja estable hombre, un tercio de ellos expresó que las prácticas sexuales más comunes fueron las relaciones sexuales anales insertivas y receptiva (ambas, es decir, versátiles) seguida por sólo relaciones anales insertivas (32.29%) y sólo relaciones anales receptivas (29.17%).

Cerca de 10% de los entrevistados mencionó haber tenido una pareja estable mujer en los últimos 12 meses; mientras que 4.41% afirmó haber tenido una pareja estable mujer en los últimos 30 días. El uso consistente de condón durante el último mes con esa pareja estable mujer fue de 62.50% y el uso del condón en la última relación sexual fue de 68.42%.

Cuadro 26. Parejas masculinas y femeninas estables, en los últimos 12 meses. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	N	n	% (IC95%)
Número de parejas masculinas estables¹ en los últimos 12 meses			
0	136	40	29.41 (21.91-37.82)
1		68	50.00 (41.31-58.68)
≥2		28	20.59 (14.13-28.36)
Mediana (RIC)		1 (0-1)	
Parejas masculinas estables, en los últimos 30 días			
0	136	68	50.00 (41.31-58.68)
1		62	45.59 (37.02-54.34)
≥2		6	4.41 (1.63-9.35)
Mediana ¹ (RIC)		0.5 (0-1)	
Uso consistente de condón², pareja masculina estable, últimos 30 días	68	21	30.88 (20.23-43.25)
Tipo de relaciones sexuales con pareja masculina estable			
Anal insertivo	96	31	32.29 (23.10-42.60)
Anal receptivo		28	29.17 (20.33-39.32)
Ambos		32	33.33 (24.03-43.68)
Sexo oral		5	5.21 (1.71-11.73)
Usó condón en la última relación sexual con pareja masculina estable	96	53	55.21 (44.71-65.37)
Parejas femeninas estables, últimos 12 meses			
0	136	117	86.03 (79.04-91.37)
1		13	9.56 (5.18-15.79)
≥2		6	4.41 (1.63-9.35)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Parejas femeninas estables, últimos 30 días			
0	136	128	94.12 (88.73-97.42)
1		6	4.41 (1.63-9.35)
≥2		2	1.47 (0.17-5.21)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Uso consistente de condón¹ con pareja femenina estable actual, últimos 30 días	8	5	62.50 (24.48-91.47)

Usó de condón, última relación sexual con pareja femenina estable actual	19	13	68.42 (43.44-87.42)
---------------------------------------------------------------------------------	----	----	------------------------

¹Pareja estable. Son personas con las que tiene relaciones sexuales y mantiene una relación afectiva, constante o regular, pero no le pagaron por tener relaciones sexuales (por ejemplo, su cónyuge, novio/a o marido)

²Uso consistente de condón. Es el auto-reporte de siempre haber usado un condón en todas las relaciones sexuales en los últimos 30 días.

Parejas ocasionales (Cuadro 27)

El 54.07% de los participantes manifestaron haber tenido dos o más parejas masculinas ocasionales en los últimos 12 meses, y 22.22% dijo haber tenido sólo una, durante ese mismo período. De quienes tuvieron parejas masculinas ocasionales en los últimos 30 días, 61.54% reportaron haber usado condón de manera consistente, mientras que el uso del condón en la última relación sexual fue reportado por 64.42%.

Cuadro 27. Parejas ocasionales masculinas y femeninas en los últimos 12 meses. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Parejas ocasionales¹ masculinas en los últimos 12 meses			
0	135	32	23.70 (16.81-31.78)
1		30	22.22 (15.52-30.17)
≥2		73	54.07 (45.28-62.67)
Mediana (RIC)		2 (1-3)	
Parejas ocasionales masculinas en los últimos 30 días			
0	135	84	62.22 (53.47-70.41)
1		27	20.00 (13.61-27.74)
≥2		24	17.78 (11.73-25.28)
Mediana (RIC)		0 (0-1)	
Uso consistente de condón² con pareja masculina ocasional, últimos 30 días	52	32	61.54 (47.01-74.69)
Tipo de relaciones sexuales con pareja masculina ocasional			
Anal insertivo	103	34	33.01 (24.05-42.96)
Anal receptivo		34	33.01 (24.05-42.96)
Ambos		22	21.36 (13.89-30.53)
Sexo oral		13	12.62 (6.89-20.61)
Usó condón en la última relación sexual con pareja masculina ocasional	104	67	64.42 (54.43-73.56)
Número de parejas femeninas ocasionales¹ últimos 12 meses			
0	136	118	86.76 (79.89-91.96)

1		11	8.09 (4.10-14.01)
≥2		7	5.15 (2.09-10.31)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Parejas ocasionales femeninas, últimos 30 días			
0		124	91.18 (85.09-95.35)
1	136	8	5.88 (2.57-11.26)
≥2		4	2.94 (0.80-7.35)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Uso consistente de condón² con pareja femenina ocasional actual, últimos 30 días	12	7	58.33 (27.66-84.83)
Usó de condón última relación sexual, pareja femenina ocasional actual	18	12	66.67 (40.99-86.65)

¹Parejas ocasionales. Son personas con las que tiene relaciones sexuales ocasionales sin intercambio de dinero

²Uso consistente de condón. Es el auto-reporte de siempre haber usado un condón en todas las relaciones sexuales en los últimos 30 días

Trabajo sexual (Cuadro 28)

Cerca de 12.0% de los entrevistados afirmaron haber recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses. La mediana de edad de la primera vez que tuvieron relaciones sexuales a cambio de dinero fue de 17 años.

Entre los participantes que reportaron haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses, más de la mitad dijo tener menos de dos años de dedicarse a esta actividad. La mayoría ejerce el trabajo sexual en sitios ambulantes y respecto al sexo de sus clientes 93.75% afirmó que era masculino.

La práctica sexual con clientes más comúnmente reportada fue la relación sexual anal receptiva (46.67%), similar a la relación sexual anal insertiva (40%). La mediana de pago por servicio sexual fue de 135 dólares beliceños y cerca de 65.0% indicó recibir entre 101.00 y 300.00 dólares beliceños.

El 75.0% afirmó haber usado consistentemente el condón con clientes en los últimos 30 días y la misma proporción reportó haber usado condón durante la última relación sexual.

Cuadro 28. Trabajo sexual. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales, últimos 12 meses	136	16	11.76 (6.87-18.40)
Edad cuando por primera vez recibió dinero a cambio de relaciones sexuales (años)			

<15	15	1	6.67 (0.16-31.94)
15-17		8	53.33 (26.58-78.73)
≥18		6	40.00 (16.33-67.71)
Mediana (RIC)		17 (16-30)	
Tiempo de realizar trabajo sexual¹ (años)			
0-2 años	14	9	64.29 (35.13-87.24)
>2-5 años		4	28.57 (8.38-58.10)
>5 años		1	7.14 (0.18-33.86)
Mediana (RIC)		0.95 (0.90-3.57)	
Principales lugares de trabajo sexual			
Sitio ambulantes	14	9	64.29 (35.13-87.24)
Sitios fijos		5	35.71 (12.75-64.86)
Relaciones sexuales con clientes²			
Hombres	16	15	93.75 (69.76-99.84)
Mujeres		4	25.00 (7.2-52.37)
Ambos		3	18.75 (4.04-45.64)
Tipo de práctica sexual con clientes			
Sexo anal insertivo	15	6	40.00 (16.33-67.71)
Sexo anal receptivo		7	46.67 (21.26-73.41)
Ambos		1	6.67 (0.16-31.94)
Sexo vaginal		3	20.00 (4.33-48.08)
Sexo oral		4	26.67 (7.78-55.10)
Pago por servicio sexual (dólares beliceños)			
≤100	14	5	35.71 (12.75-64.86)
>101-300		9	64.29 (35.13-87.24)
Mediana (RIC)		135 (50-150)	
Uso consistente de condón³ con clientes, últimos 30 días	8	6	75.00 (34.91-96.81)
Uso condón con cliente, la última relación sexual	16	12	75.00 (47.62-92.73)

¹ Trabajo sexual. Definido como el recibir dinero a cambio de tener relaciones sexuales.

² Clientes. Personas que pagaron dinero por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales

³ Uso consistente de condón. Auto-reporte de haber usado un condón siempre en el período de tiempo especificado

Parejas comerciales (Cuadro 29)

En esta encuesta se definió como pareja comercial a quienes los participantes les pagaron por tener relaciones sexuales. Cerca de 2.0% de los participantes expresaron haber pagado a otro hombre por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses, 3.68% reportaron haber tenido dos o más parejas masculinas comerciales en este mismo período y 2.21%, expresó haber tenido sólo una de estas parejas en los últimos 30 días.

Dos participantes reportaron haber usado consistentemente el condón con este tipo de parejas en los últimos 30 días; 5 participantes expresaron haber usado condón en la última relación sexual con la pareja masculina comercial más reciente. Entre los encuestados que reportaron haber tenido parejas comerciales, 37.50% dijo que la práctica sexual más común fue el sexo anal receptivo y 25.00% reportó el sexo anal insertivo.

Cuadro 29. Parejas masculinas y femeninas comerciales en los últimos 12 meses. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Número de parejas masculinas comerciales¹, últimos 12 meses			
0	136	128	94.12 (88.73-97.42)
1		3	2.21 (0.45-6.31)
≥2		5	3.68 (1.20-8.37)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Número de parejas masculinas comerciales en los últimos 30 días			
0	136	132	97.06 (92.64-99.19)
1		3	2.21 (0.45-6.31)
≥2		1	0.74 (0.01-4.02)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Uso consistente de condón² con pareja masculina comercial, últimos 30 días	4	2	50.00 (6.75-93.24)
Tipo de relaciones sexuales con pareja masculina comercial			
Anal insertivo	8	2	25.00 (3.18-65.08)
Anal receptivo		3	37.50 (5.82-75.51)
Ambos		1	12.50 (0.31-52.65)
Sexo oral		2	25.00 (3.18-65.08)
Usó condón en la última relación sexual con pareja masculina comercial	8	5	62.50 (24.48-91.47)
Número de parejas femeninas comerciales, últimos 12 meses			
0	136	133	97.79 (93.68-99.54)

1		1	0.74 (0.01-4.02)
≥2		2	1.47 (0.17-5.21)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Número de parejas femeninas comerciales, últimos 30 días			
0	136	135	99.26 (95.97-99.98)
1		1	0.74 (0.01-4.02)
≥2		0	0.00 (0.00-2.67)
Mediana (RIC)		0 (0-0)	
Uso consistente de condón² pareja femenina comercial actual, últimos 30 días	1	0	0.00 (0.00-97.5)
Usó de condón , última relación sexual, pareja femenina comercial actual	3	1	33.33 (0.84-90.57)

¹Parejas comerciales. Son personas a las que los participantes pagaron por tener relaciones sexuales

²Uso consistente de condón. Es el auto-reporte de haber usado condón siempre en todas las relaciones sexuales, en el periodo de tiempo especificado.

Uso de alcohol y de drogas ilícitas (Cuadro 30)

El 80.88% de los participantes refirieron haber tomado alcohol o licor durante el último mes. La mediana de veces que ingirieron cuatro o más tragos de bebidas alcohólicas en la misma ocasión fue de 6.5 ocasiones durante el último mes.

Cerca del 40.44% de los participantes dijeron haber usado drogas ilícitas alguna vez en la vida; 28.68% reportó su uso en los últimos 12 meses y 18.85% indicó su uso en los 30 días previos a la encuesta.

Se reporta a la marihuana como la droga más consumida en los últimos 12 meses, con 26.47%; en segundo lugar se reportó a la cocaína con 2.94%. El uso de drogas inyectables alguna vez en la vida fue reportado por un participante.

Cuadro 30. Uso de alcohol y drogas ilícitas. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	N	N	% (IC95%)
Ha tomado alcohol durante el último mes	136	110	80.88 (73.25-87.11)
Número de veces que tomó cuatro o más tragos de bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante el último mes			
1-3	110	26	23.64 (16.05-32.68)
4-7		36	32.73 (24.08-42.32)
8-10		27	24.55

			(16.84-33.66)
>10		21	19.09 (12.22-27.68)
Mediana (RIC)			6.5 (4-10)
Uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida	136	55	40.44 (32.11-49.19)
Uso de drogas ilícitas en los últimos 12 meses	136	39	28.68 (21.25-37.05)
Uso de drogas ilícitas en los últimos 30 días	136	27	19.85 (13.50-27.55)
Drogas ilícitas consumidas, últimos 12 meses¹			
Mariguana		36	26.47 (19.27-34.71)
Cocaína	136	4	2.94 (0.80-7.35)
Piedra o crack		1	0.74 (0.01-4.02)
Éxtasis		1	0.74 (0.01-4.02)
Inyección de drogas alguna vez en la vida	136	1	0.74 (0.01-4.02)

¹ El uso de la heroína, thiner o resistol, anfetaminas y diazepam no fue reportado por los participantes.

Participación en organizaciones (Cuadro 31)

Cerca de la mitad de los entrevistados habían participado previamente en una encuesta del VIH; 44.85% de los entrevistados habían participado en actividades de información o educación sobre el VIH en el último año. Los lugares más comúnmente reportados de participación fueron ONG (66.57%), escuelas (24.59%), lugares públicos (18.03%) y centro de salud u hospital público (13.11%). Las ONG reportadas por los participantes fueron UNIBAM (45.0%), PASMO (35.0%), Belize Family Life Association (BFLA) (27.5%) y 17.50% entre la National AIDS Commission (NAC) y la Alliance Against Aids/Go joven, y en otras ONG 20.0%.

Una tercera parte de los participantes (30.15%) se habían involucrado en alguna organización para hombres que tienen sexo con hombres y de éstos la mayoría lo hizo en UNIBAM.

Cuadro 31. Participación en organizaciones. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Participación previa en encuestas del VIH	136	62	45.59 (37.02-54.34)
Participación en actividades de información o educación sobre el VIH, en el último año	136	61	44.85 (36.32-53.61)
Instituciones en las que participó (charlas y talleres)			

ONG	61	40	65.57 (52.30-77.27)
Escuelas		15	24.59 (14.46-37.29)
Centro de salud, hospital público		8	13.11 (5.83-24.21)
Hospital privado		2	3.28 (0.39-11.34)
Lugares públicos, iglesias, grupos de apoyo y otros		11	18.03 (9.36-29.97)
Organizaciones en las que participó (charlas y talleres)			
UNIBAM	40	18	45.00 (29.25-61.50)
PASMO		14	35.00 (20.62-51.68)
Belize Family Life Association (BFLA)		11	27.50 (14.60-43.88)
National AIDS Commission (NAC)		7	17.50 (7.33-32.77)
Alliance Against Aids/go joven		7	17.50 (7.33-32.77)
Otra ONG		8	20.00 (9.05-35.64)
Trabaja en organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres	136	41	30.15 (22.57-38.60)
Organizaciones donde ha trabajado			
UNIBAM	41	30	73.17 (57.05-85.77)
PASMO		10	24.39 (12.36-40.30)
Go joven		6	14.63 (5.56-29.17)
Belize Family Life Association (BFLA)		5	12.20 (4.08-26.20)
National AIDS Commission (NAC)		5	12.20 (4.08-26.20)
Otra ONG		8	19.51 (8.82-34.86)

Acceso a condones y lubricantes (Cuadro 32)

Casi todos los participantes consideraron que conseguir un condón era fácil o muy fácil. La mediana de dinero que pagaron por el último condón fue de 3.05 dólares beliceños.

Los tres principales lugares que los participantes identificaron donde consiguen condones fueron tiendas o gasolineras (52.0%), supermercados (28.0%) y farmacias (20.0%). El 40.0% de los participantes aseguró haber recibido condones gratis de alguna ONG y 31.18% los recibió en un hospital público o centro de salud. Respecto a la ONG de la que recibieron condones gratis 32.43% reportó que fue en PASMO, seguido de 23.73% que los recibió de UNIBAM.

La mayoría de los entrevistados aseguraron que alguna vez habían utilizado lubricantes durante las relaciones sexuales y casi todos usaron lubricantes a base de agua.

Cuadro 32. Acceso a condones y lubricantes. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Conseguir un condón es			
Fácil, muy fácil	136	130	95.59 (90.64-98.36)
Difícil, muy difícil		6	4.41 (1.63-9.35)
Pago por cada condón durante la última compra (dólares beliceños)			
Mediana (RIC)	48		3.05 (2.75-5)
Lugares donde compra condones			
Tienda, gasolinera	50	26	52.00 (37.41-66.33)
Supermercado		14	28.00 (16.23-42.49)
Farmacia		10	20.00 (10.03-33.71)
Dónde recibió condones gratis la última vez			
ONG	93	37	39.78 (29.77-50.46)
Hospital público, centro de salud		29	31.18 (21.97-41.62)
Familia, amigos		10	10.75 (5.27-18.88)
Educador o promotor de salud		7	7.53 (3.07-14.89)
Hospital, clínica privada		2	2.15 (0.26-7.55)
Otro		8	8.60 (3.78-16.24)
ONG donde recibió condones gratis			
PASMO	37	12	32.43 (18.01-49.78)
UNIBAM		11	29.73 (15.87-46.97)
Belize Family Life Association (BFLA)		7	18.92 (7.96-35.15)
Alliance Against AIDS		2	5.41 (0.66-18.19)
Otro		5	13.51 (4.53-28.77)
Usó lubricantes durante las relaciones sexuales alguna vez	135	117	86.67 (79.74-91.90)
Tipo de lubricantes usados			
Lubricantes a base de agua	116	111	95.69 (90.22-98.58)
Lubricantes a base de aceite		11	9.48 (4.82-16.33)

Saliva	5	4.31 (1.41-9.77)
Productos de cocina	1	0.86 (0.02-4.70)

Pruebas voluntarias del VIH (Cuadro 33)

Casi todos los participantes sabían a donde ir para hacerse una prueba del VIH: 59.56% reportó haberse hecho la prueba durante los últimos 12 meses previos a la encuesta. De los entrevistados que afirmaron haberse realizado la prueba en ese período, casi 30.0% dijo no haber recibido consejería pre-prueba; casi todos averiguaron el resultado de esa última prueba, y 70.37% reconoció a los centros de salud a los hospitales públicos, a la Cruz Roja, a la unidad móvil y a las clínicas VCT como los lugares donde se hicieron la última prueba del VIH. Respecto a la ONG donde se hicieron la prueba del VIH, la mayoría (64.71%) reportó que fue en *Belize Family Life Association* (BFLA),

El 6.62% de los participantes reportó ser una persona con el VIH al momento de la encuesta; de éstos, dos tercios estaban asistiendo a control médico y tomando tratamiento antirretroviral.

Cuadro 33. Pruebas voluntarias del VIH. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	N	n	%
			(IC95%)
Sabe a dónde puede ir si desea realizarse la prueba del VIH	136	133	97.79 (93.68-99.54)
Se ha hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses	136	81	59.56 (50.80-67.88)
Recibió consejería al realizarse la prueba del VIH			
Sí, antes y al recibir el resultado	81	31	38.27 (27.68-49.74)
No recibió consejería		24	29.63 (19.99-40.80)
Sí, antes de la prueba		12	14.81 (7.89-24.44)
Sí, al recibir el resultados de la prueba		8	9.88 (4.36-15.83)
Se la ofrecieron pero la rechazó		6	7.41 (2.76-15.42)
Averiguó el resultado de la última prueba del VIH	80	79	98.75 (93.23-99.96)
Lugar donde se hizo la última prueba del VIH			
Centro de salud, hospital publico, Cruz Roja, unidad móvil, VCT	81	57	70.37 (59.19-80.00)
ONG		17	20.99 (12.72-31.46)
Clínica o laboratorio privado		7	8.64 (3.54-16.99)
ONG donde se hizo la última prueba del VIH			
Belize Family Life Association (BFLA)	17	11	64.71 (38.32-85.79)

Pasmo		4	23.53 (6.81-49.89)
Otro		2	11.76 (1.45-36.44)
Es una persona con el VIH			
Sí	136	9	6.62 (3.07-12.19)
No		127	93.38 (87.80-96.92)
Actualmente está asistiendo a control médico del VIH	9	6	66.67 (29.92-92.51)
Actualmente está tomando antirretrovirales	9	6	66.67 (29.92-92.51)

i

Antecedentes de ITS y acceso a tratamiento (Cuadro 34)

El 4.65% de los entrevistados auto reportaron haber tenido alguna ITS en los últimos 12 meses previos a la encuesta. El 46.15% manifestaron haber buscado tratamiento la última vez que tuvieron síntomas de ITS. La mayoría tomó todo el medicamento que les fue recetado en la última ocasión.

Cuadro 34. Antecedentes de ITS y acceso a tratamiento. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012

	N	n	%
			(IC95%)
Ha tenido alguna ITS, últimos 12 meses	129	6	4.65 (1.72-9.84)
Buscó tratamiento cuando tuvo síntomas de ITS, la última vez.	13	6	46.15 (19.22-74.86)
Tomó todo el medicamento que le recetaron	5	4	80.00 (28.35-99.49)

Conocimientos en prevención y transmisión del VIH (Cuadro 35)

El 57.0% de los encuestados tuvieron un índice adecuado de conocimientos respecto a la prevención y transmisión del VIH. Las medidas de prevención del VIH que fueron identificadas mejor por los participantes fueron el uso del condón de manera correcta y consistente en cada relación sexual (76.12%) y siendo fiel a una sola pareja estable no infectada con el VIH (90.44%). La mayoría de los participantes (97.94%) reportaron que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH, y 94.81% expresaron que el VIH no se puede transmitir por usar cubiertos o platos con alguien que estuviera infectado con el virus.

Cuadro 35. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012

	<i>N</i>	<i>n</i>	% (IC95%)
Índice de conocimientos adecuados de prevención y transmisión del VIH¹	136	77	56.62 (47.85-65.08)
Conocimientos adecuados de prevención del VIH			
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	134	102	76.12 (67.99-83.05)
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	136	123	90.44 (84.20-94.81)
Conocimientos adecuados a la transmisión del VIH			
El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo	129	106	82.17 (74.45-88.34)
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos con alguien infectado con el VIH	135	128	94.81 (89.60-97.89)
Cree que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	135	131	97.04 (92.58-99.18)
El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo o hija	134	124	92.54 (86.70-96.36)

¹El índice está especificado por los “Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida.” El índice 14, “Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH,” está calculado en base de cinco preguntas. El numerador es el número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas. El denominador es el número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un “no sé”, a las cinco preguntas. Las cinco preguntas son:

1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?

Abuso o maltrato (Cuadro 36)

El 39.75% de los participantes reportó haber sufrido abuso o maltrato por ser un hombre que tiene sexo con otro hombre o persona transgénero durante el último año. El tipo de abuso o maltrato más reportado fue el verbal (92.59%), seguido por el maltrato físico (20.37%). Cerca de 65.0% de los entrevistados indicaron que ese abuso o maltrato fue en su mayoría realizado por personas desconocidas.

Un 6.62% de los entrevistados dijo haber sido maltratado en las instituciones de salud, 35.39% de todos los entrevistados afirmaron que consideraban necesario ocultar su condición de hombres que tienen sexo con hombres al recibir servicios médicos.

Una proporción cercana a 62.0% expresó que sus amigos y sus vecinos conocían su identidad sexual (hombre que tiene sexo con hombres o personas transgénero); 51.47% expresaron que sus familias conocían de esta condición y cerca de 41.0% reportó haber sido rechazado o maltratado por su familia debido a su identidad sexual.

Cuadro 36. Abuso o maltrato. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVC Belice, 2012

	N	n	% (IC95%)
Sufrió algún abuso o maltrato por ser hombre que tiene sexo con hombres, en el último año	136	54	39.71 (31.42-48.44)
Abuso o maltrato sufrido			
Maltrato verbal	54	50	92.59 (82.10-97.94)
Maltrato físico, o sexual		11	20.37 (0.63-33.53)
Rechazo, aislamiento, expulsión del hogar o del trabajo		11	20.37 (10.63-33.53)
Extorsión, robo o asalto		4	7.41 (2.05-17.89)
Persona que lo maltrató o abusó			
Desconocido	54	35	64.81 (50.62-77.31)
Amigos, vecinos		13	24.07 (13.48-37.64)
Familia		11	20.37 (10.63-33.53)
Compañeros de trabajo, estudio		6	11.11 (4.18-22.63)
Policías, trabajadores de la salud		6	11.11 (4.18-22.63)
Parejas		3	5.56 (1.16-15.38)
Ha sido maltratado en los servicios de salud por ser hombre que tiene sexo con hombres	136	9	6.62 (3.07-12.19)
Considera necesario ocultar que es hombre que tiene sexo con hombre al recibir servicios médicos	136	48	35.29 (27.29-43.94)
Personas que conocen que es un hombre que tiene sexo con hombres			
Amigos	136	84	61.76 (53.04-69.95)
Vecinos		84	61.76 (53.04-69.95)
Familia		70	51.47 (42.75-60.12)
Todos		40	29.41 (21.91-37.82)
Parejas		30	22.06 (15.40-29.96)
Escuela, trabajo		24	17.65 (11.64-25.10)
Nadie		7	5.15 (2.09-10.31)
Alguien de la familia le mostró desprecio, rechazo o lo ofendió por ser hombre que tiene sexo con hombres.	136	55	40.44 (32.11-49.19)
Cuenta con alguien que le apoye en caso de una emergencia o un problema personal	136	120	88.24 (81.59-93.12)

Prevalencias del VIH e ITS (Cuadro 37)

La prevalencia del VIH fue de 13.85%; el virus del herpes simple tipo 2 fue la patología más prevalente (27.9%) y la prevalencia de sífilis fue menor de 1% y no se encontró sífilis activa.

Se encontró una prevalencia de *gonorrea anal* de 2.9% pero no se encontró *Neisseria gonorrhoeae* genital; la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* anal fue de 4.3%, mientras que la genital fue de 6.94% ; se reportó una prevalencia de *Mycoplasma genitalium* de 2.78 % . No se encontraron casos de *linfogranuloma venéreo*, ni de *Trichomonas vaginalis*.

Cuadro 37. Prevalencia del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Hombres que tienen sexo con hombres. ECVB Belice, 2012

	N	n	%
			(IC95%)
VIH	130	18	13.85 (8.41-20.99)
Virus de herpes tipo 2	129	36	27.91 (20.37-36.48)
Sífilis	129	1	0.78 (0.01-4.24)
Sífilis activa ¹	129	0	0.00 (0.00-2.81)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (anal)	69	2	2.90 (0.35-10.08)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (genital)	72	0	0.00 (0.00-4.99)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (anal)	69	3	4.35 (0.90-12.18)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (genital)	72	5	6.94 (2.29-15.46)
Linfogranuloma venéreo (anal)	69	0	0.00 (0.00-9.67)
<i>Mycoplasma genitalium</i> (genital)	72	2	2.78 (0.33-9.67)
<i>Trichomonas vaginalis</i> (anal)	72	0	0.00 (0.00-4.99)

¹ Muestra positiva por RPR a una dilución $\geq 1:8$ y confirmada por TPPA

c) Personas con el VIH. (Cuadro 38)

De enero a julio de 2012 fueron reclutadas 252 personas con el VIH en las unidades de salud y hospitales del distrito de Belice, Cayo, Orange Walk y Stann Creek, de las cuales 107 fueron hombres y 145 mujeres; 247 participantes, entre hombres y mujeres, proporcionaron muestras de sangre; 120 mujeres permitieron la recolección de muestras vaginales y 89 hombres facilitaron la muestra de orina.

Cuadro 38. Muestra propuesta y alcanzada, según sexo. Personas con VIH. ECVB Belice, 2012.

	Hombres	Mujeres	Total
Muestra propuesta	200	200	400
Total de participantes	107	145	252
Número de participantes con muestras de sangre	106	141	247
Número de participantes con hisopado vaginal	----	120	120
Número de participantes con muestra de orina	89	----	89

Características sociodemográficas (Cuadro 39)

La mediana de edad encontrada en las personas con el VIH entrevistadas fue de 36 años. El 54.37% tenía 35 años o más de edad; 20.63% se encontraba entre 30 a 34 años de edad.

El 92.06% del total de participantes reportaron saber leer y escribir; 64.14% declaró no haber asistido a la escuela o haber cursado algún grado de primaria, y 27.49% cursaron algún grado de secundaria. Menos de 6% de los entrevistados habían cursado un grado de educación terciaria y sólo 3% tenían algún grado universitario.

Dos tercios de los participantes tenían trabajo al momento de la encuesta, siendo los hombres quienes reportaron en mayor proporción tener trabajo. La mediana de ingreso mensual reportado fue de 600 dólares beliceños. La mediana de ingreso mensual en hombres fue mayor respecto a lo reportado por las mujeres.

Casi un tercio de las personas con el VIH reportaron no tener ingresos mensuales. De quienes mencionaron tener ingresos mensuales, la mitad tenía un ingreso igual o menor a los 720 dólares beliceños.

El 80.95% de las personas con el VIH entrevistadas eran de nacionalidad beliceña, el resto eran de otros países centroamericanos, y menos de 2% habían estado en otro país en los últimos 12 meses.

La mitad de los entrevistados estaban casados al momento de la encuesta. Esa misma proporción reportó que actualmente vivían con sus familias; casi un tercio mencionó que vivía solo, y sólo 17% reportó vivir con pareja.

Cuadro 39. Características sociodemográficas, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	N	% (IC95%)
Edad (años)									
18-24	252	21	8.33 (52.32-12.45)	107	5	4.67 (1.53-10.56)	145	16	11.03 (6.44-17.30)
25-29		42	16.67 (12.28-21.85)		12	11.21 (5.93-18.77)		30	20.69 (14.41-28.19)
30-34		52	20.63 (15.81-26.16)		19	17.76 (11.04-26.33)		33	22.76 (16.21-30.45)
≥35		137	54.37 (47.99-60.62)		71	66.36 (56.57-75.20)		66	45.52 (37.23-53.98)
Mediana (RIC)		36 (29.5-48)			45 (33-52)			34 (28-42)	
Sabe leer y escribir	252	232	92.06 (88.00-95.08)	107	98	91.59 (84.63-96.08)	145	134	92.41 (86.83-96.15)
Escolaridad									
No escuela, primaria	251	161	64.14 (57.87-70.07)	107	76	71.03 (61.46-79.39)	144	85	59.03 (50.53-67.14)
Algún grado secundaria		69	27.49 (22.06-33.45)		21	19.63 (12.57-28.42)		48	33.33 (25.70-41.66)
Algún grado de educación terciaria		14	5.58 (3.08-9.18)		7	6.54 (2.67-13.01)		7	4.86 (1.97-9.75)
Algún grado de educación universitaria		7	2.79 (1.12-5.66)		3	2.80 (0.5-7.97)		4	2.78 (0.76-6.95)
Fuente de ingresos¹									
Trabaja	250	155	62.00 (55.66-68.04)	107	93	86.92 (79.02-92.65)	143	62	43.36 (35.09-51.89)
No trabaja		95	38.00 (31.95-44.33)		14	13.08 (7.34-20.97)		81	56.64 (48.10-64.90)
Ingresos mensuales²									
No tiene ingresos	224	62	27.68 (21.92-34.03)	92	9	9.78 (4.57-17.75)	132	53	40.15 (31.71-49.03)
≤720		111	49.55 (42.82-56.29)		43	46.74 (36.25-7.43)		68	51.52 (42.66-60.29)
≥ 721		51	22.77 (17.44-28.82)		40	43.48 (33.16-54.21)		11	8.33 (4.23-14.42)
Mediana (RIC)		600 (300-900)			700 (450-1000)			400 (200-600)	
Número de dependientes									
0	247	54	21.86 (16.87-27.54)	105	15	14.29 (8.22-22.46)	142	39	27.46 (20.31-35.57)
1-2		80	32.39 (26.59-38.61)		38	36.19 (27.03-6.14)		42	29.58 (22.21-37.80)
≥3		113	45.75 (39.41-52.18)		52	49.52 (39.62-59.45)		61	42.96 (34.68-51.52)
Mediana (RIC)		2 (1-4)			2 (1-4)			2 (0-4)	
Actualmente vive con									
Familia	252	155	61.51 (55.19-67.54)	107	58	54.21 (44.29-63.85)	145	97	66.90 (58.60-74.48)
Solo(a)		71	28.17 (22.70-34.16)		35	32.71 (23.95-42.45)		36	24.83 (18.03-32.67)
Pareja		43	17.06 (12.63-22.28)		23	21.50 (14.14-30.48)		20	13.79 (8.63-20.49)
Estado civil actual									
Casado(a)	252	128	50.79	107	56	52.34	145	72	49.66

			(44.44-57.12)			(42.45-62.08)			(41.25-58.07)
Soltero(a)		99	39.29 (33.21-45.61)		46	42.99 (33.45-52.92)		53	36.55 (28.71-44.94)
Divorciado/viudo(a)		25	9.92 (6.52-14.29)		5	4.67 (1.53-10.56)		20	13.79 (8.63-20.49)
País donde nació									
Belice		204	80.95 (75.55-85.60)		87	81.31 (72.61-88.19)		117	80.69 (73.31-86.76)
Otro país (Guatemala, El Salvador, Honduras, Jamaica)	252	48	19.05 (14.39-24.44)	107	20	18.69 (11.80-27.38)	145	28	19.31 (13.23-26.68)
Ha estado en un país además de Belice en los últimos 12 meses	245	4	1.63 (0.44-4.12)	105	3	2.86 (0.59-8.12)	140	1	0.71 (0.01-3.91)

¹ Fuente de ingresos. Es a la forma como se gana y/o recibe dinero

² Ingreso mensual. Es la cantidad de dinero que gana y/o recibe en un mes por su trabajo u otras fuentes.

Antecedentes sexuales (Cuadro 40)

La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 16 años. El 30.77% de los participantes tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años de edad. Cerca del 15.60% de los participantes reportaron haber utilizado el condón en su primera relación sexual y 92.83 mencionó que esa primera relación sexual había sido con una persona conocida.

El 7.94% reportó que esa primera relación sexual había sido forzada; 17%, reportó que lo habían forzado a tener relaciones sexuales alguna vez en la vida y cerca de 3% en los últimos 12 meses.

El 5.71% de los participantes reportaron que al momento de la encuesta estaban realizando trabajo sexual y cerca de 3% reportó haber pagado para tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

El 95.63% de los entrevistados se auto-identificó como heterosexual, y 13.08% mencionó haber tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, o con homosexuales o travestis en los últimos 12 meses.

Un cuarto de los participantes expresó estar circuncidado.

Cuadro 40. Antecedentes sexuales, según sexo. Personas con VIH. ECVB Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Edad a la que tuvo relaciones sexuales¹ por primera vez (años)									
<15	247	76	30.77 (25.07-36.93)	105	38	36.19 (27.03-46.14)	142	38	26.76 (19.68-34.83)
15-17		113	45.75 (39.41-52.18)		46	43.81 (34.14-53.83)		67	47.18 (38.75-55.72)
≥18		58	23.48 (18.34-29.27)		21	20.00 (12.82-28.93)		37	26.06 (19.05-34.08)
Mediana (RIC)		16 (14-17)			16 (14-17)			16 (14-18)	
Su primera relación sexual fue									
Forzada	252	20	7.94 (4.91-11.99)	107	4	3.74 (1.02-9.29)	145	16	11.03 (6.44-17.30)
Voluntaria		232	92.06 (88.00-95.08)		103	96.26 (90.70-98.97)		129	88.97 (82.69-93.55)
Usó condón en su primera relación sexual	250	39	15.60 (11.33-20.70)	107	16	14.95 (8.79-23.14)	143	23	16.08 (10.47-23.14)
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez									
Conocido, familia	251	233	92.83 (88.90-95.69)	106	92	86.79 (78.83-92.58)	145	141	97.24 (93.08-99.24)
Desconocido		18	7.17 (4.30-11.09)		14	13.21 (7.41-21.16)		4	2.76 (0.75-6.91)
Relaciones sexuales forzadas alguna vez en la vida	232	40	17.24 (12.61-22.72)	103	10	9.71 (4.75-17.13)	129	30	23.26 (16.27-31.50)
Ha sido forzado a tener relaciones sexuales, últimos 12 meses	252	7	2.78 (1.12-5.63)	107	0	0.00 (0.00-3.38)	145	7	4.83 (1.96-9.69)
Actualmente se dedica al trabajo sexual ²	245	10	4.08 (1.97-7.37)	105	2	1.90 (0.23-6.71)	140	8	5.71 (2.49-10.94)
Ha pagado por tener relaciones sexuales, últimos 12 meses	246	7	2.85 (1.15-5.77)	104	2	1.92 (0.23-6.77)	142	5	3.52 (1.15-8.02)
Auto-identificación sexual									
Heterosexual	252	241	95.63 (92.32-97.80)	107	100	93.46 (86.98-97.32)	145	141	97.24 (93.08-99.24)
Bisexual		8	3.17 (1.38-6.15)		4	3.74 (1.02-9.29)		4	2.76 (0.75-6.91)
Gay, hombre que tiene sexo con hombres, lesbiana		3	1.19 (0.24-3.43)		3	2.80 (0.58-7.97)		0	0.00 (0.00-2.51)
Relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, o con homosexuales o travestis en los últimos 12 meses	107	14	13.08 (7.34-20.97)	107	14	13.08 (7.34-20.97)	---	----	----
Circuncisión (auto-reportado) ³	105	27	25.71 (17.67-35.16)	105	27	25.71 (17.67-35.16)	---	----	----

¹Por relación sexual nos referimos a la penetración del pene en vagina, ano o boca.

²Trabajo sexual. Definido como recibir dinero a cambio de tener relaciones sexuales.

³Circuncisión fue definido como un procedimiento quirúrgico para quitar la piel que cubre la cabeza del pene.

Embarazo y prueba del VIH (Cuadro 41)

El 93.10% de las entrevistadas reportaron haber estado embarazada alguna vez en la vida y un tercio de ellas mencionó haber tenido un aborto.

El 58.18% de las participantes conocían que tenían el VIH en el último embarazo y cerca de un cuarto de la participantes utilizaban algún método de planificar después de conocer que era una personas con el VIH. El 66.67% reportó haberse realizado la prueba del VIH en el último embarazo. De éstas, dos tercios de las participantes reportaron haber tenido un resultado positivo para el VIH en esa ocasión.

Cuadro 41. Antecedentes de embarazo en mujeres con el VIH. ECVB Belice, 2012.

	Mujeres		
	N	n	% (IC95%)
Embarazo alguna vez en la vida	145	135	93.10 (87.68-96.64)
Actualmente está embarazada	128	4	3.13 (0.85-7.80)
Asistió a control prenatal durante último embarazo	135	119	88.15 (81.46-93.07)
Lugar de control prenatal, último embarazo			
Hospital público, centro de salud	119	115	94.64 (91.61-99.07)
Hospital privado, clínica privada		2	1.68 (0.20-5.93)
Otro lugar		3	2.52 (0.52-7.19)
Abortos alguna vez en la vida	135	41	30.37 (22.75-38.86)
Durante su último embarazo le realizaron la prueba del VIH	135	90	66.67 (58.04-74.54)
Resultado de la prueba del VIH en último embarazo			
Negativo	83	32	38.55 (28.06-49.88)
Positivo		51	61.45 (50.11-71.93)
En último embarazo sabía que tenía el VIH	55	32	58.18 (44.10-71.34)
Tiempo de diagnóstico con el VIH(años)			
≤1 año	140	21	15.00 (9.53-22.01)
>1- ≤3 años		29	20.71 (14.33-28.37)
>3 años		90	64.29 (55.75-72.19)
Mediana (RIC)	5 (2-8)		
Después de saber que tenía el VIH utilizó algún método de planificación familiar	144	34	23.61 (16.93-31.40)

Parejas estables masculinas y femeninas (Cuadro 42)

El reporte de haber tenido una pareja estable masculina en los últimos 12 meses fue de 4.76% entre los participantes hombres y de 82.07% en las participantes mujeres.

Del total de entrevistados que reportaron haber tenido una pareja masculina estable, 46.40% mencionó que fue en los últimos 12 meses. El 40.0% de los participantes reportaron haber usado condón de manera consistente en los últimos 30 días con la pareja masculina estable y durante la última relación sexual fue de 52.48%.

Cerca de 70.0% de los entrevistados hombres mencionaron haber tenido una pareja femenina estable en los últimos 12 meses; mientras que 40.38% afirmó haber tenido una pareja femenina estable en los últimos 30 días. El uso consistente de condón durante el último mes con esa pareja femenina estable fue de 47.62% y en la última relación sexual fue de 61.73%.

Cuadro 42. Comportamiento sexual con parejas estables, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Número total de parejas masculinas estables¹ en los últimos 12 meses									
0	250	111	44.40 (38.14-50.79)	105	96	91.43 (84.35-96.00)	145	15	10.34 (5.90-16.48)
1		124	49.60 (43.23-55.97)		5	4.76 (1.56-10.76)		119	82.07 (74.84-87.93)
≥2		15	6.00 (3.39-9.70)		4	3.81 (1.04-9.46)		11	7.59 (3.84-13.16)
Mediana (RIC)		1 (0 - 1)			0 (0 - 0)			1 (1 - 1)	
Parejas masculinas estables en los últimos 30 días									
0	250	132	52.80 (46.41-59.12)	105	103	98.10 (93.28-99.76)	145	29	20.00 (13.82-27.44)
1		116	46.40 (40.09-52.79)		2	1.90 (0.23-6.71)		114	78.62 (71.04-84.98)
≥2		2	0.80 (0.09-2.85)		0	0.00 (0.00-3.45)		2	1.38 (0.16-4.89)
Mediana (RIC)		0 (0 - 1)			0 (0 - 0)			1 (1 - 1)	
Uso consistente de condón² con parejas masculina estables, últimos 30 días									
	118	47	39.83 (30.93-49.25)	3	2	66.67 (9.42-99.15)	115	45	39.13 (30.16-48.67)
Usó condón la última relación sexual con pareja masculina estable									
	141	74	52.48 (43.90-60.94)	11	8	72.73 (39.02-93.97)	130	66	50.77 (41.86-59.64)
Parejas femeninas estables en los últimos 12 meses									
0	105	24	22.86 (15.22-32.07)	105	24	22.86 (15.22-32.07)	-	-	-
1		72	68.57 (58.78-77.28)		72	68.57 (58.78-77.28)		-	-
≥2		9	8.57 (3.99-15.64)		9	8.57 (3.99-15.64)		-	-

Mediana (RIC)		1 (1 - 1)			1 (1 - 1)			-	
Número total de parejas estables femeninas en los últimos 30 días									
0	104	42	40.38 (30.87-50.45)	104	42	40.38 (30.87-50.45)	-	-	-
1		60	57.69 (47.61-67.32)		60	57.69 (47.61-67.32)		-	-
≥2		2	1.92 (0.23-6.77)		2	1.92 (0.23-6.77)		-	-
Mediana (RIC)		1 (0 - 1)			1 (0 - 1)			-	
Uso consistente de condón² con parejas femeninas estables, últimos 30 días	63	30	47.62 (34.87-60.59)	63	30	47.62 (34.87-60.59)	-	-	-
Usó condón la última relación sexual con pareja femenina estable	81	50	61.73 (50.25-72.31)	81	50	61.73 (50.25-72.31)	-	-	-

¹Pareja estable. Son personas con las que tiene relaciones sexuales y mantiene una relación afectiva, constante o regular, pero no le pagaron por tener relaciones sexuales (por ejemplo, su cónyuge, novio/a o marido)

²Uso consistente de condón. Es el auto-reporte de siempre haber usado un condón en todas las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

Parejas masculinas y femeninas ocasionales (Cuadro 43)

Del total de participantes, 85.08% reportó que no había tenido parejas ocasionales masculinas en los últimos 12 meses. Mientras que 10.08% dijo haber tenido una pareja masculina ocasional en ese mismo período.

El 66.67% de los participantes que habían tenido parejas masculinas ocasionales reportaron haber usado condón de manera consistente en los últimos 30 días y durante la última relación sexual fue de 83.78%.

El 8.57% de los hombres entrevistados mencionaron haber tenido una pareja femenina ocasional en los últimos 12 meses, mientras que 13.33% reportó dos o más parejas. El 7.62% reportó tener una pareja femenina ocasional en los últimos 30 días y casi 4% reportó haber tenido dos o más parejas femeninas ocasionales.

El 66.67% de los participantes que habían tenido parejas femeninas ocasionales, reportó haber usado condón de manera consistente en los últimos 30 días con estas parejas y durante la última relación sexual (69.57%)

Cuadro 43. Comportamiento sexual con parejas ocasionales según sexo. Personas con VIH. ECVV Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Parejas masculinas ocasionales en los últimos 12 meses									
0	248	211	85.08 (80.02-89.27)	104	97	93.27 (86.62-97.25)	144	114	79.17 (71.61-85.48)
1		25	10.08 (6.63-14.52)		3	2.88 (0.59-8.19)		22	15.28 (9.82-22.21)
≥2		12	4.84		4	3.85		8	5.56

			(2.52-8.29)			(1.05-9.55)			(2.42-10.65)
Mediana (RIC)			0 (0 - 0)			0 (0 - 0)			0 (0 - 0)
Parejas masculinas ocasionales en los últimos 30 días									
0	247	233	94.33 (90.67-96.86)	104	103	99.04 (94.75-99.97)	143	130	90.91 (84.95-95.07)
1		10	4.05 (1.95-7.31)		1	0.96 (0.02-5.24)		9	6.29 (2.91-11.61)
≥2		4	1.62 (0.44-4.09)		0	0.00 (0.00-3.48)		4	2.80 (0.76-7.00)
Mediana (RIC)			0 (0 - 0)			0 (0 - 0)			0 (0 - 0)
Uso consistente de condón² con parejas masculinas ocasionales en los últimos 30 días	15	10	66.67 (38.38-88.17)	2	2	100.00 (15.81-100.00)	13	8	61.54 (31.57-86.14)
Usó condón la última relación sexual con pareja masculina ocasional	37	31	83.78 (67.98-93.80)	8	8	100.00 (63.05-100.00)	29	23	79.31 (60.27-92.00)
Parejas ocasionales femeninas en los últimos 12 meses									
0	105	82	78.10 (68.96-85.57)	105	82	78.10 (68.96-85.57)	-	-	-
1		9	8.57 (3.99-15.64)		9	8.57 (3.99-15.64)		-	-
≥2		14	13.33 (7.48-21.35)		14	13.33 (7.48-21.35)		-	-
Mediana (RIC)			0 (0 - 0)			0 (0 - 0)			-
Parejas ocasionales femeninas en los últimos 30 días									
0	105	93	88.57 (80.88-93.95)	105	93	88.57 (80.88-93.95)	-	-	-
1		8	7.62 (3.34-14.46)		8	7.62 (3.34-14.46)		-	-
≥2		4	3.81 (1.04-9.46)		4	3.81 (1.04-9.46)		-	-
Mediana (RIC)			0 (0 - 0)			0 (0 - 0)			-
Uso consistente de condón con parejas femeninas ocasionales en los últimos 30 días	12	8	66.67 (34.88-90.07)	12	8	66.67 (34.88-90.07)	-	-	-
Usó condón la última relación sexual con pareja femenina ocasional	23	16	69.57 (47.08-86.78)	23	16	69.57 (47.08-86.78)	-	-	-

¹Parejas ocasionales. Son personas con las que tiene relaciones sexuales ocasionales sin intercambio de dinero

²Uso consistente de condón. Es el auto-reporte de siempre haber usado un condón en todas las relaciones sexuales en periodo de tiempo especificado

Última relación sexual (Cuadro 44)

El 83.83% del total de participantes mencionó que la pareja con quien tuvieron la última relación sexual fue estable, y 15.32% respondió que había sido con una pareja ocasional. El 39.30% manifestó que la última relación sexual había ocurrido en un período mayor a 30 días y casi un tercio de los participantes la habían tenido entre 8 y 30 días.

El uso del condón en la última relación sexual fue reportado por 54.89% de las personas con el VIH entrevistadas.

Cuadro 44. Última relación sexual, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Tipo de pareja con quien tuvo la última relación sexual									
Pareja estable	235	197	83.83 (78.48-88.29)	98	74	75.51 (65.78-83.63)	137	123	89.78 (83.44-94.29)
Pareja ocasional		36	15.32 (10.96-20.57)		23	23.47 (15.49-33.10)		13	9.49 (5.14-15.67)
Pareja comercial		1	0.43 (0.01-2.34)		1	1.02 (0.02-5.55)		0	0.00 (0-2.65)
Cliente		1	0.43 (0.01-2.34)		0	0.00 (0.00-3.69)		1	0.73 (0.01-3.99)
Hace cuánto tiempo tuvo la última relación sexual con cualquier pareja (días)									
≤1	229	30	13.10 (9.01-18.17)	98	12	12.24 (6.49-20.41)	131	18	13.74 (8.35-20.84)
2-7		44	19.21 (14.32-24.92)		22	22.45 (14.63-31.99)		22	16.79 (10.83-24.31)
8-30		65	28.38 (22.64-34.69)		26	26.53 (18.11-36.40)		39	29.77 (22.10-38.37)
>30		90	39.30 (32.93-45.95)		38	38.78 (29.09-49.15)		52	39.69 (31.25-48.60)
Mediana (RIC)		30 (3-150)			30 (3-180)			30 (4-120)	
Usó condón en la última relación sexual	235	129	54.89 (48.29-61.37)	99	65	65.66 (55.43-74.91)	136	64	47.06 (38.44-55.79)

Uso de alcohol y de drogas ilícitas (Cuadro 45)

El 46.15% del total de entrevistados manifestó haber tomado alcohol o licor durante el último mes. La mediana de veces que ingirieron cuatro o más tragos de bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante el último mes fue de tres ocasiones.

Un tercio de las personas con el VIH reportaron haber usado drogas ilícitas alguna vez en la vida; 21.69% reportó el uso en los últimos 12 meses y cerca de 20.0% indicó haber usado drogas en los últimos 30 días previos a la encuesta.

La marihuana fue la droga más utilizada en los últimos 12 meses, con 19.28%, seguida de la cocaína con 2.81%. El uso de drogas inyectables alguna vez en la vida fue reportado por dos participantes.

Cuadro 45. Uso de alcohol y de drogas ilícitas, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Tomó alcohol en el último mes	247	114	46.15 (40.15-52.98)	105	49	46.67 (36.86-56.65)	142	65	45.77 (37.96-55.04)
Número de veces que tomó cuatro o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante el									

último mes									
1-3	108	63	58.33 (48.45-67.74)	45	22	48.89 (33.70-64.22)	63	41	65.08 (52.02-76.66)
4-6		30	27.78 (19.59-37.22)		16	35.56 (21.86-51.21)		14	22.22 (12.71-34.46)
≥7		15	13.89 (7.98-21.87)		7	15.56 (6.49-29.45)		8	12.70 (5.64-23.49)
Mediana (RIC)		3 (2-5)			4 (2-6)			3 (2-5)	
Uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida	248	79	31.85 (26.10-38.04)	105	52	49.52 (39.62-59.45)	143	27	18.88 (12.82-26.26)
Uso de drogas ilícitas en los últimos 12 meses	249	54	21.69 (16.73-27.32)	106	35	33.02 (24.18-42.82)	143	19	13.29 (8.19-19.96)
Uso de drogas ilícitas en los últimos 30 días	248	45	18.15 (13.55-23.51)	105	27	25.71 (17.67-35.16)	143	18	12.59 (7.63-19.16)
Consumo de drogas ilícitas en el último año									
Mariguana	249	48	19.28 (14.56-24.73)	106	30	28.30 (19.97-37.87)	143	18	12.59 (7.63-19.16)
Piedra o crack	249	6	2.41 (0.88-5.17)	106	5	4.72 (1.54-10.66)	143	1	0.70 (0.01-3.83)
Cocaína	249	7	2.81 (1.13-5.70)	106	4	3.77 (1.03-9.38)	143	3	2.10 (0.4-6.00)
Alguna vez se ha inyectado droga	249	2	0.80 (0.09-2.87)	106	1	0.94 (0.02-5.14)	143	1	0.70 (0.01-3.83)

Acceso a condones y lubricantes (Cuadro 46)

Casi todos los participantes consideraron que conseguir un condón era fácil o muy fácil. La mediana de dinero que pagaron por un paquete de tres condones fue de tres dólares beliceños.

Los tres principales lugares que los participantes identificaron donde consiguen condones fueron supermercados (52.63%), tiendas o gasolineras (31.58%), y clínicas privadas o farmacias (15.79%).

El 76.98% de los participantes aseguró haber recibido condones gratis en los últimos 12 meses. De éstos, 83.51% reportó haber recibido condones gratis en un centro de salud u hospital público, y 10.82% de los promotores o educadores pares.

Sólo 5.56% del total de entrevistados reportó que alguna vez había utilizado lubricantes durante las relaciones sexuales, y casi todos usaron lubricantes a base de agua.

Cuadro 46. Adquisición y uso de condón, según sexo. Personas con el VIH. ECVB Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Obtener un condón es									
Fácil	250	242	96.80 (93.79-98.60)	107	104	97.20 (92.02-99.41)	143	138	96.50 (92.02-98.85)
Difícil		8	3.20		3	2.80		5	3.50

			(1.39-6.20)			(0.58-7.97)			(1.14-7.97)	
Cantidad de dinero que pagó por cada condón la última vez que compró uno (dólares beliceños)										
Mediana (RIC)		3 (2.75-4)				3 (2.5-3.75)			3 (3-7)	
Lugares donde compra condones										
Supermercado		20	52.63 (35.81-69.01)		14	60.87 (38.54-80.29)		6	40.00 (16.33-67.71)	
Tienda, gasolinera	38	12	31.58 (17.50-48.65)	23	6	26.09 (10.22-48.40)	15	6	40.00 (16.33-67.71)	
Clínica privada, farmacia		6	15.79 (6.02-31.25)		3	13.04 (2.77-33.58)		3	20.00 (4.33-48.08)	
Recibió condones gratis en los últimos 12 meses		252	194		76.98 (71.28-82.03)	107		86	80.37 (71.57-87.42)	145
Lugares o personas de quien recibió condones gratis la última vez										
Centro de salud, hospital público		162	83.51 (77.51-88.43)		74	86.05 (76.89-92.57)		88	81.48 (72.85-88.30)	
Educador de pares o promotores	194	21	10.82 (6.82-16.06)	86	8	9.30 (4.10-17.50)	108	13	12.04 (6.56-19.70)	
Hospital, clínica privada		6	3.09 (1.14-6.60)		1	1.16 (0.02-6.30)		5	4.63 (1.52-10.47)	
ONG, National AIDS Commission (NAC)		5	2.58 (0.84-5.91)		3	3.49 (0.72-9.85)		2	1.85 (0.22-6.52)	
Utiliza lubricantes durante las relaciones sexuales	252	14	5.56 (3.07-9.14)	107	8	7.48 (3.28-14.20)	145	6	4.14 (1.53-8.78)	

Antecedentes de ITS y acceso a tratamiento (Cuadro 47)

Cerca de 10% de las personas con el VIH entrevistadas reportaron haber tenido alguna infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses previos a la encuesta. El 64.71% manifestaron haber buscado tratamiento la última vez que tuvieron síntomas de infección de transmisión sexual. Casi todos tomaron todo el medicamento que les fue recetado para tratar estos síntomas en esa última ocasión.

Cuadro 47. Antecedentes de ITS y acceso a tratamiento, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Alguna infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses	239	23	9.62 (6.19-14.08)	101	5	4.95 (1.62-11.17)	138	18	13.04 (7.91-19.82)
Buscó tratamiento la última vez que tuvo síntomas de alguna infección de transmisión sexual	34	22	64.71 (46.48-80.25)	10	5	50.00 (18.70-81.29)	24	17	70.83 (48.90-87.38)
Tomó o se aplicó toda la medicina que le recetaron	21	20	95.24 (76.18-99.87)	4	4	100.00 (39.76-100.00)	17	16	94.12 (71.31-99.85)

Conocimientos en prevención y transmisión del VIH (Cuadro 48)

El 57.1% de los encuestados tuvieron un índice adecuado de conocimientos respecto a la prevención y transmisión del VIH; los hombres reportaron un mejor índice respecto a las mujeres.

Las medidas de prevención del VIH mejor identificadas por los participantes fueron el uso del condón de manera correcta y consistente en cada relación sexual (85.37%) y siendo fiel a una sola pareja estable no infectada con el VIH (79.84%). La mayoría de los participantes reportaron que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH, y más de 90% expresó que el VIH no se puede transmitir por la picadura de un zancudo o por compartir comida con alguien que estuviera infectado con el VIH.

Cuadro 48. Conocimientos de prevención y transmisión del VIH, según sexo. Personas con VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Índice de las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre las transmisión del virus¹	252	144	57.14 (50.78-63.33)	107	72	67.29 (57.54-76.04)	145	72	49.66 (41.25-58.07)
Conocimiento sobre formas de prevención del VIH									
Se puede prevenir el VIH siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	243	194	79.84 (74.23-64.69)	103	92	89.32 (81.96-94.54)	140	102	72.86 (64.69-80.02)
Se puede prevenir el VIH usando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	246	210	85.37 (80.32-89.53)	104	98	94.23 (87.86-97.85)	142	112	78.87 (71.23-85.26)
Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH									
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	251	245	97.61 (94.86-99.11)	107	104	97.20 (92.02-99.41)	144	141	97.92 (94.03-99.56)
No se puede transmitir el VIH por la picadura de zancudo	236	216	91.53 (87.21-94.74)	100	89	89.00 (81.16-94.37)	136	127	93.38 (87.80-96.92)
No se puede transmitir el VIH al compartir comida con alguien infectado con el VIH	248	229	92.34 (88.29-95.32)	104	93	89.42 (91.86-94.60)	144	136	94.44 (89.34-97.57)
Se puede transmitir el VIH de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo	243	227	93.42 (89.52-96.18)	102	98	96.08 (90.26-98.92)	141	129	91.49 (85.60-95.52)
Se puede transmitir el VIH de una mujer con VIH o <i>sida</i> a su hijo a	246	224	91.06 (86.77-94.31)	102	89	87.25 (79.19-93.03)	144	135	93.75 (88.46-97.10)

través de la lactancia maternal									
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¹El índice está especificado por los "Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida." Específicamente, el índice 14. "Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH," está calculado con base en cinco preguntas. El numerador es el número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas. El denominador es el número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un "no sé", a las cinco preguntas. Las cinco preguntas son:

1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?

Control y servicios médicos (Cuadro 49)

El 88.10% del total de entrevistados reportó que al momento de la encuesta estaban asistiendo a control médico del VIH. Entre los principales servicios que reciben en dicho control médico están: tratamiento antirretroviral (84%), exámenes especiales como CD4 y carga viral (45.6%) y otros exámenes de laboratorio.

Sólo 13.15% reportó haber recibido tratamiento para prevenir la tuberculosis después de saber que es una persona con el VIH; cerca de 3.97% manifestó que había enfermado de tuberculosis y 3.57% mencionó haber recibido tratamiento para este padecimiento.

Cuadro 49. Control y servicios recibidos por la condición de VIH, según sexo. Personas con el VIH. ECVB Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Actualmente asiste a control médico del VIH	252	222	88.10 (83.44-91.82)	107	96	89.72 (82.34-94.75)	145	126	86.90 (80.29-91.92)
Servicios que recibe en control médico¹									
Tratamiento antirretroviral		184	84.02 (78.48-88.60)		79	82.29 (73.16-89.33)		105	85.37 (77.86-91.09)
Exámenes especiales (CD4 y carga viral)		100	45.66 (38.93-52.50)		42	43.75 (33.64-54.25)		58	47.15 (38.09-56.35)
Exámenes de laboratorio		97	44.29 (37.60-51.13)		44	45.83 (35.61-56.31)		53	43.09 (34.19-52.32)
Examen médico		66	30.14 (24.13-36.68)		33	34.38 (24.97-44.76)		33	26.83 (19.24-35.56)
Tratamiento por enfermedades oportunistas	219	47	21.46 (16.21-27.49)	96	25	26.04 (17.61-35.99)	123	22	17.89 (11.56-25.81)
Condomes		42	19.18 (14.18-25.02)		22	22.92 (14.95-32.61)		20	16.26 (10.22-23.98)
Consejería y educación		39	17.81 (12.98-23.53)		13	13.54 (7.41-22.04)		26	21.14 (14.29-29.41)
Comida o apoyo nutricional, atención en el hogar, visitas domiciliarias		20	9.13 (5.66-13.75)		5	5.21 (1.71-11.73)		15	12.20 (6.98-19.31)
Auto-reporte del resultado del último examen CD4									
<200	75	10	13.33 (6.58-23.15)	34	3	8.82 (1.85-23.67)	41	7	17.07 (7.15-32.05)
≥200		65	86.67		31	91.18		34	82.93

	(76.84-93.41)			(76.32-98.14)			(67.94-92.84)		
Mediana (RIC)	450 (275 - 700)			456 (345 - 560)			450 (240 - 758)		
Recibió tratamiento para prevenir la tuberculosis después de saber que es una persona con el VIH	251	33	13.15 (9.22-17.96)	106	19	17.92 (11.15-26.56)	145	14	9.66 (5.37-15.66)
Enfermó de tuberculosis después de tener el VIH	252	10	3.97 (1.91-7.17)	107	7	6.54 (2.67-13.01)	145	3	2.07 (0.42-5.92)
Ha recibido tratamiento para curar la tuberculosis	252	9	3.57 (1.64-6.67)	107	6	5.61 (2.08-11.80)	145	3	2.07 (0.42-5.92)

Tratamiento antirretroviral (Cuadro 50)

El 76.98% de las personas con el VIH entrevistadas, estaban tomando antirretrovirales en el momento de la encuestas. Cerca de 70% de las personas con el VIH entrevistadas, tenían tres años o más de haber sido diagnosticados con el virus, mientras que cerca de 22% mencionó que tenían menos de un año de estar en terapia antirretroviral. De éstos, 64.58% asistía a su control médico mensualmente y 25.00% cada tres meses.

El 15.46% de los entrevistados mencionó haber presentado efectos adversos por tomar terapia antirretroviral y 22.68%, mencionó tener dificultades para cumplir con los horarios para tomar antirretrovirales.

Cuadro 50. Tratamiento antirretroviral, según sexo. Personas con el VIH. ECVB Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Actualmente toma antirretrovirales	252	194	76.98 (71.28-82.03)	107	89	83.18 (74.72-89.81)	145	105	72.41 (64.38-79.50)
Tiempo de tomar medicamentos antirretrovirales (años)									
≤1 año	189	41	21.69 (16.03-28.25)	87	14	16.09 (9.08-25.52)	102	27	26.47 (18.22-36.12)
>1 - ≤3 años		52	27.51 (21.28-34.46)		31	35.63 (25.64-46.62)		21	20.59 (13.21-29.73)
>3 años		96	50.79 (43.43-58.12)		42	48.28 (37.42-59.24)		54	52.94 (42.80-62.90)
Mediana en años (RIC)		4 (2 - 7)			3 (2 - 6)			4 (1 - 7)	
Periodicidad del control desde que está en terapia antirretroviral¹									
Cada mes o menos	192	124	64.58 (57.37-71.33)	88	61	69.32 (58.58-78.71)	104	63	60.58 (50.51-70.02)
Cada 2 meses		15	7.81 (4.43-12.55)		5	5.68 (1.87-12.76)		10	9.62 (4.70-16.97)
Cada 3 meses o mas		53	27.60 (21.41-34.50)		22	25.00 (16.37-35.36)		31	29.81 (21.23-39.56)
Efectos adversos presentados con la terapia antirretroviral	194	30	15.46 (10.68-21.33)	89	12	13.48 (7.16-22.36)	105	18	17.14 (10.48-25.73)
Medicamentos ARV que está tomando actualmente									

Didanosina (DDI)		2	2.02 (0.24-7.10)		1	2.33 (0.05-12.28)		1	1.79 (0.4-9.55)
Stavudina (D4T)		6	6.06 (2.25-12.72)		3	6.98 (1.46-19.06)		3	5.36 (1.11-14.86)
Lamivudina (3TC)		27	27.27 (18.80-37.14)		14	32.56 (19.07-48.54)		13	23.21 (12.97-14.86)
Zidovudina (AZT)		23	23.23 (15.33-32.79)		11	25.58 (13.51-41.17)		12	21.43 (11.59-33.43)
Abacavir (ABC)		2	2.02 (0.24-7.10)		1	2.33 (0.05-12.28)		1	1.79 (0.4-9.55)
Tenofovir (TFV)		3	3.03 (0.62-8.60)		2	4.65 (0.05-15.81)		1	1.79 (0.4-9.55)
Efavirenz (EFV)	99	23	23.23 (15.33-32.79)	43	10	23.26 (11.75-38.63)	56	13	23.21 (12.97-36.41)
Nevirapina (NVP)		42	42.42 (32.54*-52.76)		15	34.88 (21.00-50.92)		27	48.21 (34.65-61.96)
Indinavir (IDN)		5	5.05 (1.65-11.39)		2	4.65 (0.05-15.81)		3	5.36 (1.11-14.86)
Lopinavir + Ritonavir		9	9.09 (4.24-16.55)		4	9.30 (2.59-22.13)		5	8.93 (2.96-19.61)
Indinavir + Ritonavir		5	5.05 (1.65-11.39)		2	4.65 (0.05-15.81)		3	5.36 (1.11-14.86)
Lamivudina + Zidovudina (Duovir)		39	39.39 (29.71-49.72)		17	39.53 (24.97-55.59)		22	39.29 (26.49-53.24)
Ha tenido alguna vez algún problema para cumplir con los horarios o las dosis de su terapia antirretroviral	194	44	22.68 (16.98-29.22)	89	21	23.60 (15.23-33.77)	105	23	21.90 (14.42-31.03)
Problemas que ha tenido para cumplir el tratamiento indicado¹									
Porque no hay		6	13.95 (5.29-27.93)		3	15.00 (3.20-37.89)		3	13.04 (2.77-33.58)
Causan efectos secundarios		5	11.63 (3.88-25.08)		2	10.00 (1.23-31.69)		3	13.04 (2.77-33.58)
Es difícil recordar, complicado tomarlos	43	22	51.16 (35.46-66.69)	20	12	60.00 (36.05-80.88)	23	10	43.48 (23.19-65.50)
Ha faltado a citas médicas		3	6.98 (1.46-19.06)		3	15.00 (3.20-37.89)		0	0.00 (0.00-14.81)
No quería tomarlos		8	18.60 (8.39-33.40)		3	15.00 (3.20-37.89)		5	21.74 (7.46-43.70)
Otra		6	13.95 (5.29-27.93)		2	10.00 (1.23-31.69)		4	17.39 (4.90-38.78)

Abuso o maltrato (Cuadro 51)

Casi 20.0% de las personas con el VIH reportó que en el último año habían sufrido abuso o maltrato por ser una persona con el VIH. El tipo de abuso o maltrato más reportado fue el verbal (76.09%), seguido del rechazo y aislamiento, con 28.26%. Cerca de 65.0% de los entrevistados indicaron que ese abuso o maltrato fue en su mayoría realizado por personas desconocidas; 5.16% mencionó que había realizado alguna denuncia por los actos de estigmatización y discriminación recibidos.

El 9.52% de los entrevistados reportó que habían recibido abuso o maltrato en las instituciones de salud.

Los familiares y las parejas son quienes principalmente conocen de su condición de persona con el VIH. No obstante, existe 18% que reportó que nadie conocía que era una persona con el VIH. El 78.88% de las personas con el VIH reportó que tenía una persona que les brinda ayuda o apoyo en caso de presentarse una emergencia.

Cuadro 51. Abuso o maltrato, según sexo. Personas con el VIH. ECVC Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Sufrió discriminación, abuso o maltrato por ser una persona con el VIH	252	47	18.65 (14.03-24.01)	107	16	14.95 (8.79-23.14)	145	31	21.38 (15.01-28.95)
Discriminación abuso o maltrato sufrido por ser una persona con el VIH¹									
Maltrato físico	46	2	4.35 (0.53-14.83)	15	0	0.00 (0.00-21.80)	31	2	6.45 (0.79-21.42)
Maltrato verbal		35	76.09 (61.23-87.41)		11	73.33 (44.89-92.21)		24	77.42 (58.90-90.40)
Extorsión, robo o asalto		3	6.52 (1.36-17.89)		2	13.33 (1.65-40.46)		1	3.23 (0.08-16.70)
Rechazo o aislamiento		13	28.26 (15.98-43.46)		5	33.33 (11.82-61.61)		8	25.81 (11.85-44.61)
Violencia sexual		2	4.35 (0.53-14.83)		0	0.00 (0.00-21.80)		2	6.45 (0.79-21.42)
Expulsión del trabajo, expulsión del hogar, abstención del contacto físico		10	21.74 (10.94-36.36)		3	20.00 (4.33-48.08)		7	22.58 (9.59-41.09)
Divulgación de su condición VIH		8	17.39 (7.82-31.41)		3	20.00 (4.33-48.08)		5	16.13 (5.52-33.72)
Personas que lo discriminaron, maltrataron o abusaron¹									
Familia, amigos, conocidos, pareja	46	20	43.48 (28.93-58.89)	15	5	33.33 (11.82-61.61)	31	15	48.39 (30.15-66.93)
Compañeros de trabajo, vecinos, personal de salud		17	36.96 (19.53-48.01)		5	33.33 (11.82-61.61)		12	38.71 (21.84-57.81)
Desconocido		15	32.61 (19.53-48.01)		6	40.00 (16.33-67.71)		9	29.03 (14.22-48.03)
Fue víctima de maltrato en los servicios de salud alguna vez	252	24	9.52 (6.19-13.83)	107	8	7.48 (3.28-14.20)	145	16	11.03 (6.44-17.30)
Denunció algún hecho de discriminación por ser una persona con el VIH	252	13	5.16 (2.77-8.66)	107	3	2.80 (0.58-7.97)	145	10	6.90 (3.56-12.31)
¿Quiénes saben que es una persona con el VIH?									
Familiares	250	135	54.00 (47.60-60.29)	107	48	44.86 (35.23-54.77)	143	87	60.84 (52.33-68.88)
Pareja		110	44.00 (37.77-50.39)	52	48.60 (38.81-58.45)	58	40.56 (32.43-49.08)		
Amigos, compañeros de trabajo, clases, personal médico		52	20.80 (15.94-26.36)	24	22.43 (14.93-31.51)	28	19.58 (13.42-27.04)		
Nadie		45	18.00 (13.44-23.33)	20	18.69 (11.80-27.38)	25	17.48 (11.64-24.71)		

Todos		9	3.60 (1.65-6.72)		6	5.61 (2.08-11.80)		3	2.10 (0.43-6.00)
Tiene alguien que le en caso de una emergencia o problema personal	251	198	78.88 (79.30-83.76)	107	83	77.57 (68.48-85.06)	144	115	79.86 (72.37-86.07)

Prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Cuadro 52)

De las ITS diagnosticadas el virus del herpes simple tipo 2 fue la patología más prevalente entre las personas con el VIH. Se encontró una prevalencia de sífilis por debajo de 2.43%, mientras que la de la sífilis activa fue de 1.62%. Se encontró una prevalencia de *Trichomonas vaginales* de 24.66% y de *Mycoplasma genitalium* de 15.07%. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* fue de 4.57% y 0.46%, respectivamente.

Cuadro 52. Prevalencia de ITS según sexo. Personas con VIH. ECVB Belice, 2012.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)	N	n	% (IC95%)
Virus Herpes simple tipo 2	245	203	82.86 (77.54-87.35)	105	78	74.29 (64.83-82.32)	140	125	89.29 (82.94-93.87)
Sífilis	247	6	2.43 (0.89-5.21)	106	2	1.89 (0.22-6.64)	141	4	2.84 (0.77-7.10)
Sífilis activa ¹	247	4	1.62 (0.44-4.09)	106	1	0.94 (0.02-5.14)	141	3	2.13 (0.44-6.09)
Vaginosis bacteriana	120	49	40.83 (31.95-50.17)	-	-	-	120	49	40.83 (31.95-50.17)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	219	54	24.66 (19.09-30.91)	90	2	2.22 (0.27-7.79)	129	52	40.31 (31.77-49.30)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	219	33	15.07 (10.60-20.50)	90	16	17.78 (10.51-27.25)	129	17	13.18 (7.86-20.25)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	219	10	4.57 (2.21-8.23)	90	2	2.22 (0.27-7.79)	129	8	6.20 (2.71-11.85)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	219	1	0.46 (0.01-2.51)	90	1	1.11 (0.02-6.03)	129	0	0.00 (0.00-2.81)

VII. Conclusiones y recomendaciones

a) Trabajadoras sexuales.

Conclusiones

En muchos países, las leyes, las políticas, las prácticas discriminatorias y las sociedades que estigmatizan empujan al trabajo sexual hacia la clandestinidad, hecho que obstaculiza el esfuerzo de prevención y atención del VIH hacia las trabajadoras sexuales (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2009).

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencias del VIH y de ITS en Belice (ECVC) fue la primera encuesta realizada con el enfoque de vigilancia de segunda generación del VIH. Este estudio mostró evidencia de la realidad del trabajo sexual en el país: la dificultad en poder llegar hasta las mujeres que realizan el trabajo sexual, ya que el estigma social asociado a esta actividad, y la condición de ilegalidad migratoria parecen influir en el ejercicio clandestino del trabajo sexual, afectando el acceso a los servicios de salud. Las principales dificultades para la implementación del presente estudio se iniciaron con la falta de aceptación del trabajo sexual por las mujeres previamente identificadas por programas de atención de esta población, y después con el poco acceso a los sitios y lugares donde se ejerce el trabajo sexual.

La prevalencia del VIH cercana a 1.0% encontrada en trabajadoras sexuales, es una prevalencia baja, comparada con los hallazgos en esta misma población en otras ciudades de Centroamérica; por ejemplo, en Honduras se encontró 5.5% en Tegucigalpa, 4.6% en San Pedro Sula y 1.9%, en La Ceiba (M. Paredes, 2007); En El Salvador, 5.7% en San Salvador y 2.5% en Sonsonate (Hernández FM., Guardado ME., Paz-Bailey G, 2010), y en Nicaragua se encontró una prevalencia del VIH de 1.8% en Managua y de 2.4% en Chinandega (Morales-Miranda S, 2010).

A pesar de reportarse una prevalencia baja del VIH entre las trabajadoras sexuales se encontraron altas prevalencias de ITS, cercanas a 20% de *Chlamydia trachomatis* y de *Trichomonas vaginalis*, y de 11% de *Mycoplasma genitalium*; lo anterior confirma un bajo uso del condón en las trabajadoras sexuales, ya que altas prevalencias en estas ITS son un indicador evidente de relaciones sexuales desprotegidas, que debe alertar sobre el riesgo de infección por el VIH.

El uso del condón con las diferentes parejas sexuales es bajo, al comparar los datos obtenidos con lo reportado en el estudio Trac, de PSI/PASMO, en 2011. Con las parejas sexuales estables el reporte de uso consistente de condones y durante la última relación sexual fue menor a 40.0%, y en el estudio Trac las proporciones superaron esta cifra. Con las parejas ocasionales el uso consistente durante los últimos 30 días alcanzó un poco más de 60.0% y en la última relación sexual la proporción fue de 70.0%. Con clientes se reportaron tasas

mayores de uso del condón, en comparación con el resto de parejas sexuales; no obstante, al comparar los datos obtenidos en la ECVC con el estudio Trac, se observa que son más bajos (PSI; Research & Metrics, 2010).

Como en el resto de los países de Centroamérica el uso del condón con la pareja sexual estable y ocasional es bajo, pero con los clientes las proporciones de uso del condón son más altas.

De acuerdo con los resultados encontrados en la presente encuesta se puede concluir que casi la mitad de las trabajadoras sexuales pertenecen a una población que ha sufrido abuso sexual. Estos resultados son similares a lo encontrado en la ECVC en las trabajadoras sexuales en la ciudad de San Salvador. Sin embargo, la proporción de quienes habían sufrido violencia sexual en el último año fue 10%, menor a lo reportado en la encuesta de El Salvador (17%) (Hernández FM., Guardado ME., Paz-Bailey G, 2010). Está evidenciado que la violencia sexual es, por definición, un hecho que vulnera y daña todas las dimensiones del ser humano, y puede aumentar el riesgo de infección por el VIH, debido a la poca o nula negociación del uso del condón. La violencia de género afecta a 30-60% de las mujeres de todo el mundo, con consecuencias significativas para el bienestar mental, físico y de salud sexual (Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C., 2008).

El reporte de consumo de alcohol entre las trabajadoras sexuales fue alto; más de 90.0% habían consumido bebidas alcohólicas en el último mes y en éstas el número de tragos consumidos en cada ocasión fue superior a lo que se encontró en otras poblaciones como los hombres que tienen sexo con hombres y las personas que viven con el VIH, en esta misma encuesta en Belice. Si bien existe poca información que documente la relación entre el consumo de alcohol y las infecciones por el VIH en los países de América Latina y El Caribe, al contrastar los datos de abuso sexual sufrido por estas mujeres en los últimos 30 días, podrían indicar que el alcohol y las drogas son un agravante que contribuye al aumento de la vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales. Los datos disponibles indican que aproximadamente un tercio de la población beliceña consume bebidas alcohólicas habitualmenteⁱ, y se calcula que el consumo anual de alcohol puro en Belice es de 8,6 litros por personaⁱⁱ.

La salud sexual y reproductiva en las trabajadoras sexuales presenta un importante reto para el sistema de salud, en vista de que de las trabajadoras sexuales que reportaron haber tenido antecedentes de embarazos, menos de 70.0% habían recibido durante su último embarazo información respecto al riesgo de la transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo, y no a todas se les ofertó la prueba del VIH en ese momento. La mitad de todas las entrevistadas habían tenido al menos un aborto en su vida; estos hallazgos son un llamado de atención para revisar los abordajes esenciales de la salud sexual y reproductiva en las mujeres embarazadas en Belice. El documento *"Faces, voices and places, Belize 2012"*, elaborado por la *Pan American Health Organization*, hace referencia a que en el país a toda mujer embarazada se le ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH; asimismo, los datos del país indican que durante el año 2011, el 92.2% de las mujeres embarazadas en este país se habían realizado la prueba del VIH (Pan American Health Organization, 2012); no obstante,

te con los datos obtenidos se evidencia que dichos servicios no llegan a las mujeres que hacen trabajo sexual.

Respecto a la realización de pruebas voluntarias para diagnóstico del VIH los datos demuestran que las mujeres trabajadoras sexuales saben a dónde ir y cómo acceder al diagnóstico; sin embargo, apenas un poco más de la mitad se habían realizado la prueba en los últimos 12 meses. Enmarcado en la vigilancia epidemiológica, la demanda espontánea de pruebas representa un factor clave para determinar si las poblaciones están teniendo mejores prácticas para el cuidado de la salud, y facilitan el monitoreo del VIH para los servicios de salud. En el marco actual del control del VIH, la realización periódica de la prueba del VIH como estrategia de prevención es una intervención impostergable.

El índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención de la transmisión del VIH fue bajo, ya que sólo un tercio de las trabajadoras sexuales reconoció correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus; esto llama la atención debido a las prevalencias bajas del VIH y en las proporciones de uso consistente de condones con sus diferentes tipos de parejas sexuales y sus clientes. Los conocimientos en medidas de prevención y de transmisión del VIH en las trabajadoras sexuales fueron indagados y evaluados, según las recomendaciones de los indicadores UNGASS (Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida) para epidemias concentradas.

Entre las principales características de las trabajadoras sexuales entrevistadas la mayoría tenían como su principal fuente de ingresos el trabajo como meseras y bailarinas, y una minoría asumió dedicarse de forma exclusiva al trabajo sexual. Solamente 3.24% de todas las entrevistadas se auto reconocían como mujeres trabajadoras sexuales. Lo anterior debe considerarse cuando se diseñen las estrategias para la promoción de servicios, distribución de condones o para la prevención de la transmisión de las ITS y del VIH en esta población. Por otra parte, este dato debe ser tomado con mucha precaución, pues no significa que no reciban dinero a cambio de relaciones sexuales, sino que las mujeres que están ejerciendo trabajo sexual en Belice no se asumen abiertamente como trabajadoras sexuales por el temor al rechazo social y a la discriminación.

La mayoría de las mujeres que ejercen el trabajo sexual en Belice son extranjeras y sólo 19.5% de todas las entrevistadas dijeron ser beliceñas; por lo tanto, la migración es otro elemento esencial en la caracterización del trabajo sexual en Belice. Según el ONUSIDA, el estatus migratorio podría ser un factor que hace más vulnerables a las trabajadoras sexuales; esto debido a que los migrantes documentados e indocumentados que se dedican al trabajo sexual a menudo enfrentan graves obstáculos al acceso, a raíz de las dificultades lingüísticas, a la exclusión de los servicios disponibles a nivel local y al mínimo contacto con las redes de apoyo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2009).

Recomendaciones.

Bajo los hallazgos de la primera encuesta de vigilancia del comportamiento sexual y de prevalencia del VIH y de ITS en Belice y tomando los lineamientos internacionales del ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud, se recomienda desarrollar una política pública que aborde de manera integral la problemática del VIH en las trabajadoras sexuales en Belice (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2009). Lo anterior, con el propósito de reducir la vulnerabilidad al VIH en el contexto del trabajo sexual; para tal fin, es necesario que la política pública incluya los pilares esenciales para una respuesta eficaz al VIH.

Se requieren estrategias de prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, como la ampliación de servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH e ITS, acceso a condones, a consejería, a prueba del VIH y a una exitosa vinculación a las clínicas de atención del VIH con acceso a antirretrovirales, así como a otros servicios de salud sexual reproductiva dirigidos a trabajadoras sexuales. Según nuestros hallazgos son los servicios de salud pública los lugares donde ellas asisten con más frecuencia.

Aunque la prevalencia del VIH encontrada no supera a 1% esto no indica que no exista un problema del VIH entre las trabajadoras sexuales, en vista de que se encontraron factores que aumentan la vulnerabilidad, como altas prevalencias de ITS, bajo uso de condón, bajo conocimientos adecuado sobre la transmisión del VIH, alto consumo de alcohol y abuso sexual, entre otros.

Las organizaciones no gubernamentales y los servicios de salud pública deben revisar el abordaje que realizan con las mujeres trabajadoras sexuales; esto con el objetivo de fortalecer o replantear el modelo que utilizan, si es necesario. Según los datos de esta encuesta, el contexto del trabajo sexual en Belice presenta algunas barreras estructurales que vulneran los derechos de las trabajadoras sexuales como las escasas organizaciones, la ausencia de redes comunitarias, el estigma y la discriminación, y el estatus migratorio, que influyen para que el trabajo sexual no sea reconocido o se ejerza clandestinamente. Por ello, el enfoque de derechos humanos, la organización comunitaria y la creación de redes con lideresas donde exista la participación de las trabajadoras sexuales es de vital importancia en la respuesta al VIH en Belice. En casi todos los países en los que se ha hecho retroceder a la epidemia del VIH, las organizaciones comunitarias de base han sido un componente fundamental de la respuesta nacional (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2009).

Un componente fundamental de este proceso es el empoderamiento de las comunidades o poblaciones, su apropiación y control de los propios esfuerzos y destinos (Organización Mundial de la Salud, 1986). En el contexto del trabajo sexual, el empoderamiento comunitario implica ayudar a las personas que trabajan en este sector a aunarse para la asistencia mutua, a eliminar los obstáculos para la participación plena, a respetar, proteger y hacer valer los derechos humanos, a combatir el estigma y la discriminación y a fortalecer las asociaciones entre el gobierno, la sociedad civil y los actores de la comunidad, con el objeto de lograr la mayor eficacia en las respuestas al VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2009).

Los resultados de la presente encuesta han puesto de manifiesto otros problemas que requieren de estudios específicos para una mejor comprensión del contexto en el que se encuentran las trabajadoras sexuales en Belice como derechos humanos, trata de personas, dinámica de migración, alcohol y drogas, temas que fueron abordados de manera general en esta encuesta y que necesitan de una profundización mayor para atender las necesidades y retos que se presentan.

Es necesario establecer la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, desde la misma estructura existente en el sistema de salud de Belice. Los resultados de la encuesta son una evidencia clara y contundente de la necesidad que existe en el país de realizar la vigilancia de las ITS en las trabajadoras sexuales. La OMS y el ONUSIDA consideran que la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia del VIH y del sida de segunda generación, porque tener datos sobre infecciones de transmisión sexual es importante para actuar como una alerta temprana de la posibilidad de exposición al VIH, así como el seguimiento de los efectos en la contención de la epidemia cuando se realizan estrategias combinadas. (World Health Organization, UNAIDS and Family Health International, 2005)

Finalmente, y por ser la primera encuesta que se realiza en Belice con el enfoque de vigilancia de segunda generación, se recomienda realizar un esfuerzo similar, con el fin de implementar el ciclo de la vigilancia en los próximos años y documentar y caracterizar los comportamientos de riesgo para contraer ITS y el VIH, las características del trabajo sexual, la migración y la tendencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual a través del tiempo en las trabajadoras sexuales (World Health Organization, UNAIDS and Family Health International, 2005).

b) Hombres que tienen sexo con hombres

Conclusiones

La presente encuesta encontró entre los hombres que tienen sexo con hombres entrevistados una prevalencia del VIH de 13.85% y una prevalencia de 28.0 % del virus de herpes tipo 2; estas altas prevalencias podrían explicarse por las bajas proporciones de uso de condón, y por el bajo nivel de conocimientos adecuados para la prevención y la transmisión del VIH. Por lo tanto, los resultados presentados sugieren que la epidemia del VIH en Belice está concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres: sin embargo, no haber obtenido el tamaño de muestra planificado y la falta en el cumplimiento de los supuestos del RDS, limita las inferencias para toda la población de hombres de Belice que tienen sexo con hombres.

Aunque las comparaciones deben hacerse con cautela, la prevalencia del VIH encontrada en los hombres de Belice que tienen sexo con hombres fue la más alta reportada en la región centroamericana, después del Estudio Multicéntrico Centroamericano (EMC), ya que supera el 10.8% reportado en San Salvador, El Salvador (Hernández FM., Guardado ME., Paz-Bailey G, 2010), el 9.8%

reportado en Masaya, Nicaragua (Morales-Miranda S, Beteta E, Alvarez B, Romero LM, 2011) y el 9.7% encontrado en San Pedro Sula, Honduras (M. Paredes, 2007).

Respecto a los comportamientos de riesgo que exponen a los hombres que tienen sexo con hombres a la infección por el VIH y a otras ITS, se encuentra el bajo uso del condón. Este hallazgo es similar a lo encontrado en las otras encuestas realizadas en esta población en El Salvador (Hernández FM., Guardado ME., Paz-Bailey G, 2010), Nicaragua (Morales-Miranda S, 2010) y Guatemala (Paz-Bailey G.y col 2011). Sin embargo, son tasas de uso de condón mayores a lo encontrado en Cuba y en Santa Lucía en la población general masculina, donde se reportó una prevalencia de uso de condón en su última relación sexual en 41.0% y 48.8%, respectivamente (ECLAC, 2010).

Las relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres es una característica de los hombres que tienen sexo con hombres en Belice; más de la mitad reportó haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez en la vida y una alta proporción lo reportó en los últimos 12 meses; estos datos, aunados al bajo uso de condón con parejas femeninas, deben urgir a tomar medidas efectivas enfocadas a la bisexualidad.

Debemos destacar que la mayor prevalencia de bisexualidad puede estar influenciada por el contexto de discriminación que existe en el país hacia la comunidad homosexual y al tabú que representa la práctica de relaciones sexuales anales. Lo anterior es sustentado por ONUSIDA, cuando afirma que el enfrentarse al VIH puede resultar polémico e incómodo para individuos, sociedades y gobiernos, pues obliga a abrir debates de asuntos sensibles y complejos como son la sexualidad y el consumo de drogas (ONUSIDA, 2005). Esta situación tiene un impacto negativo en la salud de los hombres que tienen sexo con hombres; además de los riesgos de infectarse con el VIH y con ITS por las relaciones sexuales clandestinas, puede haber graves consecuencias emocionales para los hombres cuya identidad sexual debe ser mantenida en secreto durante la mayor parte de sus vidas. El efecto de tener una identidad estigmatizada a menudo se llama "estrés de minorías", que puede ser un factor agravante de la vulnerabilidad de dichas minorías (World Health Organization, December, 2012).

Desde el enfoque epidemiológico, cuando la epidemia del VIH está concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres, éstos pueden representar una población clave en la transmisión de la infección del VIH hacia la población general, lo cual debe traducirse en el diseño e implementación de estrategias con mayor evidencia de efectividad para prevención, atención, vigilancia y control (World Health Organization, UNAIDS and Family Health International, 2005).

Esta encuesta encontró que casi un tercio de los participantes mencionó haber consumido drogas como marihuana, cocaína, crack y éxtasis en los últimos 12 meses. Las proporciones del consumo de alcohol y uso de drogas en Belice son mayores a las encontradas en El Salvador y Nicaragua. En relación con el tema de uso de drogas y bajo uso de condón, un estudio con hombres que

tienen sexo con hombres en Ciudad Juárez, México, hizo una comparación de uso de condón entre los que consumen y quienes no consumen drogas, encontrándose que fue más frecuente el uso inconsistente de condón cuando practicaban penetración anal receptiva, oral receptiva, oral insertiva cuando se encontraban bajo el efecto de las drogas, en comparación con quienes no estaban bajo el efecto de dichas sustancias (Juan C. Mendoza-Pérez - Programa Compañeros A.C).

Respecto a la discriminación por identidad sexual, los resultados de la presente encuesta revelan una desfavorable situación social y cultural para los hombres que tienen sexo con hombres en Belice, pues casi la mitad reportaron que en el último año habían sufrido abuso o maltrato por ser un hombre que tiene sexo con otro hombre. El abuso o maltrato más reportado fue el verbal, y luego el maltrato físico. Dos terceras partes de los entrevistados indicaron que ese abuso o maltrato fue realizado por personas desconocidas, este hecho enfatiza las consideraciones que se están haciendo en el contexto legislativo en Belice sobre las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

El índice de conocimientos adecuados respecto a las formas de prevenir la transmisión del VIH apenas alcanzó 57% entre los participantes. Lo anterior tiene concordancia con las proporciones reportadas en relación con la participación de esta población en actividades de información y educación sobre el VIH en los últimos doce meses, ya que sólo 45.0% había tenido acceso a información y más de la mitad habían sido captados a través de las intervenciones de las organizaciones no gubernamentales; lo anterior podría sugerir el escaso acceso a la información adecuada sobre el VIH en esta población.

De las características sociodemográficas de los hombres que tienen sexo con hombres, los datos describen una población joven, alfabetizada, con un inicio temprano de relaciones sexuales, con un patrón recurrente de bisexualidad y desprovista de servicios de salud clave para atender sus necesidades de salud sexual.

Recomendaciones

Para diseñar una respuesta efectiva ante el VIH y el sida, es esencial enfocarse en las poblaciones que concentran la mayor carga de la infección. En 2007-2008, ONUSIDA (UNAIDS, 2008), recomienda a los países que analicen en dónde surgirán los próximos casos incidentes del VIH, para enfocar los esfuerzos en la prevención.

Esta recomendación presupone un reto grande a los Estados puesto que para enfocar los recursos en los grupos más afectados es necesario contar con datos actuales que reflejen las tendencias y el comportamiento de las infecciones por el VIH en los países; en el caso de Belice, esta encuesta representa una oportunidad para la reasignación de los recursos, ya que la epidemia del VIH está concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres.

Una respuesta a los grupos más afectados por la epidemia del VIH, como lo son los hombres que tienen sexo con hombres, exige la consideración de los supuestos culturales y jurídicos respecto a la sexualidad de los hombres y las expresiones de la masculinidad. Otros estudios han demostrado que la homofobia, viene de la sociedad y de las leyes coercitivas, ya que reprimen las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y refleja la realidad en la que viven actualmente hombres que tienen sexo con hombres, los que generalmente están estigmatizados, criminalizados o sujetos a castigos (Ottosson D, 2009),

La desigualdad basada en el género o en la identidad sexual se suma a otras inequidades propias del contexto del país; en este caso un bajo acceso a educación superior, a falta de información sobre salud sexual para hombres gays, a problemas de acceso a los servicios de salud y a un marco jurídico desigual para quienes no se definen dentro de la masculinidad permitida.

Es imperativo considerar el diseño de una estrategia institucional que garantice la búsqueda de los casos del VIH en las poblaciones más afectadas por la epidemia, con el fin de garantizar en los servicios de salud la atención integral y de calidad a grupos en contextos de mayor vulnerabilidad como los hombres que tienen sexo con hombres. Dicha estrategia podría marcar una mejoría significativa en el acceso a los servicios de salud para la prevención de nuevas infecciones por el VIH, y para realizar un diagnóstico temprano de la presencia del virus. El diagnóstico y tratamiento de las ITS deben ser bajo el nuevo enfoque de atención con intervenciones de prevención impostergables para el control de la epidemia en todo el país.

Sistemáticamente se deben promover intervenciones de prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual, focalizadas al uso consistente del condón en todas las relaciones sexuales con sus parejas hombres y mujeres. Dichas acciones deben realizarse en un esfuerzo de país, en el que estén involucradas las organizaciones de base comunitarias, las ONG y los servicios de salud del Estado.

Adicionalmente, se recomienda fortalecer las iniciativas de educación sexual, con la inclusión de temas que permita mejorar el ejercicio de una sexualidad responsable en hombres que tienen sexo con hombres más jóvenes, puesto que los datos muestran un inicio temprano de las relaciones sexuales y una proporción lo hace sin utilizar los métodos apropiados para el auto cuidado de la salud.

Se requiere estudiar la relación entre el alto consumo de alcohol y el uso de drogas y los comportamientos de riesgo para la infección por el VIH. Hay escasez de información sobre la relación entre estas dos variables; indagar sobre estos factores podría ayudar a conocer mejor a la población de los hombres que tienen sexo con hombres y plantear estrategias de prevención, atención y reducción del daño producido por las adicciones.

Existe la necesidad de obtener datos de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen sexo con hombres de Belice; en la actualidad la disponibilidad de información es insuficiente para tener un conocimiento más acertado

respecto a las tendencias en los comportamientos de riesgo, en el uso de condones y lubricantes, en el acceso a servicios de salud, en la violencia y en el maltrato, en la prevalencia del VIH, entre otras. Por lo tanto, se recomienda el diseño e implementación de una estrategia de vigilancia centinela del VIH y de las otras ITS en la población de hombres que tienen sexo con hombres, y realizar estudios con enfoque de vigilancia de segunda generación que permita explicar la dinámica de la epidemia en esta población y monitorear los cambios a través del tiempo.

a) Personas con el VIH

Conclusiones

Encontramos que el *virus de herpes simple tipo 2*, fue la ITS más prevalente entre las personas con el VIH en Belice (74.2% en los hombres y 89.2% en las mujeres); la prevalencia de sífilis activa fue baja en ambos sexos (1.0% en hombres y del 2.13% en las mujeres). Belice es quizás el país de Centroamérica donde se han encontrado las prevalencias más bajas de sífilis y sífilis activa en personas con el VIH, según los datos de la presente encuesta, comparada con el resto de países de Centroamérica: 1.2% en Honduras (M. Paredes, 2007), 15.3% en el Salvador (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009) y 11.6% en Nicaragua (Morales-Miranda S, 2010).

Sin embargo, se encontró una alta prevalencia de *Trichomonas vaginalis* (24.6% en total y 40.8% en mujeres), en comparación con las personas con el VIH de Honduras donde fue de 4.9% (M. Paredes, 2007), 5.0% en el Salvador (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009) y 6.1% en Nicaragua (Morales-Miranda S, 2010).

Según las Guías de Tratamiento de ITS del CDC, la *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, son los organismos que más comúnmente causan uretritis y cervicitis; entre 15% – 40% de los casos se deben a estos patógenos (Center for Disease Control and Prevention, 2010). En la presente encuesta se encontraron prevalencias de *N. gonorrhoeae* and *C. trachomatis* en personas con el VIH de 0.5% y de 4.6%, respectivamente. Al comparar estos hallazgos con las prevalencias de *C. trachomatis*, son más altas a las encontradas en las personas con el VIH en Honduras en donde se encontró en 1.4% (M. Paredes, 2007), 1.2% en el Salvador (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009) y 2.0% en Nicaragua (Morales-Miranda S, 2010).

La prevalencia de *Mycoplasma genitalium* entre las personas de Belice con el VIH fue de 15.0%, siendo más alta en los hombres (17.8%), en comparación con las mujeres (13.1%). Es de importancia mencionar que la prevalencia de *Mycoplasma genitalium* reportada en Belice es la más alta entre las personas con el VIH en Centroamérica: 11.8% en Honduras (M. Paredes, 2007), 14.4% en el Salvador (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009) y 4.6% en Nicaragua (Morales-Miranda S, 2010). Existe evidencia acerca de que este patógeno está asociado con el diagnóstico de cervicitis, uretritis no gonocócica y de enfermedad inflamatoria pélvica en las mujeres, y de epididimitis y prostatitis en los hombres (J D C Ross, J S Jensen, 2005).

La estrategia de prevención en personas VIH positivas hace parte de un enfoque integral que provee servicios de prevención focalizados en las personas con el VIH y es una apropiada estrategia para reducir nuevas infecciones (Collins C. B, Hearn K. D. y cols, 2010). Para ello, se requiere conocer los comportamientos de riesgo y las principales características de esta población; en ese sentido, Belice cuenta ahora con la primera encuesta en personas con VIH, con enfoque de vigilancia de segunda generación, que provee información básica y apoyará al diseño de intervenciones que mejoren la salud de las personas con el VIH y de esta manera se incida en el control de la transmisión del virus.

Las guías actuales de prevención en personas VIH positivas indican que algunas ITS pueden ser causa de complicaciones en la salud de las personas con el VIH, particularmente en aquellas que tienen bajos CD4. La presencia de una ITS no tratada disminuye la eficacia de la terapia antirretroviral y como resultado, la posibilidad de prevención de la transmisión del VIH se reduce (IPPS, 2010).

Se encontró baja tasa de uso de condón entre las personas con el VIH; el uso consistente del condón durante la última relación sexual fue escasamente reportado por 65.0% de los hombres entrevistados y por menos de la mitad de las mujeres. Del uso de condón con parejas estables mujeres, la proporción del uso consistente fue reportada por casi la mitad de los hombres. En un meta-análisis de 14 estudios en los que se incluyeron parejas sero-discordantes, un total de 587 personas informaron usar "siempre" el condón durante las relaciones sexuales y 276 informaron no usarlo "nunca". La incidencia de infección por el VIH en el primer grupo fue de 1.14 por 100 persona-año, mientras que para el segundo grupo fue de 5.75 por 100 persona-año, lo que indica que el uso de preservativo produjo una reducción de 80% en la incidencia de la infección (Wilkinson D. Organización Mundial de la Salud, OMS, 2012).

Usar condones de forma correcta y consistente en todas las relaciones sexuales es clave para la prevención de la transmisión del VIH y en las personas infectadas ayuda a prevenir la reinfección del VIH y la transmisión de cepas resistentes a los antirretrovirales, la prevención de infecciones de transmisión sexual y la ocurrencia de nuevas infecciones. Por tanto, mejorar el uso de condón entre las personas con el VIH, en Belice, representa un reto importante para la salud pública, pues las personas con el VIH tienen derecho a una vida sexual plena, segura y saludable, sin detener el goce de su vida sexual por tener un resultado positivo a la infección.

No obstante, también tienen la responsabilidad de prevenir nuevas infecciones, por lo que se hace necesario un abordaje de derecho y corresponsabilidad y los proveedores de salud deben estar preparados y tener la capacidad de brindar la orientación con un enfoque de salud sexual y reproductiva, a las personas con el VIH (IPPS, 2010).

El reporte de relaciones sexuales forzadas en las personas con el VIH fue cerca de 5.0%; al comparar este hallazgo con otros países en la región Cen-

troamericana, se observa que el dato reportado en la presente encuesta es menor a lo encontrado en Honduras (13.5%) (M. Paredes, 2007), pero más altas que la de El Salvador (3.4%) (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009). En estos tres países las mujeres reportaron una mayor proporción de relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses, respecto a los hombres

De todas las personas con el VIH entrevistadas, 5.7% de las mujeres informaron que se dedicaban al trabajo sexual al momento de la entrevista. Al comparar este hallazgo con las otras encuestas realizadas en Centroamérica, tanto en la ECVC de Belice, como en Honduras, el dedicarse actualmente al trabajo sexual fue reportado en una proporción menor (5.0%). (M. Paredes, 2007).

Respecto al uso de drogas, esta encuesta encontró que cerca de un tercio de los hombres y 13.0% de las mujeres habían consumido drogas en los últimos 12 meses, siendo las más altas proporciones encontradas en esta población, en comparación con lo reportado en otras encuestas de Centroamérica. Un nuevo hallazgo en Belice es el uso de drogas inyectables entre las personas VIH positivas: cerca de 1.0% de los encuestados reportó haberse inyectado drogas alguna vez en su vida.

Se encontró un bajo índice de conocimiento adecuado respecto a las formas de prevenir la transmisión y las medidas de prevención del VIH; entre las personas con el VIH entrevistadas la proporción de hombres con conocimientos adecuados fue de 67.2%, mientras que en las mujeres esta proporción fue de 49.6%. Sin embargo, las proporciones son similares a las encontradas en la ECVC de Nicaragua (61.0%) (Morales-Miranda S, 2010). Los conocimientos adecuados respecto a la prevención de la transmisión por el VIH pueden ser fundamentales para reducir el riesgo de transmisión a personas no infectadas que son parejas sexuales de las personas VIH positivas; asimismo, los conocimientos tienen un rol práctico en la dinámica de la discriminación hacia las personas con el VIH.

De la discriminación relacionada con el estatus serológico, 15.0% de los hombres y 21.38% de las mujeres en esta encuesta indicaron que habían sufrido algún tipo de discriminación, abuso o maltrato por ser una persona con el VIH; la mayoría habían recibido maltrato verbal (76.09%). Por otro lado, fueron los hombres quienes recibieron más abstención de contacto físico, que las mujeres. Al contrastar estos hallazgos con las otras encuestas en Centroamérica, las proporciones de discriminación en Belice son más bajas a las encontradas en Nicaragua (40%) (Morales-Miranda S, 2010), El Salvador (25.1%) (Ministerio de Salud de El Salvador, 2009) y Honduras (30.6%) (M. Paredes, 2007). La discriminación y el estigma hacia las personas con el VIH siguen siendo un tópico que requiere atención en Belice; el estigma y la discriminación no sólo causan daño psicológico y emocional, sino que en esta población puede también limitar el acceso a los servicios de salud para recibir atención integral.

El sistema nacional de salud pública en Belice proporciona tratamiento antirretroviral y acceso a pruebas de seguimiento, como CD4 y carga viral del VIH, libres de costo para el paciente. Sin embargo, los pacientes no cumplen de forma regular con sus citas y el impacto de esto en el apego se desconoce. Es

necesario diseñar estrategias de acompañamiento para mejorar el seguimiento a las citas de control y el apego al tratamiento antirretroviral

Recomendaciones

Considerando los hallazgos de la presente encuesta, se recomienda revisar el modelo de atención a las personas en Belice con el VIH, en vista de que a pesar de encontrarse en constante contacto con prestadores de servicios de salud existen muchas brechas que deben superarse, con el fin de tener un impacto en la calidad de vida de las personas con el VIH, principalmente en lo relacionado con el apego a los ARV, con el diagnóstico, con la atención y con el control de las ITS, con el estigma y la discriminación, con el uso de drogas, y con el incremento en el uso del condón.

El nuevo modelo de atención integral podría estar fundamentado en acciones de prevención en personas con el VIH definidas como un conjunto de estrategias que ayudan a las personas con el VIH a tener una vida larga y saludable mediante la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva, lo que incluye prevenir las ITS, retrasar la progresión a etapa de sida, promover la responsabilidad de proteger la salud sexual y la reducción del riesgo de transmisión del VIH (IPPS, 2010).

La vigilancia centinela de las ITS podría ser una estrategia a implementar como parte de la atención integral a las personas con el VIH, pues se ha comprobado el efecto que tiene en el sistema inmunológico el impacto de las ITS en las personas con el VIH, no tratadas; asimismo, esta vigilancia debe incluir intervenciones para la prevención de segunda generación.

Se recomienda el diseño e implementación de estrategias de cambio de comportamiento que promuevan el uso consistente del condón en todas las relaciones sexuales, fortaleciendo especialmente los beneficios para su sistema inmunológico, la prevención de la resistencia transmitida a los antirretrovirales, y la prevención de las ITS, además de la importancia de prevenir nuevos casos del VIH.

Bibliografía

Heckathorn D. (1997). *Respondent driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. Social problem.*

Heckathorn, DA. (2002). *Respondent-driven sampling II: Deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations.* *Soc Probl* 2002;49:11-34.

Pan American Health Organization. (2012). *Faces, voices and places. Belize.*

Belice, M. d. (2012). *Reporte de notificación de casos del VIH, BHIS. Belmopan, Belice.*

CARICOM. (2011). *The Caribbean Community. Strategic Plan of Action for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases for Countries of the Caribbean Community 2011–2015.*

Center for Disease Control and Prevention, C. (2010). *Sexually Transmitted Diseases; Treatment Guidelines.*

Collins C. B, Hearn K. D. y cols. (2010). Implementing Packaged HIV-Prevention Interventions for HIV-Positive Individuals: Considerations for Clinic-Based and Community-Based Interventions. *Public Health Reports, Supplement 1 / Volume 125.*

ECLAC. (2010). *Reporte de avance en el ODM en América Latina y el Caribe. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.*

Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, García-Moreno C. (2008). Multi-country Study on Women's Health Domestic Violence against Women Study Team: Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371:1165–1172.

Feito, L. (2007). *Vulnerabilidad. An. Sist. Sanit. Navarra, España.; 7-22.*

Gough E, Edwards P. (2009). HIV seroprevalence and associated risk factors among male inmates at Belize Central Prison. *Journal Pan American Public Health*, 25(4).

Herrera C, C. L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: Constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de Mexico . Revista Salud Pública de Mexico: 554-564.*

IPPS, F. I. (2010). *Positive prevention: Prevention strategies for people living with HIV.*

J D C Ross, J S Jensen. (2005). *Mycoplasma genitalium* as a sexually transmitted infection: Implications for screening, testing, and treatment. *STI Journal*, 82: 269-271.

Johnston LG., K. R. (2008). The effectiveness of respondent driven sampling for recruiting males who have sex with males in Dhaka, Bangladesh. *AIDS Behavior.*, Mar;12(2):294-304.

Juan C. Mendoza-Pérez - Programa Compañeros A.C. (s.f). *Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez*; Ciudad Juárez, México.

vM. Paredes, S. M. (2007). *Encuesta de vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Grupos Vulnerables*. Tegucigalpa.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2009). *Estudio de seroprevalencia del VIH y sífilis en hombres que tienen sexo con hombres*. Costa Rica.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2009). *Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Grupos Vulnerables*. San Salvador, El Salvador.

Ministry of health of Belize. (2009). *Report of cases of HIV, BHIS*. Belmopan, Belice.

Ministry of health of Belize. (2010). *Report of cases of HIV, BHIS*. Belmopan, Belice.

Ministry of health of Belize. (2012). *Report of cases of HIV, BHIS*. Belmopan, Belice.

Morales-Miranda S, B. E. (2010). *Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) en Nicaragua*. Managua.

Morales-Miranda S, Beteta E, Alvarez B, Romero LM. (2011). *Encuesta de Comportamiento sexual y prevalencia del VIH y sífilis en hombres que tienen sexo con hombres y transgénero femeninas de la ciudad de Masaya*. Masaya, Nicaragua.

OMS. (2000). *Vigilancia del VIH de segunda generación en el próximo decenio*. .

ONUSIDA. (2001). *Prácticas óptimas del ONUSIDA. Actualización técnica*.

ONUSIDA. (2005). *Intensificación de la prevención del VIH : documento de posición de política del ONUSIDA*. Ginebra, Suiza.

ONUSIDA. (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA :Resumen de orientación*.

ONUSIDA. (2009). *Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe*.

OPS. (2004). *Hoja informativa sobre sífilis congénita*. Washington DC: OPS.

OPS. (2009). *Guía para la planificación de la serovigilancia de la infección por el VIH, prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y los componentes conductuales de la vigilancia de segunda generación de la infección por el VIH*. Washington.

OPS, Moya J. (2008). *Migración y VIH/sida en América Latina y El Caribe*.

Organización Mundial de la Salud, O. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, . Ottawa.

Organización Mundial de la Salud, O. (2011). Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre los hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. *Organización Panamericana de la Salud*, 10.

Ottosson D. (2009). *State sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same-sex activity between consenting adults*.

Pan American Health Organization, O. (2006). The Central American Diabetes Initiative: Survey of Diabetes, Hypertension, and Chronic Disease Risk Factors: Belize.

Paz-Bailey G. y col 2011. (n.d.). *Las cosas claras y el chocolate espeso; evaluación de dos metodologías de muestreo en la ciudad de Guatemala*. 2011: Tephinet Inc., Universidad del Valle de Guatemala.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, O. (2009). *Nota de orientación del ONUSIDA, sobre el VIH y el trabajo sexual*.

PSI:Research & Metrics. (2010). *HIV/AIDS TRAC Study; Evaluating condom use among MSM in Belize City, Cayo, Orange, Walk, Corozal Town And Stann Creek* . Belize.

PSI:Research & Metrics. (2010). *HIV/AIDS TRAC Study; Evaluating condom use among FSW in Belize City, Cayo, Orange, Walk, Corozal Town And Stann Creek*.

Simoes AA, et al. (2006). *Acceptability of audio computer-assisted self-interview (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil*. *Drug Alcohol Depend*.

Simoes AA, y col . (2006). *Acceptability of audio computer-assisted self-interview (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil*. *Drug Alcohol Depend*: 103-7.

Simoes AM, Bastos FI. (2004). *Audio Computer-Assisted Interview: A new technology in the assessment of sexually transmitted diseases, HIV, and drug use*. *Cad Saude Publica*, 20:1169-81.

Soto RJ, G. A. (2007). *Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries*. *J Acquir Immune Defic Syndr*: 101-11.

Statistical Institute of Belize. (2009). *Sexual Behavior Survey*. Belmopan, Belize.

UNAIDS, J. U. (2008). *Epidemic Update*. December. *UNAIDS*: 1-23.

UNAIDS/WHO. (2008). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*.

UNAIDS/WHO. (2011). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic.*

UNAIDS/WHO. (2012). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic.*

Unidad de VIH, C. d. (2011). *Revista Epidemiológica, volumen 2, edición 1.*

WHO/CDS/CSR/EDC. (2000). *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance.* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/World Health Organization.

WHO/CHS/HS, J. U. . (1999). *Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance.* Geneva.

Wilkinson D. Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). *Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales: Comentario de la BSR (última revisión: 11 de noviembre de 2002).* Ginebra: Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.

World Health Organization. (December, 2012). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care to Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men (MSM) in Latin America and the Caribbean.*

World Health Organization, UNAIDS and Family Health International. (2005). *The pre-surveillance assessment: Guidelines for planning serosurveillance of HIV, prevalence of sexually transmitted infections and the behavioural components of second generation surveillance of HIV / UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI.*
