



Ministerio de Salud Pública de Nicaragua
Universidad del Valle de Guatemala
TEPHINET

Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC)
Oficina Regional Programa Global de Sida para
Centroamérica y Panamá. CDC/GAP

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

Trabajadoras sexuales
Personas con VIH
Hombres que tienen sexo con hombres
Población transgénero

Junio 2011



Informe elaborado por:

Sonia Morales-Miranda
Berta Alvarez
Stephen Delgado
Luz María Romero
Jana Goins
Nelson Arambu
Flor de María Hernández



Cita sugerida: Morales-Miranda S, Beteta E, Alvarez B, Delgado S, Romero LM, Goins J, Arambu A, Hernández FM. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) en Nicaragua, 2009, Universidad del Valle de Guatemala, MINSA, Tephinet Inc. 2011. Publicación UVG/ Tephinet Inc. No. 23 / junio 2011.

Investigadores principales

Enrique Beteta,
Secretario General. Ministerio de Salud de Nicaragua
Sonia Morales-Miranda,
Directora Unidad de VIH. Centro de Estudios en Salud,
Universidad del Valle de Guatemala

Co-Investigadores

Gabriela Paz Bailey,
Directora Técnica TEPHINET
Berta Alvarez,
Coordinadora de la División de Encuestas y Estudios Especiales.
Unidad de VIH, CES-UVG
Luz María Romero,
Coordinadora Nacional ECVC. Unidad de VIH, CES-UVG
Sandra Juárez,
CDC/GAP
Ivette Lorenzana de Rivera,
Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)
Juan Miguel Pascale,
Laboratorio Instituto Conmemorativo Gorgas. Panamá

Equipo nacional de la ECVC

Luz María Romero, Coordinadora Nacional
Nelson Arambu, Supervisor de campo
Flor de María Hernández, Supervisora de campo
Wilfredo Figueroa, Informático
Aleyda Solórzano, Digitadora
Karla Esperanza Urroz González, Administradora
Jeanina Corrales, Asistente
Manuel Humberto García, Logista

Coordinación - Laboratorio CNDR

Alcides González, Director General CNDR
Ángel Balmaseda, Virología del CNDR
Felipe Agustín Torres, CNDR
Claudio Isabel Rojas, CNDR
Armengol Ortiz, CNDR
Justo Saturnino Reyes, CNDR
Christian Moisés Cerpas, CNDR
Perfecto José Martínez, CNDR
Marvin Taleno, CNDR

Equipos de campo ECVC

Hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero

Managua

René Gutiérrez López / Supervisor
Joaquín Arguello / Médico
Rosalina Rugama / Técnica de Laboratorio
Aurora del Rosario Silva Torrente / Consejera
Ballardo Exsequiel Casanova / Entrevistador
Marcos Iván Arellano García / Entrevistador
Brenda Azucena Pérez Acuña / Facilitadora

Chinandega

Sandra Lacayo / Supervisora
Aurora Bonilla / Médica
Martha Reyes / Técnica de Laboratorio
Tomas Izquierdo / Consejera
Yazmina Mendoza / Técnica de Laboratorio
Ballardo Exsequiel Casanova / Entrevistador
Marcos Iván Arellano García / Entrevistador
Brenda Azucena Pérez Acuña / Facilitadora

Trabajadoras sexuales

Managua

Virginia de la Concepción Sánchez / Supervisora
Auxiliadora Gonzaga / Médica
César Umaña / Técnico de Laboratorio
Elionora Ruiz / Consejera
Henry de Jesús González / Entrevistador
Martín Humberto Bermúdez / Entrevistador
Eveling Yahaira Berríos / Facilitadora

Chinandega

Arling Patricia Alonso Gómez / Supervisora
Aurora Bonilla / Médica
Martha Reyes / Técnica de Laboratorio
Tomas Izquierdo / Consejera
Yazmina Mendoza / Técnica de Laboratorio
Jairo Javier Canales / Entrevistador
Erick Francisco Pastrana / Entrevistador
Carla Gabriela García Díaz / Facilitadora

Personas con VIH

Managua

Galaxia María Peña Cisnes / Supervisora
Sumaya Moreira / Médica
Carlos Quant / Médico
René Leiva / Técnico de Laboratorio
Ruth Álvarez / Consejera
Eduardo Javier Rayo Torrentes / Entrevistador
Mario Artola Artola - QEPD / Entrevistador
María Teresa Ramírez Salazar / Facilitadora

Coordinación local

Managua

SILAIS Managua

Maritza Cuan, Directora de SILAIS.
Ligia Aragón. Epidemióloga de SILAIS
Selma Díaz, VIH / SILAIS

Unidades de Salud

Xinia Saballos, Directora Centro de Salud Francisco Buitrago
Ariel Herrera, Director Hospital Roberto Calderón
Luis Alemán, Director Centro de Salud Pedro Altamirano

ONG

Miguel Orozco. Cies
Auxiliadora Oporta. Cies
Wendy Cruz. Cies
Danilo Medrano. Tesis
Hayde Sánchez. Tesis
Antonio Téllez. Tesis
María Elena Bonilla. Acahualt
Yelba Jarquín. Xochiquetzal
Marcela Martínez. Xochiquetzal
Arellys Cano. Asonvihsida
Julio Mena. Anip+vida
Jeanina Miranda. Anip+vida
Norman Gutiérrez. Cepresi
Salvador Reyes. Cepresi
Silvia Martínez. Redtrans
Guillermo Vega. Anit
Athiany Larios. Anit
Manoli López. Anit
Marlene Vivas. Adeceñic
Karina Porras. Movfem
Elvis Moreno. Asociación de hombres contra la violencia.
Sharlot Pérez. Comisión Trans
Ricardo Ríos. UNE
Henry González. Mimjuhd
Jefferson Centeno. Movidersex

Chinandega

SILAIS Chinandega

Luis Manuel Lindo, Director de SILAIS
Octavio Chávez, Epidemiólogo del SILAIS
Arling Alonso, VIH / SILAIS

Unidad de Salud

Angélica Centeno, Directora municipal Chinandega
Carlos Salazar, Director Centro de Salud
Roberto Cortez

ONG

Antonia Sánchez. Cepresi
Rod Montero. Cepresi
Naomy Canales. Red Trans
Petrona López. Xochiquetzal
María Elena Dávila. Organización de mujeres trabajadoras sexuales Girasol

Agradecimientos especiales

Nicaragua

CONISIDA

José Medrano

SISCA

Elizabeth Rodríguez

USAID- Nicaragua

Marianela Corriols

OPS-Nicaragua

Reynaldo Aguilar

Aura Román

PASMO-Nicaragua

Donald Moncada

Marta Karolina Ramírez

CIES

Miguel Orozco

Auxiliadora Oporta

Proyecto de Fondo Mundial- INSS

Aurora Soto

Patricia Manuela Rodríguez

Cuerpo de Paz

Craig Boss

Atlanta

CDC/GAP

Andrea Kim

Evelyn Kim

Lisa Steele

Janet Lee

Guatemala

Oficina Regional

Universidad del Valle de Guatemala

Celia Córdón

Giovanni Perén

Luis Fernando Ramírez

Mabel Flores

Mónica Morales

Ana Estrada

Wendy Villalta

Luis Santizo

CDC/GAP/CAP

Nelson Arboleda

Lydia Blasini

Lily de León

Sandra Juárez

Panamá

Instituto Conmemorativo Gorgas

Juan Miguel Pascale

Esta encuesta fue realizada por la Unidad de VIH del Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG) y TEPHINET, bajo la rectoría del Ministerio de Salud de Nicaragua, 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 con la colaboración del Programa de la Agencia del gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), de la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA) y del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), de la la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) de Nicaragua y del Proyecto del Fondo Mundial en Nicaragua. El contenido es responsabilidad de los autores y no necesariamente refleja los puntos de vista del CDC o del Gobierno de los Estados Unidos de América (EUA)

Tabla de contenido

I.	Presentación	15
II.	Resumen ejecutivo	16
III.	Antecedentes	19
IV.	Objetivos de la encuesta	21
V.	Metodología	22
	A. Criterios de inclusión	22
	B. Tamaño de la muestra	22
	C. Muestreo RDS	24
	D. Muestreo bietápico por conglomerados	25
	E. Muestreo consecutivo estratificado, por género	26
	F. Procedimientos de la encuesta	26
	G. Etapa preparatoria	26
	H. Organización de la encuesta	32
	I. Recolección de datos	36
	J. Análisis de los datos	36
VI.	Resultados	38
	VI. 1 Hombres que tiene sexo con hombres	38
	VI. 2 Personas travestis, transgénero y transexuales	77
	VI. 3 Trabajadoras sexuales	103
	VI. 4 Personas con VIH	136
VII.	Referencias	169



Acrónimos y abreviaturas

ASONVIHSIDA	<i>Audio computer-assisted self-interview</i>
ASONVIHSIDA	Asociación nicaragüense de personas con el VIH y sida
ANIP+VIDA	Asociación nicaragüense de personas positivas luchando por la vida
AHCV	Asociación de hombres contra la violencia
ANIT	Asociación nicaragüense de trans
BED	Captura de ensayo inmunoenzimático BED VIH-1 (B, E, D del VIH-1)
CAP	Conocimientos actitudes y prácticas
CAPI	<i>Computer-assisted interview</i>
CONSIDA	Comisión nicaragüense de lucha contra el sida
CDC/GAP/CAP	Oficina Regional para Centro América y Panamá del Programa Global del SIDA de los CDC
CIES	Centro de investigación y estudios de la salud
CEPRESI	Centro de la educación y prevención del sida
ELISA	<i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i>
EVC	Encuestas de Vigilancia de Comportamiento
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento
EMC	Estudio Multicéntrico Centroamericano
GAP	<i>Global AIDS Program (Programa Global del SIDA)</i>
VHS-2	Virus del herpes simplex tipo 2
IC	Intervalos de confianza
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IDSDH	Iniciativa desde la diversidad sexual por los derechos humanos
ICAS	Instituto Centroamericano de la Salud
LGV	Linfogranuloma venéreo
MINSA	Ministerio de Salud
MOVFEM	Movimiento feminista
MOVIDERSEX	Movimiento de la diversidad sexual
MIMJUDH	Movimiento intermunicipal de juventudes por los derechos humanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASCA	Proyecto Acción SIDA de Centroamérica
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PCR	<i>Polymerase chain reaction (Reacción en cadena de la polimerasa)</i>
PNS	Programa Nacional del Control del SIDA
PVVS	Personas viviendo con el VIH/sida
RIQ	Rango intercuartílico
RDS	<i>Respondent driven sampling (Muestreo dirigido por entrevistados)</i>
RDSAT	Respondent driven sampling analysis tool
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SISCA	Secretaría de Integración Social Centroamericana
SPSS	Statistical package for the social sciences
TPHA	<i>Treponema pallidum hemagglutination assay</i>
TESIS	Trabajadores en educación, salud e integración social
USAID	Agencia del gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UNE	Organización nueva esperanza
VCT	<i>Voluntaring, counseling and testing (Prueba voluntaria con consejería)</i>
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Lista de cuadros, gráficos y figuras

	Metodología	Página
Cuadro 1.	Estudios de prevalencia del VIH y de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales. Estudio Multicéntrico - Nicaragua, 2001-2002	FALTA
Cuadro V.2.	Tamaño de la muestra propuesta, por ciudad, en trabajadoras sexuales, en hombres que tienen sexo con hombres y en personas con VIH. ECVC Nicaragua 2009- 2010	23
Cuadro V.3.	Resumen de muestras y pruebas de laboratorio realizadas en el ECVC de Nicaragua, 2009 – 2010	30
Figura V.1.	Distribución de casos nuevos del VIH por SILAIS. Nicaragua 2009.	20
Figura V.2.	Flujograma de los sitios para hombres que tienen sexo con hombres y para trabajadoras sexuales. ECVC - Nicaragua, 2009-2010	
Figura V.3.	Flujograma de participantes en el sitio de la encuesta de personas con VIH – ECVC. Nicaragua, 2009	35
Hombres que tienen sexo con hombres		
Cuadro VI.1.	Participantes y muestras recolectadas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	38
Cuadro VI.2.	Características sociodemográficas y autoidentificación sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	41
Cuadro VI.3.	Antecedentes sexuales: primera relación sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	43
Cuadro VI.4.	Relaciones sexuales forzadas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	45
Cuadro VI.5.	Parejas masculinas y femeninas estables en los últimos 12 meses en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	46
Cuadro VI.6.	Parejas ocasionales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	48
Cuadro VI.7.	Trabajo sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	50
Cuadro VI.8.	Parejas comerciales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	52
Cuadro VI.9.	Últimas tres parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	53
Cuadro VI.10.	Parejas concurrentes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	55
Cuadro VI.11.	Uso de alcohol y drogas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	56
Cuadro VI.12.	Educación sobre VIH y las ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	57
Cuadro VI.13.	Condomes y lubricantes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	60
Cuadro VI.14.	Pruebas voluntarias del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	62
Cuadro VI.15.	Discriminación y estigma, por ciudad, en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero. ECVC Nicaragua, 2009-2010	64

Cuadro VI.16.	Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	66
Cuadro VI.17.	Percepciones de riesgo de infección por VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	67
Cuadro VI.18.	Síntomas de ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	67
Cuadro VI.19.	Prevalencia del VIH y de otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	70
Cuadro VI.20.	Prevalencia del VIH y de ITS, según autoidentificación sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	71
Cuadro VI.21.	Prevalencia del VIH y de ITS, según parejas concurrentes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	72
Cuadro VI.22.	Prevalencia del VIH y de ITS en participantes con parejas concurrentes, según duración de parejas concurrentes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	73
Cuadro VI.23.	Tasas de incidencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	74
Cuadro VI.24.	Datos comparativos entre el EMC 2002 y la ECVC 2009-2010	75
Cuadro VI.25.	Prevalencias del VIH y de la sífilis en la región, por dos métodos de muestreo	76
Gráfica VI.1.	Estimaciones de las prevalencias del VIH y de las ITS en los hombres de Managua y Chinandega que tienen sexo con hombres	47
Gráfica VI.2.	Uso consistente de condón en los últimos 30 días en los hombres de Managua y Chinandega que tienen sexo con hombres, según tipo de pareja sexual (*uso consistente de condón los últimos 12 meses con parejas comerciales)	47
Gráfica VI.3.	Uso de condón en la última relación sexual en los hombres de Managua y Chinandega que tienen sexo con hombres,, según tipo de pareja sexual	49
Gráfica VI.4.	Una comparación de los resultados de las ECVC y del EMC: estimaciones de las prevalencias de VIH en los hombres que tienen sexo con hombres en los países de la región centroamericana	52
Gráfica VI.5.	ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero. ECVC Nicaragua, 2009-2010	69
Personas travestis, transgénero y transexuales		
Cuadro VI.26.	Características sociodemográficas y autoidentificación sexual en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	79
Cuadro VI.27.	Antecedentes sexuales en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	80
Cuadro VI.28.	Relaciones sexuales forzadas en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	81
Cuadro VI.29.	Parejas masculinas y femeninas estables en los últimos 12 meses en población transgénero por ciudad, ECVC Nicaragua, 2009-2010	83
Cuadro VI.30.	Parejas ocasionales en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	84
Cuadro VI. 31.	Trabajo sexual en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	85
Cuadro VI.32.	Parejas comerciales en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	87

Cuadro VI.33.	Últimas tres parejas sexuales en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	88
Cuadro VI.34.	Parejas concurrentes en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	89
Cuadro VI.35.	Uso de alcohol y drogas en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	90
Cuadro VI.36.	Educación sobre VIH y las ITS en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	92
Cuadro VI.37.	Adquisición y uso de condones y lubricantes en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	93
Cuadro VI.38.	Pruebas voluntarias del VIH en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	95
Cuadro VI.39.	Discriminación y estigma, por ciudad, en población transgénero. ECVC Nicaragua, 2009-2010	96
Cuadro VI.40.	Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	97
Cuadro VI.41.	Percepciones sobre las personas que tienen más riesgo de infectarse con VIH en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	98
Cuadro VI.42.	Síntomas de ITS y utilización de servicios de salud en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	99
Cuadro VI.43.	Prevalencia del VIH y de otras ITS en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	100
Cuadro VI.44.	Tasas de incidencia BED en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010	104
Gráfica VI.6.	Estimaciones de las prevalencias del VIH y de las ITS en las población transgénero de Managua y Chinandega	81
Gráfica VI.7.	Uso consistente de condón en los últimos 30 días en las población transgénero de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual	82
Gráfica VI.8.	Uso de condón en la última relación sexual en las población transgénero de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual	86
Trabajadoras sexuales		
Cuadro VI.44.	Muestreo, reclutamiento y rechazo a participar. Trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	104
Cuadro VI.45.	Características de la muestra obtenida en trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	104
Cuadro VI.46.	Características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	105
Cuadro VI.47.	Antecedentes sexuales de las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	108
Cuadro VI.48.	Trabajo sexual en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	109
Cuadro VI.49.	Violencia sexual hacia las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	112
Cuadro VI.50.	Comportamiento sexual de las trabajadoras sexuales con parejas estables y ocasionales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	113
Cuadro VI.51.	Consumo de alcohol y drogas en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	114
Cuadro VI.52.	Pruebas voluntarias del VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	116
Cuadro VI.53.	Uso de condón en la última relación sexual, según tipo de pareja en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	118
Cuadro VI.54.	Acceso a condones en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	121

Cuadro VI.55.	Movilidad a otras ciudades y a otros países para realizar trabajo sexual, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	123
Cuadro VI.56.	Abuso y maltrato por trabajo sexual en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	124
Cuadro VI.57.	Embarazo y el VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	125
Cuadro VI.58.	Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	126
Cuadro VI.59.	Percepciones del riesgo de infectarse con el VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	127
Cuadro VI.60.	Prevalencia del VIH y de las ITS en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	128
Cuadro VI.61.	Prevalencia del VIH y de las ITS, según sitio de trabajo sexual en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009	129
Cuadro VI.62.	Incidencia del VIH en trabajadoras sexuales, según edad y lugar de trabajo sexual. ECVC Nicaragua, 2009	130
Cuadro VI.63.	Comparación de resultados de dos estudios de comportamiento sexual y prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales en Managua, Nicaragua: EMC 2002 y ECVC 2009	133
Gráfica VI.9.	Estimaciones de las prevalencias del VIH y de las ITS en las trabajadoras sexuales de Managua y Chinandega	107
Gráfica VI.10.	Uso consistente de condón en los últimos 30 días en las trabajadoras sexuales de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual	117
Gráfica VI.11.	Uso de condón en la última relación sexual en las trabajadoras sexuales de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual	120
Gráfica VI.12.	Una comparación de los resultados de las ECVC y del EMC: estimaciones de las prevalencias del VIH en las trabajadoras sexuales en los países de la región centroamericana	133

Personas con VIH

Cuadro VI.64.	Reclutamiento y muestra. Personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	137
Cuadro VI.65.	Marco de muestreo, selección y rechazo. Personas con el VIH. ECVC Nicaragua 2009	137
Cuadro VI.66.	Características sociodemográficas. Personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	139
Cuadro VI.67.	Características sociodemográficas en personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	140
Cuadro VI.68.	Antecedentes sexuales en personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	141
Cuadro VI.69.	Comportamiento sexual por tipo de pareja. Personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	143
Cuadro VI.70.	Trabajo sexual y pago por relaciones sexuales. Personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	146
Cuadro VI.71.	Última relación sexual en personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	147
Cuadro VI.72.	Adquisición y uso de condón en personas con el VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	148
Cuadro VI.73.	Uso de alcohol y drogas en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	149
Cuadro VI.74.	Historia de las ITS y percepción del riesgo de infección por el VIH en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	150
Cuadro VI.75.	Conocimientos acerca de la prevención y de la transmisión del VIH en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	151
Cuadro VI.76.	Antecedentes del diagnóstico del VIH y estado de salud actual en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	153

Cuadro VI.77.	Antecedentes de embarazo en mujeres con VIH. ECVC Nicaragua, 2009	154
Cuadro VI.78.	Salud, autocuidado y motivación personal en gente con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	155
Cuadro VI.79.	Control y servicios médicos en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	157
Cuadro VI.80.	Tratamiento antirretroviral en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	158
Cuadro VI.81.	Tratamiento antirretroviral y dificultades para seguir el tratamiento en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	159
Cuadro VI.82.	Estigma y discriminación alguna vez en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	160
Cuadro VI.83.	Conocimientos de derechos humanos en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	162
Cuadro VI.84.	Prevalencia de las ITS en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009	163
Gráfica VI.13.	Estimaciones de las prevalencias de ITS en las personas de Managua con VIH	142
Gráfica VI.14.	Uso consistente de condón en los últimos 12 meses en las personas de Managua con VIH , según tipo de pareja sexual	144
Gráfica VI.15.	Uso de condón en la última relación sexual en las personas de Managua con VIH, según tipo de pareja sexual	148

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

I. Presentación

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ECVC) es el resultado del esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua, con el apoyo de la Unidad de VIH de la Universidad del Valle de Guatemala, TEPHINET Inc, de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades, a través del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP), del Programa de la Agencia del gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en asociación con la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Proyecto del Fondo Mundial, del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y de los principales socios nacionales de la respuesta nacional al VIH en Nicaragua.

El propósito de la encuesta fue obtener información acerca del comportamiento sexual y de la prevalencia de las ITS y del VIH en trabajadoras sexuales, en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero; así como también la prevalencia de ITS y los comportamientos de riesgo en personas con VIH. El informe describe los resultados para cada una de las poblaciones incluidas en el presente estudio; además presenta información acerca de la población transgénero que fueron reclutadas en el muestreo con la población de hombres que tienen sexo con hombres.

Estos resultados presentan la actualización de los datos de comportamiento sexual y de la prevalencia del VIH y de las ITS en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad de las ciudades de Managua y Chinandega. Estamos seguros de que estos resultados son un importante aporte para la caracterización de la epidemia del VIH y orientarán la toma de decisiones relacionada con la planificación y evaluación de estrategias de prevención, atención y control del VIH en Nicaragua, aumentando el acceso a servicios de prevención y atención de este virus. Además, proporciona información para el desarrollo de políticas públicas que mejoren tanto el abordaje en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, así como la reducción del estigma y discriminación hacia dichas poblaciones.

También se espera que los resultados de esta encuesta sean de utilidad para los diferentes proyectos, planes y programas que ejecutan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las agencias de cooperación técnica y financiera.

Agradecemos a las organizaciones de base comunitaria, ONGs nacionales, agencias de cooperación, unidades de salud, equipos de campo, pero sobre todo a las poblaciones que nos brindaron y confiaron la información que hizo posible esta publicación.

Dr. Enrique Beteta
Secretario General de Salud
Ministerio de Salud

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

II. Resumen ejecutivo

Antecedentes. En Centroamérica se está fortaleciendo la vigilancia epidemiológica del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con enfoque de segunda generación. En este marco, se inició la segunda ronda regional de encuestas de vigilancia de comportamiento sexual en poblaciones vulnerables al VIH: trabajadoras sexuales, personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero. La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) se realizó en Honduras en 2006, en El Salvador en 2008 y en 2009, en Nicaragua.

Métodos. Se utilizaron tres metodologías de muestreo: para hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero se utilizó el muestreo probabilístico, dirigido por los entrevistados (RDS, *Respondent Driven Sampling*); para trabajadoras sexuales se planificó utilizar un muestreo por conglomerados, bietápico, pero al final se realizó censo para llegar a la muestra establecida durante el estudio; las personas con VIH se reclutaron usando muestreo consecutivo, estratificado por género, del listado de pacientes con VIH que se atienden en el hospital Roberto Calderón, de Managua. Este hospital brinda atención integral a 80.0% de las personas con VIH que requieren y demandan atención. La información de comportamiento sexual fue obtenida a través de un sistema de entrevistas asistidas por computadora denominado ACASI (*Audio Computer-Assisted Self-Interview*). Las pruebas de VIH se efectuaron de acuerdo con el protocolo establecido en el país: dos pruebas rápidas de manera paralela (Trinity Biotech Uni-Gold™ Recombigen® HIV y Abbot Determine® VIH-1/2). Éstas se utilizaron para todas las poblaciones excepto para la de las personas con VIH; y para la confirmación de resultados de VIH se usaron las pruebas de ELISA y de Western Blot. Para la determinación de ITS se tomaron muestras de sangre y de orina e hisopados vaginales y anales. Las pruebas en sangre incluyeron las determinaciones tanto del virus del herpes simplex tipo 2 (VHS-2) (*ELISA IgG Focus Herpes Select® VHS-2*), como de sífilis (RPR, *Rapid Plasma Reagin* y TPPA, *Treponema pallidum Hemagglutination Assay*). El diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomona vaginalis* y de *Mycoplasma genitalium* se realizó mediante la prueba de la *Polymerase chain reaction* (PCR). Para el diagnóstico de ITS por la PCR se utilizaron muestras de orina en todos los hombres, hisopados anales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, e hisopados vaginales en mujeres. Los datos de personas con VIH y de trabajadoras sexuales fueron analizados en STATA versión 9; para la población de hombres que tienen sexo con hombres se utilizó RDSAT *software* especializado en muestreo RDS, versión 6.0. Se administró tratamiento gratuito a quienes tuvieron un diagnóstico clínico o de laboratorio de ITS. A aquellos con diagnóstico de VIH se les refirió a las clínicas respectivas para evaluación y tratamiento.

Resultados. Cerca de 75.0% de los hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero en ambas ciudades reportaron haber usado condón en la última relación sexual con sus parejas comerciales y 38.1% de los de Managua y 32.5% de los de Chinandega lo usaron consistentemente con las parejas ocasionales. También 27.3% de los de Managua y 41.0% de los de Chinandega reportaron haber usado condón en la última relación sexual con una mujer. La prevalencia del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero de Managua fue de 7.5% y de 2.8% en Chinandega, mientras que la prevalencia de sífilis fue de 6.6% en Managua y de 1.7% en Chinandega. El virus del herpes simplex tipo 2 fue la infección más prevalente en Managua (39.9%). La incidencia total de VIH por año entre los entrevistados en ambas ciudades fue de 2.7% y por edades fue de 3.0% en las personas de 18 a 29 años de edad, y de 1.1% para quienes tenían 30 años o más de edad. En trabajadoras sexuales

el uso consistente de condón con clientes frecuentes en los últimos 30 días se reportó por 76.9% de las entrevistadas en Managua y por 91.5% de las de Chinandega, mientras que 94.8% de las de Managua y 91.9% de las de Chinandega usaron consistentemente el condón con los clientes nuevos durante los últimos 30 días. La prevalencia del VIH en las trabajadoras sexuales de Managua fue de 1.8%, mientras que en las de Chinandega fue de 2.4%. De las ITS diagnosticadas, el herpes virus simplex tipo 2 fue la patología más prevalente: 75.7% en Managua y 83.5% en Chinandega; la prevalencia de sífilis fue de 7.0% en Managua y de 0.5% en Chinandega. En la muestra total de trabajadoras sexuales se encontró una incidencia del VIH de 0.8%. El 60% de las personas con VIH entrevistadas reportaron usar consistentemente el condón con todas sus parejas estables en los últimos 12 meses, 64.5% de los hombres y 54.1% de las mujeres. El uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable fue reportado por 72.6% de los hombres y por 49.4% de las mujeres. Mientras que el uso consistente de condón con todas las parejas ocasionales en los últimos 12 meses se reconoció por 74.5% de los hombres y por 66.7% de las mujeres. El 81.5% de las personas con VIH fueron positivas para el virus del herpes simplex tipo 2; la prevalencia de sífilis fue de 11.6% para todos los participantes, mientras que 6.0% de éstos tenían sífilis activa. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* fue de 0.9% en los hombres y de 3.3% en las mujeres, y la prevalencia de *Mycoplasma genitalium* fue de 0.9% en hombres y de 8.8% en mujeres. Ninguna de las personas con VIH resultó positiva para *Neisseria gonorrhoeae*.

Conclusiones y recomendaciones

La epidemia de VIH sigue concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero específicamente de la ciudad capital. En esta población el uso de condones con todo tipo de parejas sexuales fue bajo, y con sus parejas mujeres estables y ocasionales las proporciones fueron menores. Este estudio encontró una prevalencia del VIH mayor en Managua que en Chinandega. En Managua, el estudio multicéntrico de 2003 obtuvo una prevalencia del VIH mayor (9.4%) a la encontrada en el presente estudio (7.5%), aunque los intervalos de confianza para las prevalencias del VIH se traslapan, sugiriendo que éstas no son significativas debido a las diferencias en la metodologías de muestreo, por lo cual las comparaciones entre ambos estudios deben hacerse con cautela. Las personas transgénero reportaron la mayor incidencia del VIH, seguidas por la población de hombres *gay* y por los bisexuales. Esto subraya la importancia de la implementación de intervenciones basadas en evidencia que tengan en cuenta las diferencias en la identidad sexual y de género. Establecer una atención integral y diferenciada en los servicios públicos de salud para los hombres que tienen sexo con hombres y para la población transgénero es una oportunidad para disminuir la carga de VIH en el marco de la prevención combinada, la cual debe incluir el diagnóstico y el tratamiento de ITS, la promoción de la prueba del VIH para un diagnóstico temprano, así como el inicio temprano de tratamiento antirretroviral, reforzando lo que actualmente se está haciendo para el cambio de comportamiento sexual y, por último, una intervención que apunte hacia la disminución de las brechas estructurales, como pueden ser la homofobia y la transfobia.

Hoy más que nunca se deben documentar las diferencias en los abordajes de prevención para los diferentes subgrupos de la diversidad sexual; es imprescindible mejorar y refinar los esfuerzos hacia la prevención del VIH y de las ITS enfocados en la población transgénero de Nicaragua.

El uso consistente de condón por las trabajadoras sexuales de Nicaragua es alto con clientes nuevos y menor con clientes frecuentes. Sin embargo, el reporte de uso de

condón con las parejas ocasionales y estables es bajo, lo cual puede explicar las altas tasas de prevalencia de ITS en esta población. La prevalencia del VIH en las trabajadoras sexuales de Nicaragua es relativamente baja (1.8% en Managua y 2.4% en Chinandega). En el estudio Multicéntrico en 2003 reportaron una prevalencia menor del VIH de 0.3%, (IC 95%: 0.1-1.6). Estos hallazgos podrían sugerir un aumento de la prevalencia del VIH en esta población. Sin embargo, las comparaciones de los resultados de ambos estudios deben interpretarse con cautela, ya que el resultado de 2003 incluyó, además de Managua y de Corinto, al Puerto de Bluefields, que no fue incluido en la presente encuesta.

La prevalencia del VIH en los últimos estudios en trabajadoras sexuales en otras ciudades de Centroamérica han encontrado lo siguiente: Tegucigalpa 5.5% y San Pedro Sula 4.6% en 2006, y San Salvador 5.7% en 2008. Estos datos sugieren que la epidemia de VIH en trabajadoras sexuales puede ser diferente en Nicaragua que en el resto de los países centroamericanos. La estimación de la incidencia del VIH en la ECVI en la región centroamericana en trabajadoras sexuales fue para Nicaragua de 0.8% en 2009, en El Salvador de 0.0% en 2008 y en Honduras de 0.0% en 2006. Esto muestra la necesidad de fortalecer las acciones de prevención y control del VIH en las trabajadoras sexuales, además de diseñar e implementar estrategias dirigidas a lograr el 100% de uso del condón, con un acceso garantizado a dichos condones en los diferentes lugares donde se ejerce el trabajo sexual. Es inaplazable la ampliación de los servicios de salud especializados en el diagnóstico y tratamiento de las ITS dentro de los servicios de salud que brindan tanto el MINSA como las organizaciones sociales.

En personas con VIH se puede concluir que se trata de una población sexualmente activa, con poca consistencia en el uso del condón con las diferentes parejas reportadas, lo cual las expone tanto a las ITS, como a la reinfección por el VIH. Se documentan altas prevalencias de herpes, así como de sífilis activa, principalmente en mujeres. Estos datos, además de la falta de servicios integrales de prevención y de salud sexual y reproductiva para pacientes que asisten a las unidades públicas de atención del VIH, deben orientar las acciones que cubran las brechas para que las personas con VIH puedan contar con una verdadera atención integral. Es imprescindible fortalecer los servicios que brinda el MINSA a las personas con VIH, no sólo por el impacto en la salud de esta población, sino porque es una oportunidad de disminuir la transmisión del VIH en Nicaragua.

III. Antecedentes

Según el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA) de 2009, en América Latina se estimaron en 170 000 (150 000 a 210 000) las nuevas infecciones por VIH y alrededor de 2 millones (1.8 millones a 2.2 millones) de personas con VIH. Un estimado de 77 000 (66 000 a 89 000) personas murieron a causa de este virus en ese mismo año.¹

Aunque se han logrado avances importantes en la prevención de nuevas infecciones por el VIH y en la reducción del número anual de defunciones relacionadas con la infección avanzada por él, el número de personas infectadas sigue aumentando. Las enfermedades relacionadas con la infección avanzada por VIH son causas principales de mortalidad en el mundo y se estima que seguirán siendo una causa significativa de mortalidad prematura en el mundo en las décadas futuras.²

Si bien las epidemias nacionales en América Latina se concentran en su mayoría entre hombres que tienen sexo con hombres, existen estudios recientes que indican que la población transgénero suele tener un riesgo extremadamente alto de infectarse con el VIH;³ dos estudios realizados en Argentina en 2006 y 2007 reportaron prevalencia del VIH de 34%⁴ y de 46%,⁵ respectivamente.

En la región centroamericana, como en el resto de América Latina, la epidemia del VIH está concentrada principalmente en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales. En algunos países se incluyen otras sub poblaciones como la garífuna y la población transgénero.⁶

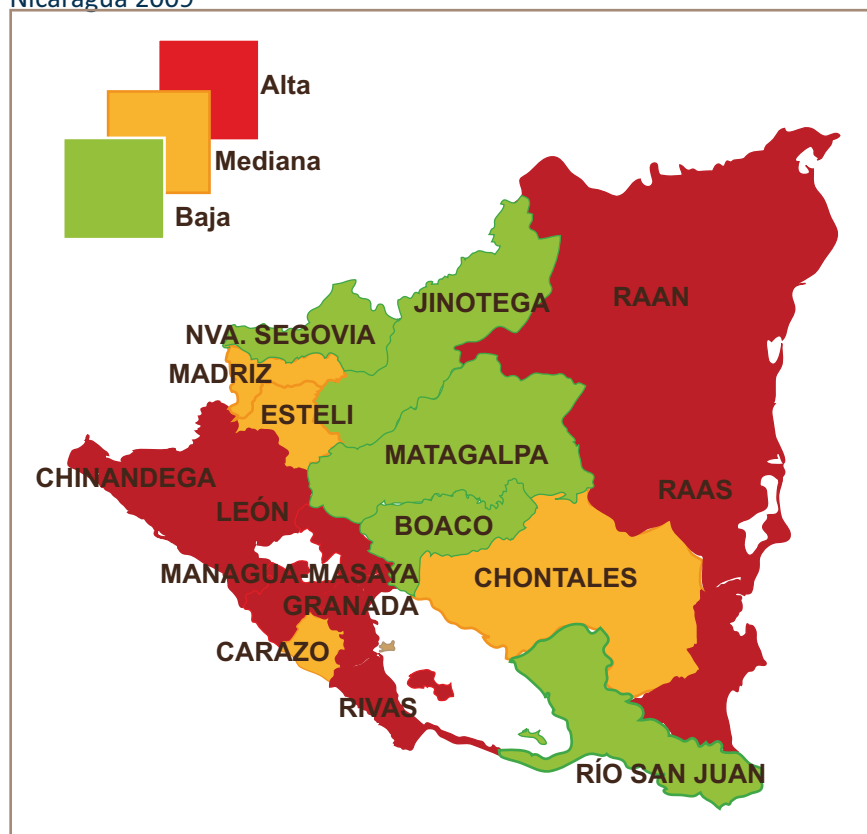
El estudio multicéntrico que se hizo en la región centroamericana, en el período 2001-2003, en Nicaragua documentó una prevalencia del VIH de 9.4% en hombres que tienen sexo con hombres y 0.2% en trabajadoras sexuales. Los resultados de este estudio, para el resto de países en la región, mostraron prevalencias del VIH más altas en ambas poblaciones.⁷

Los datos de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud de Nicaragua indicaron que hasta finales de 2010 los casos acumulados del VIH y de VIH avanzado fueron 5 693. De éstos 4 124 (72,4%) corresponden al VIH y 631 (11%) al VIH avanzado.⁸ Para ese mismo año se detectaron 951 casos nuevos, de los cuales 862 fueron casos de VIH y 44 de VIH avanzado. La principal vía de transmisión reportada es la sexual (99%). El 84% del total reportado por el sistema de vigilancia pertenece al grupo de 15 a 49 años de edad, que es una población sexualmente activa y la principal fuerza de trabajo. En jóvenes de entre 15 a 24 años de edad se reportaron 25% del total de los casos, seguidos del grupo de 25 a 29 años de edad, grupo donde se reportaron 19%.⁹

La distribución de casos nuevos por departamento para el año 2010 muestra que Managua (34.5%), Chinandega (13%), y León (8%) concentran 55.5% del total de casos. La mayoría de éstos (54.0%) se concentra en hombres; a las mujeres les corresponde 39.0% de los casos. La razón hombre/mujer es de 1.3:1. Cada día se detectan entre 2 a 3 casos nuevos en el país.⁹

De acuerdo con la clasificación de ONUSIDA de 2009, la epidemia del VIH en Nicaragua es concentrada, con prevalencia para el virus que supera al 5.0% en grupos de alto riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres y con una prevalencia en mujeres embarazadas de 0.1%.⁹

Figura V.1. Distribución de casos nuevos del VIH, por SILAIS.
Nicaragua 2009



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

En Nicaragua, así como en la región centroamericana, se han realizado estudios para documentar los comportamientos sexuales en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales. En los años 2001 y 2004, PASMO aplicó encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).^{10,11} La organización Xochiquetzal, hizo en 2000 un estudio CAP que incluyó a 450 hombres de Managua y de Estelí que tienen sexo con hombres, y CEPRESI realizó otro estudio en 2002, con 40 hombres de Rivas y de San Jorge que tienen sexo con hombres.¹²

Además del Estudio Multicéntrico Centroamericano (ECM) fue efectuado en 2002 y en el que se recolectó información de comportamiento sexual y se obtuvo la prevalencia del VIH y de las ITS, se utilizó un muestreo de conveniencia para reclutar a 199 hombres que tienen sexo con hombres y un muestreo TLS para reclutar a 473 trabajadoras sexuales.⁷

En Nicaragua los hombres que tienen sexo con hombres muestran consistentemente la prevalencia del VIH más alta en relación con el grupo de trabajadoras sexuales, lo mismo que sucede en los demás países de la región Centroamericana. Para hacer el seguimiento de la epidemia del VIH, planificar respuestas efectivas y evaluar las mismas es necesario contar con información sobre los comportamientos de las poblaciones que son clave para el control de la epidemia. El presente estudio muestra datos representativos de las poblaciones encuestadas, obtenidos a través de métodos de muestreo probabilístico.

IV. Objetivos de la encuesta

1. Obtener los principales indicadores de comportamiento en las siguientes poblaciones: hombres que tienen sexo con hombres, población transgénero, trabajadoras sexuales, personas con VIH, en las ciudades de Managua y Chinandega.
2. Determinar la prevalencia del VIH y de las ITS en las siguientes poblaciones: hombres que tienen sexo con hombres, población transgénero y trabajadoras sexuales, así como la prevalencia de ITS en personas con VIH en las ciudades de Managua y Chinandega.
3. Determinar la incidencia del VIH en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, de población transgénero, de trabajadoras sexuales y en personas con VIH en Managua y Chinandega.
4. Proporcionar información que pueda asistir al Programa Nacional del SIDA (PNS) del Ministerio de Salud de Nicaragua, 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 Nicaragua.
5. Apoyar el desarrollo de capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a éste virus.

V. Metodología

Entre septiembre de 2009 y marzo de 2010 se realizó esta encuesta de vigilancia del comportamiento sexual y de la prevalencia del VIH y de las ITS en hombres que tienen sexo con hombres, en población transgénero, en trabajadoras sexuales y en personas con VIH en las ciudades de Managua y Chinandega.

A. Criterios de inclusión

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

Hombres que tienen sexo con hombres:

Tener 18 años de edad o más.

Reportar haber tenido relaciones sexuales 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, se defina o no como trabajadora sexual.

Conocer y firmar un consentimiento informado.

Personas con VIH:

Tener 18 años de edad o más.

Personas que fueron diagnosticadas como VIH positivas a través de pruebas de diagnóstico de laboratorio y que asisten a control o reciben terapia antirretroviral en el Hospital Roberto Calderón, de Managua.

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 investigación

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 correspondiente a la probabilidad deseada para establecer un cambio observado $(P_2 - P_1)$

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

$\alpha = 0.05$ ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$)

$\beta = 0.20$ ($Z_{1-\beta} = 0.83$)

Cuadro V.2. Tamaño de la muestra propuesta, por ciudad, en trabajadoras sexuales, en hombres que tienen sexo con hombres y en personas con el VIH. ECVC Nicaragua 2009- 2010

Población	Tamaño de la muestra por ciudades		Total
	Managua	Chinandega	
Hombres que tienen sexo con hombres y personas trans	600	300	900
Trabajadoras sexuales	600	200	800
Personas con VIH	100 hombres 100 mujeres	-	200
Total	1400	500	1900

En la población de hombres que tienen sexo con hombres se estimó una muestra de 600 personas para Managua y de 300 para Chinandega. Este tamaño de muestra permitirá detectar un cambio de 12.0% sobre un indicador de comportamiento seleccionado para Managua y de 16% para Chinandega, entre la presente encuesta y la siguiente ronda de encuestas de comportamiento a realizarse en 4 o 5 años, y usando una estimación conservadora de una tasa de prevalencia basal de 50.0% para el indicador seleccionado (P₁). El indicador seleccionado es el uso de condón en la última relación sexual. Para tasas de prevalencia más altas se podrá detectar diferencias menores. El nivel de exactitud (α) es 0.05. El efecto de diseño para el muestreo dirigido por el entrevistado (RDS) se estimó en 2 para esta encuesta (comunicación personal con D. Heckathorn). El poder estadístico para detectar la diferencia fue de 80.0%.

Se estimó una muestra para Managua de 600 trabajadoras sexuales a entrevistar y para Chinandega 200. Este tamaño de muestra permitirá detectar un cambio de 12% en Managua y de 19% en Chinandega sobre un indicador de comportamiento seleccionado para esta población, entre la presente encuesta y la siguiente ronda de vigilancia de comportamiento, usando una estimación conservadora de una tasa de prevalencia basal de 50.0% para el indicador seleccionado (P₁). El indicador seleccionado es el uso de condón en la última relación sexual. Para tasas de prevalencia más altas sería posible detectar diferencias menores. El nivel de exactitud (α) es 0.05. El efecto de diseño para el censo se estimó en 2 para esta encuesta. El poder estadístico para detectar la diferencia fue de 80.0%. El cuadro V2 ilustra el número total por población y número de entrevistadas en los dos lugares para la encuesta.

Se usó una estimación conservadora con una tasa de prevalencia basal de 50.0% para el indicador seleccionado del comportamiento sexual para las personas con VIH; se estableció un valor inicial de (P₁) estimado en 50% y se propuso detectar un cambio de 19% entre la actual encuesta y la próxima encuesta de comportamiento en el ámbito nacional. El nivel de precisión fue de 0.05 y el poder estadístico para detectar la diferencia fue de 80.0%. Con la aplicación de la fórmula descrita y un efecto de diseño de 2 se obtiene una muestra de 200. Se propuso entrevistar a 100 hombres y a 100 mujeres.

El cuadro V2 ilustra el número total por población y número de entrevistados en los dos lugares para la encuesta.

C. Muestreo RDS

Para la población de hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero, 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. De manera particular, pretende llegar a los hombres que tienen sexo con hombres que no asisten a sitios públicos de reunión homosexual, como bares, discotecas, parques, saunas y gimnasios.

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 las ONG, grupos 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 éstos a otras personas hasta que se cumplió con el tamaño de la muestra en cada ciudad.

El muestreo RDS requiere cadenas largas 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 comenzó. El punto en donde la muestra se vuelve estable se denomina “equilibrio”. Se alcanza el equilibrio para una variable específica cuando la distribución de esta variable en la muestra ya no cambia con olas subsecuentes de reclutamiento. Se buscaron semillas diversas que incluyeran: *gays*, travestis, transgénero, hombres bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres vinculados o no a organizaciones.

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.

Los cupones fueron diseñados de tal manera que fuera difícil su reproducción. El cupón constaba de dos partes, en cada una de las cuales se anotaba el código del participante. Cuando los reclutadores invitaban a una nueva persona, 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 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. Cuando los reclutadores regresaban por sus incentivos tenían que entregar la mitad del cupón, la cual debía coincidir con la mitad entregada por cada uno de sus invitados. De esta manera se guardaba la confidencialidad de los participantes; es decir, no se requería de sus nombres ni de ningún dato de identificación personal para su participación.

Los cupones fueron numerados para que el reclutador original pudiera ser identificado. Cada uno contenía el código de identificación del reclutador y un número único para sus nuevos 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 permite obtener una muestra probabilística una vez 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.

D. Muestreo bietápico, por conglomerados

Para trabajadoras sexuales se planificó usar el muestreo bietapico, por conglomerados. Se usó el muestreo de tiempo y lugar (TLS, *Time Location Sampling*). El uso del método de muestreo depende de cómo están relacionados los sujetos de estudio y las características de los sitios de reunión o de trabajo. Si la población se moviliza en un mismo día entre los diferentes sitios o hay una población grande de la población de estudio que no se encuentra en los sitios que se pretenden muestrear, entonces el método recomendado es TLS. En cambio, si la población estudiada no se moviliza entre los sitios de reunión, entonces el método adecuado es el muestreo por conglomerados.

Ambos métodos de muestreo necesitan de un trabajo de mapeo exhaustivo de los sitios de reunión de la población estudiada. En Nicaragua se hizo un mapeo para determinar el número de sitios de trabajo sexual y la diversidad de los mismos. La principal característica que se identificó de las trabajadoras sexuales fue que tenían una movilidad baja entre los sitios de trabajo sexual, lo cual sugirió que el método adecuado de muestreo era por conglomerados.

El muestreo por conglomerados tiene la ventaja sobre TLS de que es un método con suficientes referencias en la literatura y, además, logísticamente más fácil de implementar. El supuesto subyacente en este método es que no existen diferentes comportamientos de riesgo en diferentes horarios, pues los sujetos estudiados tienen baja movilidad. En Managua, alrededor de un tercio de los sitios de trabajo sexual son sitios ambulantes, en donde se esperaba una alta movilidad.

Otra consideración importante que se hizo fue la necesidad de estratificar la muestra. Se consideraron dos vectores que podían influir en los comportamientos de riesgo, en el tipo de sitios y en el tamaño de los mismos. En Managua 32% de los sitios se consideran ambulantes y 29% en Chinandega. La mediana del número de trabajadoras sexuales en los sitios fijos fue de 12 y de los sitios ambulatorios de 25. Se clasificó como sitios pequeños aquellos que tenían menos de 10 trabajadoras sexuales. No se incluyeron en el diseño sitios con menos de cinco trabajadoras sexuales. En total quedaron cuatro estratos: sitios ambulantes con 5 a 10 trabajadoras sexuales, sitios ambulantes con 11 o más trabajadoras sexuales, sitios fijos con 5 a 10 trabajadoras sexuales y sitios fijos con 11 o más trabajadoras sexuales.

La estrategia de selección en los sitios con menos de 11 trabajadoras sexuales fue la de seleccionarlas todas y de los sitios con 11 o más trabajadoras sexuales se seleccio-

narían 10, lo cual fue decidido tomando en cuenta el efecto de diseño y el número de encuestas que se podían hacer en un día. Se estimó 15% de no respuesta (rechazos y no contacto del sujeto elegible).

En el trabajo de campo se determinó que la movilidad de las trabajadoras sexuales era mayor que la estimada. Varios sitios de trabajo sexual ambulante identificados durante el mapeo no siguieron activos cuando se implementó la ECVC. La población que quedaba en los sitios aún activos era similar a la de la muestra estimada, por lo que se decidió implementar el censo, cubriendo a todos los sitios identificados y reclutando a todas las trabajadoras sexuales que se encontraban en el momento de la visita del personal de campo.

E. Muestreo consecutivo estratificado, por género

El muestreo para las personas con VIH fue consecutivo y estratificado, por género, con un estimado de 15% de no respuesta y un efecto de diseño de 2. Éste se llevó a cabo en la sala de espera del Hospital Roberto Calderón, de Managua, en donde se atiende a la mayoría de las personas con VIH del total nacional. Se asume que las personas con VIH que están en control en este hospital son representativas de las personas con VIH bajo control médico del país, dado que acuden personas de todas las regiones.

Para llevar a cabo este muestreo, el personal clínico fue el mismo que brinda la atención a personas con VIH en esa unidad. Luego de la consulta se brindó a las personas información sobre los beneficios de participar en la encuesta y se les invitó a participar. Cada una de las personas a quienes se invitó fue registrada en los formatos de la encuesta, incluso aquellas que rechazaron participar. Quienes accedieron fueron conducidas al área destinada para la encuesta una vez terminado su proceso de consulta en el hospital.

Un mes antes de que finalizara la recolección de datos ya se había alcanzando la meta de hombres de la muestra, pero con un déficit importante en la muestra de mujeres. Por esta razón se decidió motivar la participación de las mujeres de los diferentes grupos de apoyo de las asociaciones de personas con VIH que se conoce son atendidas en dicha unidad; asimismo, se sensibilizó a los miembros de las organizaciones para que asistieran a sus consultas o controles y de esa forma tuvieran la oportunidad de participar si estaban seleccionadas. La coordinación para la participación de mujeres se realizó con Asonvihsida, ICW y Anip+vida. Desde un inicio se dieron incentivos por participar.

F. Procedimientos de la encuesta

Se estableció el mecanismo de coordinación y colaboración de las acciones con el USAID, la OPS, el SISCA y el Proyecto del Fondo Mundial de Nicaragua lo cual permitió realizar un esfuerzo de país. Por otra parte, se establecieron mecanismos de coordinación en todas las etapas de la encuesta con las organizaciones de base comunitaria y con ONG que realizan acciones con las poblaciones, permitiendo una mayor participación en el proceso.

G. Etapa preparatoria

En la etapa preparatoria de la encuesta se realizaron actividades de socialización del protocolo y de las diferentes etapas del mismo; se presentaron los objetivos a las auto-

ridades de los servicios locales de salud, instituciones, organizaciones y personas clave involucradas en cada una de las ciudades. La presentación de la encuesta fue convocada por la Secretaría General de Salud del Ministerio de Salud, en colaboración con la Unidad de VIH del CES de la UVG.

Después de revisar los compromisos de país, y los datos epidemiológicos con autoridades de salud, con agencias de cooperación y con las ONG que trabajan con las poblaciones la encuesta fue planteada para realizarse en dos ciudades: Managua y Chinandega, definiendo que para personas con el VIH solamente sería en la ciudad de Managua. El trabajo preparatorio en colaboración con las ONG permitió conocer la población más cercana, estimar el tamaño de población que pudiera participar, así como los tiempos requeridos para desarrollar la encuesta.

En abril de 2009 se realizó un estudio cualitativo en las cuatro poblaciones: trabajadoras sexuales, personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres, y población transgénero en las ciudades de Managua y Chinandega. El propósito de la investigación cualitativa fue proveer información para la encuesta de comportamiento respecto a la logística, al 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.

Con la información obtenida en el estudio cualitativo se tomaron decisiones en la planificación y ejecución de la encuesta: definición de los sitios de encuesta, adecuaciones de los mismos, definición de incentivos y ajustes al cuestionario de comportamiento. Para la definición y adecuación de los sitios de la encuesta se contó con el apoyo del personal local de las unidades de salud, tanto del área administrativa como del área técnica, así como del personal de los grupos de apoyo y de las diferentes organizaciones.

La encuesta consistió en dos grandes componentes que permitieron alcanzar los objetivos propuestos;

- Obtención de información sobre comportamiento sexual, 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 ACASI (audio computer assisted self-interview). Este sistema es útil para obtener información sensible como comportamiento sexual. ACASI ha mostrado que disminuye el sesgo producido en las entrevistas cara a cara, en las cuales los entrevistados tienden a reportar menores comportamientos de riesgo.¹³⁻¹⁵

Este sistema permite que la persona sea “entrevistada” a través de una computadora. La computadora muestra las preguntas del cuestionario al entrevistado, quien escucha la lectura de las mismas y las indicaciones correspondientes a través de audífonos. De esta manera se administra sucesivamente cada pregunta del cuestionario y el entrevistado incorpora sus respuestas, codificadas en color, usando el teclado o el ratón.

Antes de la encuesta, esta metodología de entrevista ya había sido probada en Guatemala y usada por primera vez en la ECVC de Honduras y, posteriormente, en El Salvador.

El equipo nacional diseñó y realizó revisiones técnicas del cuestionario previo a la encuesta. 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 VIH, se hicieron modificaciones de acuerdo con el contexto de las poblaciones y ciudades de Nicaragua.

Los cuestionarios fueron validados en varias pruebas piloto, con el fin de asegurar el uso del lenguaje local y que las preguntas fueran comprendidas correctamente por los entrevistados. Se definieron los conceptos clave para la encuesta, con el fin de facilitar su comprensión y se emplearon diagramas para los diferentes tipos de sexo. Los cuestionarios se basaron en los instrumentos de la ECVC de Honduras y El Salvador, e 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 usado 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 ACASI. 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:

- Antecedentes sociodemográficos
- Antecedentes sexuales
- Parejas concurrentes
- Conocimientos, opiniones y actitudes respecto al VIH
- Parejas estables y última relación sexual
- Situación de salud
- Parejas ocasionales
- Trabajo sexual
- Uso de alcohol y drogas
- Condones
- Conocimiento y uso de condones con diferentes tipos de parejas
- Infecciones de transmisión sexual
- Estigma y discriminación
- Prueba del VIH

Procedimientos clínicos y de laboratorio para la obtención de muestras biológicas

Los procedimientos clínicos y de laboratorio fueron estandarizados para la recolección de las muestras biológicas. Para ello, el personal involucrado fue previamente capacitado; se realizaron prácticas de la toma de muestra, y se elaboró un manual de procedimientos clínicos y de laboratorio.

Las pruebas de laboratorio realizadas fueron las siguientes:

1. Pruebas de laboratorio en muestra de suero

A todos los participantes que aceptaron someterse a las pruebas se les extrajo 10 ml de sangre venosa. El suero se obtuvo después de centrifugar la muestra y se realizaron los siguientes exámenes.

Para hombres que tienen sexo con hombres, población transgénero, y trabajadoras sexuales, las pruebas del VIH fueron realizadas de acuerdo con el protocolo establecido en el país. Específicamente, se realizaron dos pruebas rápidas como pruebas iniciales y se hicieron de forma paralela: una de la marca Trinity Biotech Uni-Gold™ Recombigen® HIV y la otra de la marca Inverness Medical Determine® HIV-1/2. La sensibilidad de estas pruebas es de 100.0% y la especificidad es de 99.7%. Debido a la alta especificidad de estas pruebas, un resultado negativo fue considerado un verdadero negativo y el resultado fue reportado al paciente con consejería posprueba. Para cumplir con el algoritmo nacional, todas las muestras reactivas fueron enviadas al Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR) para realizar una prueba confirmatoria con ELISA o Western blot.

El suero restante, debidamente rotulado, se guardó a una temperatura de 4 °C en crioviales, los cuales fueron enviados en menos de 5 días al laboratorio central, donde se congelaron a -80 °C.

Para el diagnóstico de sífilis fue utilizada la prueba rapid plasma reagin (RPR) en los laboratorios locales del MINSA. Una prueba RPR positiva con una titulación de 1:8 o mayor fue considerada un caso de sífilis activa. También se realizó la prueba confirmatoria de *Treponema pallidum*, prueba de aglutinación (TPPA) en el CNDR. Asimismo, en este laboratorio se aplicó la técnica de estudio específico para el VHS-2, HerpeSelect® 2 ELISA IgG, de Focus Diagnostics. Esta prueba tiene una sensibilidad de 96.1% y una especificidad de 97.0% para detectar VHS-2-anticuerpos específicos.

2. Pruebas de laboratorio en muestra de orina

A todos los participantes hombres de la población de hombres que tienen sexo con hombres, así como de la de personas con VIH se les solicitó una muestra de 10 ml de orina, con la cual se hicieron pruebas para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Trichomonas vaginalis* por reacción en cadena de la polimerasa (PCR, *polymerase chain reaction*). La muestra de orina se alícuotó en tres tubos de 1.8 ml y se enviaron al CNDR, donde fue congelada a -80 °C y luego enviada al Laboratorio del Instituto Conmemorativo Gorgas, en la ciudad de Panamá, para los exámenes por la técnica de PCR.

3. Pruebas de laboratorio en muestra de hisopado vaginal

En todas las participantes mujeres de la población de personas con VIH, así como en las trabajadoras sexuales se recolectaron tres hisopados vaginales. Con el primero se hicieron dos frotis, con el segundo se obtuvo un vial para un examen de PCR y con el tercero se verificó el control de calidad del examen de PCR.

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

4. Pruebas de laboratorio en muestra de hisopado anal

En la población de hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero se tomaron dos muestras de hisopado rectal, los que fueron examinados para el

diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, lymphogranuloma venéreo y *Neisseria gonorrhoeae*. La muestra se guardó en congelación a -80 °C en el CNDR y, posteriormente, fue enviada al Instituto Conmemorativo Gorgas en la ciudad de Panamá, donde se examinó con la técnica de PCR.

Control de calidad

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

Cuadro V.3. Resumen de muestras y pruebas de laboratorio realizadas en el ECVC de Nicaragua, 2009 - 2010

Muestra	Prueba	Laboratorio
Suero	Prueba BED	CNDR- Nicaragua
	Serología de sífilis, TPPA	
	Serología HSV-2	
	ELISA y Western blot para el VIH	
	Serología para control de calidad	Laboratorio Nacional de ITS de Honduras
Plasma	Serología de sífilis, RPR	Laboratorios locales de Managua y Chinandega
	Prueba rápida del VIH	Laboratorios locales de Managua y Chinandega
Orina	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhea</i> , <i>M. genitalium</i> and <i>T. vaginalis</i> , PCR	Instituto Gorgas, Ciudad de Panamá
Hisopos vaginales	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhea</i> , <i>M. genitalium</i> and <i>T. vaginalis</i> , PCR	Instituto Gorgas, Ciudad de Panamá
	Vaginosis bacteriana, tinción de Gram.	CNDR- Nicaragua
	Control de calidad para vaginosis bacteriana	Laboratorio Nacional de ITS de Honduras
Hisopos anales	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>	Instituto Gorgas, ciudad de Panamá
Orinas, Hisopos vaginales y anales	Control de calidad para PCR	Laboratorio de ITS de los CDC, en Atlanta

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

La entrega de resultados se efectuó en dos momentos; esto se estableció según el tiempo de envío, recepción y realización de las pruebas en el CNDR de Nicaragua y de las pruebas realizadas en el Laboratorio del Instituto Conmemorativo Gorgas, en Panamá.

Los participantes recibieron los resultados de las pruebas de ITS realizadas en el CNDR en un período de 2 a 3 semanas. Estos resultados fueron entregados en los sitios de la encuesta. Mientras que los resultados de las pruebas de ITS realizados en el Instituto Conmemorativo Gorgas, se entregaron en un plazo de 12 semanas. Para ello, el participante regresaba al sitio de la encuesta con el código de muestra asignado (mientras estaba en trabajo de campo) o al centro de salud indicado una vez finalizó el trabajo de campo.

Después del trabajo de campo, y como seguimiento al proceso de entrega de resultados a los participantes, se estableció la coordinación con las unidades de salud y se identificó el personal a contactar para continuar con la entrega. A todos los responsables de las unidades de salud se les solicitó el informe de la entrega de resultados 6 meses después del trabajo de campo.

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

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

Tratamiento sintomático de las ITS y referencia

A cada participante se le brindó una consulta médica como parte de los procedimientos de la encuesta. A quienes presentaban signos o síntomas de alguna ITS se les indicó el tratamiento, de acuerdo con las normas para el manejo de las ITS, según el enfoque sintomático. Los sitios de reclutamiento para la ECVC fueron abastecidos con el medicamento, de acuerdo con las Guías Nacionales de tratamiento sintomático de ITS, del MINSA. A todos los participantes a quienes se les indicó tratamiento para las ITS diagnosticadas también se les entregó un formato de referencia para el seguimiento de su(s) pareja(s), en la unidad de salud correspondiente.

A todos los participantes que fueron diagnosticados con VIH se les entregó la referencia respectiva para ser evaluado por su situación de VIH en los servicios del Hospital Roberto Calderón, en Managua y en el Hospital España, en Chinandega.

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 proveyó de 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; una pulsera de silicón por el segundo y una recarga telefónica por el tercer reclutado. Los incentivos para trabajadoras sexuales por participar fueron una cosmetiquera. Para los participantes del sitio de personas con VIH los incentivos fueron paquetes alimenticios. En todos los casos los incentivos empleados tuvieron un costo de \$10.00.

Aspectos éticos

Todos los aspectos éticos contenidos en el protocolo de la encuesta fueron aprobados en junio de 2009 por el Comité de Ética, del Ministerio de Salud. El protocolo fue también aprobado 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 difirió 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.

H. Organización de la encuesta

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, una digitadora, una administradora financiera, una asistente y un logista.

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

Equipos de campo

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

- Un facilitador
- Dos entrevistadores
- Un médico
- Un profesional de laboratorio
- Un consejero
- Un supervisor del sitio

Los facilitadores recibían a los participantes, verificaban la validez de los cupones o invitaciones y los criterios de inclusión, también administraban el consentimiento informado y el llenado de los registros de la encuesta. Los entrevistadores eran miembros de las organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres, de las de población transgénero, de las de trabajadoras sexuales y de las de personas con VIH; verificaban los criterios de elegibilidad y ejecutaban la encuesta de comportamiento en la computadora. Los médicos, los responsables del laboratorio y los consejeros eran personal del MINSA; este personal realizó acciones específicas relacionadas con evaluación clínica, en búsqueda de signos y síntomas de ITS; indicaron el tratamiento para ITS, tomaron las muestras biológicas y entregaron los resultados mediante consejería.

Todos trabajaron de manera coordinada bajo las directrices del supervisor de cada sitio de recolección de datos; éste 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 y el flujo de la información y el de las muestras estuvieron a cargo del personal de la oficina de Nicaragua. Diariamente se efectuaron respaldos de la información de las entrevistas en ACASI en cada sitio de recolección de datos; la clínica de Chinandega enviaba semanalmente todos los reportes de estas actividades.

La oficina de Nicaragua, durante el trabajo de campo, realizó un respaldo diario de toda la información colectada en todos los sitios de recolección de información.

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



Figura V.2. Flujograma de los sitios para hombres que tienen sexo con hombres , población transgénero y trabajadoras sexuales. –ECVC - Nicaragua, 2009-2010

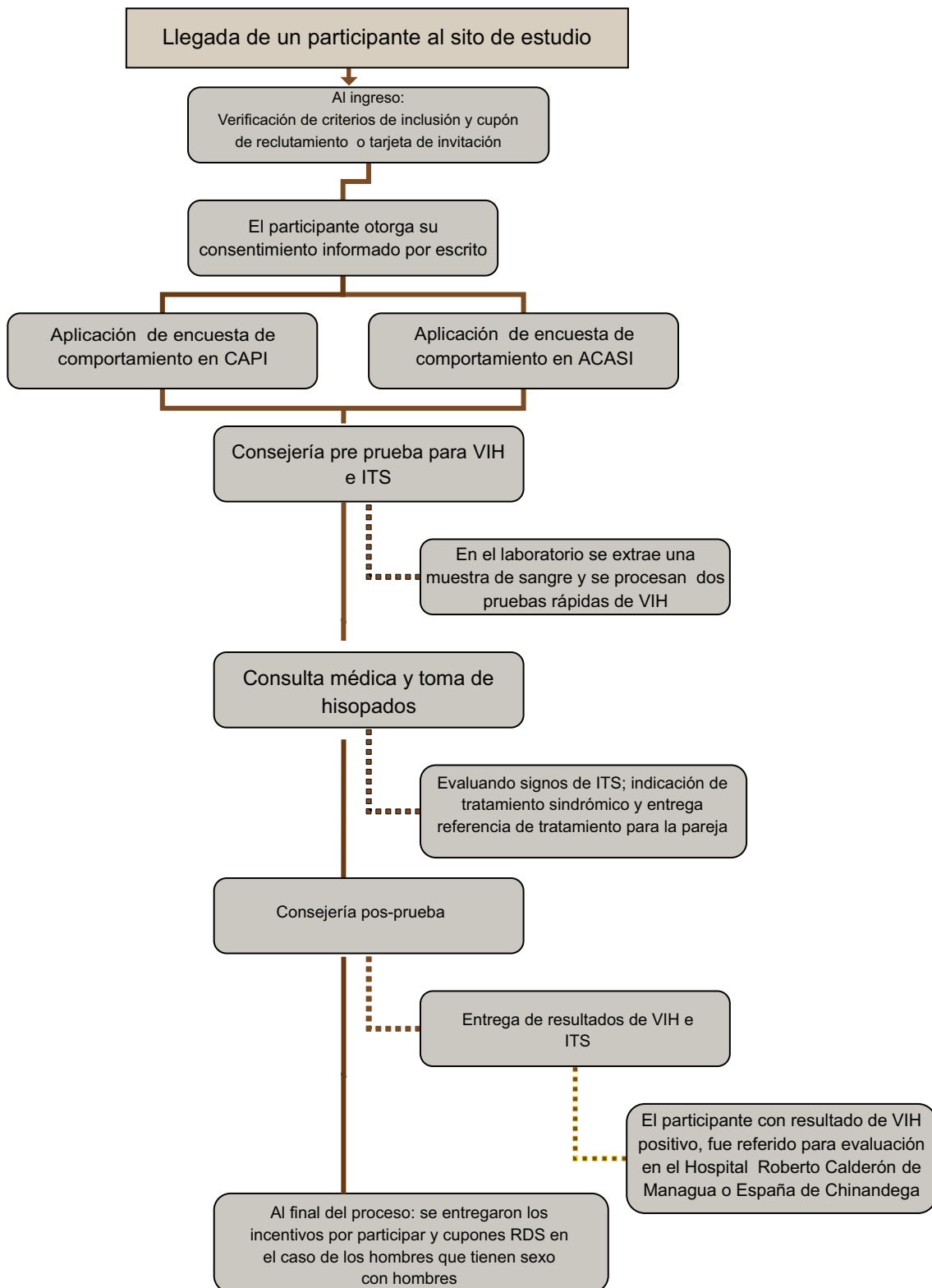
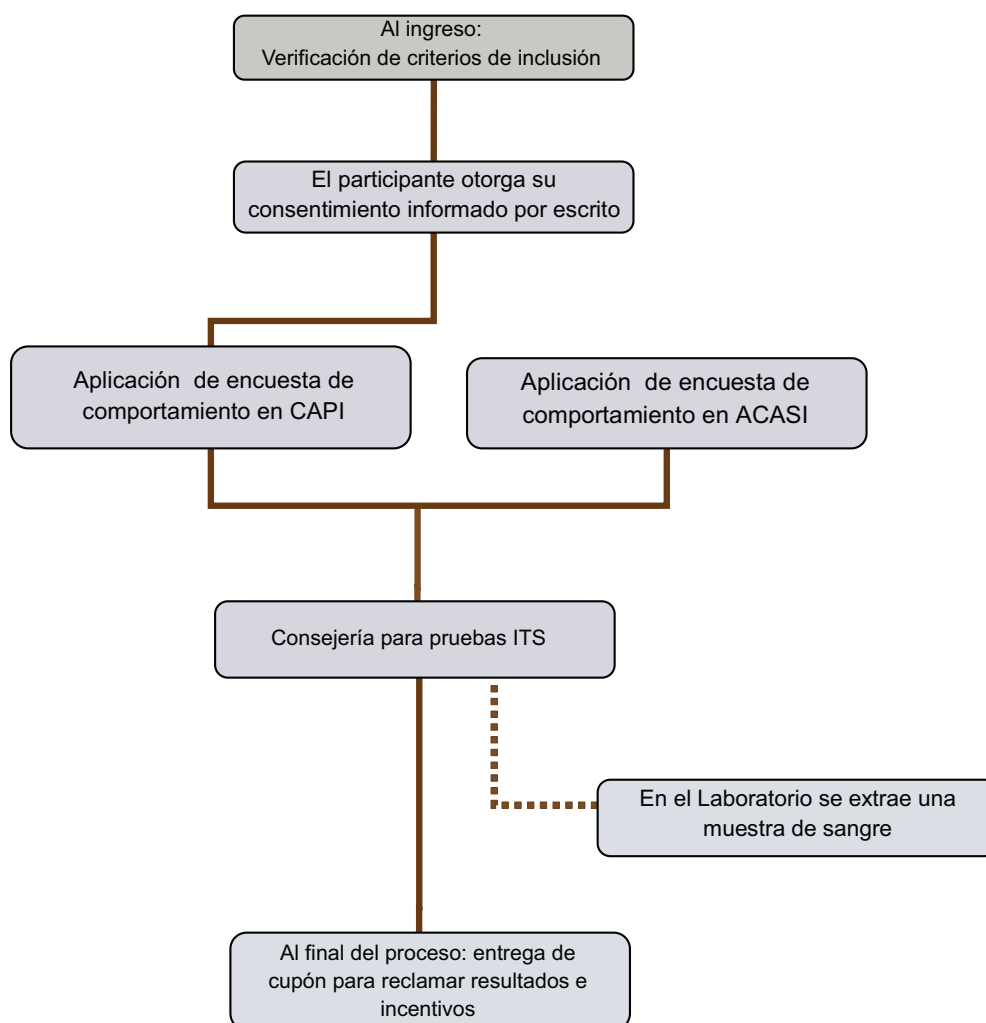


Figura V.3. Flujograma de participantes en el sitio de la encuesta de personas con VIH. - ECVV Nicaragua, 2009



Capacitación

Se desarrollaron dos talleres de capacitación; uno para el personal de entrevistadores, facilitadores y supervisores, y el otro para médicos, profesionales de laboratorio y consejeros. En total se capacitaron 28 personas. El contenido de los talleres se enfocó en dos grandes áreas:

Para los entrevistadores, facilitadores y supervisores la capacitación estuvo focalizada en la ejecución de las entrevistas de comportamiento en ACASI, procedimiento para los diferentes tipos de muestreos, revisión de criterios de elegibilidad, manejo de cupones y cupón manager, 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 sindrómico de ITS, con la colaboración del coordinador nacional de vigilancia de ITS, del Programa Nacional de VIH/ITS del SILAIS, Managua. También participaron en pasantías en los servicios de salud para la colección de la muestras.

Los consejeros fueron actualizados por la responsable de consejería del SILAIS Managua. Se gestionó también el apoyo y asesoramiento de consejeros reconocidos en el campo de las organizaciones de la diversidad sexual.

El personal de laboratorio fue entrenado en los procedimientos de laboratorio para la obtención y procesamiento de muestras, almacenamiento, transporte, etiquetado y cadena de frío. Este entrenamiento estuvo a cargo de la coordinadora del área de laboratorio de la UVG.

Se elaboraron el manual de procedimientos de laboratorio y el de procedimientos clínicos, con el objetivo de proporcionar a los equipos de campo las herramientas técnicas para consultar los procedimientos de la encuesta.

I. Recolección de datos

Hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero

La muestra de hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero en el departamento de Managua se obtuvo en un periodo de siete meses y medio, comprendidos entre agosto de 2009 y marzo de 2010, y en Chinandega aproximadamente en dos meses, comprendidos entre julio y agosto de 2010.

Para llevar a cabo la selección de las personas que serían elegidas como “semillas” se tomaron en cuenta las recomendaciones de las ONG que trabajan con la población en encuestas, tales como Cepresi, Anit, RedTrans, Camenas Trans, Una Nueva Esperanza, Mimjuhd, Asociación de Hombres contra la Violencia, entre otras. En la ciudad de Managua se sembraron nueve semillas y en la ciudad de Chinandega, cinco.

Trabajadoras sexuales

La muestra de trabajadoras sexuales en el departamento de Managua se obtuvo en un período de seis meses; de agosto de 2009 a febrero de 2010 y en Chinandega, de agosto a diciembre de 2010.

Personas con VIH

La muestra de personas con VIH en el departamento de Managua se obtuvo en un período de 4 meses, de agosto a diciembre de 2010. El reclutamiento se llevó a cabo en el Hospital Roberto Calderón, los participantes eran abordados directamente por el médico del sitio.

J. Análisis de los datos

La digitación de los datos, la limpieza, el análisis de los datos y los controles de calidad fueron realizados en la oficina regional de la Unidad de VIH en la ciudad de Guatemala. Para el análisis de los datos de la población de hombres que tienen sexo con hombres se utilizó el programa estadístico RDSAT 6.01. Para el análisis de los datos de la población transgénero, de las personas con el VIH, y de las trabajadoras sexuales se utilizó el programa estadístico Stata, versión 9.0.

Hombres que tienen sexo con hombres

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

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

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

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

Es importante resaltar que en la presentación de los datos ajustados por RDSAT las proporciones reportadas son, a menudo, diferentes a la proporción cruda. Todas las medianas y rangos intercuartílicos (RIQ) no son ajustados para RDS y fueron calculados con Stata 9.0.

Población transgénero

El análisis de los datos en población transgénero se realizó mediante el programa estadístico Stata 9. Se calcularon las proporciones crudas para las categorías de las variables de comportamiento y para las prevalencias del VIH y de las ITS sin calcular los intervalos de confianza. Para las variables continuas se calcularon las medianas y los RIQ. Los datos presentados no son datos ajustados.

Trabajadoras sexuales

El análisis de los datos en trabajadoras sexuales se realizó mediante el programa estadístico Stata 9. Se calcularon las proporciones crudas y los intervalos de confianza de 95% (IC 95%) para las categorías de las variables de comportamiento y para las prevalencias del VIH y de las ITS. Para las variables continuas se calcularon las medianas y los rangos intercuartílicos.

Personas con el VIH

El análisis de los datos en personas con VIH se realizó mediante el programa estadístico Stata 9. Se calcularon las proporciones crudas para las categorías de las variables de comportamiento y para las prevalencias del VIH y de las ITS. Sólo se calcularon los intervalos de confianza para las prevalencias del VIH y de las ITS. Para las variables continuas se calcularon las medianas y los RIQ.

VI. Resultados

VI. 1 Hombres que tienen sexo con hombres

Como se observa en el cuadro VI.1, entre septiembre de 2009 y febrero de 2010 se reclutaron 653 participantes en Managua (incluidas nueve semillas). En esta ciudad el análisis de los datos de comportamiento se realizó en 637 participantes y el análisis de prevalencias en 644. Las semillas aunque se incluyen en el análisis, porque sirven como referencias para los participantes, no cuentan dentro de la muestra final. En Chinandega el reclutamiento de participantes se llevó a cabo entre junio y agosto de 2010; se inició con cinco semillas y se obtuvo una muestra total de 320 personas. El análisis de los datos se efectuó en 315 participantes. Todos los entrevistados cumplieron con los criterios de inclusión y brindaron el consentimiento informado por escrito.

A los 652 participantes de Managua se les tomó una muestra de sangre para las pruebas del VIH, del virus del herpes simple tipo 2, y de la sífilis. También se recolectaron muestras de orina para determinar la infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Trichomonas vaginalis*. En 537 participantes se recolectaron muestras de hisopados anales para determinar *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

En Chinandega de 318 participantes se obtuvieron muestras de sangre para la determinación del VIH y de la sífilis. Además, en esta ciudad no se determinaron, como en Managua, el Virus del herpes simple tipo 2, la *Neisseria gonorrhoeae*, la *Chlamydia trachomatis*, el *Mycoplasma genitalium* y la *Trichomonas vaginalis*.

Cuadro VI.1. Participantes y muestras recolectadas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua	Chinandega	Total
Muestra propuesta	600	300	900
Semillas	9	5	14
Total de participantes (incluye semillas)	653	320	973
Total de participantes para el análisis final (excluye semillas y otros) ¹	637	315	952
Número de participantes con pruebas rápidas del VIH	652	318	970
Número de participantes con muestra de sangre	652	318	970
Número de participantes con muestra de orina	652	----	652
Número de participantes con hisopado anal	537	----	537

¹ En Managua, las nueve semillas y en Chinandega las cinco semillas fueron excluidas de la muestra final. En Managua se excluyó a siete personas del análisis de comportamiento, ya que no tenían datos en el cuestionario, pero fueron incluidos en el análisis de prevalencia.

Características sociodemográficas

De los participantes de Managua y de Chinandega, 56.8% y 76.9%, respectivamente, tenían entre 18 a 24 años de edad. La mediana de edad de los participantes de Managua fue de 23 años (RIQ: 20 a 29 años), mientras que para Chinandega fue de 20 años (RIQ: 18 a 26 años).

Respecto a la escolaridad, en Managua 42.5% de los participantes indicaron haber completado la secundaria o haber cursado algún grado de ésta y 47.0% dijeron haber completado estudios universitarios o haber cursado algún grado de dichos estudios. En Chinandega, 60.1% de los participantes reportaron contar con educación secundaria completa e incompleta y 34.2% afirmó tener educación primaria completa o incompleta.

Aproximadamente dos tercios de los participantes de Managua y de Chinandega tenían trabajo al momento de la encuesta. La mediana de ingreso mensual reportado fue de 3 000 córdobas para los participantes de Managua y de 2 125 para los de Chinandega. El 52.5% de los encuestados de Managua y 61.4% de los de Chinandega reportaron que su ingreso era igual o inferior al salario mínimo nicaragüense de 2 635 córdobas (US\$ 125.00).

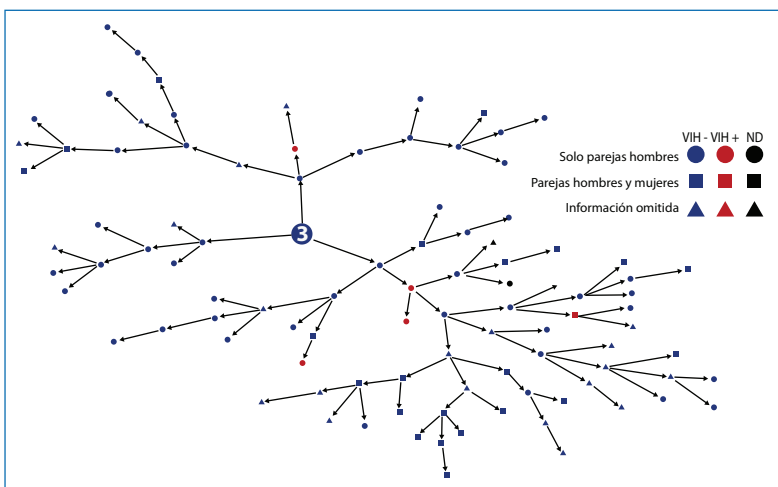
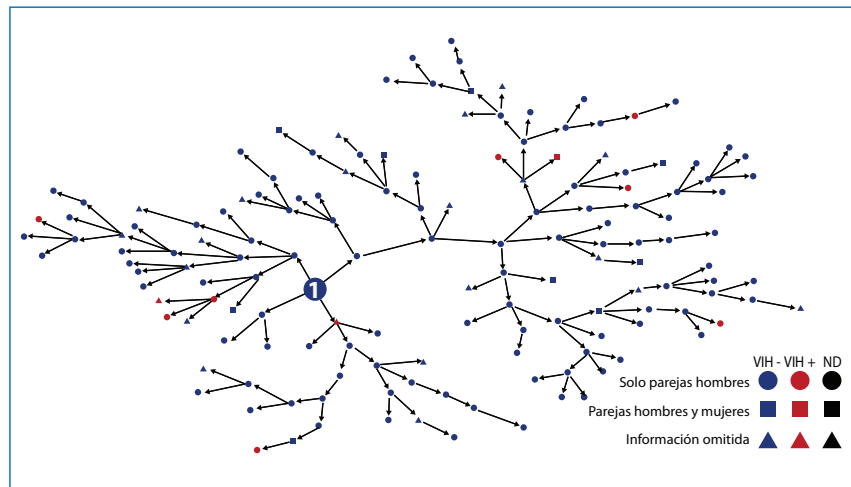
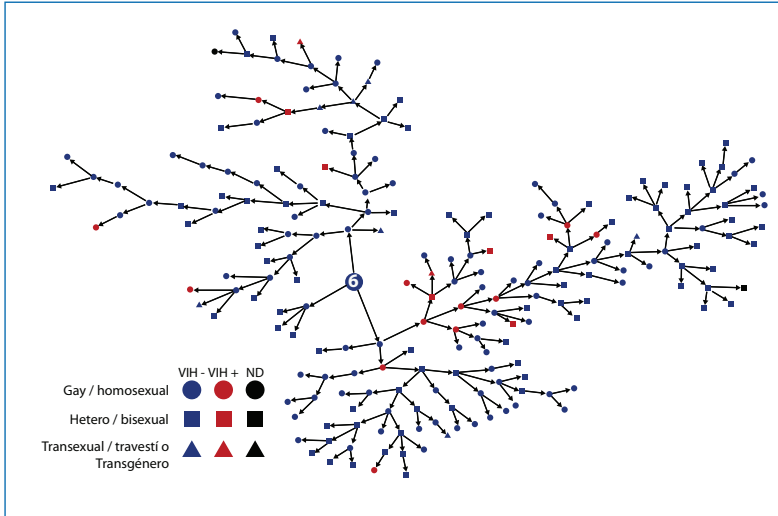
Cerca de un cuarto de los encuestados de Managua y de Chinandega habían estado casados, acompañados o en unión libre con una mujer alguna vez en la vida; una proporción similar para ambas ciudades declaró haber estado acompañados o en unión libre con hombres. El 79.6% de los participantes de Managua y 86.0% de los de Chinandega reportaron vivir con sus familiares.

En Managua la mediana de edad de cuando se casaron o acompañaron por primera vez, reportada por los participantes, fue a los 18 años (RIQ: 16-21 años), mientras que en los de Chinandega fue a los 17 años (RIQ: 15-19 años). Aproximadamente 3 de cada 4 participantes en ambas ciudades reportaron ser solteros, separados, o viudos, mientras que 9.1% y 13.3% de los participantes de Managua y Chinandega, respectivamente, reportaron estar casados o acompañados por una mujer al momento de la entrevista.

El 41.1% de los participantes de Managua se autoidentificó como *gay* u homosexual, y en Chinandega sólo 15.6%. En Managua y Chinandega 54.1% y 81.7%, respectivamente, se autoidentificaron como bisexuales o heterosexuales, mientras que 4.8% en Managua y 2.7%, en Chinandega se autoidentificaron como población transgénero.



Semillas



Cuadro VI.2. Características sociodemográficas y autoidentificación sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Edad (años)						
18-24	633	350	56.8 (50.6-62.8)	315	227	76.9 (69.9-82.8)
25-34		199	29.2 (24.2-34.2)		72	17.4 (12.8-23.4)
≥35		84	14.1 (10.0-18.7)		16	5.7 (2.3-9.5)
Mediana (RIC)		23 (20-29)			20 (18-26)	
Sabe leer y escribir	637	620	96.7 (94.5-98.5)	315	299	94.5 (91.2-97.5)
Escolaridad						
No escuela/algún nivel primaria	637	56	10.5 (7.1-14.4)	315	95	34.2 (27.3-41.4)
Secundaria completa e incompleta		260	42.5 (36.3-48.5)		189	60.1 (52.9-66.8)
Universidad completa e incompleta		321	47.0 (40.7-53.4)		31	5.7 (3.1-9.1)
País de nacimiento						
Nicaragua	637	626	98.3 (96.6-99.6)	315	313	99.4 (98.4-100)
Otro		11	1.7 (0.4-3.4)		2	0.6 (0-1.6)
Ingresos						
Trabaja	636	428	63.4 (57.6-69.2)	315	213	65.9 (58.2-72.3)
Ingreso mensual aproximado (Córdobas)						
No tiene ingresos	635	81	18.5 (14.2-23.6)	314	56	19.9 (13.8-26.2)
≤2,635 ¹		207	34.0 (28.7-39.2)		133	41.5 (34.9-48.8)
>2,635 ¹		347	47.4 (41.5-53.3)		125	38.7 (30.8-46.1)
Mediana (RIC)		3,000 (1,200-5,000)			2,125 (800-3,600)	
Casado, acompañado o en unión libre						
Alguna vez ha estado casado, acompañado o en unión libre	637	345	51.9 (46.3-57.3)	315	187	57.3 (50.3-64.1)
Con mujeres	637	124	25.4 (20.3-31.2)	315	76	27.2 (20.6-33.9)
Con hombres	637	221	26.9 (21.8-31.8)	315	111	29.6 (23.4-36.3)

Actualmente vive con ²						
Pareja	637	47	9.3 (6.0-13.3)	315	27	8.5 (5.0-12.6)
Familia		502	79.6 (74.7-83.9)		269	86.0 (81.0-90.9)
Solo		65	9.6 (6.7-13.1)		26	8.3 (4.4-12.5)
Amigos/otros		33	3.8 (2.0-5.7)		4	0.6 (0.0-1.3)
Edad a la que se caso/acompañó la primera vez (años)						
<15	342	37	9.0 (5.5-14)	187	26	14.3 (8.7-22.2)
15-17		105	28.4 (21.4-35.9)		83	49.9 (40.3-59.0)
≥18		200	62.6 (54.0-69.8)		78	35.8 (27.2-43.6)
Mediana (RIC)		18 (16-21)			17 (15-19)	
Religión						
Católica	637	297	44.2 (38.5-49.5)	315	159	46.2 (39.6-54.3)
Evangélica/otra		115	20.0 (15.5-25.0)		34	10.5 (6.3-15.5)
Ninguna		225	35.8 (30.8-41.3)		122	43.2 (35.2-49.9)
Estado civil						
Soltero/separado/divorciado/viudo	636	512	77.9 (71.4-81.8)	315	249	77.6 (71.8-82.9)
Casado o acompañando con mujer		34	9.1 (6.0-15.0)		37	13.3 (8.6-18.1)
Casado o acompañado con hombre		90	13.0 (9.6-16.7)		29	9.1 (5.6-13.7)
Autoidentificación						
Gay u homosexual	637	302	41.1 (35.3-46.8)	315	78	15.6 (10.4-22.9)
Heterosexual o bisexual		276	54.1 (48.2-60.1)		220	81.7 (73.8-87.7)
Transexual, travesti o transgénero		59	4.8 (2.8-7.3)		17	2.7 (0.7-5.0)

¹ Datos del salario mínimo al momento de realizar la encuesta según el Ministerio de Trabajo de Nicaragua (2,634.88 Córdobas).

² Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Antecedentes sexuales

Aproximadamente un tercio de los participantes de Managua y cerca de la mitad de los entrevistados de Chinandega tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años de edad. El 42.8% y el 43.3% de los encuestados de Managua y de Chinandega,

respectivamente, manifestaron que la primera relación sexual fue entre los 15 y 17 años de edad. La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 15 años en los participantes de ambas ciudades. Cerca de un cuarto de los participantes de Managua y casi la mitad de los participantes de Chinandega reportaron haber utilizado el condón en su primera relación sexual.

La mediana de edad en el inicio de relaciones sexuales con hombres fue de 16 años (RIQ: 14 a 18 años) para los participantes de ambas ciudades. Sin embargo, aproximadamente un cuarto de los participantes de Managua y de Chinandega reportaron haber tenido la primera relación sexual con un hombre antes de los 15 años de edad.

En Managua y en Chinandega 66.0% y 80.7% de los participantes, respectivamente, reportaron haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez en la vida; mientras que 39.5% en Managua y 57.0%, en Chinandega reportaron esta misma práctica en los últimos 12 meses.

El reporte de relaciones sexuales forzadas alguna vez en la vida fue de 24.1% en Managua y de 12.6% en Chinandega; y en la primera relación sexual fue de 9.9% y de 4.0%, respectivamente. En Managua de quienes reportaron que su primera relación sexual fue forzada el 38.4% expresó que quien lo forzó fue un familiar.

El 26.6% de los participantes de Managua expresaron estar circuncidados, y en Chinandega 53.2%.

Cuadro VI.3. Antecedentes sexuales: primera relación sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Edad a la que tuvo su primera relación sexual (años)						
<15	636	261	36.3 (31.0-41.9)	315	157	47.3 (40.2-54.5)
15-17		257	42.8 (37.3-48.0)		131	43.3 (36.3-50.2)
≥18		118	20.9 (16.4-25.7)		27	9.4 (5.7-13.7)
Mediana (RIC)		15 (13-17)			15 (13-16)	
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
Amigo/pareja	637	481	75.6 (70.7-80.4)	315	270	87.5 (82.8-91.4)
Trabajador sexual		21	3.0 (1.7-4.8)		3	1.0 (0-2.8)
Familia		65	11.2 (7.4-14.9)		20	3.6 (1.7-6.3)
Desconocido/otro		70	10.2 (7.3-13.6)		22	7.8 (4.5-11.9)
Usó condón en su primera relación sexual	636	145	23.3 (18.7-28.0)	315	129	45.7 (39.0-52.7)

Edad de primera relación sexual con un hombre (años)						
<15	635	188	24.1 (19.7-29.4)	315	100	27.0 (20.9-34.6)
15-17		233	35.7 (30.4-40.4)		134	44.9 (38.0-52.3)
≥18		214	40.2 (34.7-45.9)		81	28.0 (21.6-33.7)
Mediana (RIC)		16 (14-18)			16 (14-18)	
Ha tenido relaciones sexuales con mujeres	636	388	66.0 (60.3-71.6)	315	228	80.7 (73.0-86.4)
Edad de primera relación sexual con una mujer (años) ¹						
<15	388	101	24.7 (18.8-30.9)	228	76	34.3 (27.1-41.8)
15-17		169	43.2 (37.7-50.6)		109	44.2 (36.0-51.8)
≥18		118	32.1 (24.7-37.9)		43	21.5 (15.1-29.2)
Mediana (RIC)		16 (14-18)			15 (14-17)	
Ha tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos 12 meses	635	201	39.5 (33.9-45.9)	313	155	57.0 (48.0-64.0)
Está circuncidado	637	189	26.6 (22.0-31.1)	315	153	53.2 (45.5-60.6)

¹ Sólo los que han reportado sexo con mujeres.
RIQ: rango intercuartílico.

Relaciones sexuales forzadas

En Managua y Chinandega el reporte de relaciones sexuales forzadas en los últimos doce meses fue de 5.6% y 3.5%, respectivamente. En ambas ciudades el reporte de quienes los forzaron a tener relaciones sexuales fueron en su mayoría amigos o conocidos.

Comportamiento sexual, con parejas estables hombres y mujeres

En esta encuesta se define pareja estable a la persona con la que un participante ha tenido relaciones sexuales, ha mantenido una relación afectiva constante o regular y no necesariamente ha vivido junto a esta pareja.

Al momento de la entrevista 23.0% y 6.6% de los participantes de Managua y Chinandega, respectivamente, afirmaron tener pareja estable hombre.

En Managua, la práctica sexual reportada por 58.8% de los participantes, como la más común es el sexo anal, tanto receptivo como insertivo, mientras que en Chinandega la práctica sexual más común fue el sexo anal receptivo, y fue reportada por 57.5% de los participantes.

Al momento de la entrevista, 13.3% de los entrevistados en Managua y 15.0% de los de Chinandega tenían una pareja estable mujer; de éstos, cerca de 12%, para ambas ciuda-

Cuadro VI.4. Relaciones sexuales forzadas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Alguna vez en la vida lo forzaron a tener relaciones sexuales	637	164	24.1 (19.0-29.2)	315	53	12.6 (7.9-17.5)
Primera relación sexual fue						
Voluntaria	637	583	90.1 (86.3-93.4)	315	298	96.0 (93.4-98.3)
Forzada		54	9.9 (6.6-13.7)		17	4.0 (1.7-6.6)
Persona que le forzó a tener relaciones sexuales, la primera vez que tuvo relaciones sexuales						
Pariente/familia	54	19	38.4 (19.7-57.8)	17	5	15.3 (2.1-39.8)
Pareja/amigo		10	16.9 (4.7-34.7)		5	24.2 (37.0-55.5)
Vecino		9	15.9 (4.5-28.2)		2	23.0 (0.0-52.7)
Desconocido/trabajador sexual		16	28.7 (13.6-46.2)		5	37.4 (5.8-70.7)
Alguna persona lo forzó a tener relaciones sexuales en el último año	637	50	5.6 (3.5-8.3)	315	17	3.5 (1.4-5.9)
Persona que le forzó a tener relaciones sexuales, en el último año						
Familia	49	3	4.6 (0-13.0)	17	1	4.3 (0-18.1)
Parejas		7	14.6 (3.9-30.1)		6	37.5 (64.0-73.3)
Amigos/conocidos		25	60.6 (39.4-78.3)		7	51.3 (15.0-83.8)
Desconocidos		14	20.2 (6.7-36.0)		3	6.9 (0-2.42)

des, reportó haber usado condón de forma consistente durante el último mes, mientras que 27.3% de los participantes de Managua y 41.0% de los de Chinandega reportaron haber usado condón en la última relación sexual, con este tipo de pareja.

Entre los participantes de Managua, 18.2% sabe que su pareja estable actual es una persona con el VIH, mientras que en los de Chinandega esta proporción fue de 6.3%.



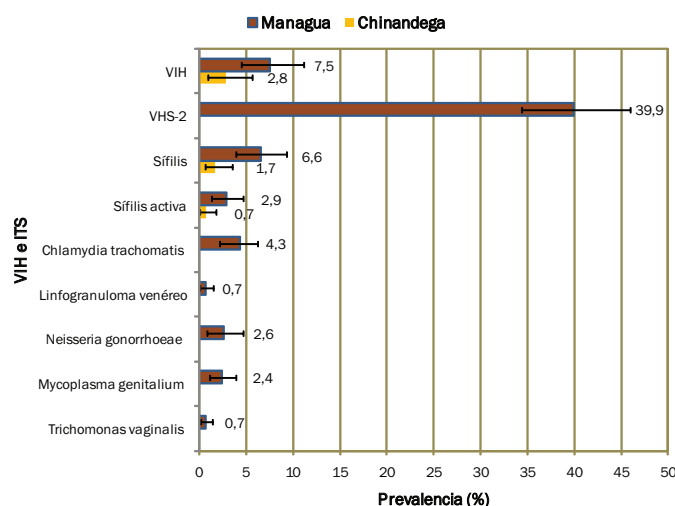
Cuadro VI.5. Parejas masculinas y femeninas estables en los últimos 12 meses en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Alguna vez ha tenido pareja estable	637	521	78.1 (72.8-82.7)	315	211	61.5 (54.3-69.0)
Ha tenido pareja estable en los últimos 12 meses	520	376	72.2 (67.3-77.8)	211	131	59.1 (50.9-68.4)
Número de parejas estables en los últimos 12 meses						
0	637	261	43.5 (37.9-48.7)	315	184	63.8 (55.9-70.5)
≥1		376	56.5 (51.3-62.1)		131	36.2 (29.5-44.1)
Mediana ¹ (RIC)		1 (1-2)			1 (1-2)	
Actualmente tiene pareja masculina estable	635	176	23.0 (18.7-27.8)	315	38	6.6 (4.0-10.4)
Uso consistente ² de condón con su pareja masculina estable actual en los últimos 30 días	169	59	30.9 (20.1-40.2)	38	11	39.3 (15.6-62.0)
Tipo de relaciones sexuales con pareja masculina estable actual						
Anal insertivo	168	32	17.7 (10.0-25.2)	37	11	31.0 (11.4-49.6)
Anal receptivo		51	23.5 (16.2-33.4)		17	57.5 (35.8-79.7)
Ambos		85	58.8 (47.4-69.2)		9	11.5 (2.8-24.7)
Usó condón en la última relación sexual con pareja masculina estable actual	168	76	40.8 (29.5-51.1)	37	19	58.2 (36.4-82.4)
Actualmente tiene pareja femenina estable	635	50	13.3 (9.0-18.3)	315	43	15.0 (1.0-20.5)
Uso consistente de condón con su actual pareja femenina estable en el último mes de relación	49	8	11.6 (1.7-25.2)	43	7	11.7 (3.0-26.4)
Usó de condón en la última relación sexual con su actual pareja femenina estable	49	13	27.3 (12.7-43.1)	43	18	41.0 (26.2-57.3)
Cree que su pareja estable actual tiene relaciones con alguien además de usted	201	59	20.6 (13.6-28.0)	69	23	20.8 (11.6-34.2)
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con la última pareja estable	172	146	84.3 (76.6-91.1)	75	72	96.0 (89.6-100.0)
La última vez que usó condón con la pareja estable, lo usó todo el tiempo de la penetración	172	155	90.6 (84.9-96.1)	75	59	77.1 (65.3-89.6)
Sabe si su pareja estable actual es una persona con el VIH	220	38	18.2 (11.3-26.1)	77	6	6.3 (1.3-12.5)
Uso consistente de condón en el último mes de relación con su última pareja estable	172	92	53.2 (41.3-63.2)	75	43	55.8 (41.0-69.9)

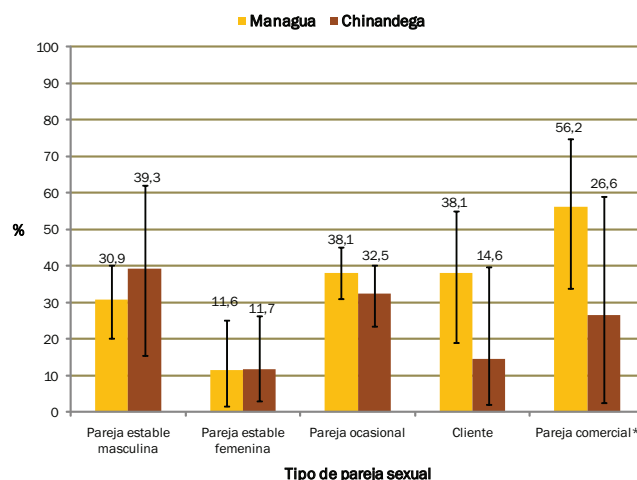
¹ Solo se incluyen los que declararon haber tenido parejas estable en los últimos 12 meses.

² En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

RIC: rango intercuartílico.



Gráfica VI.1. Estimaciones de las prevalencias de VIH e ITS en los hombres que tienen sexo con hombres de Managua y Chinandega



Gráfica VI.2. Uso consistente de condón en los últimos 30 días en los hombres que tienen sexo con hombres de Managua y Chinandega según tipo de pareja sexual (*uso consistente de condón los últimos 12 meses con parejas comerciales)

Comportamiento sexual con parejas ocasionales

Pareja ocasional se define como aquellas personas con quienes no se mantienen relaciones sexuales de manera estable, constante o regular y en las que no existe intercambio de dinero.

El 65.9% de los participantes de Managua y 76.8% de los de Chinandega manifestaron haber tenido parejas ocasionales en los últimos 12 meses. Respecto al número de parejas ocasionales en ese mismo período, la mediana fue de dos parejas en ambas ciudades.

De quienes reportaron que en los últimos 12 meses habían tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, 38.1% de los de Managua y 32.5% de los de Chinandega reportaron haber usado condón consistentemente en los últimos 30 días, mientras que el uso del condón en la última relación sexual con este tipo de pareja fue de 54.6% en los de Managua y de 66.9% en los de Chinandega.

Cuadro VI.6. Parejas ocasionales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los Últimos 12 meses	636	448	65.9 (61.2-71.5)	315	246	76.8 (69.7-82.2)
Número de parejas ocasionales en los últimos 12 meses						
0	634	188	34.3 (28.9-39.1)	315	69	23.0 (17.6-30.1)
1-2		155	30.0 (25.3-35.6)		114	40.3 (32.4-46.2)
3-5		167	23.5 (19.1-27.9)		75	23.2 (17.3-29.7)
≥6		126	12.2 (9.2-15.5)		57	13.5 (9.3-18.4)
Mediana (RIC)		2 (0-5)			2 (1-4)	
En los últimos 30 días uso consistente de condón ¹ con parejas ocasionales	439	202	38.1 (31.1-45.2)	246	91	32.5 (23.5-40.1)
Usó condón en la última relación sexual con pareja ocasional	448	260	54.6 (48.8-61.9)	246	173	66.9 (59.5-74.8)
La última vez que tuvo relaciones sexuales con una mujer ¿usaron un condón?	200	112	56.7 (46.7-65.9)	156	106	65.5 (55.9-75.3)
Durante los últimos 12 meses utilizó condones con las mujeres con las que tuvo relaciones sexuales	200	64	26.4 (18.7-34.2)	156	37	20.3 (12.8-28.1)
Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con personas extranjeras ²	637	106	13.5 (10.1-17.5)	315	53	15.2 (10.0-20.2)

¹ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

² FALTA

RIQ: rango intercuartílico.

Trabajo sexual

Cerca de un cuarto de los entrevistados en ambas ciudades afirmaron que les habían pagado por tener relaciones sexuales alguna vez en la vida. La mediana de edad reportada cuando recibieron dinero por tener relaciones sexuales la primera vez fue a los 16 años (RIQ: 15-18 años) en los hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero de Managua y 17años (RIQ: 16 a 18 años) en Chinandega.

Entre los participantes de Managua, 6.8% afirmaron que recibían dinero por tener relaciones sexuales al momento de la entrevista y para los de Chinandega esta proporción fue de 5.5%. De estos, la mediana de tiempo que tienen realizando trabajo sexual fue 3 años (RIQ: 1 a 6 años) para los de Managua y 2.5 años (RIQ: 0 a 4.5 años) para los de Chinandega.

De los que reportaron realizar trabajo sexual 33.0% de los de Managua y 64.4% de los de Chinandega refirieron conseguir a sus clientes en sitios fijos, mientras que 67.0% de los de Managua y 35.6% de los de Chinandega manifestaron conseguir clientes de manera ambulante.

Cerca de 80% de los entrevistados de ambas ciudades afirmaron tener relaciones sexuales a cambio de dinero exclusivamente con hombres; 15.1% de los de Managua y 17.6% de los de Chinandega reportaron realizar trabajo sexual tanto para clientes hombres, como para mujeres.

Respecto al tipo de prácticas sexuales los participantes en su mayoría refieren tener sólo sexo anal insertivo o sólo sexo anal receptivo con los clientes masculinos. El 12.5% de los de Managua y 3.9% de los de Chinandega expresaron haber tenido los dos tipos de sexo con sus clientes hombres.

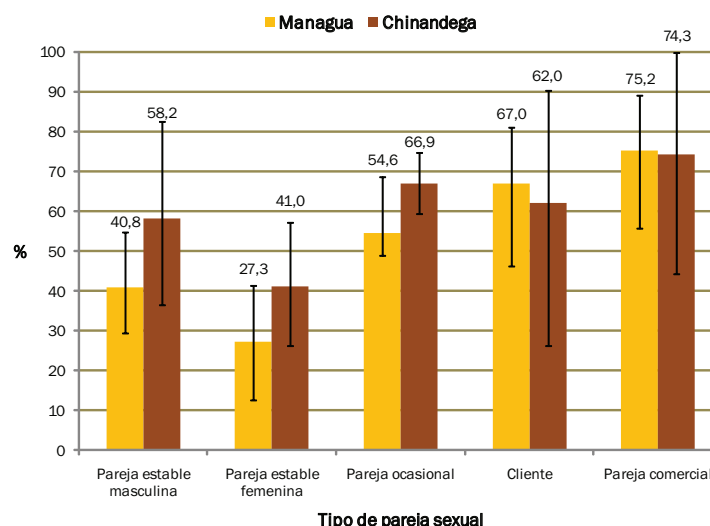
La mediana de dinero recibido por cada servicio sexual con un cliente fue de 200 Córdobas (RIQ: 200 a 400 Córdobas) en Managua y de 125 Córdobas en Chinandega (RIQ: 50 a 200 Córdobas).

De los participantes que se dedican al trabajo sexual, 38.1% de los de Managua y 14.6% de los de Chinandega afirmaron que siempre han usado condón con sus clientes en los últimos 30 días, mientras que 67.0% de los de Managua y 62.0% de los de Chinandega reportaron haber usado condón con un cliente en la última relación sexual.

De quienes afirmaron haber realizado trabajo sexual, 12.9% de los de Managua y 18.5% de los de Chinandega manifestaron que estuvieron en otro país por razones de trabajo sexual en los últimos 12 meses, y 17.0% de los de Managua y 1.5% de los de Chinandega indicaron que habían estado en otras ciudades para realizar dicha actividad. El Salvador es el país hacia donde se desplaza la mayoría, aun cuando también viajan a Guatemala, Belice y Honduras.

Casi 15% de los entrevistados en ambas ciudades indicaron que habían tenido relaciones sexuales con extranjeros en los últimos 12 meses.

Gráfica VI.3. Uso de condón en la última relación sexual en los hombres que tienen sexo con hombres de Managua y Chinandega según tipo de pareja sexual



Cuadro VI.7. Trabajo sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Le han pagado por tener relaciones sexuales alguna vez en la vida	63 5	196	23.2 (18.9-28.2)	31 4	77	22.9 (18.1-28.7)
Edad a la que recibió dinero por tener relaciones sexuales la primera vez (años)						
<15	65	10	8.2 (2.5-18.7)	21	2	3.8 (0.0-13.6)
15-17		38	68.6 (51.2-83.0)		9	50.2 (20.6-80.9)
≥18		17	23.2 (9.2-38.2)		10	46.0 (14.9-75.1)
Mediana (RIC)		16 (15-18)			17 (16-18)	
Actualmente recibe dinero por tener relaciones sexuales	636	65	6.8 (4.2-9.5)	31 4	21	5.5 (2.6-8.6)
Tiempo que tiene realizando trabajo sexual (años)						
<1	52	8	16.7 (4.0-29.7)	16	5	50.1 (1.0-81.4)
1-5		30	67.9 (51.3-83.6)		8	26.1 (7.8-61.6)
≥6		14	15.4 (6.6-27.4)		3	23.8 (0.0-58.5)
Mediana (RIC)		3 (1-6)			2.5 (0-4.5)	
Lugares principales de trabajo sexual						
Sitios fijos ¹	55	26	33.0 (17.8-51.3)	15	8	64.4 (20.6-88.5)
Sitio ambulantes ²		29	67.0 (48.7-82.2)		7	35.6 (11.5-79.5)
Relaciones sexuales a cambio de dinero con						
Hombres	62	52	79.7 (66.1-94.0)	19	14	82.4 (57.7-96.3)
Mujeres		2	5.2 (0-12.6)		0	0
Ambos		8	15.1 (3.8-29.2)		5	17.6 (3.7-42.4)
Tipo de práctica sexual con clientes masculinos						
Sexo anal insertivo	58	23	46.0 (26.1-65.9)	20	12	47.5 (22.7-84.6)
Sexo anal receptivo		24	41.5 (21.9-61.9)		7	48.6 (10.9-74.9)
Ambos		11	12.5 (3.7-24.3)		1	3.9 (0-11.0)
Pagó por un servicio sexual (Córdobas)						
≤200	57	31	71.4 (54.4-86.2)	18	15	70.3 (42.7-100)
>200		26	28.6 (13.8-45.6)		3	29.7 (0-57.3)
Mediana (RIC)		200 (200-400)			125 (50-200)	

Uso consistente de condón ³ con clientes en los últimos 30 días	59	26	38.1 (19.1-54.9)	17	6	14.6 (2.1-39.8)
Uso condón en la última relación sexual con un cliente	58	40	67.0 (46.3-82.4)	17	11	62.0 (26.2-90.4)
Esa última vez que usó condón con un cliente, usó el condón todo el tiempo de la penetración	39	38	95.6 (84.5-100)	11	11	100.0 ⁴
Ha estado en otro país para hacer trabajo sexual en los últimos 12 meses	60	7	12.9 (0.7-29.9)	18	3	18.5 (0-49.8)

¹ Sitios fijos incluyen: burdel, centro comercial, bar o night club, discoteca, sala de masaje, teléfono o Internet, cine o lugar de trabajo.

² Sitios ambulantes incluyen: carretera, calle o parque, a través de otra persona, parada de buses, barrio o colonia.

³ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

⁴ Dato no ajustado por RDSAT.

RIQ: rango intercuartílico.

Parejas comerciales

Pareja comercial se define como aquella persona a la que el participante le pagó para tener relaciones sexuales. El 7.4% de los participantes de Managua y 5.6% de los de Chinandega manifestaron que habían pagado por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses. De quienes habían pagado por tener relaciones sexuales, la mayoría manifestó haber pagado por sexo anal y oral. Sólo 16.4% de los de Managua afirmó haber pagado por sexo vaginal, mientras que en Chinandega esta proporción fue de 45.9%.

En referencia a la percepción del encuestado respecto a la identidad sexual de las personas a quienes les habían pagado por tener relaciones sexuales, más de un tercio en ambas ciudades los definieron como *gay* u homosexuales. El 41.0% de los participantes de Managua y 81.7% de los de Chinandega afirmaron que pagaron por tener relaciones sexuales a mujeres trabajadoras sexuales.

Cerca de 75% de los participantes en ambas ciudades reportaron haber usado condón en la última relación sexual con sus parejas comerciales. Sin embargo, sólo 56.2% de los de Managua y 26.6% de los de Chinandega reportaron haber usado consistentemente el condón con este tipo de parejas en los últimos 12 meses.



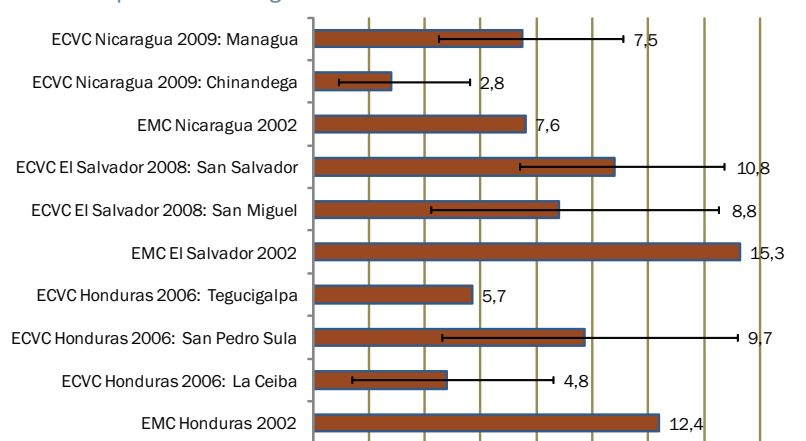
Cuadro VI.8. Parejas comerciales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Han tenido relaciones sexuales con parejas comerciales en los últimos 12 meses	635	55	7.4 (4.9-10.6)	313	17	5.6 (2.5-8.5)
Servicios sexuales que ha comprado en los últimos 12 meses ¹						
Sexo anal	51	28	53.9 (32.6-71.6)	17	9	62.2 (28.7-87.3)
Sexo oral		28	42.9 (24.5-59.7)		11	78.8 (52.5-95.0)
Masturbación		16	26.2 (12.4-41.9)		6	37.8 (6.8-69.5)
Sexo vaginal		7	16.4 (4.1-32.6)		8	45.9 (18.0-82.6)
Identidad sexual de la persona a la que pagó por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses						
Mujer heterosexual trabajadora sexual	50	21	41.0 (22.5-60.5)	17	14	81.7 (52.8-100)
Gay /homosexual		13	36.5 (16.9-54.3)		6	39.4 (8.5-72.2)
Hombre heterosexual		19	29.7 (13.7-48.9)		2	1.4 (0-4.2)
Uso consistente de condón ² con parejas comerciales en los últimos 12 meses	42	22	56.2 (33.8-74.7)	16	5	26.6 (2.6-59.1)
Uso de condón en la última relación sexual con pareja comercial	42	30	75.2 (55.7-89.2)	16	12	74.3 (44.2-99.9)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

² En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

Gráfica VI.4. Una comparación de los resultados de las ECVC y el EMC: Estimaciones de las prevalencias de VIH en los hombres que tienen sexo con hombres en los países de la región centroamericana



Últimas tres parejas sexuales

Más de la mitad de los participantes respondieron que su última relación sexual fue con su pareja estable, mientras que 29% en Managua y 43% en Chinandega respondieron que fue con una pareja ocasional. La última relación sexual de los participantes fue en su mayoría con hombres. Alrededor de un cuarto de los participantes de Managua afirmó haber utilizado condón en todas las relaciones sexuales con esta última pareja sexual, mientras que en los de Chinandega esta proporción fue de 29%.

Cuando se preguntó acerca de la penúltima relación sexual, 53.4% de los encuestados en Managua y 65.9% de los de Chinandega indicaron que esta fue una pareja ocasional. Cerca de tres cuartos de los entrevistados de ambas ciudades informaron que esta pareja fue un hombre, y el reporte de uso de condón durante la penúltima relación sexual fue de 51.6% entre los participantes de Managua y de 69.0% entre los de Chinandega.

En la penúltima relación sexual 54.7% de los participantes de Managua y 71.4% de los de Chinandega dijeron que fue con una pareja ocasional, de los cuales 85.0% en Managua y 75.2% en Chinandega indicaron que esta pareja fue un hombre.

Cuadro VI.9. Últimas tres parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Última pareja						
Pareja estable	626	424	67.9 (62.6-72.9)	312	184	57.2 (51.0-64.8)
Pareja ocasional		186	29.3 (24.5-34.5)		127	42.8 (35.1-48.9)
Pareja comercial		16	2.8 (1.0-4.8)		1	0.1 (0-0.4)
Cliente		0	0		0	0
Sexo de la última pareja						
Hombre	477	400	76.0 (69.4-82.0)	240	156	57.4 (47.9-66.9)
Mujer		77	24.0 (18.0-30.6)		84	42.6 (33.1-52.1)
Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con última pareja	620	308	46.6 (41.5-52.8)	311	184	60.0 (52.5-66.8)
Uso consistente de condón en todas las relaciones última pareja	625	210	29.0 (24.2-34.0)	312	95	29.2 (22.8-35.9)
Penúltima pareja						
Pareja estable	484	237	43.2 (36.5-49.1)	203	74	33.6 (23.9-42.8)
Pareja ocasional		234	53.4 (47.7-60.5)		128	65.9 (56.9-75.6)
Pareja comercial		13	3.5 (1.2-5.6)		1	0.6 (0.0-1.3)
Cliente		0	0		0	0

Sexo						
Hombre	372	325	85.0 (79.9-90.1)	93	74	75.2 (63.3-86.2)
Mujer		47	15.0 (9.9-20.1)		19	24.8 (13.8-36.7)
Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales	372	205	52.9 (45.8-59.8)	93	59	63.0 (51.6-75.4)
Uso consistente de condón en todas las relaciones con antepenúltima pareja	372	152	38.4 (31.5-45.5)	93	35	30.9 (20.3-44.5)

Parejas concurrentes

Entre los hombres que tienen sexo con hombres y población transgénero, 91.6% en Managua y 83.7% en Chinandega indicaron que sólo habían tenido una pareja estable en los últimos 12 meses. El 86% en Managua y el 78% en Chinandega reportaron haber tenido una sola pareja de cualquier tipo durante el mismo período.

Parejas sexuales concurrentes se define como tener dos o más parejas durante el mismo periodo de tiempo, definido como los 12 meses anteriores a la encuesta. En Managua de los que tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses, en 41.6% no hubo traslape en el tiempo entre ellas y 58.4% refirió haber tenido parejas concurrentes, mientras que en Chinandega 100% de quienes tuvieron más de una pareja fueron parejas concurrentes.

En referencia a los participantes que tuvieron parejas concurrentes en los últimos 12 meses se analizó la duración del traslape en días. Se observó que la mayor proporción de los encuestados de Managua se encontraron en el rango de traslape entre 31 a 365 días, y en Chinandega fue el 100% en el mismo rango de traslape. La mediana de duración del traslape fue de 35 días (RIQ: 16-171 días) para Managua y de 304 días (RIQ: 244 a 340 días) para Chinandega.



Cuadro VI.10. Parejas concurrentes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010¹

Concurrencia de parejas en los últimos 12 meses	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
1 pareja estable	204	179	91.6 (86.2-95.8)	84	72	83.7 (73.6-93.3)
1 sola pareja	338	267	86.0 (81.1-90.4)	192	156	78.1 (70.0-85.7)
2 o más parejas						
No hubo traslape en el tiempo	180	64	41.6 (31.4-53.0)	140	0	0
Concurrencia de parejas		116	58.4 (47.0-68.6)		140	100 ²
Duración de traslape (días) ²						
1	182	6	3.3	186	0	0
2-30		74	40.7		0	0
31-365		102	56.0		186	100
Mediana (RIC)		35 (16-171)			304 (244-340)	

¹ Se presenta información de los últimos 12 meses y fueron excluidos los sujetos que reportaron que su última relación con esa pareja fue en un período mayor al inicio de relación.

² Datos no ajustados por RDSAT.

Uso de alcohol y drogas

El 75.6% de los participantes de Managua y 66.4% de los de Chinandega refirieron haber tomado alcohol durante el último mes. Más de un tercio de los participantes de ambas ciudades habían ingerido cuatro o más tragos o bebidas alcohólicas en la misma ocasión en el último mes.

Cerca de un cuarto de los participantes de Managua y más de un tercio de los de Chinandega habían usado drogas en los últimos 12 meses, mientras que 10.8% de los encuestados de Managua y 24.7% de los de Chinandega dijeron que habían consumido drogas en los últimos 30 días.

La droga más consumida por los participantes en los últimos 12 meses previos a la entrevista fue la marihuana fumada por 16.5% de los de Managua y por 35.9% de los de Chinandega; seguida por el crack fumado o inhalado o la cocaína inhalada que fue reportada por 10.5% de los entrevistados de Managua y por 21.5% de los de Chinandega. En tercer lugar para ambas ciudades encontramos la ingesta de anfetaminas y benzodiacepinas.

El uso de drogas inyectables en el último mes fue reportado por 0.3% de los de Managua. De los participantes que se habían inyectado drogas en Managua y Chinandega, todos negaron haber compartido jeringas con alguien más.

Cuadro VI.11. Uso de alcohol y drogas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha tomado alcohol durante el último mes	637	498	75.6 (70.1-80.2)	315	219	66.4 (60.7-73.5)
Tomó cuatro o más tragos/bebidas en la misma ocasión en el último mes						
≥4	635	296	41.5 (35.4-47.0)	315	128	35.1 (29.5-42.3)
Uso drogas alguna vez en la vida	636	215	32.9 (27.7-38.5)	315	148	47.4 (40.6-54.3)
Uso drogas en los últimos 12 meses	633	150	24.5 (19.4-29.5)	314	121	39.2 (32.1-45.8)
Uso drogas en los últimos 30 días	634	69	10.8 (7.3-14.4)	315	79	24.7 (18.9-30.0)
Consumo de drogas, últimos 12 meses						
Fumado marihuana	636	92	16.5 (12.1-20.9)	315	108	35.9 (29.3-42.3)
Fumado o inhalado piedra o crack, inhalado cocaína		74	10.5 (7.1-14.0)		65	21.5 (15.5-27.9)
Inyectado cocaína o heroína		4	0.3 (0.0-0.8)		3	0.5 (0.0-0.6)
Inhalado thinner o resistol		7	1.1 (0.4-2.2)		11	2.9 (1.1-5.2)
Consumido éxtasis		5	0.3 (0.0-0.8)		9	2.3 (0.6-4.5)
Tomado anfetaminas		38	6.4 (3.9-9.2)		14	3.5 (1.3-6.3)
Se ha inyectado drogas alguna vez en la vida	634	2	0.3 (0-0.9)	315	1	0.0 (0-0.01)

Acceso a información sobre ITS, VIH o sida

Cerca de 30% de los entrevistados de ambas ciudades habían participado alguna vez en una encuesta acerca del VIH, y de éstos aproximadamente la mitad lo había hecho en los seis meses previos a la encuesta. El 36.3% y 49.9% de los entrevistados de Managua y Chinandega, respectivamente, habían participado en actividades de información o educación sobre el VIH y el sida en el último año. En Managua, los lugares más comunes en donde habían recibido esta información fueron alguna ONG (16.1%), universidades (7.9%), centros de estudios (5.6%) y centros de salud (4.1%). En Chinandega, los lugares más reportados fueron el centro de salud (14.0%), alguna ONG (10.5%), centros de estudios (8.4%) y otros lugares (17.9%).

Dentro de las ONG reportadas por los participantes de Managua 3.6% dijo haber asistido a PASMO; a Cepresi y a la Asociación de Hombres Contra la Violencia, 3.2% y 0.6%, respectivamente, y a Xochiquetzal 2.6%. En Chinandega 3.1%, a las ONG a donde asistieron fueron grupos de autoapoyo, a Cepresi 3.0%, a PASMO y a Cisas 1.8% a cada una.

El 8.7% de los de Managua y 4.2% de los de Chinandega se habían involucrado en el trabajo de organizaciones que hacen actividades para hombres que tienen sexo con hombres o población transgénero. En Managua, 2.6% reportó trabajar con la Asociación de Hombres Contra la Violencia, 1.8% con Cepresi y 1.2% con PASMO. En Chinandega, 2.1% reportó haber trabajado con Cepresi, 1.1% con PASMO y 1.0% con Xochiquetzal.

El 5.3% de los entrevistados de Managua y 4.4% de los de Chinandega afirmaron ser miembros de una organización de apoyo a hombres que tienen sexo con hombres o población trans. Cerca de dos tercios de los entrevistados de ambas ciudades indicaron que asisten a sitios públicos de reunión o ligue de parejas masculinas, tales como bares, discotecas o parques.

Cuadro VI.12. Educación sobre VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Previa participación en encuestas del VIH	637	233	26.9 (22.4-32.3)	315	123	33.3 (27.9-41.6)
Tiempo de participación previo a la encuesta (meses)						
≤6	231	117	53.2 (44.1-63.6)	123	65	49.9 (39.2-60.7)
>6 a ≤12		69	31.0 (21.3-39.6)		43	34.2 (25.1-45.6)
>12		45	15.8 (9.5-23.0)		15	15.9 (8.3-22.9)
Participación en actividades de información o educación sobre VIH y sida en el último año	637	280	36.3 (31.2-42.4)	315	167	49.9 (43.5-57.1)
Instituciones en las que participó en charlas y talleres¹						
Centro de salud	637	32	4.1 (2.3-6.8)	315	47	14.0 (9.1-18.3)
Centro de estudios		45	5.6 (3.5-8.2)		29	8.4 (4.9-12.3)
Universidad		38	7.9 (4.7-11.2)		--	--
ONG		158	16.1 (12.6-21.4)		57	10.5 (6.5-16.1)
Iglesias		9	1.1 (0.2-2.3)		0	0
Otros		53	6.4 (4.0-8.9)		46	17.9 (12.2-23.8)

Organizaciones en las que participó de charlas y talleres ¹						
PASMO	637	45	3.6 (2.1-5.9)	315	12	1.8 (0.4-4.1)
Cepresi		43	3.2 (1.9-5.2)		26	3.0 (0.8-5.8)
Asonvihsida		11	0.6 (0.2-1.3)		2	0.5 (0-1.4)
Red trans, Mesa trans		5	1.0 (0-2.9)		0	0
Nueva Esperanza, ANICP+VIDA		11	1.7 (0.3-3.3)		0	0
AHCV		29	3.2 (0.7-6.7)		--	--
Xochiquetzal		23	2.6 (1.3-4.2)		--	--
Cisas		--	--		8	1.8 (0.4-3.6)
Otras ONG		29	4.7 (2.3-7.2)		11	1.8 (0.5-3.6)
Grupos gay		20	0.9 (0.4-1.7)		2	1.0 (0-2.7)
Grupos de auto apoyo		13	1.4 (0.4-2.8)		8	3.1 (0.8-5.9)
Trabaja en organizaciones con actividades para hombres que tienen sexo con hombres o población transgénero	637	109	8.7 (5.7-11.9)	314	25	4.2 (1.9-7.7)
Organizaciones donde ha trabajado ¹						
Cepresi	637	21	1.8 (0.6-4.2)	315	16	2.1 (0.6-4.8)
Red trans		4	0.1 (0-0.2)		1	0 (0-0.1)
PASMO		21	1.2 (0.6-2.0)		5	1.1 (0.2-3.1)
Nueva Esperanza, Asonvihsida		9	4.0 (1.2-11.2)		0	0
Xochiquetzal		8	1.2 (0.2-2.6)		5	1.0 (0-2.7)
AHCV		28	2.6 (0.7-4.6)		--	--
Otras ONG', AMGLIM, IDSDH Otros		39	24.7 (11.0-38.5)		--	--
Pertenece a organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres o trans	637	74	5.3 (3.7-8.6)	313	22	4.4 (1.9-7.7)
Organización o grupo a la cual pertenece						
Cepresi		5	0.2 (0-0.6)		10	1.8 (0.3-4.2)
Red trans		1	0.0 (0.0-0.1)		2	0.2 (0.0-0.3)

PASMO	636	4	0.6 (0-1.8)	313	4	1.7 (0.2-3.2)
Nueva Esperanza, Asonvihsida		10	0.4 (0.1-0.9)		--	--
AHCV		19	2.2 (0.7-4.3)		--	---
Otra		38	1.7 (1.0-3.2)		8	1.5 (0.2-3.0)
No asiste a ninguna		563	95.0 (91.7-96.6)		29 1	95.6 (92.4-98.1)
Asiste a sitios públicos de reunión o de ligue de parejas masculinas	637	482	69.0 (63.1-74.1)	315	23 6	70.3 (64.0-77.1)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Acceso a condones

Cerca de 90% de participantes de ambas ciudades opinaron que conseguir un condón era fácil o muy fácil. En ambas ciudades, la mediana del costo del último condón comprado fue de 5 Córdobas.

En Managua reportaron que los principales lugares donde se consiguen condones fueron: clínica privada o farmacia (86.7%); supermercados, tiendas o gasolineras (62.6%); y centro de salud u hospital (61.6%). Para Chinandega, los principales lugares identificados fueron: centro de salud u hospital (72.8%), clínica privada o farmacia (63.6%), y amigos (49.1%).

En Managua 16.6% y 4.3% en Chinandega, informaron que podían conseguir condones en una ONG. Las ONG en donde los participantes podían conseguir condones en la ciudad de Managua fueron: Xochiquetzal (3.6%), Cepresi (3.4%) y Pasmo (3.2%); mientras que en Chinandega, 1.9% indicó que los podían conseguir en Cepresi y 1.4% en Pasmo.

La mayoría de los entrevistados de Managua y de Chinandega reportaron que la última vez que obtuvieron un condón gratis fue a través de familiares y amigos, 10.2% de los de Managua y 35.1% de los de Chinandega los recibieron en clínicas, hospitales o por parte del personal de salud.

El 65.5% de los participantes de Managua y 37.8% de los de Chinandega aseguraron que alguna vez habían utilizado lubricantes durante las relaciones sexuales. En Managua los participantes dijeron que los lubricantes utilizados la mayoría de las veces son los fabricados con base de agua (48.7%), saliva (21.1%) y lubricantes a base de aceite (21.0%); mientras que en Chinandega la mayor proporción reportada fueron los lubricantes hechos con una base oleosa (8.3%), con saliva (7.4%) y los de base de agua (4.3%).

Cuadro VI.13. Acceso a condones y lubricantes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Conseguir un condón es						
Fácil/muy fácil	636	576	88.7 (84.8-92.1)	315	278	88.3 (83.4-92.9)
Difícil/muy difícil		60	11.3 (7.9-15.2)		37	11.7 (7.1-16.6)
Dinero pagado por cada condón durante la última compra (Córdobas)						
Mediana (RIC)	633	5 (3-5)			189	5 (3-7)
¿Dónde puede conseguir condones? ¹						
Supermercado/tiendas/gasolineras	635	409	62.6 (56.9-68.5)	315	105	32.6 (25.6-38.8)
Clínica privada/farmacia		557	86.7 (82.3-90.4)		200	63.6 (56.3-70.0)
Centro de salud/hospital		402	61.6 (56.4-66.9)		230	72.8 (66.3-79.7)
Night club, bar, disco/motel, hotel		281	39.6 (34.2-45.0)		63	20.3 (14.9-25.0)
Educador		139	16.5 (12.6-20.6)		28	7.9 (4.5-11.8)
Amigos		333	45.8 (40.2-51.1)		151	49.1 (41.1-56.1)
Familia		4	0.4 (0.1-1.0)		34	4.9 (2.9-9.0)
ONGs		161	16.6 (12.7-20.5)		33	4.3 (2.3-8.1)
Otros lugares		30	5.0 (2.9-7.8)		7	2.3 (0.4-4.7)
ONG donde puede conseguir condones ¹						
AHCV	635	13	1.0 (0.1-2.2)	315	--	--
CEPRESI		43	3.4 (2.2-5.1)		24	1.9 (0.8-4.6)
PASMO		33	3.2 (1.8-4.7)		8	1.4 (0.2-3.3)
Xochiquetzal		28	3.6 (1.6-5.7)		--	--
ANICP+VIDA, ASONVIHSIDA		15	0.7 (0.2-1.4)		--	--
Otras ONGs, Simujer, Ixchen		46	6.6 (4.1-9.2)		10	2.2 (0.6-4.8)
Dónde recibió condones gratis la última vez						
Clínica u hospital/ Personal de salud		36	10.2 (6.4-14.3)		72	35.1 (26.6-43.6)
CEPRESI		12	1.1 (0.4-2.2)		9	2.6 (0.6-6.4)
PASMO		8	1.5 (0.4-3.3)		--	--

Xochiquetzal		5	2.8 (0.1-6.4)		--	--
ANICP+VIDA, ASONVIHSIDA		15	0.7 (0.2-1.4)		--	--
Otras ONGs, Simujer, Ixchen		46	6.6 (4.1-9.2)		10	2.2 (0.6-4.8)
Dónde recibió condones gratis la última vez						
Clínica u hospital/ Personal de salud		36	10.2 (6.4-14.3)		72	35.1 (26.6-43.6)
CEPRESI		12	1.1 (0.4-2.2)		9	2.6 (0.6-6.4)
PASMO		8	1.5 (0.4-3.3)		--	--
Xochiquetzal	287	5	2.8 (0.1-6.4)	192	--	--
Otras ONG + AHCV /educador, promotor		43	13.1 (7.0-19.0)		9	3.0 (0.5-6.2)
Bar, cantina/ hotel, casa de huéspedes, motel		15	5.1 (2.0-9.4)		0	0
Familiares /amigos		154	61.9 (53.1-70.3)		97	57.7 (48.8-66.1)
Lugar de trabajo, otros lugares		14	3.9 (1.3-8.5)		5	1.6 (0.1-3.7)
Ha utilizado lubricantes alguna vez durante las relaciones sexuales	637	468	65.5 (59.0-71.2)	315	153	37.8 (31.6-45.2)
Tipo de lubricantes usados durante las relaciones sexuales¹						
Lubricantes a base de agua		386	49.5 (43.1-55.4)		129	31.5 (25.8-38.5)
Lubricantes a base de aceite		132	21.0 (16.7-26.0)		28	8.3 (4.5-12.3)
Productos de cocina	636	1	0.2 (0.0-0.5)	315	3	0.3 (0-0.6)
Gel vaginal		48	9.4 (6.2-13.0)		14	4.2 (1.8-7.1)
Saliva		157	21.3 (16.8-26.0)		30	7.4 (4.3-11.2)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta
RIQ: rango intercuartílico.

Acceso a servicios de diagnóstico del VIH

Cerca de la mitad de los participantes de Managua y casi 60% de los de Chinandega afirmaron que en la comunidad existe la posibilidad de hacerse la prueba del VIH de manera confidencial. El 48.2% de los participantes de Managua y un tercio de los de Chinandega se habían hecho la prueba alguna vez en la vida.

Entre los participantes que obtuvieron su resultado durante la última prueba del VIH, 3.3% indicó que éste fue positivo en Managua, mientras que en Chinandega esta proporción fue de 0.7%.

De los entrevistados que afirmaron haberse realizado la prueba alguna vez aproximadamente dos tercios, para ambas ciudades, dijeron que su última prueba se realizó en un

período menor a un año antes de la entrevista. Tanto en Managua como en Chinandega identificaron que el centro de salud u hospital público fueron los lugares en donde con mayor frecuencia se habían hecho la prueba del VIH. Aproximadamente una décima parte de los entrevistados de ambas ciudades se hizo la última prueba en la ONG Xochiquetzal. El 8.2% en, en Managua y 7.0% en Chinandega.

Más de la mitad de los participantes de ambas ciudades no se había realizado la prueba del VIH; y de quienes se la habían hecho alguna vez 1.3% de los de Managua y 0.2% de los de Chinandega afirmaron conocer que eran positivos para el VIH.

De los 17 participantes de Managua que dijeron ser personas con VIH, 14 asisten a control médico del VIH, y en Chinandega las dos personas que autorreportaron ser VIH positivas asisten a sus controles por esta condición. En Managua de los 14 entrevistados que asisten a control médico, 13 afirmaron estar en tratamiento antirretroviral y en Chinandega, sólo una.

Cuadro VI.14. Pruebas voluntarias de VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero. por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
En su comunidad existe la posibilidad de hacerse la prueba del VIH de manera confidencial	630	340	47.7 (42.2-53.3)	311	187	58.8 (52.0-65.8)
Se ha hecho la prueba del VIH alguna vez	637	338	48.2 (37.9-49.6)	315	119	31.6 (25.7-39.9)
Periodo de tiempo desde la última prueba de VIH						
≤1 año	338	235	62.2 (52.9-69.4)	119	92	71.3 (59.4-82.4)
>1 año		103	37.8 (30.6-47.1)		27	28.7 (17.6-40.6)
Recibió consejería al realizarse la prueba del VIH						
Sí, antes de la prueba	338	199	54.7 (45.4-62.0)	119	72	54.8 (42.3-65.4)
Sí, al recibir el resultados de la prueba		21	7.6 (4.0-12.4)		6	10.4 (2.4-17.9)
Sí, antes y al recibir el resultado		22	3.6 (1.8-6.0)		19	15.7 (8.2-26.3)
No recibió consejería		96	34.1 (26.6-42.8)		22	19.1 (11.0-29.8)
Averiguó el resultado de la última prueba del VIH	338	319	94.6 (89.7-97.3)	119	112	91.8 (84.8-98.1)
El resultado de su prueba fue						
Negativo	319	302	95.7 (91.5-98.5)	112	110	99.3 (98.1-100.0)
Positivo		15	3.3 (0.8-7.3)		2	0.7 (0.0-1.9)
No responde		2	0.9 (0.0-2.6)		0	0

Lugar donde se hizo la última prueba del VIH						
Centro de salud/hospital publico	335	136	49.5 (41.1-57.6)	119	62	54.5 (40.3-65.3)
Clínica o laboratorio privado		64	19.7 (13.5-26.1)		10	4.1 (1.1-9.0)
Campaña “Hazte la prueba”/clínica móvil/ambulancia		55	12.4 (7.3-18.2)		21	16.7 (7.2-26.9)
ONG		55	11.9 (7.7-18.6)		18	12.3 (5.5-24.5)
Banco de sangre/Cruz Roja		16	4.8 (2.2-7.6)		1	0.4 (0-1.2)
Otros		9	1.7 (0.3-2.9)		7	12.0 (4.0-20.6)
ONG donde se hizo la última prueba del VIH						
CEPRESI	338	5	0.7 (0.1-1.6)	119	3	1.1 (0.0-3.1)
Xochiquetzal		34	8.2 (5.0-14.7)		10	7.0 (2.4-19.5)
SIMUJER		11	2.1 (0.4-5.8)		--	--
Otras ONG		5	0.9 (0.1-1.7)		5	3.8 (0.6-7.8)
Es una persona con el VIH						
No	637	314	40.7 (35.4-46.8)	315	113	29.9 (24.0-37.7)
Sí		17	1.3 (0.1-3.3)		2	0.2 (0.0-0.6)
No sabe		7	0.9 (0.2-1.9)		4	1.4 (0.1-3.1)
No se ha hecho la prueba		299	57.1 (50.7-62.3)		196	68.5 (60.7-74.6)
Actualmente está asistiendo a control médico del VIH	17	14	87.3 (44.8-100)	2	2	100.0 ¹
Actualmente está tomando antirretrovirales	14	13	97.4 (74.2-100)	2	1	50.0 ¹

¹ Dato crudo.

Discriminación y estigma

El 15.8% de los participantes de Managua y 7.7% de los de Chinandega reportaron haber sufrido abuso o maltrato por ser hombres que tienen sexo con hombres o población transgénero en el último año. El tipo de abuso o maltrato más reportado fue el verbal (93.9% en Managua y 70.7% en Chinandega) y el maltrato físico (34.6% en Managua y 55.7% en Chinandega). En ambas ciudades, ese abuso o maltrato fue en su mayoría por parte de personas conocidas: familia, amigos, parejas, compañeros de trabajo o estudios, y vecinos.

El 3.8% y 6.3% de los entrevistados de Managua y Chinandega, respectivamente, reportaron que habían tenido algún abuso o maltrato en las instituciones de salud. Por otra parte, 38.5% de los de Managua y 21.3% de los de Chinandega afirmaron que consideraban necesario ocultar su condición de hombres que tienen sexo con hombres y de población transgénero al recibir servicios médicos. Proporciones similares indica-

ron que tenían temor que registraran en su expediente detalles sobre su orientación o identidad sexual.

Cerca de la mitad de los encuestados en Managua y más de un cuarto de los de Chinandega manifestaron que sus familias conocían su condición de ser hombres que tienen sexo con hombres o población transgénero, no obstante, 33.9% y 18.2% de los participantes de Managua y de Chinandega, respectivamente, indicaron que alguien de su familia les había mostrado desprecio o rechazo por esta condición.

Alrededor de 85% de los participantes de ambas ciudades afirmaron que cuentan con alguien que los pueda acompañar al doctor o a un hospital en caso de necesitarlo.

Cuadro VI.15. Discriminación y estigma, en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por ser hombre que tiene sexo con hombre o trans en el último año	636	147	15.8 (12.3-20.0)	315	38	7.7 (4.8-11.1)
Abuso o maltrato sufrido ¹						
Violación sexual	147	3	0.4 (0-1.4)	38	1	1.6 (0-5.7)
Maltrato físico		48	34.6 (22.8-47.3)		16	55.7 (33.0-74.1)
Extorsión/chantaje, robo/asalto		35	18.2 (10.0-29.4)		5	9.1 (1.5-20.8)
Verbal		135	93.9 (87.7-98.1)		29	70.7 (50.9-90.2)
Persona que la maltrató o abusó ¹						
Familia/amigos/pareja estable/ pareja ocasional	147	70	59.5 (44.6-70.0)	38	26	73.3 (52.6-87.1)
Compañeros de trabajo o estudio, vecinos		48	40.9 (29.5-54.4)		11	25.1 (10.9-45.1)
Desconocido/cliente		63	36.2 (25.3-49.2)		7	11.6 (2.7-23.9)
Policías/personas de salud		18	7.6 (2.6-13.5)		7	8.5 (1.9-17.8)
Alguna vez ha tenido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por ser hombre que tiene sexo con hombres o persona trans	636	51	3.8 (2.4-6.2)	315	24	6.3 (3.6-10.3)
Considera necesario ocultar que es hombre que tiene sexo con hombre o trans al recibir servicios médicos	635	218	38.5 (33.1-44.2)	315	65	21.3 (15.6-27.5)
Tiene algún temor de que registren en su expediente que es hombre que tiene sexo con hombre o transgénero cuando recibe servicios médicos	635	205	39.3 (33.7-44.8)	315	76	26.7 (20.7-32.7)

La familia sabe que es hombre que tiene sexo con hombres o transgénero	636	382	48.6 (43.1-54.7)	315	125	29.0 (22.9-37.5)
Personas que saben que usted es un hombre que tiene sexo con hombres						
Nadie		28	7.4 (4.0-11.2)	315	41	16.7 (11.4-21.9)
Familia (padres, hermanos, hijos)		347	47.1 (42.1-52.6)	315	123	35.1 (28.3-42.6)
Escuela/trabajo		220	26.8 (22.5-31.8)	315	79	19.5 (14.3-25.3)
Amigos/vecinos		477	73.0 (68.1-77.8)	315	198	61.2 (53.9-67.9)
Solamente las parejas		102	10.6 (7.7-14.0)	315	40	8.4 (4.9-12.8)
Todos		275	41.0 (35.8-46.4)	315	173	57.5 (50.7-64.3)
Otras personas		51	8.0 (5.4-10.7)	315	4	1.0 (0.2-2.1)
Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo/a ha ofendido por ser hombre que tiene sexo con hombres o persona trans	629	242	33.9 (28.7-39.4)	315	74	18.2 (12.8-23.7)
Cómo ha influido ese rechazo en sus relaciones familiares						
La excluyeron de convivencias familiares		30	11.1 (5.6-17.8)		6	11.5 (1.9-22.6)
Ha tenido que cambiar de domicilio		37	11.4 (6.6-17.5)		8	10.8 (2.4-22.7)
Violencia física contra usted	240	53	18.1 (10.9-25.4)	74	28	32.1 (17.5-44.0)
Violencia sexual contra usted		6	2.1 (0.3-5.2)		2	1.2 (0-3.4)
Violencia verbal contra usted		208	91.4 (86.7-95.8)		68	90.4 (79.2-98.8)
Alguna vez le negaron alguno de los siguientes servicios por ser hombres que tiene sexo con hombre o transgénero						
No me han negado ningún servicio		510	87.1 (83.4-90.1)		267	87.8 (83.2-92.2)
Al comprar o alquilar una vivienda		22	3.1 (1.5-5.1)		1	0.2 (0-0.8)
Atención en tienda o restaurante		35	2.6 (1.2-4.3)		17	4.8 (2.0-8.1)
Atención médica o dental	636	18	0.9 (0.4-1.7)	315	8	2.4 (0.7-4.9)
Servicios religiosos, espirituales		42	3.4 (2.0-5.4)		10	1.9 (0.6-3.4)
Diversión o recreación		29	3.5 (1.7-5.9)		12	2.4 (0.9-4.4)
Hospedaje		34	3.7 (2.1-5.5)		24	7.4 (3.9-11.5)
Cuenta con alguien que le pueda acompañar al doctor o a un hospital, en caso de que lo necesite	637	567	85.9 (81.7-89.6)	315	268	84.3 (79.1-89.4)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH

Alrededor de la mitad de los encuestados en Managua tuvieron un índice adecuado de conocimientos respecto a la prevención y transmisión del VIH, mientras que en Chinandega esta proporción fue de 25.1%.

El 93.4% y el 83.8% de los Managua y de los de Chinandega, respectivamente, reconocieron que el uso consistente y correcto del condón es una forma adecuada para prevenir la infección por el VIH, mientras que 81.3% de los de Managua y 71.7% de los de Chinandega afirmaron conocer que el VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada.

La mayoría de los participantes reportaron que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH. Menos de la mitad de los entrevistados de Chinandega conocían que el VIH no se puede transmitir por la picadura del zancudo.

Cuadro VI.16. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	N	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención y transmisión ¹	632	323	51.5 (46.0-57.5)	312	89	25.1 (18.9-31.4)
Conocimientos adecuados respecto a la prevención						
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	636	593	93.4 (90.5-95.8)	310	267	83.8 (78.5-88.9)
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	634	506	81.3 (77.1-85.5)	311	228	71.7 (64.9-78.1)
Conocimientos adecuados respecto a la transmisión						
El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo	591	466	78.0 (72.6-83.1)	315	170	47.5 (41.3-54.8)
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos con alguien infectado con el VIH	628	572	89.2 (85.5-92.6)	315	236	71.3 (64.6-78.1)
Cree usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	628	575	91.1 (88.1-94.2)	302	252	83.0 (77.6-88.4)
El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo/a	628	588	93.1 (90.1-95.8)	307	287	92.7 (88.8-96.4)

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 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?

Percepción de riesgo de la infección por el VIH

Según los entrevistados de Managua las personas que tienen un mayor riesgo de infectarse con el VIH son: los hombres que tienen sexo con hombres o *gays* (62.2%), las trabajadoras sexuales (55.4%), los que tienen varias parejas (42.5%), y los que no se protegen (40.5%), mientras que los entrevistados de Chinandega identificaron de manera similar a los hombres que tienen sexo con hombres o *gays* (74.3%), a las trabajadoras sexuales (63.3%), a los que no se protegen (54.2%), y a quienes tienen varias parejas sexuales (42.3%).

Cuadro VI.17. Percepciones de riesgo de infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
¿Qué personas cree usted que tienen más riesgo de infectarse con el VIH?¹						
Todas las personas	628	247	37.3 (32.6-42.9)	303	47	11.4 (7.2-16.3)
Trabajadoras sexuales		354	55.4 (50.0-61.5)		19	63.3 (56.1-70.7)
Hombres que tienen sexo con hombres/ <i>gay</i>		388	62.2 (57.4-67.2)		21	74.3 (67.9-81.0)
Trans		220	31.4 (26.2-36.9)		54	15.5 (10.6-20.7)
Bisexuales		214	33.9 (29.2-39.5)		57	18.4 (12.9-24.2)
Heterosexuales/hombres/mujeres/ Jóvenes/amas de casa/los que tienen relaciones sexuales		131	18.5 (14.9-23.3)		89	30.9 (24.9-37.7)
Los que usan drogas		239	37.3 (32.5-42.9)		75	19.9 (14.3-25.9)
Los que no tienen información		171	23.9 (20.0-29.5)		33	9.0 (5.1-13.2)
Los que no se protegen		268	40.5 (35.4-46.2)		15	54.2 (46.7-61.7)
Los que tienen varias parejas		272	42.5 (37.2-48.2)		11	42.3 (35.0-49.3)
Otras personas		31	6.0 (3.4-9.4)		21	4.4 (2.0-7.1)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Antecedentes de ITS y acceso a servicios de salud

El 37.3% de los participantes de Managua y 18.5% de los de Chinandega reportaron haber tenido síntomas de infecciones de transmisión sexual en los 12 meses previos a la entrevista. El 4.0% de los encuestados de Managua y 1.4% de los de Chinandega

afirmaron que al momento de la entrevista tenían algún síntoma de infección de transmisión sexual. De los entrevistados que habían tenido secreción, pus, una úlcera o llaga en el área de sus genitales sólo 18.2% de los de Managua y 21.0% de los de Chinandega buscaron atención la última vez que presentaron estos síntomas.

Cuadro VI.18. Síntomas de ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha escuchado sobre las enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas	637	609	95.3 (92.7-97.6)	313	241	71.4 (64.4-78.5)
Síntomas conocidos de infecciones de transmisión sexual en los hombres por el participante						
Secreción o flujo por el pene	565	441	74.4 (69.1-79.5)	224	174	76.9 (70.1-83.8)
Dolor/ardor al orinar		350	56.1 (50.3-62.0)		145	65.2 (58.0-73.9)
Úlceras/llagas/granos en genitales o ano		382	64.7 (58.8-70.1)		138	55.7 (47.2-64.1)
Ganglios inflamados/secas		136	20.1 (15.7-25.3)		58	24.2 (17.9-32.4)
Verruga/cresta de gallo/condiloma		299	52.6 (47.4-58.6)		123	55.9 (47.0-64.4)
Dolor en la parte baja del abdomen		141	23.9 (19.3-28.8)		26	6.8 (3.4-11.3)
Picazón en genitales/piojillo		275	44.4 (38.9-50.6)		104	45.4 (37.1-53.8)
Mal olor en las partes		175	27.8 (22.7-33.6)		68	28.4 (22.4-36.8)
No conozco ningún síntoma		30	7.3 (4.2-10.5)		23	9.5 (4.8-15.8)
Ha tenido síntomas de ITS en los últimos 12 meses	637	229	37.3 (32.0-42.8)	315	60	18.5 (13.4-24.0)
Actualmente, tiene algún síntoma de infección de transmisión sexual o enfermedad venérea	629	12	4.0 (1.4-7.0)	311	6	1.4 (0.1-3.7)
Buscó ayuda la última vez que tuvo secreción, pus, úlcera o llaga en el área genital	350	62	18.2 (13.1-25.0)	167	35	21.0 (13.8-29.9)
Tomó o se aplicó toda la medicina que le recetaron	59	54	92.9 (81.7-99.7)	34	26	74.8 (55.2-92.5)

Prevalencias del VIH e ITS

Todas la ITS diagnosticadas tuvieron mayor prevalencia en Managua que en Chinandega, destacándose el virus de herpes tipo 2 con una prevalencia de 39.9% en Managua.

La prevalencia del VIH encontrada en los hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero de Managua fue de 7.5% (IC 95%: 4.5-11.1%), mientras que en Chinandega se encontró una prevalencia de 2.8% (IC 95%: 0.9-5.6%).

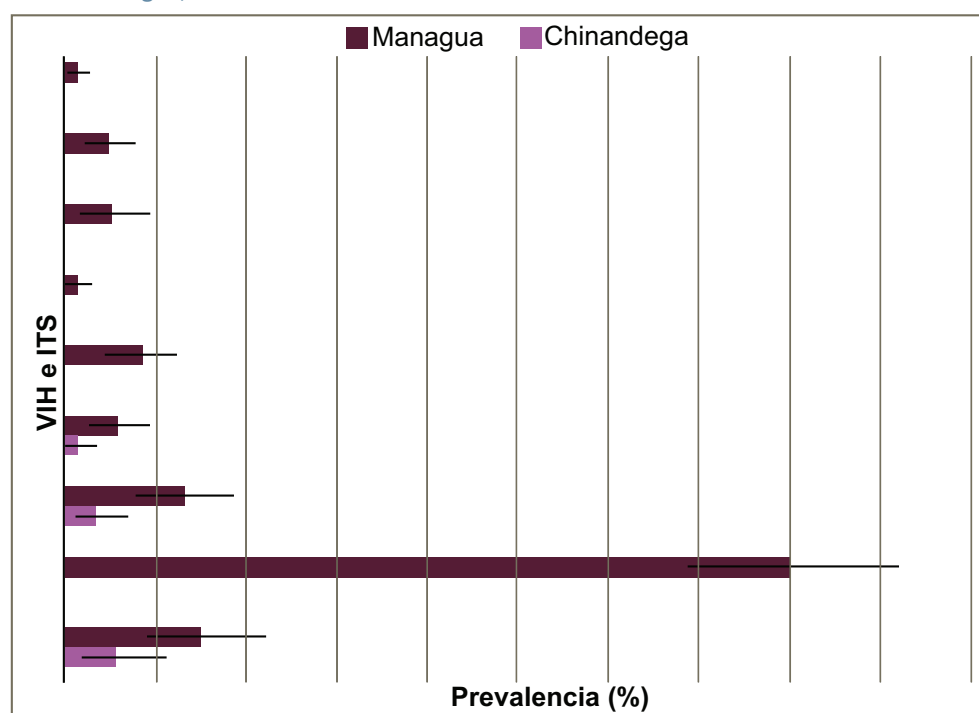
El virus del herpes tipo 2 fue la infección más prevalente en Managua (39.9%; IC 95%: 34.4 a 46.0%); la prevalencia de sífilis fue de 6.6% (IC 95%: 3.9 a 9.3%) en Managua y de 1.7% (IC 95%: 0.6 a 3.5%) en Chinandega; la prevalencia de sífilis activa fue de 2.9% (IC 95%: 1.3 a 4.7%) en Managua y de 0.7% (IC 95%: 0.0 a 1.8%) en Chinandega.

En los participantes de Managua las ITS diagnosticadas en orina tuvieron las siguientes prevalencias: M. genitalium 2.4% (IC 95%: 1.1 a 3.9%); C. trachomatis 1.5% (IC 95%: 0.5 a 2.9%); N. gonorrhoeae 1.0% (IC 95%: 0 a 2.1%), y T. vaginalis 0.7% (IC 95%: 0.1 a 1.4%). Para las diagnosticadas en hisopados anales los resultados fueron C. trachomatis 2.3% (IC 95%: 1.0 a 3.7%), y N. gonorrhoeae 1.4% (IC 95%: 0.4 a 2.6%).

En Managua las ITS diagnosticadas en muestra de orina y en hisopado anal, tuvieron una prevalencia general de 2.6% (IC 95%: 0.8 a 4.7%) para N. gonorrhoeae y de 4.3% (IC 95%: 2.2 a 6.2%) para C. trachomatis.

Al momento de la encuesta, 24.9% (IC 95%: 18.9 a 29.7%) de los participantes de Managua y 4.7% (IC 95%: 2. a 8.0%) de los de Chinandega presentaban alguna ITS o el VIH. En Managua la prevalencia del VIH fue de 18.8% (IC 95%: 2.5 a 8.6%) en la población

Gráfica VI.5. ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero. ECVC Nicaragua, 2009-2010



Cuadro VI.19. Prevalencia del VIH y de otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	N	% (95% IC)
VIH	639	50	7.5 (4.5-11.1)	311	12	2.8 (0.9-5.6)
Virus de herpes tipo 2	632	293	39.9 (34.4-46.0)	----	----	----
Sífilis	641	52	6.6 (3.9-9.3)	310	9	1.7 (0.6-3.5)
Sífilis activa	641	26	2.9 (1.3-4.7)	310	4	0.7 (0.0-1.8)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	512	15	2.6 (0.8-4.7)	----	----	----
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (orina)	643	3	1.0 (0-2.1)	----	----	----
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (hisopado anal)	511	12	1.4 (0.4-2.6)	----	----	----
<i>Chlamydia trachomatis</i>	516	29	4.3 (2.2-6.2)	----	----	----
<i>Chlamydia trachomatis</i> (orina)	643	11	1.5 (0.5-2.9)	----	----	----
<i>Chlamydia trachomatis</i> (hisopado anal)	511	18	2.3 (1.0-3.7)	----	----	----
Linfogranuloma venéreo	511	4	0.7 (0-1.5)	----	----	----
<i>Mycoplasma genitalium</i>	643	16	2.4 (1.1-3.9)	----	----	----
<i>Trichomonas vaginalis</i>	643	4	0.7 (0.1-1.4)	----	----	----
VIH o alguna ITS ^{1,2}	530	147	24.9 (18.9-29.7)	309	21	4.7 (2.4-8.0)
Alguna ITS ³	526	110	17.6 (12.5-21.6)			

¹ VIH o sífilis o *C. trachomatis* o *M. genitalium* o *N. gonorrhoeae* o *T. vaginalis*

² Para Chinandega sólo incluye el VIH y la sífilis.

³ Sífilis o *C. trachomatis* o *M. genitalium* o *N. gonorrhoeae* o *T. vaginalis*.

transexual, travesti y transgénero; de 10.6% (IC 95%: 2.2 a 16.8%) en las personas que se autoidentificaron como *gay*, y de 5.1% (IC 95%: 5.2 a 16.8%) en las personas que se autoidentificaron como heterosexuales o bisexuales. En Chinandega la prevalencia del VIH fue de 14.6% (IC 95%: 3.4 a 55.0%) en la población transexual, travesti y transgénero; de 4.6% (IC 95%: 0.0 a 12.0%) en las personas que se autoidentificaron como *gay*, y de 2.5% (IC 95%: 0.2 a 5.3%) en quienes se autoidentificaron como heterosexuales o bisexuales.

La prevalencia de sífilis en Managua fue de 23.8% (IC 95%: 7.8 a 49.8%) en la población transexual, travesti y transgénero; de 5.6% (IC 95%: 2.6 a 9.5%) en las personas que se autoidentificaron como *gay*, y de 5.0% (IC 95%: 1.7 a 8.5%) en quienes se autoidentificaron como heterosexuales o bisexuales. En Chinandega no se encontraron casos de

sífilis en la población transexual, travesti y transgénero; de 4.2% (IC 95%: 0.0 a 8.2%) en las personas que se autoidentificaron como *gay*, y de 1.3% (IC 95%: 0.3 a 3.2%) en quienes se autoidentificaron como heterosexual o bisexuales.

En Managua la prevalencia del virus del herpes tipo 2 fue de 80.8% (IC 95%: 59.2 a 94.7%) en la población transexual, travesti y transgénero; de 48.4% (IC 95%: 41.3 a 58.4%) en las personas que se autoidentificaron como *gay*, y de 30.4% (IC 95%: 23.4 a 38.0%) en las personas que se autoidentificaron como heterosexuales o bisexuales.

Cuadro VI.20. Prevalencia del VIH e ITS, según autoidentificación sexual en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad, ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	N	% (95% IC)
VIH						
Gay	299	26	10.6 (5.2-16.8)	77	3	4.6 (0-12.0)
Heterosexual/bisexual	274	18	5.1 (2.2-8.7)	219	5	2.5 (0.2-5.3)
Transexual, travesti, transgénero	59	6	18.8 (2.5-38.6)	17	4	14.6 (3.4-55.0)
Sífilis						
Gay	302	22	5.6 (2.6-9.5)	77	4	4.2 (0-8.2)
Heterosexual/bisexual	275	15	5.0 (1.7-8.5)	219	5	1.3 (0.3-3.2)
Transexual, travesti, transgénero	57	13	23.8 (7.8-49.8)	17	0	0 (0-0)
Virus de herpes 2						
Gay	295	147	48.4 (41.3-58.4)	----	----	----
Heterosexual/bisexual	272	96	30.4 (23.4-38.0)	----	----	----
Transexual, travesti, transgénero	58	48	80.8 (59.2-94.7)	----	----	----

En Managua, la prevalencia del VIH fue de 7.2% (IC 95%: 2.0 a 12.7%) en las personas que informaron tener solamente una pareja estable, en los últimos 12 meses; de 8.3% (IC 95%: 1.3 a 17.1%) en quienes tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, pero sin traslape entre ellas; y de 18.0% (IC 95%: 4.8 a 31.5%) para aquellos que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, entre las que sí hubo concurrencia. En la ciudad de Chinandega la prevalencia del VIH en los participantes que tuvieron traslape de dos o más parejas en los últimos 12 meses fue de 2.5% (IC 95%: 0.1 a 5.6%) y de 2.1% (IC 95%: 0.0 a 4.7%) entre los que tuvieron sólo una pareja estable en los últimos 12 meses. La prevalencia del VIH en los que reportaron tener una sola pareja de cualquier tipo fue menor que en quienes reportaron una sola pareja estable en ambas ciudades.

La prevalencia de sífilis entre los participantes de Managua fue de 4.8% (IC 95%: 1.0 a 9.1%) en quienes tuvieron parejas concurrentes con traslape en los últimos 12 meses; de 9.0% (IC 95%: 3.2 a 15.3%) en los que reportaron una sola pareja estable, en los últi-

mos 12 meses; y de 0.0% entre los participantes que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, pero no hubo traslape entre ellas. Para la ciudad de Chinandega la prevalencia de sífilis fue de 1.4% (IC 95%: 0.0 a 3.2) entre los participantes que tuvieron una pareja estable en los últimos 12 meses y de 1.6% (IC 95%: 0.0 a 4.1) para los entrevistados con traslape de 2 o más parejas en el mismo período de tiempo.

En Managua la prevalencia del virus de herpes tipo 2 fue de 48.3% (IC 95%: 34.9 a 61.8%) entre los entrevistados que afirmaron tener concurrencia de parejas en los últimos 12 meses; mientras que fue alrededor de 37% para los participantes que sólo tuvieron una pareja estable, y alrededor de 34% entre aquellos que tuvieron más de una pareja, pero sin traslape, en los últimos 12 meses.

Cuadro VI.21. Prevalencia del VIH e ITS, según parejas concurrentes en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad, ECVN Nicaragua, 2009-2010

Concurrencia de parejas en los últimos 12 meses	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
VIH						
1 pareja estable	178	13	7.2 (2.0-12.7)	71	3	2.1 (0-4.7)
1 sola pareja	265	17	6.0 (2.1-9.4)	155	7	2.0 (0.1-4.9)
No traslape de parejas	63	6	8.3 (1.3-17.1)	0	0	0
Concurrencia de parejas	116	10	18.0 (4.8-31.5)	137	4	2.5 (0.1-5.6)
Sífilis						
1 pareja estable	178	14	9.0 (3.2-15.3)	72	2	1.4 (0-3.2)
1 sola pareja	266	20	7.1 (3.3-12.1)	154	6	2.7 (0.3-5.6)
No traslape de parejas	64	1	1.3 (0-4.4)	0	0	0
Concurrencia de parejas	115	9	4.8 (1.0-9.1)	137	3	1.6 (0.0-4.1)
Virus de herpes tipo 2						
1 pareja estable	177	79	37.2 (27.3-47.3)	----	----	----
1 sola pareja	264	122	39.9 (31.3-48.2)	----	----	----
No traslape de parejas	64	25	34.3 (20.8-51.1)	----	----	----
Concurrencia de parejas	114	55	48.3 (34.9-61.8)	----	----	----

Al analizar datos según duración de traslape de parejas sexuales en los últimos 12 meses, en Managua se encontró una prevalencia del VIH de 50.3% entre aquellos que tuvieron un traslape de 1 día o menos; de 1.8% entre los que reportaron un traslape de 2 a 30 días, y de 5.9% entre los que tuvieron un traslape de 31 a 365 días. En Chinandega la prevalencia del VIH fue de 1.1% entre los que tuvieron un traslape de 31 a 365 días.

En Managua, cuando el traslape de parejas tuvo una duración entre 31 a 365 días la prevalencia de sífilis fue de 16.3%, mientras que fue de 10.9% cuando éste duró entre 2 a 30 días. En Chinandega la prevalencia de sífilis fue de 3.4% cuando el traslape duró entre 31 a 365 días.

Entre los participantes de Managua la prevalencia del virus de herpes tipo 2 fue de 46.8% entre aquellos en los que el traslape duró entre 31 a 365 días; de 33.3% entre los que éste duró 1 día, y de 16.8% entre los que el traslape duró de 2 a 30 días.

Cuadro VI.22. Prevalencia de VIH e ITS en participantes con parejas concurrentes, según duración de parejas en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad, ECVN Nicaragua, 2009-2010

Duración del traslape de parejas (días)	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
VIH						
1	8	0	50.3	0	0	---
2-30	74	2	1.8	0	0	---
31-365	48	2	5.9	152	2	1.1
Sífilis						
1	8	1	0.1	0	0	---
2-30	76	6	10.9	0	0	---
31-365	49	5	16.3	152	3	3.4
Virus de herpes tipo 2						
1	8	6	33.3	----	----	----
2-30	74	22	16.8	----	----	----
31-365	48	27	46.8	----	----	----

Incidencia del VIH

La incidencia total del VIH por año entre los entrevistados en ambas ciudades fue de 2.7%. La incidencia por edades fue de 3.0% (IC 95%: 0.1 a 6.0%) en aquellos de 18 a 29 años, y sólo de 1.1% (IC 95%: 0 a 7.9%) para los que tenían de 30 años o más.

Conclusiones

Según la clasificación internacional Nicaragua tiene una epidemia concentrada, pues se focaliza en poblaciones en mayor vulnerabilidad al VIH como los hombres que tienen sexo con hombres y la población transgénero.¹⁶ La exclusión social de estas poblaciones dificulta la obtención de marcos muestrales generalmente usados en los muestreos probabilísticos tradicionales, por lo que en las encuestas realizadas anteriormente en estas poblaciones se usaron muestreos no probabilísticos como bola de nieve, o muestras de conveniencia. Sin embargo, con dichos muestreos no es posible hacer inferencias sobre estas poblaciones, lo que se vuelve fundamental en la toma de decisiones de las políticas públicas en salud.

El método de muestreo RDS, utilizado en este estudio ofrece las posibilidades de análisis basados en redes que incluyen la validez estadística de los métodos estándares de muestreo probabilístico.¹⁷⁻²¹

Cuadro VI.23. Tasas de incidencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres y en población transgénero, por ciudad, ECVC Nicaragua, 2009-2010

Población	N	VIH+	VIH+ reciente ¹	Incidencia de VIH (%/año) ²	95% IC ³
Total	638	51	11	2.7	
Edad (años)					
18-29	483	25	8	3.0	(0.1-6.0)
≥30	154	25	2	1.1	(0-7.9)
Autoidentificación sexual					
Heterosexual	17	0	0	---	---
Bisexual	254	18	5	3.4	(0-7.9)
Gay	305	27	4	1.4	(0-5.2)
Trans	62	6	2	6.3	(0-17.9)
Trans – identificada por el entrevistador	62	5	2	6.6	(0-18.0)
Trans – autoreportada por la entrevistada y por el entrevistador	69	6	2	5.6	(0-15.9)

¹ Las muestras mal clasificadas como recientes en el ensayo BED, pero eran de personas con infección crónica por el VIH (infección ≥ 1 año) o conocidas por estar bajo terapia antirretroviral fueron reclasificadas como infecciones a largo plazo en el análisis de la incidencia.

² Las estimaciones de incidencia de HSH y TS fueron ajustadas utilizando una tasa de BED reciente-falso de 9,7% (95% IC: 4.2-15.1) entre las personas infectadas por el VIH en Managua con una infección ≥ 1 año y una duración de 162 días de las infecciones de VIH-1 subtipo C (95% IC: 146-179) (Parekh 2010).

³ Las estimaciones con límites negativos más bajos se fijaron en 0%. Las estimaciones de incidencia no pueden ser fiables debido a los amplios intervalos de confianza alrededor de estimar la incidencia y la tasa de falsos-BED recientes. Por lo tanto, se debe tener precaución en la interpretación de estas estimaciones.

Uno de los primeros esfuerzos para fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica con enfoque de segunda generación se dio en 2002, en Managua, con el Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en hombres que tienen sexo con hombres (EMC). El método de muestreo de este estudio no fue probabilístico lo que hace difícil extrapolar estos resultados a la población general, mientras que el muestreo por RDS usado en la ECVC sí puede ser usado para hacer inferencias sobre la población y da la posibilidad de medir las tendencias de la epidemia del VIH.

En el cuadro VI.24 se muestran datos comparativos entre el EMC y la ECVC, y las principales diferencias se dan en el tipo de población reclutada, pues la ECVC logró llegar a una proporción mayor de población bisexual/heterosexual y se incluyó a población transgénero/travesti. También otra diferencia importante es que las prevalencias del VIH y de sífilis fueron menores en la ECVC que en el EMC.²²

Cuadro VI.24. Datos comparativos entre el EMC 2002 y la ECVC 2009-2010

	EMC 2002 (%)	ECVC 2009-2010 (%)
Auto identidad		
Gay /Homosexual	45.6	41.1
Bisexual/Heterosexual	44.4	54.1
Transgénero	-----	4.8
Han estado casados o unidos con una mujer alguna vez en la vida	31.8	25.4
Estado civil		
Soltero/separado/divorciado/viudo	62.6	77.9
Casado o acompañado con mujer	9.8	9.1
Casado o acompañado con hombre	27.6	13.0
Uso consistente de condón en los últimos 30 días		
Pareja ocasional	38.5	38.1
	32.9	53.2
Se ha hecho la prueba del VIH alguna vez	58	48.2
Prevalencias		
VIH	9.3 (95% IC: 5.3-14.8)	7.5 (95% IC: 4.5-11.1)
Sífilis	10.5 (95% IC: 5.8-15.2)	6.6 (95% IC: 3.9-9.3)

La ECVC es la primera muestra representativa de la población de hombres que tienen sexo con hombres y en la que se puede caracterizar a la población transgénero. La metodología de reclutamiento por RDS logró llegar a un mayor porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres y que se auto identifican como heterosexuales y bisexuales. Los principales hallazgos de la encuesta fueron que la población reclutada era joven, con un nivel de educación alto y que la mayoría está trabajando actualmente.

Tienen un inicio temprano en las relaciones sexuales; la mayoría reportó tener por lo menos una pareja ocasional en los últimos 12 meses y el uso consistente de condón es bajo. Alrededor de un cuarto de los entrevistados reportó haber recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales alguna vez en su vida y el uso consistente de condón con clientes fue bajo. Por otro lado, se reportó un acceso a condones cercano a 90% y consideran que es fácil conseguirlos.

En los entrevistados en Nicaragua se encontró un consumo alto de alcohol, comparado con otros países de la región, y más de un cuarto de la población estudiada consume drogas ilícitas y ya se reportan casos de uso de drogas inyectables.

En referencia al acceso a pruebas diagnósticas para el VIH cerca de la mitad de los participantes de ambas ciudades no creen que en sus comunidades exista la oportunidad de realizarse confidencialmente la prueba del VIH. Esto puede influir en el hecho de que menos de la mitad de los participantes de Managua y un tercio de los de Chinandega se hayan realizado la prueba alguna vez. Los hospitales públicos o centros de salud son los lugares donde la mayoría de los participantes se han realizado la prueba.

Menos de 16% de los hombres que tienen sexo con hombres y de la población transgénero de ambas ciudades reportaron haber sufrido discriminación en el último año,

sin embargo, estos datos son insuficientes para describir el contexto de exclusión que sufren estos grupos en Nicaragua. Se observa una percepción de menor discriminación en Nicaragua, comparado con los datos obtenidos en las ECVC en El Salvador y en Honduras.

Menos de la mitad de la población estudiada ha sido expuesta a intervenciones de prevención. En Managua la mayor cobertura la brindan las ONGs y en Chinandega son los centros y de salud. Hay una baja participación en organizaciones que hacen activismo de derechos humanos. El anterior hallazgo concuerda con los bajos índices de conocimientos adecuados respecto a la transmisión y prevención del VIH; en Chinandega dichos índices son menores.

En cuanto a la prevalencia del VIH fue la población transgénero la que reportó la mayor prevalencia, con 18.8% (IC 95%: 5.2 a 16.8) en todos los hombres que tienen sexo con hombres; en la Ciudad de Managua fue menor que la reportada en el estudio de 2002 (7.5% vs. 9.3%). En la ciudad de Chinandega esta prevalencia fue de 2.8%. Existe evidencia regional de que en ciudades con mayor desarrollo se encuentra mayor prevalencia del VIH. Aunque las muestras obtenidas por los estudios de la región centroamericana no han estado diseñadas para documentar las diferencias en las prevalencias del VIH, se ha observado una relación entre autoidentificación sexual y prevalencia del VIH; la población transgénero ha mostrado las más altas prevalencias del VIH en la región centroamericana.

En el cuadro VI.25 se presentan los datos comparativos de la prevalencia del VIH y de la sífilis en las principales ciudades de la región centroamericana del Estudio Multicéntrico Centroamericano (ECM) y de la ECVC. En Nicaragua, como en los demás países, tanto en el VIH como en la sífilis la ECVC ha encontrado prevalencias menores; sólo en Honduras el EMC encontró una menor prevalencia que la ECVC, aunque cualquier comparación debe hacerse con cautela porque el EMC utilizó un muestreo por conveniencia, por lo que sus resultados no pueden ser usados para hacer inferencias sobre la población estudiada, y guardan poca comparabilidad estadística con la ECVC.

Cuadro VI.25. Prevalencias del VIH y de la sífilis del EMC y de la ECVC, por año 2002 – 2006 en la región, por dos métodos de muestreo

País	Año	EMC ⁷		Año	ECVC	
		VIH (%)	Sífilis (%)		VIH (%)	Sífilis (%)
Guatemala	2002	12.1	13.3	---	---	---
El Salvador	2002	15.3	12.3	2008	10.8	8.8
Honduras	2002	12.4	4.6	2007	5.7	9.7
Nicaragua	2002	7.6	10.5	2009	7.5	6.6
Costa Rica	---	---	---	2009	10.9	13.7
Panamá	2002	8.9	4.7	---	---	---

Recomendaciones

Las políticas en salud deben ser orientadas hacia los grupos más vulnerables si se quiere maximizar el beneficio de los recursos y tener un mayor impacto en la reducción de la epidemia. Se debe incluir en el plan estratégico nacional amplias estrategias que tomen en cuenta las diferencias esenciales que existen dentro la población de hombres que tienen sexo con hombres, la diversidad de esta población y que se dirijan recursos específicos para la población trans.

Además de tener intervenciones especiales para jóvenes que tienen sexo con hombres los objetivos de los planes nacionales deben enfocarse en el incremento del acceso y cobertura de la prueba del VIH, el uso consistente de condón con todo tipo de parejas. Que incluyan la violencia sexual como un problema de salud pública y que busquen la reducción de la homofobia que existe en la sociedad. Debe reafirmarse la función importante que desempeñan los medios de comunicación masiva, estableciendo campañas para la reducción de la homofobia, de educación para el ejercicio de una sexualidad responsable y promoviendo el uso consistente de condón.

Se deben establecer clínicas de vigilancia centinela de las ITS, con enfoque diferenciado para hombres que tienen sexo con hombres, y para población transgénero, y adaptado hacia el trabajo sexual. La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS son estrategias recomendadas para el control del VIH en epidemias concentradas. Esto permitirá incrementar la realización de la prueba del VIH y contar con un diagnóstico temprano, enfatizando en la reducción de los riesgos con un enfoque integral, con apoyo clínico, psico-emocional y con la atención de necesidades especiales.

Tomando en cuenta que el VIH y el sida, tienen un grave impacto en las relaciones sociales y familiares de los hombres *gay* y de las población transgénero es importante que se definan acciones en el marco de las leyes, por decreto o reglamentación, que mejoren los estándares de respeto de la sociedad en general hacia estas poblaciones, particularmente en las población transgénero quienes, según los datos, tienen los índices más bajos de desarrollo social y, que en consecuencia, las colocan en contextos de mayor exclusión y de violencia familiar y social.

La ECVC brinda una línea base que permite evaluar cambios en comportamientos y medir tendencias de la epidemia del VIH y de las ITS, con el fin de combatirlas eficazmente. Este es el primer paso para implementar un sistema de monitoreo y de evaluación en el ámbito nacional que permita medir el impacto de los planes y estrategias establecidas en las poblaciones objetivo.



VI. 2 Personas travestis, transgénero y transexuales

Entre quienes participaron en Managua, 60.7% tenían entre 18 a 24 años de edad, mientras quienes lo hicieron en Chinandega la mitad se encontraba en este grupo de edad. La mediana de edad en Managua fue de 21 años (RIQ: 20 a 27 años) y en Chinandega fue de 26.5 años (RIQ: 21 a 32 años).

Aunque la mayoría de participantes afirmó que sabía leer o escribir, cerca de 20% en Managua y 45% en Chinandega indicaron que no habían asistido a la escuela o sólo tenían algún grado de educación primaria. El 58.1% de participantes en Managua y 38.9% en Chinandega contaban con algún grado de educación secundaria, y aproximadamente 20% en ambas ciudades reportó haber cursado educación universitaria.

Cerca de tres cuartos de participantes en ambas ciudades informaron que tenían trabajo en el momento de la entrevista. La mediana de ingreso mensual fue de 2 000 Córdobas (RIQ: 1 000 a 4 000 Córdobas) en Managua y de 2 932 Córdobas (RIQ: 1 550 a 4 200 Córdobas) entre las de Chinandega.

El 62.9% en Managua y 72.2% en Chinandega dijeron haber estado casada o acompañada. En Managua 59.7% había estado casada o en unión libre con un hombre y 3.2% reportó haberlo estado con una mujer, mientras que en Chinandega todas las participantes habían estado casadas o acompañadas solamente con hombres.

Cerca de la mitad de las participantes de ambas ciudades se casaron o acompañaron por primera vez a los 18 años o más de edad. El 26.3% de las de Managua se casó o se acompañó antes de los 15 años de edad, mientras que en las de Chinandega esta proporción fue de 7.7%.

Alrededor de 80% de las entrevistadas se encontraba soltera, separada, divorciada o viuda.



Cuadro VI.26. Características sociodemográficas y autoidentificación sexual en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Edad (años)						
18-24	61	37	60.7	18	9	50.0
25-34		22	36.1		7	38.9
≥ 35		2	3.3		2	11.1
Mediana (rango intercuartílico, RIC)		21 (20-27)			26.5 (21-32)	
Sabe leer y escribir	62	58	93.4	18	18	100.0
Escolaridad						
No asistió a la escuela o alguna educación primaria	62	12	19.4	18	8	44.4
Alguna educación secundaria		36	58.1		7	38.9
Alguna educación universitaria		14	22.6		3	16.7
Fuente de ingresos						
Trabaja		47	77.1	18	13	72.2
No trabaja/mantenido		14	23.0		5	27.8
Ingreso mensual aproximado (Córdobas)						
No tiene ingresos	61	5	8.2	18	0	0.0
≤ 2 635 ¹		26	42.6		8	44.4
> 2 635 ¹		30	49.2		10	55.6
Mediana (RIC)		2000 (1000-4000)			2931.75 (1550-4200)	
Ha estado casada, acompañada o en unión libre	62	39	62.9	18	13	72.2
Ha estado casada, acompañada o en unión libre con mujer	62	2	3.2	18	0	0.0
Ha estado casada, acompañada o en unión libre con hombre	62	37	59.7	18	13	72.2
Actualmente vive con ²						
Pareja	62	4	6.5	18	3	16.7
Familia		49	79.0		16	88.9
Solo		4	6.5		0	0.0
Amigos/otros		6	9.7		0	0.0
Edad a la que se casó o acompañó la primera vez (años)						
< 15	38	10	26.3	13	1	7.7
15-17		10	26.3		5	38.5
≥ 18		18	47.4		7	53.9
Mediana (RIC)		17 (14-19)			19 (15-20)	
Religión						
Católica	62	29	46.8	18	10	55.6
Evangélica/otra		9	14.5		3	16.7
Ninguna		24	38.7		5	27.8
Estado civil						
Soltera/separada/divorciada/viuda	62	51	82.6	18	15	83.3
Casada o acompañada con mujer		0	0.0		0	0.0
Casada o acompañada con hombre		11	17.7		3	16.7

¹ Datos del salario mínimo en el momento de realizar la encuesta, según el Ministerio de Trabajo de Nicaragua (2 634.88 Córdobas).

² Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Antecedentes sexuales

Aproximadamente dos tercios de las participantes de ambas ciudades tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad. La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 13 años en las participantes de Managua y de 14 años para las de Chinandega.

El 13.3% de las entrevistadas de Managua afirmó haber utilizado condón en su primera relación sexual y en las de Chinandega fue de 22.2%.

El 59.7% de las de Managua y 66.7% de las de Chinandega tuvieron la primera relación sexual con un hombre antes de los 15 años de edad. La mediana de edad fue de 13 años en Managua y de 14 en Chinandega.

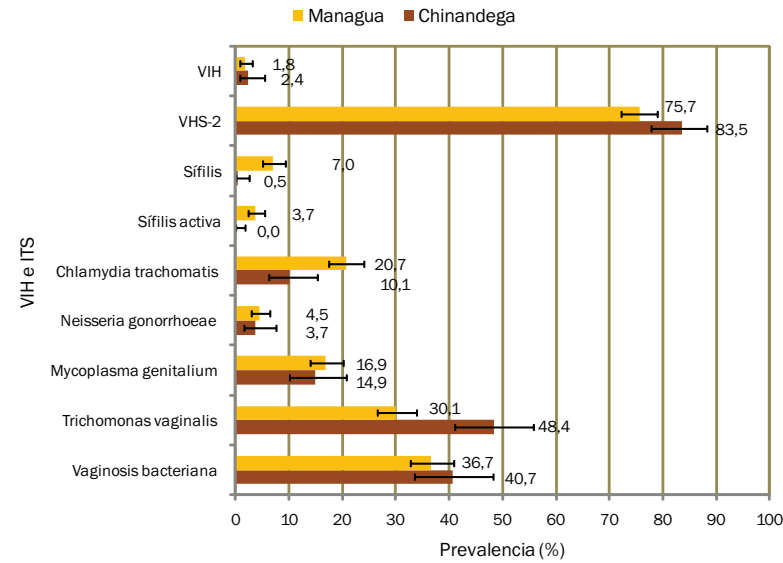
El 8.1% de las participantes de Managua y 22.2% de las de Chinandega afirmaron haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez en la vida, siendo la mediana de la primera relación sexual con mujeres de 18 años para las de Managua y de 19.5 años para las de Chinandega.

CuadroVI.27. Antecedentes sexuales en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Edad a la que tuvo su primera relación sexual (años)						
<15	62	37	59.7	18	12	66.7
15-17		23	37.1		5	27.8
≥18		2	3.2		1	5.6
Mediana (RIC)		13 (11-16)			14 (12-15)	
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
Amigo/pareja	62	45	75.6	18	11	61.1
Trabajador sexual		1	1.6		0	0.0
Familia		5	8.1		4	22.2
Desconocido/otro		11	17.7		3	16.7
Usó condón en su primera relación sexual	61	8	13.1	18	4	22.2
Edad de primera relación sexual con un hombre (años)						
<15	62	37	59.7	18	12	66.7
15-17		23	37.1		5	27.8
≥18		2	3.2		1	5.6
Mediana (RIC)		13 (11-16)			14 (12-15)	
Ha tenido relaciones sexuales con mujeres	62	5	8.1	18	4	22.2
Edad de primera relación sexual con una mujeres (años) ¹						
Mediana (RIC)	5	18 (14-18)		4	19.5 (17.5-24.5)	
Está circuncidada	62	16	25.8	18	9	50.0

¹ Sólo las que han reportado sexo con mujeres.

Gráfica VI.6. Estimaciones de las prevalencias del VIH y de las ITS en las población transgénero de Managua y Chinandega



Relaciones sexuales forzadas

La mitad de las participantes de Managua afirmaron que alguna vez en la vida habían sido forzadas a tener relaciones sexuales, y en Chinandega esta proporción fue de 33.3%. El 12.9% de las de Managua y 27.8% de las de Chinandega afirmaron que su primera relación sexual había sido forzada. Al cuestionarles acerca de quién fue la persona que la forzó a tener relaciones sexuales esa primera vez, en Managua 37.5% respondió que fue un pariente o familiar, y en Chinandega 40%, un porcentaje similar, indicó que fue su pareja o amigo.

Cuadro VI.28. Relaciones sexuales forzadas en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Alguna vez en la vida la forzaron a tener relaciones sexuales	62	31	50.0	18	6	33.3
Primera relación sexual fue						
Voluntaria	62	54	87.1	18	13	72.2
Forzada		8	12.9		5	27.8
Persona que la forzó a tener relaciones sexuales la primera vez						
Pariente/familia	8	3	37.5	5	2	40.0
Pareja/amigo		2	25.0		2	40.0
Vecino		0	0.0		0	0.0
Desconocido/trabajador sexual		3	27.5		1	20.0
Alguna persona la forzó a tener relaciones sexuales en el último año	62	11	17.7	18	1	5.6
Persona que la forzó a tener relaciones sexuales en el último año						
Familia	10	1	10.0	1	0	0.0
Parejas		0	0.0		0	0.0
Amigos/conocidos		4	40.0		0	0.0
Desconocidos		5	50.0		1	100.0

Comportamiento sexual con parejas estables hombres y mujeres

En esta encuesta se define pareja estable como la persona con la que la participante ha tenido relaciones sexuales, ha mantenido una relación afectiva constante o regular y no necesariamente ha vivido con ésta.

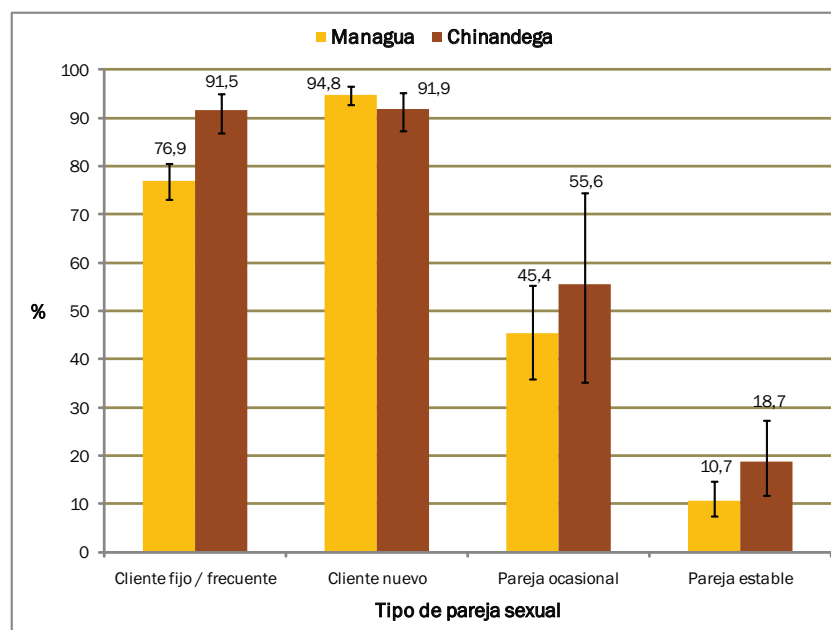
El 80% de las de Managua y 60% de las de Chinandega afirmaron que habían tenido pareja estable en los 12 meses previos a la entrevista. La mediana del número de parejas estables hombres en los últimos 12 meses para las entrevistadas en Managua fue de 1 (RIQ: 0 a 2), mientras que para las de Chinandega fue de 2 (RIQ: 1 a 3). En el momento de la entrevista alrededor de un tercio de las participantes de ambas ciudades tenían como pareja estable a un hombre y ninguna de las participantes tenían como pareja estable a una mujer.

Sobre el uso consistente de condón, durante el mes previo a la entrevista, aproximadamente 40% en las dos ciudades afirmaron que siempre lo utilizaron en las relaciones sexuales con su pareja estable actual hombre.

Entre las encuestadas que al momento de la entrevista afirmaron tener pareja estable hombre el tipo de práctica sexual más frecuente fue la anal receptiva: en Managua 82.4% y en Chinandega 71.4%.

De quienes afirmaron tener una pareja masculina estable actual 92.3% de las de Managua y 75% de las de Chinandega indicaron que habían utilizado condón en la última relación sexual con esta pareja.

Gráfica VI.7. Uso consistente de condón en los últimos 30 días en las población transgénero de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual



Cuadro VI.29. Parejas masculinas y femeninas estables en los últimos 12 meses en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Alguna vez ha tenido pareja estable	62	50	80.7	18	15	83.3
Ha tenido pareja estable en los últimos 12 meses	50	40	80.0	15	9	60.0
Número de parejas masculinas estables en los últimos 12 meses						
0	62	22	35.5	18	9	50.0
≥1		40	64.5		9	50.0
Mediana (RIC)		1 (0-2)			2 (1-3)	
Actualmente tiene pareja masculina estable	62	18	29.0	18	7	38.9
Uso consistente de condón con su actual pareja masculina estable en los últimos 30 días	17	7	41.2	7	3	42.9
Usó condón en la última relación sexual con su actual pareja masculina estable	13	12	92.3	4	3	75.0
La última vez que uso condón con esa pareja estable actual lo usó todo el tiempo de la penetración	13	11	84.6	4	3	75.0
Tipo de relaciones sexuales con pareja masculina estable actual						
Anal insertivo	17	1	5.9	7	0	0.0
Anal receptivo		14	82.4		5	71.4
Ambos		2	11.8		2	28.6
Actualmente tiene pareja femenina estable	62	0	0.0	18	0	0.0
Cree que su pareja estable actual tiene relaciones con alguien además de usted	0	0	---	5	3	60.0
Sabe si su pareja estable actual es una persona con el VIH	17	1	5.8	6	0	0.0
Uso consistente de condón con su última pareja estable en el último mes de relación	19	11	57.9	5	3	60.0
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con su última pareja estable	19	18	94.7	5	3	60.0
La última vez que usó condón con esa última pareja estable lo usó todo el tiempo de la penetración	19	16	84.2	5	3	60.0

¹ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

Comportamiento sexual con parejas ocasionales

Pareja ocasional se define como aquellas personas con quienes no se mantienen relaciones sexuales de manera estable, constante o regular y en las que no existe intercambio de dinero.

Cerca de 75% de las participantes de ambas ciudades afirmaron que habían tenido parejas ocasionales en los últimos 12 meses, siendo la mediana del número parejas ocasionales en este mismo periodo de tiempo de 4.5 en Managua y de 5.5 en Chinandega.

De quienes afirmaron haber tenido pareja ocasional en los últimos 12 meses, 56.5% de las de Managua y 38.5% de las de Chinandega afirmaron haber utilizado el condón

consistentemente con este tipo de pareja en los últimos 30 días, mientras que el uso de condón en la última relación sexual con una pareja ocasional fue de 73.9% en Managua y de 69.2% en Chinandega.

Cuadro VI.30. Parejas ocasionales en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses	62	46	74.2	18	13	72.2
Número de parejas ocasionales en los últimos 12 meses						
0	61	16	26.2	18	5	27.8
1-2		5	8.2		0	0.0
3-5		12	19.7		4	22.2
≥6		28	45.9		9	50.0
Mediana (RIC)		4.5 (0-16)			5.5 (0-20)	
Uso consistente de condón ¹ con parejas ocasionales en los últimos 30 días	46	26	56.5	13	5	38.5
Usó condón en la última relación sexual con pareja ocasional	46	34	73.9	13	9	69.2

¹ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el autorreporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado
RIQ: rango intercuartílico.

Trabajo sexual

Alrededor de tres cuartos de las participantes de Managua y la mitad de las de Chinandega afirmaron que les habían pagado por tener relaciones sexuales alguna vez en la vida. La mediana de edad reportada cuando recibieron dinero por tener relaciones sexuales la primera vez fue a los 15.5 años en Managua y a los 20 años en Chinandega.

En Managua y Chinandega cerca de un tercio de las participantes indicó que al momento de la entrevista recibía dinero por tener relaciones sexuales. La mediana de tiempo que tienen realizando trabajo sexual fue 3.8 años para las de Managua y de 5 años para las de Chinandega.

Entre las participantes quienes reportaron que actualmente realizan trabajo sexual, 62.5% de las de Managua y 40% de las de Chinandega indicaron que conseguían sus clientes en sitios ambulantes. El 95.8% de las entrevistadas de las de Managua y el 100% de las de Chinandega informaron que tenían relaciones sexuales a cambio de dinero exclusivamente con hombres.

Al preguntar sobre el tipo de prácticas sexuales con los clientes masculinos, 70.8% de las participantes de Managua y 60% de las de Chinandega refirieron tener sólo sexo anal receptivo. El 12.5% de las de Managua expresó haber tenido sexo anal receptivo e insertivo con sus clientes hombres.

Cuadro VI.31. Trabajo sexual en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Le han pagado por tener relaciones sexuales alguna vez en la vida	62	46	74.2	18	9	50.0
Edad a la que recibió dinero por tener relaciones sexuales la primera vez (años)						
<15	24	7	29.2	6	2	33.3
15-17		13	54.2		0	0.0
≥18		4	16.7		4	66.7
Mediana (RIC)		15.5 (13.5-17)			20 (14-18.5)	
Actualmente recibe dinero por tener relaciones sexuales	62	24	38.7	18	6	33.3
Tiempo que tiene realizando trabajo sexual (años)						
<1	22	4	18.2	5	1	20.0
1-5		12	54.6		2	40.0
≥6		6	27.3		2	40.0
Mediana (RIC)		3.8 (2-6)			5 (3-7)	
Lugares principal de trabajo sexual						
Sitios fijos ¹	24	9	37.5	5	3	60.0
Sitio ambulantes ²		15	62.5		2	40.0
Relaciones sexuales a cambio de dinero con						
Hombres	24	23	95.8	5	5	100.0
Mujeres		0	0.0		0	0.0
Ambos		1	4.2		0	0.0
Tipo de practica sexual con clientes masculinos						
Sexo anal insertivo	24	4	16.7	5	2	40.0
Sexo anal receptivo		17	70.8		3	60.0
Ambos		3	12.5		0	0.0
Pago por un servicio sexual (Córdobas)						
≤200	23	11	47.8	6	1	100.0
>200		12	52.2		0	0.0
mediana (RIC)		250 (200-500)			150 (100-200)	
Uso consistente de condón ³ con clientes en los últimos 30 días	24	12	50.0	5	2	40.0
Usó condón en la última relación sexual con cliente	24	17	70.8	5	3	60.0
Usó condón todo el tiempo de la penetración esa última vez que usó condón con un cliente	17	17	100.0	3	3	100.0
Ha estado en otro país para hacer trabajo sexual en los últimos 12 meses	23	5	21.7	5	2	40.0
Ha tenido relaciones sexuales con personas extranjeras durante los últimos 12 meses ⁴	62	18	29.0	18	5	27.8

¹ Sitios fijos incluyen: burdel, centro comercial, bar o night club, discoteca, sala de masaje, teléfono o Internet, cine o lugar de trabajo.

² Sitios ambulantes incluyen: carretera, calle o parque, a través de otra persona, parada de buses, barrio o colonia.

³ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

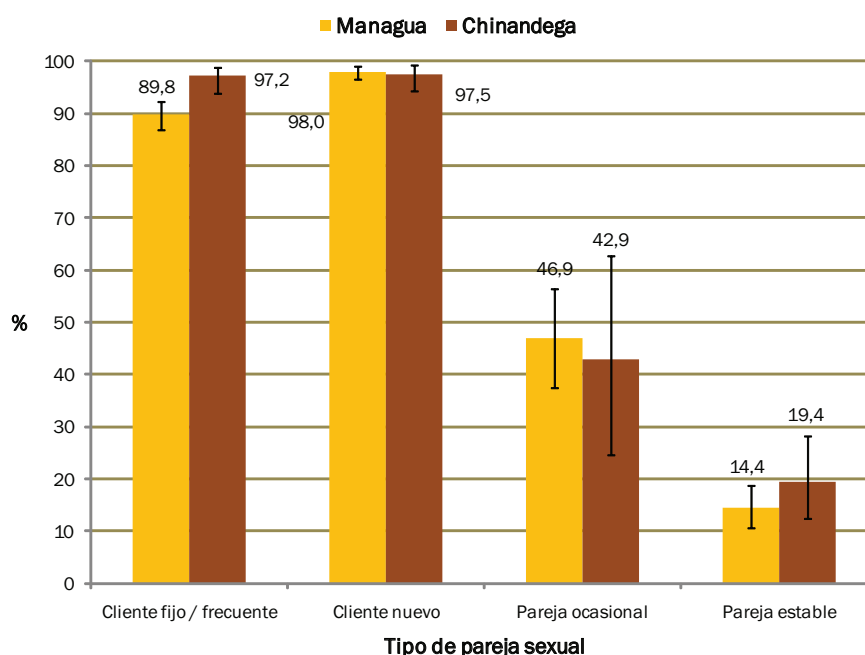
⁴ Personas extranjeras son las personas que no son de nacionalidad nicaragüense. RIQ: rango intercuartílico.

La mediana de dinero recibido por cada servicio sexual con un cliente fue de 250 Córdobas en Managua y de 150 Córdobas para Chinandega.

Entre las participantes que se dedicaban al trabajo sexual en el momento de la encuesta, 50% de las de Managua y 40% de las de Chinandega afirmaron el uso consistente de condón con los clientes en los últimos 30 días. En cambio, 70.8% de las de Managua y 60% de las de Chinandega, indicaron que habían utilizado un condón en la última relación sexual con un cliente.

De quienes afirmaron que actualmente realizan trabajo sexual, 21.7% de las de Managua y 40% de las de Chinandega manifestaron que estuvieron en otro país para efectuar trabajo sexual en los últimos 12 meses. El 30% de las participantes en ambas ciudades indicaron haber tenido relaciones sexuales con extranjeros en los últimos 12 meses.

Gráfica VI.8. Uso de condón en la última relación sexual en la población transgénero de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual



Parejas comerciales

Pareja comercial se define como aquella persona a la que la participante le pagó para tener relaciones sexuales.

El 9.7% de las participantes de Managua y 5.6% de las de Chinandega manifestaron que habían pagado por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Entre quienes afirmaron que habían pagado por tener relaciones sexuales, 75% de las de Managua pagó por sexo anal, y la única persona de Chinandega pagó por sexo oral. Las entrevistadas en ambas ciudades le pagaron a un hombre heterosexual.

El 100% de participantes de ambas ciudades indicaron haber utilizado siempre condón en sus relaciones sexuales con parejas comerciales durante los últimos 12 meses, así como en su última relación sexual con este tipo de pareja.

Cuadro VI.32. Parejas comerciales en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

				Managua		Chinandega			
				N	n	%	N	n	%
Ha tenido relaciones sexuales con parejas comerciales en los últimos 12 meses				62	6	9.7	18	1	5.6
Servicios sexuales que ha comprado en los últimos 12 meses ¹									
Sexo anal				4	3	75.0	1	0	0
Sexo oral					2	50.0		1	100
Masturbación					1	25.0		0	0
Sexo vaginal					0	0		0	0
Identidad sexual de la persona a la que pagó por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses									
Gay/homosexual		3	0	0	1	0	0		
Hombre heterosexual			3	100.0		1	100		
Mujer heterosexual trabajadora sexual			0	0		0	0		
Uso consistente de condón ² con parejas comerciales en los últimos 12 meses		5	5	100.0	1	1	100		
Uso de condón en la última relación sexual con pareja comercial		5	5	100.0	1	1	100		

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

² En esta encuesta se define uso consistente de condón como el autorreporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

Últimas tres parejas sexuales

La mayoría de las participantes de Managua y de Chinandega indicaron que su última pareja sexual fue una pareja estable; en menor proporción reportaron que su última pareja sexual fue una ocasional o comercial. Todas indicaron que su última pareja sexual fue un hombre. En Managua 43.3% de las entrevistadas reportaron el uso consistente de condón con su última pareja sexual, y en Chinandega esta proporción fue de 38.9%.

La penúltima pareja con la que tuvieron una relación sexual fue una pareja ocasional para 57.5% de las encuestadas de Managua y de 30% en las de Chinandega; mientras que 38.3% de las de Managua y 70% de las de Chinandega, informaron que esta pareja sexual fue una pareja estable. Todas las entrevistadas de ambas ciudades informaron que esta pareja fue un hombre. En Managua 39.3% de las entrevistadas reportaron el uso consistente de condón con su penúltima pareja sexual, y en Chinandega esta proporción fue de 37.5%.

El 41.7% de las participantes de Managua y 50% de las participantes de Chinandega sostuvieron que su antepenúltima pareja sexual fue una pareja estable, mientras que 52.8% de las de Managua y 50% de las de Chinandega reportaron que fue una pareja

ocasional. En todos los casos esta pareja fue un hombre. El 44.4% de las participantes de Managua y 75% de las de Chinandega indicaron que siempre utilizaron condón con su antepenúltima pareja.

Cuadro VI.33. Últimas tres parejas sexuales y concurrencia de parejas, en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Su última pareja fue						
Pareja estable	59	37	62.7	18	11	61.1
Pareja ocasional		18	30.5		6	33.3
Pareja comercial		4	6.8		1	5.6
Cliente		0	0.0		0	0.0
Sexo de la última pareja						
Hombre	40	40	100	14	14	100.0
Mujer		0	0.0		0	0.0
Uso consistente de condón en todas sus relaciones sexuales con su última pareja	60	26	43.3	18	7	38.9
Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con su última pareja	57	35	61.4	18	10	55.6
Su penúltima pareja fue						
Pareja estable	47	18	38.3	10	7	70.0
Pareja ocasional		27	57.5		3	30.0
Pareja comercial		2	4.3		0	0.0
Cliente		0	0.0		0	0.0
Sexo de la penúltima pareja						
Hombre	47	47	100	10	10	100.0
Mujer		0	0.0		0	0.0
Uso consistente de condón en todas sus relaciones sexuales con su penúltima pareja	28	11	39.3	8	3	37.5
Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con su penúltima pareja	46	33	71.7	10	5	50.0
Su antepenúltima pareja fue						
Pareja estable	36	15	41.7	4	2	50.0
Pareja ocasional		19	52.8		2	50.0
Pareja comercial		2	5.6		0	0.0
Cliente		0	0.0		0	0.0
Sexo de la antepenúltima pareja						
Hombre	36	36	100.0	4	4	100.0
Mujer		0	0.0		0	0.0
Uso consistente de condón en todas sus relaciones sexuales con su antepenúltima pareja	36	16	44.4	4	3	75.0
Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con su antepenúltima pareja	36	22	61.1	4	3	75.0
Concurrencia de parejas en los últimos 12 meses ¹						
1 pareja estable	17	14	82.35	7	7	100.0
1 sola pareja	35	27	77.14	14	14	100.0
2 o más parejas						
No hubo traslape en el tiempo	12	3	25.0	3	0	0.0
Concurrencia de parejas		9	75.0		3	100.0

¹ Se presenta información de los últimos 12 meses y fueron excluidos los sujetos que reportaron que su última relación con esa pareja fue en un período mayor al inicio de relación.

Parejas concurrentes

Entre las población transgénero, 82.35% de las de Managua y 100% de las de Chinandega indicaron que sólo habían tenido una pareja estable en los últimos 12 meses.

Parejas sexuales concurrentes se define como tener dos o más parejas durante el mismo periodo de tiempo, definido como los 12 meses anteriores a la encuesta. En Managua de los que tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses 25.0% no tuvo traslape entre ellas y 75.0% refirió haber tenido parejas concurrentes. En Chinandega los entrevistados con dos o más parejas en los últimos 12 meses indicaron haber tenido traslape de estas parejas.

Uso de alcohol y de drogas

El 82.3% de las participantes de Managua y 66.7% de las de Chinandega indicaron haber tomado alcohol o licor durante el último mes. Cerca de dos tercios de las participantes de Managua y un poco más de la mitad de las de Chinandega habían ingerido cuatro o más tragos o bebidas alcohólicas en la misma ocasión cuatro veces o más en el último mes. La mediana de veces que ingirieron cuatro o más tragos o bebidas alcohólicas en la misma ocasión en el último mes fue de cuatro ocasiones para las de Managua y de 4.5 ocasiones para las de Chinandega.

Alrededor de un cuarto de las participantes de ambas ciudades habían usado drogas en los últimos 12 meses, y aproximadamente 17% de las participantes habían consumido drogas en los últimos 30 días.

Cuadro VI.34. Uso de alcohol y de drogas en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Ha tomado alcohol o licor durante el último mes	62	51	82.3	18	12	66.7
Tomó cuatro o más tragos/bebidas en la misma ocasión en el último mes						
≥ 4	61	40	65.6	18	10	55.6
Mediana (RIC)		4 (3-11)			4.5 (0-6)	
Ha usado drogas alguna vez en la vida	62	25	40.3	18	7	38.9
Ha usado drogas en los últimos 12 meses	62	16	25.8	18	4	22.2
Ha usado drogas en los últimos 30 días	62	11	17.7	18	3	16.7
Consumo de drogas en los últimos 12 meses						
Ha fumado marihuana	62	7	11.3	18	4	22.2
Ha fumado o inhalado piedra o crack, inhalado cocaína		16	25.8		2	11.1
Se ha inyectado cocaína o heroína		1	1.6		0	0.0
Ha inhalado thinner o resistol		2	3.2		2	11.1
Ha consumido éxtasis		1	1.6		1	5.6
Ha tomado anfetaminas		0	0.0		0	0.0
Ha tomado benzodiacepinas		9	14.5		3	16.7

La droga más consumida en los últimos 12 meses entre las participantes de Managua fue la piedra o el crack inhalado (25.8%), mientras que en las de Chinandega fue la marihuana fumada (22.2%). Cabe mencionar que una entrevistada de Managua reportó haberse inyectado cocaína o heroína en los últimos 12 meses.

Acceso a información sobre ITS, el VIH y sida

Dos tercios de las entrevistadas de ambas ciudades habían participado alguna vez en una encuesta acerca del VIH. Entre ellas, 67.5% de las de Managua y 58.3% de las de Chinandega lo habían hecho en los 6 meses previos a la encuesta. El 67.7% de las participantes de Managua y 77.8% de las de Chinandega habían participado en actividades de información o de educación sobre el VIH y el sida en el último año. El lugar más común en donde ellas recibieron esta información fue en alguna ONG, 58.1% de las de Managua y 38.9% de las de Chinandega. Las ONG más reportadas por las participantes fueron Cepresi (Managua, 24.2%; Chinandega, 16.7%) y PASMO (Managua, 21%; Chinandega, 16.7%).

El 40.3% de las participantes de Managua y 22.2% de las de Chinandega afirmaron que se habían involucrado en el trabajo de alguna organización que hace actividades para hombres que tienen sexo con hombres o para población transgénero; con proporciones similares a las anteriores afirmaron que actualmente también pertenecían a una organización de apoyo a hombres que tienen sexo con hombres o de apoyo para población transgénero.

El 90.3% de las participantes de Managua y 94.4% de las de Chinandega indicaron que asistían a sitios públicos de reunión o de ligue de parejas masculinas, tales como bares, discotecas o parques.

Cuadro VI.35. Educación sobre el VIH e ITS en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Ha participado previamente en encuestas del VIH	62	41	66.1	18	12	66.7
Tiempo de realización de previa encuesta (meses)						
≤ 6	40	27	67.5	12	7	58.3
> 6 a ≤ 12		8	20.0		3	25.0
> 12		5	12.5		2	16.7
Ha participado en actividades de información o educación sobre el VIH y el sida en el último año	62	42	67.7	18	14	77.8
Instituciones en las que ha participado en charlas y talleres ¹						
Centro de salud	62	5	8.1	18	2	11.1
Centro de estudios		4	6.5		0	0.0
Universidad		1	1.6		0	0.0
ONG		36	58.1		7	38.9
Otros		7	11.3		0	0.0
Organizaciones en las que ha participado de charlas y talleres ¹						
PASMO		13	21.0		3	16.7
Cepresi		15	24.2		3	16.7

Cepresi	62	15	24.2	18	3	16.7
Asonvihsida		1	1.6		0	0.0
Red trans		2	3.2		0	0.0
Mesa trans		1	1.6		0	0.0
Nueva Esperanza		2	3.2		0	0.0
AHCV		3	4.8		0	0.0
Xochiquetzal		3	4.8		0	0.0
Otras ONG		8	12.9		0	0.0
Grupos gay		8	12.9		1	5.6
Grupos de autoapoyo		4	6.5		1	5.6
Trabaja en organizaciones con actividades para hombres que tienen sexo con hombres o para población transgénero	62	25	40.3	18	4	22.2
Organizaciones donde ha trabajado¹						
Cepresi	62	7	11.3	18	4	22.2
Red trans		2	3.2		1	5.6
PASMO		6	9.7		1	5.6
Nueva Esperanza		3	4.8		0	0.0
Xochiquetzal		0	0.0		1	5.6
AHCV		4	6.5		0	0.0
AMGLIM		4	6.5		0	0.0
IDSDH		3	4.8		0	0.0
Otras ONG		2	3.2		0	0.0
Otros		4	6.5		0	0.0
Pertenece a organizaciones o grupos de apoyo para hombres que tienen sexo con hombres o para población transgénero	62	25	40.3	18	5	27.8
Organización o grupo a los que pertenece						
Cepresi	62	4	6.5	18	1	5.6
Red trans		1	1.6		1	5.6
PASMO		1	1.6		2	11.1
Nueva Esperanza		4	6.5		0	0.0
Asonvihsida		0	0.0		0	0.0
Otra		20	32.3		2	11.1
No asiste a ninguna		37	59.7		0	0.0
Asiste a sitios públicos de reunión o de ligue de parejas masculinas, como bares discotecas o parques	62	56	90.3	18	17	94.4

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Acceso a condones

Alrededor de 90% de las participantes de ambas ciudades opinaron que conseguir un condón era fácil o muy fácil. La mediana de dinero que pagaron por el último condón que habían comprado fue de 4 Córdobas en Managua y 3 Córdobas en Chinandega.

Las participantes de Managua afirmaron que los principales lugares en los que podían conseguir condones fueron una clínica privada o una farmacia (82.3%), un centro de

salud o un hospital, (56.5%), y con amigos (56.5%). En Chinandega los principales lugares fueron una clínica privada o una farmacia (66.7%), un centro de salud o un hospital (66.7%), y con amigos (50%). De quienes habían recibido condones gratis, los consiguieron principalmente de personal de salud, de educadores, o de promotores en ambas ciudades.

El 37.1% de las participantes de Managua y 16.7% de las de Chinandega informaron que podían conseguir condones en una ONG. Entre éstas las participantes de ambas ciudades reportaron al Cepresi: 19.4% de las de Managua y 16.7% de las de Chinandega.

Cerca de 85% de las participantes de ambas ciudades aseguraron que alguna vez habían utilizado lubricantes durante las relaciones sexuales, siendo los de a base de agua los más utilizados.

Cuadro VI.36. Adquisición y uso de condones y de lubricantes por parte de población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Conseguir un condón es						
Fácil/muy fácil	62	54	87.1	18	16	88.9
Difícil/muy difícil		8	12.9		2	11.1
Cantidad de dinero que pagó por cada condón la última vez que compró uno (Córdobas)						
Mediana (RIC)	4 (3-5)			3 (3-8)		
Lugares o personas que conoce para conseguir condones ¹						
Supermercado/tienda/gasolinera	62	31	50.0	18	5	27.8
Clínica privada/farmacia		51	82.3		12	66.7
Centro de salud/hospital		35	56.5		12	66.7
Night club/bar/disco, hotel/motel/hospedaje		24	38.7		5	27.8
Educador/promotor		12	19.4		2	11.1
Amigos		35	56.5		9	50.0
ONG		23	37.1		3	16.7
Otro		4	6.5		0	0.0
ONG que conoce donde puede conseguir condones ¹						
AHCV	62	2	3.2	18	0	0.0
CEPRESI		12	19.4		3	16.7
PASMO		6	9.7		0	0.0
Xochiquetzal		3	4.8		0	0.0
ANICP+VIDA		1	1.6		0	0.0
Ixchen		1	1.6		0	0.0
Otras ONG		4	6.5		0	0.0
Lugar o persona de quien recibió condones gratis la última vez						
Clínica u hospital	49	4	8.2	14	3	21.4
ONG		9	18.4		3	21.4
Personal de salud, educador, o promotor		22	44.9		5	35.7
Bar/cantina, hotel/casa de huéspedes/motel		1	2.0		0	0.0

Familiares/amigos		10	20.4		3	21.4
Lugar de trabajo, otro		3	6.1		0	0.0
ONG en donde recibió condones gratis la última vez						
AHCV	9	1	11.1	3	0	0.0
CEPRESI		2	22.2		2	66.7
PASMO		4	44.4		1	33.3
Otras ONG		2	22.2		0	0.0
Ha utilizado lubricantes alguna vez durante las relaciones sexuales	62	52	83.9	18	15	83.3
Tipo de lubricantes usados durante las relaciones sexuales¹						
Lubricantes a base de agua	62	48	77.2	18	14	77.8
Lubricantes a base de aceite		4	6.5		3	16.7
Gel vaginal		1	1.6		0	0.0
Saliva		11	17.7		3	16.7

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Acceso a servicios de diagnóstico del VIH

El 66.7% de las participantes de Managua y 83.3% de las de Chinandega indicaron que en su comunidad existía la posibilidad de hacerse la prueba del VIH de manera confidencial. En Managua 77.4% de las participantes y en Chinandega 66.7%, se habían hecho la prueba alguna vez en la vida. Entre ellas, 70.8% de las de Managua y 91.7% de las de Chinandega se la realizaron en los 12 meses previos a la entrevista, y alrededor de 90% de las de ambas ciudades averiguaron su resultado.

Para 31.9 % de las participantes en Managua y para 54.6% de las de Chinandega el lugar más frecuente en donde se hicieron la prueba fue un centro de salud o un hospital público. El 25.5% de las participantes de Managua y 9.1% de las de Chinandega informaron que se habían realizado la prueba del VIH en una ONG, y de éstas Xochiquetzal fue la más reportada (en Managua, 12.5% y en Chinandega, 8.3%).

Al preguntar acerca del estatus del VIH, 3.2% en Managua reconocieron ser personas con el VIH; En Chinandega no hubo nadie positivo para el VIH. Además, a cerca de un cuarto de las participantes de Managua y a un tercio de las de Chinandega nunca se les había practicado la prueba.

Las dos participantes de Managua que reconocieron ser personas con el VIH afirmaron encontrarse en control médico. Solamente una participante indicó estar con tratamiento antirretroviral.

Cuadro VI.37. Pruebas voluntarias del VIH en población transgénero, por ciudad.
ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
En su comunidad existe la posibilidad de hacerse la prueba del VIH sin que los demás sepan su resultado	60	40	66.76	18	15	83.3
Se ha hecho la prueba del VIH alguna vez	62	48	77.4	18	12	66.7

Período de tiempo desde la última prueba del VIH						
≤1 año	48	34	70.8	12	11	91.7
>1 año		14	29.2		1	8.3
Recibió consejería al realizarse la prueba del VIH						
Sí, antes de la prueba	48	32	66.7	12	7	58.3
Sí, al recibir el resultados de la prueba		4	8.3		0	0.0
Sí, antes y al recibir el resultado		2	4.2		5	41.7
No recibió consejería		10	20.8		0	0.0
Averiguó el resultado de la última prueba del VIH	48	43	89.6	12	11	91.7
El resultado de su prueba fue						
Negativo	43	41	95.4	11	11	100.0
Positivo		2	4.7		0	0.0
Lugar donde se hizo la última prueba del VIH						
Centro de salud/hospital público	47	15	31.9	11	6	54.6
Clínica o laboratorio privado		6	12.8		2	18.2
Campaña “Hazte la prueba”/clínica móvil/ambulancia		9	19.2		2	18.2
ONG		12	25.5		1	9.1
Banco de sangre/Cruz Roja		3	6.4		0	0.0
Otro		2	4.3		0	0.0
ONG donde se hizo la última prueba del VIH						
No se la hizo en ONG	48	36	75.0	12	11	91.7
CEPRESI		2	4.2		0	0.0
Xochiquetzal		6	12.5		1	8.3
SIMUJER		4	8.3		0	0.0
Es una persona con VIH						
No	62	46	74.2	18	11	61.1
Sí		2	3.2		0	0.0
No sabe		0	0.0		1	5.6
No se ha hecho la prueba		14	22.6		6	33.3

Discriminación y estigma

Más de dos tercios de las participantes de Managua reportaron en el último año haber sufrido abuso o maltrato por ser hombres que tienen sexo con hombres o ser población transgénero; esta proporción fue de 27.8% en Chinandega. Entre las participantes los tipos de abuso o maltrato más reportados fueron el verbal para 88.1% y el físico para 59.5% en las de Managua, mientras que en Chinandega 100% reportó haber sido víctima de maltrato verbal y 60% indicó haber sufrido maltrato físico. En Managua fueron abusadas más frecuentemente por personas desconocidas o clientes (61.9%), mientras que en Chinandega estos hechos fueron realizados por familiares, amigos o parejas (40%) o por policías o personal de salud (40%).

El 40.3% de las entrevistadas en Managua y 27.8% de las de Chinandega reportaron que habían sido maltratadas al solicitar servicios de salud. El 61.3% de las de Managua

y 44.4% de las de Chinandega indicaron que alguien de su familia le había mostrado desprecio, rechazo o la había ofendido por ser persona trans.

Cuadro VI.38. Discriminación y estigma por ciudad, en población transgénero, ECVC Nicaragua, 2009-201

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el último año por ser transgénero	62	42	67.7	18	5	27.8
Tipo de abuso o maltrato sufrido ¹						
Violación sexual	42	3	7.1	5	0	0.0
Maltrato físico		25	59.5		3	60.0
Extorsión/chantaje, robo/asalto		16	38.1		0	0.0
Verbal		37	88.1		5	100.0
Persona que la maltrato o abuso ¹						
Familia/amigos/pareja estable/ pareja ocasional	42	17	40.5	5	2	40.0
Compañeros de trabajo o estudio, vecinos		9	21.4		1	20.0
Desconocido/cliente		26	61.9		1	20.0
Policías/personas de salud		11	26.2		2	40.0
Ha sido víctima alguna vez de algún tipo de maltrato en los servicios de salud por ser transgénero	62	25	40.3	18	5	27.8
Tiene algún temor de que registren en su expediente que es transgénero cuando recibe servicios médicos	62	6	9.7	18	3	16.7
Familia sabe que es transgénero	62	61	98.4	18	18	100.0
Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo/a ha ofendido por ser transgénero	62	38	61.3	18	8	44.4
Cómo ha influido ese rechazo en sus relaciones familiares						
La excluyeron de convivencias familiares	38	6	15.8	8	0	0.0
Ha tenido que cambiar de domicilio		13	34.2		2	25.0
Violencia física contra usted		16	42.1		6	75.0
Violencia sexual contra usted		1	2.6		0	0.0
Violencia verbal contra usted		31	81.6		8	100
Alguna vez le negaron alguno de los siguientes servicios por ser trans						
Al comprar o alquilar una vivienda	62	10	16.1	18	1	5.6
Atención en tienda o restaurante		20	32.3		6	33.3
Atención medica o dental		8	12.9		2	11.1
Servicios religiosos, espirituales		19	30.7		3	16.7
Diversión o recreación		12	19.4		2	11.1
Hospedaje		7	11.3		2	11.1
No me han negado ningún servicio		19	30.7		10	55.6

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH

El índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención y transmisión, según los criterios de UNGASS fue de 42.6% entre las participantes de Managua y de 27.8% entre las de Chinandega.

El 93.6% y el 94.1% de las entrevistadas en Managua y Chinandega, respectivamente, reconocieron que el uso consistente y correcto del condón es una forma adecuada para prevenir la infección por el VIH; el 75.4% de las de Managua y 55.6% de las de Chinandega afirmaron conocer que el VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada.

Cuadro VI.39. Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención y transmisión ¹	61	26	42.6	18	5	27.8
Índice de conocimientos adecuados respecto a la prevención						
El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	62	58	93.6	17	16	94.1
El VIH se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté tenga el VIH	61	46	75.4	18	10	55.6
Índice de conocimientos adecuados respecto a la transmisión						
El VIH no se puede transmitir por la picadura de zancudo	62	42	67.7	18	11	61.1
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos con alguien infectado con el VIH	62	55	88.7	18	14	77.8
El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado con el VIH	62	55	88.7	18	14	77.8
Cree usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	60	52	86.7	18	18	100.0

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?

Percepción de riesgo de la infección por el VIH

Al cuestionar a las participantes sobre las personas que según su percepción tenían más riesgo de infectarse por el VIH en Managua 72.1% indicó que eran las trabajadoras del sexo, y 59.0% reportó que eran los hombres que tienen sexo con hombres o *gays*. Menos de la mitad de las entrevistadas de Managua opinaron que la población transgénero tiene más riesgo de infectarse con el VIH.

En Chinandega las participantes indicaron que son las trabajadoras sexuales (64.7%) y los hombres que tienen sexo con hombres (64.7%) quienes tienen más riesgo de infectarse con el VIH, mientras que apenas un tercio reportó que la población transgénero tiene un mayor riesgo.

Al indagar sobre su percepción de su propio riesgo de infectarse con el VIH, alrededor de un tercio de las de Managua y un cuarto de las de Chinandega opinaron que su propio riesgo era alto.

Cuadro VI.40. Percepciones sobre las personas que tienen más riesgo de infectarse con el VIH en población transgénero, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
Personas que ella cree que tienen más riesgo de infectarse con el VIH ¹						
Todas las personas	61	22	36.1	17	6	35.3
Trabajadoras del sexo		44	72.1		11	64.7
Hombres que tienen sexo con hombres, gays/homosexuales		36	59.0		11	64.7
Trans		28	45.9		6	35.3
Bisexuales		26	42.6		5	29.4
Heterosexuales/hombres/mujeres/jóvenes/amas de casa/los que tienen relaciones sexuales		19	31.2		10	58.8
Los que usan drogas		28	45.9		9	52.9
Los que no tienen información		25	41.0		4	23.5
Los que no se protegen		28	45.9		7	41.2
Los que tienen varias parejas		27	44.3		4	23.5
Cómo considera su propio riesgo de infectarse con el VIH						
Alto	61	22	36.1	18	5	27.8
Mediano		22	36.1		9	50.0
Bajo/ningún riesgo		17	27.9		4	22.2

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

Antecedentes de ITS y acceso a servicios de salud

El 95.2% de las participantes de Managua y 83.3% de las de Chinandega informaron que habían escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas.

Cerca de un tercio de las participantes de Managua y un cuarto de las de Chinandega reportaron haber tenido síntomas de ITS en los últimos 12 meses. Al momento de la entrevista, solamente 3.2% de las participantes de Managua y nadie de Chinandega presentaban algún síntoma.

Entre las participantes que habían presentado síntomas de ITS en los últimos 12 meses, aproximadamente 28% de ellas, de cada ciudad, informaron que buscaron ayuda. Cuando le indicaron algún tratamiento, 71.4% de las participantes de Managua y 66.7% de las de Chinandega lo cumplieron, según la indicación.



Cuadro VI.41. Síntomas de ITS y utilización de servicios de salud en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	N	%
Ha escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas	62	59	95.2	18	15	83.3
Síntomas de infecciones de transmisión sexual en los hombres conocidos por la participante						
Secreción o flujo por el pene	50	44	88.0	15	13	86.7
Dolor/ardor al orinar		34	68.0		12	80.0
Úlceras/llagas/granos en genitales o ano		37	74.0		12	80.0
Ganglios inflamados/secas		18	36.0		5	33.3
Verruga/cresta de gallo/condiloma		30	60.0		11	73.3
Dolor en la parte baja del abdomen		11	22.0		3	20.0
Picazón en genitales/piojillo		25	50.0		10	66.7
Mal olor en las partes		21	42.0		6	40.0
No conozco ningún síntoma		0	0.0		1	6.7
Ha tenido síntomas de ITS en los últimos 12 meses	62	21	33.9	18	4	22.2
Actualmente tiene algún síntoma de infección de transmisión sexual o enfermedad venérea	62	2	3.2	18	0	0.0
Buscó ayuda la última vez que tuvo secreción, pus, úlcera o llaga en el área genital	29	8	27.6	11	3	27.3
Tomó o se aplicó toda la medicina que le recetaron	7	5	71.4	3	2	66.7

Prevalencias del VIH e ITS

Entre las población transgénero de Managua la prevalencia del VIH fue de 9.7%, mientras que en las de Chinandega esta prevalencia fue de 27.8%. En Managua, la prevalencia de sífilis fue de 23.3% y de sífilis activa fue de 11.7%. En cambio, la prevalencia de sífilis en Chinandega fue de 5.9%; todos fueron casos de sífilis activa.

El virus de herpes simple tipo 2 fue prevalente en 82.0% de las participantes de Managua. No se realizó esta prueba entre las participantes de Chinandega.

En Managua, las prevalencias de *Neisseria gonorrhoeae* y de *Chlamydia trachomatis* fueron de 7.4%; todos los casos de estas infecciones se diagnosticaron en hisopados anales. No se realizaron estas pruebas en Chinandega.

Cuadro VI.42. Prevalencia del VIH y de otras ITS en población transgénero, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009-2010

	Managua			Chinandega		
	N	n	%	N	n	%
VIH	62	6	9.7	18	5	27.8
Herpes simplex tipo 2	61	50	82.0	--	--	--
Sífilis	60	14	23.3	17	1	5.9
Sífilis activa	60	7	11.7	17	1	5.9
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	54	4	7.4	--	--	--
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (orina)	62	0	0	--	--	--
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (hisopado anal)	54	4	7.4	--	--	--
<i>Chlamydia trachomatis</i>	54	4	7.4	--	--	--
<i>Chlamydia trachomatis</i> (orina)	62	0	0	--	--	--
<i>Chlamydia trachomatis</i> (hisopado anal)	54	4	7.4	--	--	--
Linfogranuloma venéreo	54	1	1.9	--	--	--
<i>Mycoplasma genitalium</i>	62	1	1.6	--	--	--
<i>Trichomonas vaginalis</i>	62	0	0	--	--	--
VIH o alguna ITS ^{1,2}	55	25	45.5	18	5	27.8
Alguna ITS ³	54	21	38.9	--	--	--

¹ VIH o sífilis o *C. trachomatis* o *M. genitalium* o *N. gonorrhoeae* o *T. vaginalis*.

² Para Chinandega sólo incluye el VIH y la sífilis.

³ Sífilis o *C. trachomatis* o *M. genitalium* o *N. gonorrhoeae* o *T. vaginalis*.



Incidencia del VIH

La incidencia total del VIH por año, según autoidentificación sexual en población transgénero fue de 6.3%. En comparación, la incidencia del VIH en personas identificadas por el entrevistador como trans fue de 6.6% y la de personas autoidentificadas como trans, y además identificadas como trans por el entrevistador fue de 5.6.

Cuadro VI.43. Tasas de incidencia BED en población transgénero en Managua, ECVN Nicaragua, 2009-2010

Población	N	VIH+	VIH+ reciente ¹	Incidencia de VIH (%/año) ²	95% IC ³
Autoidentificación sexual					
Trans	62	6	2	6.3	(0-17.9)
Gay	305	27	4	1.4	(0-5.2)
Bisexual	254	18	5	3.4	(0-7.9)
Heterosexual	17	0	0	---	---
Identificada trans por el entrevistador	62	5	2	6.6	(0-18.0)
Autoreportada trans por la entrevistada e identificada trans por el entrevistador	69	6	2	5.6	(0-15.9)

¹ Las muestras mal clasificadas como recientes en el ensayo BED, pero eran de personas con infección crónica por el VIH (infección ≥ 1 año) o conocidas por estar bajo terapia antirretroviral fueron reclasificadas como infecciones a largo plazo en el análisis de la incidencia.

² Las estimaciones de incidencia de HSH y de TS fueron ajustadas utilizando una tasa de BED reciente-falso de 9,7% (IC 95%: 4.2-15.1) entre las personas infectadas por el VIH en Managua, con una infección ≥ 1 año y una duración de 162 días de las infecciones de VIH-1 subtipo C (IC 95%: 146-179).

³ Las estimaciones con límites negativos más bajos se fijaron en 0%. Las estimaciones de incidencia no pueden ser confiables debido a los amplios intervalos de confianza alrededor de estimar la incidencia y la tasa de falsos-BED recientes. Por lo tanto, se debe tener precaución en la interpretación de estas estimaciones.

Conclusiones

Mientras el tamaño de la población de población transgénero en Managua y en Chinandega es relativamente pequeño, la incidencia y prevalencia del VIH son las más altas de todas las poblaciones vulnerables evaluadas en este estudio. Es de alta importancia mejorar el control y la prevención del VIH en la población transgénero, no sólo para la protección de esta población en alta vulnerabilidad social, sino porque como se observa en este estudio forman parte importante de las conexiones dentro de las redes sociales de la población de hombres que tienen sexo con hombres.

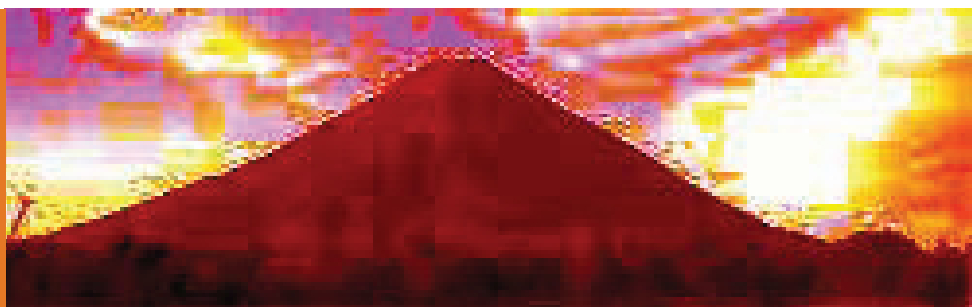
En general, la población transgénero que participó en este estudio está constituida por jóvenes alfabetizadas, y tienen por lo menos alguna educación secundaria. La mitad gana más del salario mínimo nicaragüense. Se debe tomar en cuenta estas características para el diseño e implementación de intervenciones de prevención y control del VIH, dirigidas especialmente a la población transgénero.

La mayoría empezó a tener relaciones sexuales a temprana edad, todas tuvieron su primera relación sexual con un hombre, y pocas utilizaron condón en esa primera relación sexual. Los hombres que tienen sexo con hombres en la adolescencia tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, en comparación con adolescentes heterosexuales,²³ ya que el sexo anal desprotegido es el comportamiento sexual de mayor riesgo; además, hay evidencia acerca de que la frecuencia de sexo anal sin condón en hombres que tienen sexo con hombres entre 13 y 21 años de edad está relacionado con un mayor número de parejas sexuales.²⁴ Es importante dirigir intervenciones de educación sexual y de uso de condón durante las etapas de la vida donde se construyen y se puede fortalecer el ejercicio de prácticas sexuales protegidas y más seguras.

La mayoría de las entrevistadas suelen mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales, generalmente con más de una y el uso consistente de condón con estas parejas es bajo. Mantener relaciones sexuales con parejas estables hombres también es común; la práctica sexual más común con las parejas estables es el sexo anal receptivo y el uso consistente de condón es bajo. El tener múltiples parejas sexuales junto a la baja prevalencia de uso de condón pueden ser los mayores retos en la prevención del VIH y de ITS en esta población.

Alrededor de un tercio de las entrevistadas realizaban trabajo sexual en el momento de la entrevista, y más de la mitad había efectuado trabajo sexual alguna vez en la vida. En general, estas personas practican el sexo anal receptivo y no suelen utilizar el condón consistentemente con sus clientes. Es bien establecido que el sexo anal receptivo desprotegido es un mayor factor de riesgo para infectarse con el VIH.²⁵ Es de alta importancia identificar las barreras del uso de condón entre las población transgénero que realizan trabajo sexual para crear e implementar intervenciones eficaces promoviendo 100% de uso de condón con clientes.

Hacerse la prueba del VIH por lo menos una vez al año y conocer el resultado es esencial para las personas en mayor vulnerabilidad al VIH, como las trans, en el marco de los nuevos hallazgos que indican que las personas recientemente diagnosticadas como VIH positivas inicien tratamiento ARV, como una medida de prevención del VIH y para mejorar la calidad de vida de estas personas.²⁶ Hallazgos recientes han demostrado que iniciar la terapia antirretroviral de inmediato después del diagnóstico del VIH disminuye el riesgo de transmitir el virus a una pareja no infectada por un factor de 96%.²⁷ Este hallazgo, para las personas en mayor riesgo, enfatiza aún más la importancia de realizarse la prueba anualmente. Se debe aumentar el acceso a la prueba del VIH, ya que sólo la mitad de las participantes se habían sometido a la prueba del VIH durante los 12 meses previos. Los hallazgos de este estudio sugieren que una de las barreras para hacerse la prueba y conocer su resultado puede ser la percepción de falta de confidencialidad por parte del personal de salud.



El nivel de conocimientos adecuados sobre el VIH²⁶ para la población transgénero de este estudio es bajo. Sin embargo, la mayoría indicó conocer que se puede prevenir el VIH utilizando el condón de manera correcta y en cada relación sexual, aunque el uso consistente de condón es bajo en esta población. Además, a pesar de la alta prevalencia de comportamientos riesgosos entre las encuestadas, la mayoría de ellas creen que su propio riesgo de infectarse con el VIH es bajo o mediano. Será esencial entender mejor como las discordancias entre los comportamientos, conocimientos, y percepciones de riesgo puedan influir la eficacia de las estrategias de prevención.

La prevalencia del VIH en las poblaciones transgénero de Managua y de Chinandega son las más altas de las poblaciones consideradas en este estudio y tienen una alta incidencia del VIH que indica una epidemia creciente entre las población transgénero de Managua y de Chinandega. En comparación con los hombres que tienen sexo con hombres de este estudio que se identifican como *gay*, bisexual o heterosexual, la prevalencia e incidencia del VIH en las poblaciones transgénero parecen ser claramente más altas. Urge identificar y mitigar los factores asociados con la alta carga del VIH en la población transgénero.

En Managua, la ITS más prevalente en las población transgénero es el virus de herpes simple tipo 2 (VHS-2), con más de 80%; también se encontraron altas prevalencias de sífilis y de sífilis activa en ambas ciudades, especialmente en Managua. Se ha demostrado recientemente que en hombres que tienen sexo con hombres que tienen un diagnóstico de sífilis en los últimos dos años tienen un riesgo dos veces mayor de infectarse con el VIH.²⁸ En Managua se encontraron prevalencias sustanciales de chlamydia y gonorrea. Todas las infecciones fueron detectadas en muestras anales. Hallazgos recientes han demostrado que los hombres que tienen sexo con hombres y que han tenido dos o más infecciones anales de chlamydia o de gonorrea en los últimos dos años tienen un riesgo ocho veces mayor de infectarse con el VIH.²⁸ Aunque no queda claro si el tratamiento de otras ITS mitiga el riesgo de infectarse con el VIH,²⁹ estos hallazgos señalan el posible beneficio de realizar la prueba del VIH y de aplicar otras intervenciones a las personas recién diagnosticadas con otras ITS.

Limitaciones del estudio

El país está dividido en tres regiones: la del Pacífico con 2,778,257 habitantes, la del Atlántico con 716,236 habitantes, y la central y norte con 1,647,605 habitantes, según el VIII censo de población y IV de vivienda de 2005.³⁰ Los departamentos más poblados de Nicaragua son: Managua con 24.6%, Matagalpa con 9.1%, Chinandega con 7.4% y León con 6.9% de la población total.³⁰

El presente estudio se realizó en dos departamentos de la región del Pacífico: Managua (1 093 760 habitantes) incluyó las ciudades de Managua, Tipitapa y Ciudad Sandino, y el departamento de Chinandega (350 212 habitantes) que incluyó las ciudades y localidades de Chinandega, El Viejo, Corinto, Posoltega, y Chichigalpa. Los dos departamentos incluidos en la encuesta forman parte de la región del Pacífico, por lo que las otras dos regiones no están representadas en los hallazgos del presente estudio. Sin embargo, la mitad de la población nicaragüense está concentrada en la región del Pacífico. Se puede considerar este estudio como una caracterización de la población transgénero de la región del Pacífico, y no de todo el país.

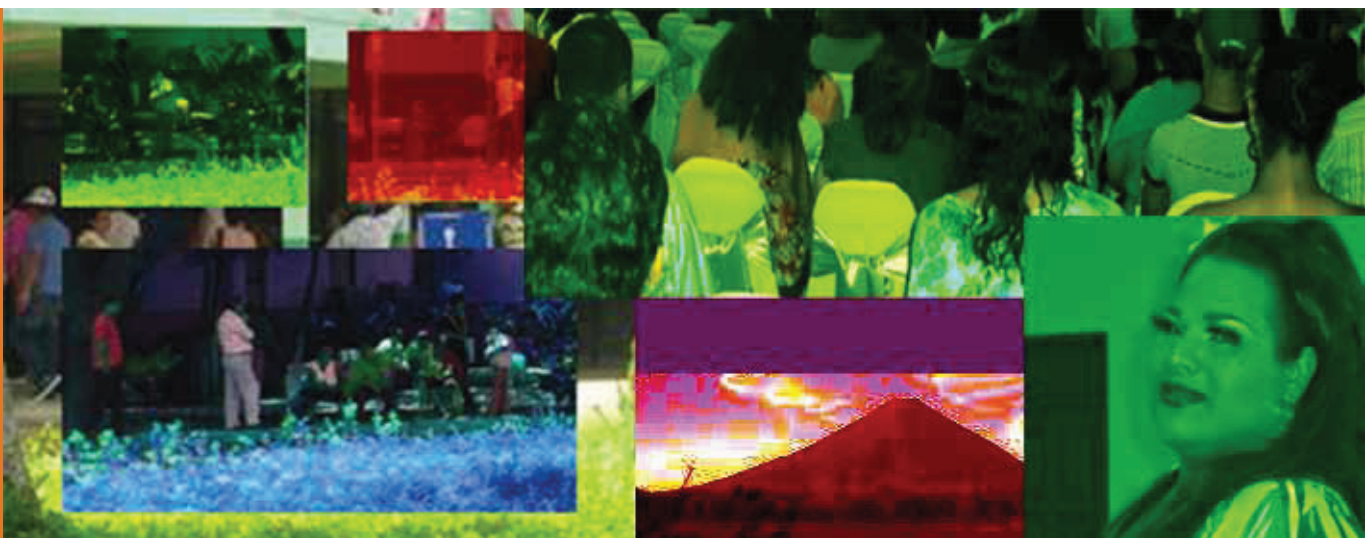
El método de muestreo de este estudio fue dirigido por los encuestados (RDS por sus siglas en inglés).^{17,20} Mientras el RDS permite obtener un muestreo probabilístico, la muestra de población transgénero de este estudio fue obtenida por medio de la auto-identificación de las población transgénero dentro del muestreo general de hombres que tienen sexo con hombres. Por varias razones analíticas asociadas con la pequeña cantidad de población transgénero reclutadas se presentan aquí los datos crudos, los cuales posiblemente no representen la población general de población transgénero de Managua y de Chinandega.

Recomendaciones

Prevención y control del VIH y de las ITS

Una de las prioridades más altas para el control del VIH y de las ITS en la población transgénero es hacer un diagnóstico temprano, así como brindar un tratamiento oportuno para las enfermedades diagnosticadas. Como medidas concretas para mejorar el control del VIH y de las ITS en esta población, se recomienda:

- Proveer servicios de salud especialmente diseñados para población transgénero, con personal capacitado y sensible a la problemática de la comunidad trans.
- Aumento de la disponibilidad de pruebas del VIH, con consejería especializada; esa iniciativa debe aumentar la promoción de la prueba por lo menos una vez al año.
- Al obtener un diagnóstico confirmatorio del VIH se debe empezar la terapia antirretroviral de inmediato, ya que la intervención temprana es una medida de prevención, además de control.
- Implementar campañas de información y educación sobre la prevención de ITS y del VIH para todas la. población transgénero, especialmente para los jóvenes. Asegurar que las intervenciones tomen en cuenta los niveles sociodemográficos de la audiencia.
- Enfatizar en estas campañas los riesgos asociados con el sexo anal desprotegido (especialmente el sexo anal receptivo) y la práctica de tener mayor número de parejas (especialmente parejas concurrentes).
- Promover 100% el uso del condón para todas las personas, especialmente para quienes hacen trabajo sexual.



VI.3 Trabajadoras sexuales

Uno de los procedimientos establecidos para obtener la muestra de trabajadoras sexuales fue identificar, previo al trabajo de campo, 48 sitios de trabajadoras sexuales en Managua y 30 en Chinandega. Se obtuvo un estimado de trabajadoras sexuales por sitio, con lo que se determinó en Managua un promedio total de trabajadoras sexuales de 469, con un mínimo de 233 y un máximo de 873, y en Chinandega el promedio fue de 231 con un mínimo de 132 y un máximo de 423. El número de trabajadoras sexuales que rechazó participar en el estudio fue mayor en Managua que en Chinandega (cuadro VI.44).

Cuadro VI.44. Muestreo, reclutamiento y rechazo a participar. Trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua	Chinandega
Número de sitios de muestreo	48	30
Número total estimado de trabajadoras sexuales en sitios de muestreo: promedio (mínimo-máximo)*	469 (233-873)	231 (132-423)
Número de participantes reclutadas	618	214
Número de trabajadoras sexuales que rechazaron participar	57	1

De septiembre a diciembre de 2009 fueron reclutadas 832 trabajadoras sexuales, 618 en Managua y 214 en Chinandega. Todas cumplieron con los criterios de elegibilidad y brindaron el consentimiento informado por escrito. En Managua, 617 mujeres aceptaron hacerse las pruebas rápidas del VIH; 618 dieron una muestra de sangre para el diagnóstico de sífilis, del virus del herpes simple tipo 2, y para pruebas confirmatorias del VIH; 608 brindaron una muestra de hisopado vaginal para el diagnóstico de otras infecciones de transmisión sexual. En Chinandega, 212 mujeres aceptaron hacerse las pruebas rápidas del VIH, 213 dieron una muestra de sangre y 187 aceptaron brindar una muestra de hisopado vaginal.

Cuadro VI.45. Características de la muestra obtenida en trabajadoras sexuales por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua	Chinandega	Total
Muestra propuesta	600	200	800
Total de participantes	618	214	832
Número de participantes con pruebas rápidas del	617	212	829
Número de participantes con muestra de sangre	618	213	831
Número de participantes con hisopado vaginal	608	187	795

Características sociodemográficas

El 43.4% de las entrevistadas en Managua y 34.7% de las de Chinandega, tenían entre 18 a 24 años de edad. En Chinandega, 22.5% de las trabajadoras sexuales eran mayores de 35 años de edad, comparadas con 13.8% de las de Managua. La mediana de edad encontrada en Managua fue de 26 años (RIQ: 22 a 30 años), mientras que en Chinandega la mediana de edad fue de 28 años (RIQ: 22 a 33 años).

El 88.2% de las entrevistadas de Managua y 83.2% de las de Chinandega reportaron saber leer y escribir. Respecto a la escolaridad, las trabajadoras sexuales de Managua declararon haber cursado algún grado de secundaria (51.9%) y universitario (8.1%), en mayor proporción que las de Chinandega. En cambio, en Chinandega 67.3% reportó sólo tener educación primaria completa o incompleta, en comparación con 40.0% reportado por las de Managua.

En su mayoría, en ambas ciudades, la principal fuente de ingresos para las entrevistadas era el trabajo sexual. El 84.0% de las trabajadoras sexuales de Managua reportó tener un ingreso mensual mayor al salario mínimo (2 635 córdobas), mientras que en Chinandega este ingreso fue reportado sólo por la mitad de las entrevistadas. La mediana del número de personas que dependían de ellas fue de tres en las dos ciudades.

Casi todas las entrevistadas en ambas ciudades eran de nacionalidad nicaragüense. Al momento de la encuesta, más de la mitad de las trabajadoras sexuales reportó estar soltera. La mayoría de ellas vivía con su familia y con amigos. Alrededor de un tercio de las trabajadoras sexuales de ambas ciudades informó no haber tenido ningún tipo de religión.

Solamente 10.4% de las trabajadoras sexuales de Managua y 5.1% de las de Chinandega reportaron haberse involucrado en alguna organización para trabajadoras sexuales. En Managua las organizaciones que atienden a trabajadoras sexuales más reconocidas por las entrevistadas fueron Tesis (4.9%) y Acahualt (2.6%), mientras que en Chinandega se mencionaron a Xochiquetzal (2.3%) y a Pasmó (1.9%).

Cuadro V.46. Características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Edad (años)						
18-24	617	268	43.4 (39.5-47.5)	213	74	34.7 (28.4-41.5)
25-29		176	28.5 (25.0-32.3)		48	22.5 (17.1-28.7)
30-35		88	14.3 (11.6-17.3)		43	20.2 (15.0-26.2)
≥35		85	13.8 (11.2-16.8)		48	22.5 (17.1-28.7)
Mediana (RIC)		26 (22-30)			28 (22-33)	
Sabe leer y escribir	617	544	88.2 (85.4-90.6)	214	178	83.2 (77.5-87.9)
Escolaridad						
No escuela/algún grado de primaria	618	247	40.0 (36.1-44.0)	214	144	67.3 (60.6-73.5)
Algún grado de secundaria		321	51.9 (47.9-55.9)		70	32.7 (26.5-39.4)
Algún grado universitario		50	8.1 (6.1-10.5)		0	0.0 (0.0-1.7) ¹

Su principal fuente de ingresos						
Trabajo sexual	617	501	81.2 (77.9-84.2)	213	190	89.2 (84.2-93.0)
Mesera/bailarina		93	15.1 (12.3-18.1)		1	0.5 (0.0-2.6)
Otro		23	3.7 (2.4-5.5)		22	10.3 (6.6-15.2)
Ingresos mensuales (Córdobas)						
≤2,635 ²	606	97	16.0 (13.2-19.2)	211	108	51.2 (44.2-58.1)
>2,635 ¹		509	84.0 (80.8-86.8)		103	48.8 (41.9-55.8)
Mediana (RIC)		6,000 (3,200-12,000)			2,400 (1,600-4,000)	
Número de dependientes económicos						
0	613	9	1.5 (0.7-2.8)	214	2	0.9 (0.1-3.3)
1-2		227	37.0 (33.2-41.0)		97	45.3 (38.5-52.3)
≥3		377	61.5 (57.5-65.4)		115	53.7 (46.8-60.6)
Mediana (RIC)		3 (2-4)			3 (2-4)	
País donde nació						
Nicaragua	618	612	99.0 (97.9-99.6)	214	211	98.6 (96.0-99.7)
Otro		6	1.0 (0.4-2.1)		3	1.4 (0.3-4.0)
Estado civil						
Soltera	618	380	61.5 (57.5-65.3)	214	128	59.8 (52.9-66.4)
Casada		224	36.2 (32.4-40.2)		85	39.7 (33.1-46.6)
Divorciada/viuda		14	2.3 (1.2-3.8)		1	0.5 (0.0-2.6)
Actualmente vive con						
Pareja	618	77	12.5 (10.0-15.3)	214	8	3.7 (1.6-7.2)
Sola		79	12.8 (10.3-15.7)		8	3.7 (1.6-7.2)
Familia/amigos/otros		462	74.8 (71.1-78.1)		198	92.5 (88.1-95.7)
Religión						
Católica	617	229	37.1 (33.3-41.1)	214	117	54.7 (47.7-61.5)
Evangélica		185	30.0 (26.4-33.8)		18	8.4 (5.1-13.0)
Otra		15	2.4 (1.4-4.0)		3	1.4 (0.3-4.0)
Ninguna		188	30.5 (26.9-34.3)		76	35.5 (29.1-42.3)

Involucrada en alguna organización para trabajadoras sexuales	618	64	10.4 (8.1-13.0)	214	11	5.1 (2.6-9.0)
Organización en la cual se ha involucrado						
Acahualt	618	16	2.6 (1.5-4.2)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ²
Xochiquetzal		3	0.5 (0.1-1.4)		5	2.3 (0.8-5.4)
Pasmo		8	1.3 (0.6-2.5)		4	1.9 (0.5-4.7)
Tesis		30	4.9 (3.3-6.9)		0	0.0 (0.0-1.7) ²
Otra		11	1.8 (0.9-3.2)		5	2.3 (0.8-5.4)

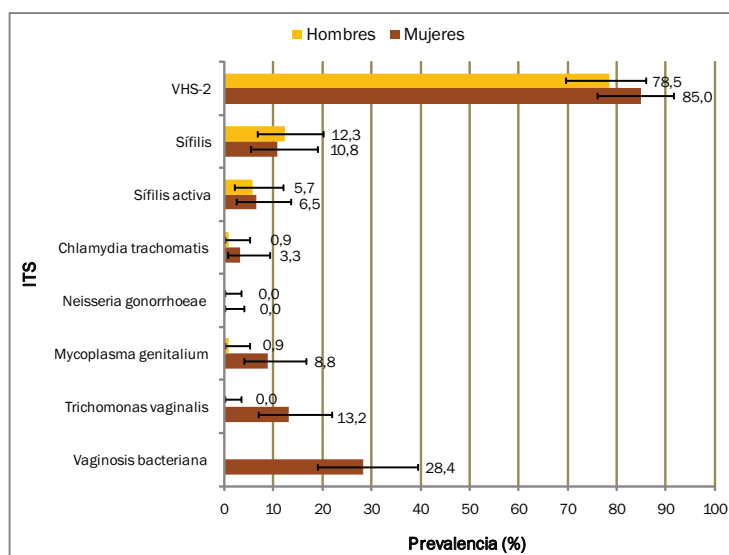
¹ 2,635 Córdobas era el salario mínimo en Nicaragua al momento de realizar la encuesta (1 USD≈21 Córdobas).

² De un solo lado, 97.5% IC.

Antecedentes sexuales

El 35.5% de las trabajadoras sexuales de Managua y 47.9% de las de Chinandega reportó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad. La mediana de edad a la primera relación sexual en las entrevistadas de ambas ciudades fue de 15 años, con un RIQ de 14 a 17 años para las de Managua y de 14 a 16 años para las de Chinandega. Casi 90% de las trabajadoras sexuales de ambas ciudades reportaron haber tenido la primera relación sexual con el esposo, novio o un amigo. Pocas de las encuestadas reportaron el uso de condón en su primera relación sexual: en Managua 12.1% y en Chinandega 7.6%. Más de 90% ha estado casada, acompañada, o en unión libre. Un cuarto de las de Managua y 38.7% de las de Chinandega se acompañaron por primera vez (es decir tuvieron pareja) antes de los 15 años de edad.

Gráfica VI.9. Estimaciones de las prevalencias del VIH y de las ITS en las trabajadoras sexuales de Managua y Chinandega



Cuadro VI.47. Antecedentes sexuales de las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Edad en su primera relación sexual (años)						
<15	617	219	35.5 (31.7-39.4)	213	102	47.9 (41.0-54.8)
15-17		311	50.4 (46.4-54.4)		87	40.8 (34.2-47.8)
≥18		87	14.1 (11.5-17.1)		24	11.3 (7.4-16.3)
Mediana (RIC)		15 (14-17)			15 (14-16)	
Persona con quien tuvo su primera relación sexual						
Esposo/novio/amigo	616	540	87.7 (84.8-90.2)	214	190	88.8 (83.8-92.7)
Miembro de su familia		38	6.2 (4.4-8.4)		5	2.3 (0.8-5.4)
Desconocido/otro		38	6.2 (4.4-8.4)		19	8.9 (5.4-13.5)
Uso de condón en su primera relación sexual	528	64	12.1 (9.5-15.2)	185	14	7.6 (4.2-12.4)
Ha estado casada, acompañada o en unión libre	618	568	91.9 (89.5-93.9)	214	199	93.0 (88.7-96.0)
A qué edad se casó o se acompañó por primera vez (años)						
<15	565	149	26.4 (22.8-30.2)	199	77	38.7 (31.9-45.8)
15-17		265	46.9 (42.7-51.1)		78	39.2 (32.4-46.3)
≥18		151	26.7 (23.1-30.6)		44	22.1 (16.5-28.5)
Mediana (RIC)		16 (14-18)			15 (14-17)	

Trabajo sexual

Del total de entrevistadas, 59.6% de las de Managua y 79.0% de las de Chinandega se auto-identificaron como trabajadoras sexuales. Sin embargo, 34.7% de las entrevistadas de Managua se identificaron como masajista, mesera, o bailarina, mientras que en Chinandega 17.8% se auto identificaron como amas de casa. Para todas estas categorías las mujeres manifestaron que algunas veces realizaban trabajo sexual.

Aproximadamente 7% de las entrevistadas de ambas ciudades tenían menos de 15 años de edad cuando por primera vez tuvieron relaciones sexuales a cambio de dinero. La mediana de edad para el inicio del trabajo sexual fue de 19 años en las entrevistadas de ambas ciudades, con un RIQ de 17 a 23 años en Managua y de 16 a 24 años en Chinandega.

Del tiempo que tenían efectuando trabajo sexual, 73.0% de las entrevistadas de Managua y 56.4% de las de Chinandega reportaron un tiempo de cinco años o menos. En

Managua la mediana del tiempo en el que han realizado trabajo sexual fue de dos años (RIQ: 1 a 6 años), mientras que las trabajadoras sexuales de Chinandega reportaron una mediana de cinco años (RIQ: 2 a 10 años).

Acerca del número de días en los que hicieron trabajo sexual durante el último mes, 47.7% de las entrevistadas en Managua reportaron haber trabajado entre 22 y 30 días, mientras que en Chinandega 38.0% de las mujeres reportaron haber trabajado de uno a siete días. La mediana de días trabajados por las entrevistadas de Managua fue de 20 días (RIQ: 8 a 27 días) y por las de Chinandega de 10 días (RIQ: 4 a 15 días).

Para la mayoría de las trabajadoras sexuales en ambas ciudades su última relación sexual fue con un cliente. En esta encuesta se define cliente como una persona que pagó dinero a la entrevistada por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales.

El 68.2% de las trabajadoras sexuales de Managua, reportó que el principal lugar donde realizaban trabajo sexual era en un bar o night club, mientras que en Chinandega sólo 28.0% lo reportó. Más de la mitad de las trabajadoras sexuales de Chinandega reportaron que los lugares donde principalmente conseguían a sus clientes fueron la carretera, la calle, el parque, o afuera de moteles, hospedajes u hoteles.

Cuadro VI.48. Trabajo sexual en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Autoidentificación por el trabajo sexual						
Trabajadora sexual	616	367	59.6 (55.6-63.5)	214	169	79.0 (72.9-84.2)
Masajista/mesera/bailarina, pero algunas veces hace entradas		214	34.7 (31.0-38.6)		6	2.8 (1.0-6.0)
Ama de casa, pero algunas veces hace entradas		11	1.8 (0.9-3.2)		38	17.8 (12.9-23.5)
Otro		24	3.9 (2.5-.5.7)		1	0.5 (0.0-2.6)
Edad cuando recibió dinero por tener relaciones sexuales, por primera vez (años)						
<15	612	41	6.7 (4.9-9.0)	212	14	6.6 (3.7-10.8)
15-17		126	20.6 (17.5-24.0)		70	33.0 (26.7-39.8)
≥18		445	72.7 (69.0-76.2)		128	60.4 (53.5-67.0)
Mediana (RIC)		19 (17-23)			19 (16.5-24)	
Tiempo de realizar trabajo sexual (años)						
≤5	596	435	73.0 (69.2-76.5)	211	119	56.4 (49.4-63.2)
>5		161	27.0 (23.5-30.8)		92	43.6 (36.8-50.6)
Mediana (RIC)		2 (1-6)			5 (2-10)	

Número de días en los que realizó trabajo sexual en los últimos 30 días						
0	597	15	2.5 (1.4-4.1)	213	9	4.2 (2.0-7.9)
1-7		125	20.9 (17.7-24.4)		81	38.0 (31.5-44.9)
8-14		56	9.4 (7.2-12.0)		61	28.6 (22.7-35.2)
15-21		116	19.4 (16.3-22.8)		35	16.4 (11.7-22.1)
22-30		285	47.7 (43.7-51.8)		27	12.7 (8.5-17.9)
Mediana (RIC)		20 (8-27)			10 (4-15)	
Lugar principal para el trabajo sexual						
Bar/night club	616	420	68.2 (64.3-71.8)	214	60	28.0 (22.1-34.6)
Carretera/calle/parque/motel/hotel/hospedaje		107	17.4 (14.5-20.6)		129	60.3 (53.4-66.9)
Burdel/negocio/casa de citas/sala de masaje		76	12.3 (9.8-15.2)		22	10.3 (6.6-15.2)
Teléfono/internet/otro		13	2.1 (1.1-3.6)		3	1.4 (0.3-4.0)
Tiene a alguien que le ayuda a conocer clientes o le da protección para el trabajo sexual	615	421	68.5 (64.6-72.1)	214	31	14.5 (10.1-19.9)
Su última relación sexual fue con un cliente	617	498	80.7 (77.4-83.8)	214	169	79.0 (72.9-84.2)
Servicios sexuales que proporciona a sus clientes ¹						
Penetración vaginal	617	588	95.3 (93.3-96.8)	212	211	99.5 (97.4-100.0)
Penetración anal		89	14.4 (11.7-17.4)		21	9.9 (6.2-14.7)
Sexo oral		449	72.8 (69.1-76.2)		110	51.9 (44.9-58.8)
Otros		519	84.1 (81.0-86.9)		88	41.5 (34.8-48.5)
Cuánto recibe generalmente por cada entrada o rato que está con un cliente (Córdobas) ²						
≤200	607	381	62.8 (58.8-66.6)	214	153	71.5 (64.9-77.4)
>200		226	37.2 (33.4-41.2)		61	28.5 (22.6-35.1)
Mediana (RIC)			160 (130-350)			150 (100-300)
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente fijo o frecuente	511	459	89.8 (86.9-92.3)	211	205	97.2 (93.9-98.9)
Uso consistente de condón ³ con todos sus clientes fijos o frecuentes durante los últimos 30 días	507	390	76.9 (73.0-80.5)	212	194	91.5 (86.9-94.9)
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente nuevo	562	551	98.0 (96.5-99.0)	197	192	97.5 (94.2-99.2)

Uso consistente de condón ³ con todos sus clientes nuevos durante los últimos 30 días	562	533	94.8 (92.7-96.5)	198	182	91.9 (87.2-95.3)
Último cliente estaba borracho o drogado	605	289	47.8 (43.7-51.8)	213	25	11.7 (7.7-16.8)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

² 1 USD≈21 Córdobas.

³ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

RIQ: rango intercuartílico.

Aproximadamente dos tercios de las trabajadoras sexuales de Managua reportaron que tenían una persona que les ayudaba a conseguir clientes o que les brindaba protección durante el trabajo sexual, pero en las de Chinandega esa proporción fue sólo de 14.5%.

El 14.4% de los trabajadores sexuales de Managua y 9.9% de las de Chinandega declararon tener relaciones sexuales con penetración anal como uno de los servicios ofrecidos a sus clientes.

Respecto al ingreso que recibieron por cada entrada o rato, es decir el último servicio sexual que brindaron a un cliente, la mayoría de las trabajadoras sexuales de Managua (62.8%) y de Chinandega (71.5%) reportaron recibir un valor igual o menor de 200 Córdobas (alrededor de 10 USD). Aproximadamente un tercio de las trabajadoras sexuales de ambas ciudades reportaron haber recibido más de 200 Córdobas por los servicios sexuales prestados a los clientes en cada entrada o rato. La mediana de ingreso reportada por las entrevistadas en cada entrada o rato fue casi similar en Managua (160 Córdobas; RIQ: 130 a 350 Córdobas) que en Chinandega (150 Córdobas; RIQ: 100 a 300 Córdobas).

El uso consistente de condón con todos los clientes fijos o frecuentes en los últimos 30 días fue reportado por 76.9% de las entrevistadas de Managua y por 91.5% de las de Chinandega. En comparación, 94.8% de las encuestadas de Managua y 91.9% de las de Chinandega afirmaron el uso consistente de condón durante los últimos 30 días con clientes nuevos.

El 47.8% de los trabajadores sexuales de Managua reportó que el último cliente estaba borracho o drogado, mientras que en las de Chinandega el reporte fue de 11.7%.

Violencia sexual

El haber sido forzada a tener relaciones sexuales alguna vez en la vida fue reportado por aproximadamente un tercio de las trabajadoras sexuales en las dos ciudades. La primera relación sexual fue forzada para 14.5% de las trabajadoras sexuales de Managua y para 13.6% de las de Chinandega. En cuanto a la persona quien la forzó en esa primera relación sexual identificaron principalmente a un miembro de la familia (42.7%) o al esposo, al novio, o a un amigo (37.1%) en Managua, mientras que en Chinandega fue principalmente un desconocido (51.7%), el esposo, el novio o un amigo (31.0%).

El 12.3% de las trabajadoras sexuales de Managua y 13.6% de las de Chinandega reportaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales en el último año. Entre las personas que las forzaron a tener relaciones sexuales en el último año, en Managua identificaron principalmente al cliente (31.6%), a la pareja estable (26.3%), o a una persona desconocida (25.0%), y en Chinandega las trabajadoras sexuales reportaron que fue una persona desconocida (48.3%) o un amigo o conocido (34.5%).

Cuadro VI.49. Violencia sexual hacia las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Alguna vez en su vida la han forzado a tener relaciones sexuales	616	228	37.0 (33.2-41.0)	214	65	30.4 (24.3-37.0)
Su primera relación sexual fue forzada	615	89	14.5 (11.8-17.5)	214	29	13.6 (9.3-18.9)
Persona que la forzó a tener relaciones sexuales la primera vez						
Miembro de su familia	89	38	42.7 (32.3-53.6)	29	5	17.2 (5.8-35.8)
Esposo/novio/amigo/conocido		33	37.1 (27.1-48.0)		9	31.0 (15.3-50.8)
Desconocido		18	20.2 (12.4-30.1)		15	51.7 (32.5-70.6)
Durante el último año alguna persona la forzó a tener relaciones sexuales	616	76	12.3 (9.8-15.2)	214	29	13.6 (9.3-18.9)
Persona que la forzó a tener relaciones sexuales en el último año						
Cliente	76	24	31.6 (21.4-43.3)	29	1	3.4 (0.1-17.8)
Pareja estable		20	26.3 (16.9-37.7)		2	6.9 (0.8-22.8)
Miembro de su familia		2	2.6 (0.3-9.2)		2	6.9 (0.8-22.8)
Amigo/conocido		11	14.5 (7.5-24.4)		10	34.5 (17.9-54.3)
Desconocido		19	25.0 (15.8-36.3)		14	48.3 (29.4-67.5)

Comportamiento sexual por tipo de pareja

En esta encuesta se define pareja estable como aquella persona con quien se tienen relaciones sexuales, y que no son a cambio de dinero, y con quien se mantiene una relación afectiva, constante o regular, por ejemplo, el cónyuge, el novio o el marido. Alrededor de 40% de las entrevistadas en ambas ciudades tenían una pareja estable al momento de la encuesta. De ellas, su última relación sexual fue con su pareja estable para 32.9% en Managua y para 41.5% en Chinandega. Sólo 28.2% en Managua y 8.5% en Chinandega reportaron que vivían con esa pareja estable. En ambas ciudades la mediana del número de parejas estables en los últimos 12 meses reportada por las trabajadoras sexuales fue una pareja.

Cuadro VI.50. Comportamiento sexual de las trabajadoras sexuales con parejas estables y ocasionales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Parejas estables						
Actualmente tiene pareja estable	616	252	40.9 (37.0-44.9)	213	94	44.1 (37.4-51.1)
Su última relación sexual fue con su pareja estable actual	252	83	32.9 (27.2-39.1)	94	39	41.5 (31.4-52.1)
Vive con su pareja estable	252	71	28.2 (22.7-34.2)	94	8	8.5 (3.7-16.1)
Número de parejas estables en los últimos 12 meses						
0	617	303	49.1 (45.1-53.1)	213	104	48.8 (41.9-55.7)
1		263	42.6 (38.7-46.6)		98	46.0 (39.2-53.0)
≥2		51	8.3 (6.2-10.7)		11	5.2 (2.6-9.1)
Mediana (RIC)		1 (0-1)			1 (0-1)	
Uso consistente de condón ¹ con su pareja estable en el último mes	309	33	10.7 (7.5-14.7)	107	20	18.7 (11.8-27.4)
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable	312	45	14.4 (10.7-18.8)	108	21	19.4 (12.5-28.2)
Su pareja estable paga por tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales	198	34	17.2 (12.2-23.2)	90	8	8.9 (3.9-16.8)
Parejas ocasionales						
Ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último año	615	113	18.4 (15.4-21.7)	211	29	13.7 (9.4-19.1)
Su última relación sexual fue con una pareja ocasional	113	13	11.5 (6.3-18.9)	29	2	6.9 (0.8-22.8)
Número de parejas ocasionales con quienes tuvo relaciones sexuales en el último año						
0	613	504	82.2 (79.0-85.2)	211	184	87.2 (81.9-91.4)
1		57	9.3 (7.1-11.9)		16	7.6 (4.4-12.0)
≥2		52	8.5 (6.4-11.0)		11	5.2 (2.6-9.1)
Mediana (RIC)		0 (0-0)			0 (0-0)	
Estado civil de su última pareja ocasional						
Soltero	107	53	49.5 (39.7-59.4)	25	13	52.0 (31.3-72.2)
Casado/acompañado		48	44.9 (35.2-54.8)		12	48.0 (27.8-68.7)
Divorciado/viudo		6	5.6 (2.1-11.8)		0	0.0 (0.0-13.7) ²
Uso consistente de condón ¹ con todas las parejas ocasionales durante los últimos 30 días	108	49	45.4 (35.8-55.2)	27	15	55.6 (35.3-74.5)
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja ocasional	113	53	46.9 (37.5-56.5)	28	12	42.9 (24.5-62.8)

¹ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

² De un sólo lado, 97.5% IC.

RIQ: rango intercuartílico.

De las que reportaron haber tenido pareja estable en los últimos 12 meses, 10.7% de las de Managua y 18.7% de las de Chinandega informaron haber usado consistentemente el condón en el último mes con este tipo de pareja, mientras que en la última relación sexual con la pareja estable el uso de condón fue reportado por 14.4% de las de Managua y por 19.4% de las de Chinandega.

En esta encuesta se define pareja ocasional como una persona con la que se tienen relaciones sexuales, y que no son a cambio de dinero, y con quien la trabajadora sexual no mantiene una relación estable, constante, afectiva o regular. El 18.4% de las trabajadoras sexuales de Managua y 13.7% de las de Chinandega reportaron que habían tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último año. De ellas, 11.5% de las de Managua y 6.9% de las de Chinandega reportaron que su última relación sexual fue con una pareja ocasional. La proporción de participantes que reportaron dos o más parejas ocasionales en el último año fue baja, tanto en Managua (8.5%) como en Chinandega (5.2%). La mediana del número de parejas ocasionales reportadas por las entrevistadas en ese mismo periodo fue cero para ambas ciudades.

De las trabajadoras sexuales que reportaron haber tenido una pareja ocasional en el último año, el 45.4% de las entrevistadas en Managua y 55.6% en Chinandega afirmaron haber usado consistentemente el condón con este tipo de pareja, mientras que 46.9% de las trabajadoras sexuales de Managua y 42.9% de las de Chinandega reportaron haber usado el condón en la última relación sexual con pareja ocasional.

Cuadro VI.51. Consumo de alcohol y drogas en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	<i>N</i>	<i>n</i>	% (95% IC)	<i>N</i>	<i>n</i>	% (95% IC)
Ha tomado alcohol o licor durante el último mes	618	449	72.7 (69.0-76.1)	214	108	50.5 (43.6-57.4)
Número de veces que tomó cuatro o más tragos de bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante el último mes						
0	612	169	27.6 (24.1-31.3)	214	108	50.5 (43.6-57.4)
1-3		135	22.1 (18.8-25.6)		40	18.7 (13.7-24.6)
≥4		308	50.3 (46.3-54.4)		66	30.8 (24.7-37.5)
Mediana (RIC)		4 (0-9)			0 (0-5)	
Tomó alcohol o usó drogas con su último cliente	618	197	31.9 (28.2-35.7)	213	16	7.5 (4.4-11.9)
Ha probado drogas alguna vez	618	226	36.6 (32.8-40.5)	214	40	18.7 (13.7-24.6)
Usó algún tipo de droga en los últimos 12 meses	618	181	29.3 (25.7-33.0)	214	25	11.7 (7.7-16.8)
Usó algún tipo de droga en los últimos 30 días	618	104	16.8 (14.0-20.0)	214	15	7.0 (4.0-11.3)
Consumo de drogas por tipo de droga en el último año						
Ha fumado marihuana	618	66	10.7 (8.4-13.4)	214	11	5.1 (2.6-9.0)
Ha fumado o inhalado piedra o crack	616	28	4.5 (3.0-6.5)	214	5	2.3 (0.8-5.4)

Ha inhalado cocaína	615	140	22.8 (19.5-26.3)	214	23	10.7 (6.9-15.7)
Se ha inyectado cocaína o heroína	618	1	0.2 (0.0-0.9)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Ha inhalado thinner o resistol	618	19	3.1 (1.9-4.8)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Ha consumido éxtasis	618	6	1.0 (0.4-2.1)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Ha tomado anfetaminas	615	3	0.5 (0.1-1.4)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Ha tomado diazepam	618	34	5.5 (3.8-7.6)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Se ha inyectado drogas alguna vez	617	2	0.3 (0.0-1.2)	214	0	0.0 (0.0-1.7) ¹

¹ De un sólo lado, 97.5% IC.

Consumo de alcohol y drogas

La ingesta de alcohol durante el último mes fue reportado por 72.7% de las trabajadoras sexuales de Managua y por 50.5% de las de Chinandega. El 50.3% en Managua y 30.8% en Chinandega informaron que habían consumido cuatro o más tragos en la misma ocasión durante el último mes. Además, 31.9% de las trabajadoras sexuales de Managua y 7.5% de las de Chinandega reportaron haber tomado alcohol o haber usado drogas con su último cliente.

El 36.6% de las entrevistadas de Managua y 18.7% de las de Chinandega, reportaron haber consumido drogas ilegales alguna vez en la vida, mientras que 29.3% en Managua y 11.7% en Chinandega, consumieron algún tipo de drogas ilegales en los últimos 12 meses. El 16.8% de las trabajadoras sexuales de Managua y 7.0% de las de Chinandega reportaron haber consumido drogas ilegales en los últimos 30 días.

La cocaína inhalada fue la droga más reportada en Managua y en Chinandega, 22.8% y 10.7%, respectivamente, seguida por la marihuana, con 10.7% en Managua y 5.1% en Chinandega. El reporte del uso de drogas ilegales inyectables es muy bajo; solamente una persona de Managua reportó haberse inyectado drogas en el último año.

Pruebas voluntarias del VIH y acceso a actividades de educación y prevención

El 61.6% de las trabajadoras sexuales de Managua y 82.4% de las de Chinandega indicaron que existía en su comunidad la posibilidad de hacerse la prueba del VIH, sin que los demás supieran su resultado. Aproximadamente 75% de las entrevistadas de ambas ciudades reportaron haberse realizado la prueba del VIH alguna vez en la vida y la mayoría de ellas manifestó haber recibido el resultado respectivo. Sin embargo, el acceso a la prueba del VIH en los últimos 12 meses sólo fue reportado por 36.5% de las trabajadoras sexuales de Managua y por 51.4% de las de Chinandega.

El 56.1% de las entrevistadas de Managua y 74.7% de las de Chinandega, reportaron que fue en centros de salud o en un hospital donde se realizaron la prueba del VIH por última vez. En Managua, el 24.9% de las entrevistadas informó haberse realizado la prueba del VIH en clínicas o laboratorios privados, mientras que en Chinandega 13.9% fue a una ONG para que le hicieran esta prueba.

Cuadro VI.52. Pruebas voluntarias del VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Existe en su comunidad la posibilidad de hacerse la prueba del VIH sin que los demás sepan su resultado	599	369	61.6 (57.6-65.5)	210	173	82.4 (76.5-87.3)
Se ha hecho alguna vez la prueba del VIH	618	458	74.1 (70.5-77.5)	214	166	77.6 (71.4-83.0)
Averiguó el resultado de su prueba del VIH	457	413	90.4 (87.3-92.9)	166	159	95.8 (91.5-98.3)
Se realizó la última prueba del VIH en los últimos 12 meses	616	225	36.5 (32.7-40.5)	214	110	51.4 (44.5-58.3)
Dónde se hizo la última prueba del VIH						
Centro de salud/hospital público	458	257	56.1 (51.4-60.7)	166	124	74.7 (67.4-81.1)
Clínica/laboratorio privado		114	24.9 (21.0-29.1)		7	4.2 (1.7-8.5)
ONG		43	9.4 (6.9-12.4)		23	13.9 (9.0-20.1)
Banco de sangre/Cruz Roja/otro		44	9.6 (7.1-12.7)		12	7.2 (3.8-12.3)
ONG donde se hizo la última prueba del VIH						
Acahualt	458	11	2.4 (1.2-4.3)	166	0	0.0 (0.0-2.2) ¹
Pasmo		5	1.1 (0.4-2.5)		5	3.0 (1.0-6.9)
Profamilia		1	0.2 (0.0-1.2)		13	7.8 (4.2-13.0)
Xochiquetzal		8	1.7 (0.8-3.4)		4	2.4 (0.7-6.1)
Otra		18	3.9 (2.3-6.1)		2	1.2 (0.1-4.3)
Participó en el último año en actividades de información o educación sobre el VIH, como charlas y talleres	617	329	53.3 (49.3-57.3)	214	74	34.6 (28.2-41.4)
Dónde participó en actividades de información o educación sobre el VIH ²						
Centro de salud	607	58	9.6 (7.3-12.2)	213	30	14.1 (9.7-19.5)
ONG		208	34.3 (30.5-38.2)		39	18.3 (13.4-24.2)
Lugar de trabajo		22	3.6 (2.3-5.4)		0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Colegio/universidad		16	2.6 (1.5-4.2)		0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Otro		16	2.6 (1.5-4.2)		6	2.8 (1.0-6.0)

ONG donde ha participado en actividades de información o educación sobre el VIH						
Acahualt	607	32	5.3 (3.6-7.4)	213	0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Pasmo		85	14.0 (11.3-17.0)		18	8.5 (5.1-13.0)
Tesis		61	10.0 (7.8-12.7)		0	0.0 (0.0-1.7) ¹
Xochiquetzal		11	1.8 (0.9-3.2)		10	4.7 (2.3-8.5)
Otra		31	5.1		12	5.6

¹ De un sólo lado, 97.5% IC.

² Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

De la participación en actividades de información y educación durante el último año, la mitad de las trabajadoras sexuales de Managua y un tercio de las de Chinandega tuvieron acceso a actividades como charlas o talleres. El 34.5% de las encuestadas de Managua y 18.3% de las de Chinandega habían participado en una ONG, y Pasmo fue la ONG más identificada por las entrevistadas de ambas ciudades.

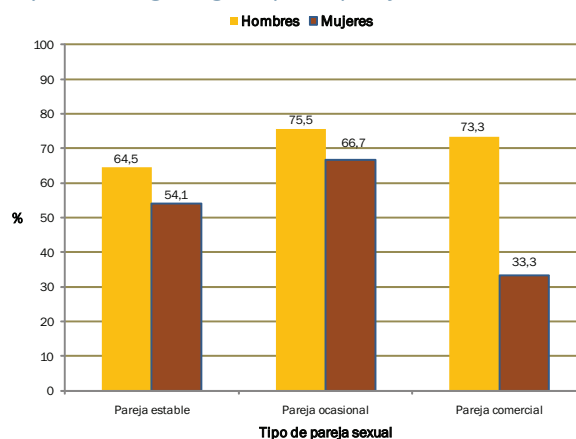
Uso de condón en la última relación sexual por tipo de pareja

Ciente

El uso de condón durante la última relación sexual con un cliente fue reportado por 96.9% de las trabajadoras sexuales de Managua y por 92.5% de las de Chinandega. En esta relación sexual el uso del condón fue propuesto por 80.0% de las trabajadoras sexuales de Managua, y por 96.5%, de las de Chinandega.

Entre las pocas trabajadoras sexuales de Managua y de Chinandega que reportaron no usar el condón en la última relación sexual con un cliente, la mitad de ellas en ambas ciudades mencionó que fue porque el cliente no quiso o pagó más. Además, 31.6% en Managua y 50.0% en Chinandega reportaron no usar el condón por razones intrínsecas a las trabajadoras sexuales.

Gráfica VI.10. Uso consistente de condón en los últimos 30 días en las trabajadoras sexuales de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual



Cuadro VI.53. Uso de condón en la última relación sexual, según tipo de pareja en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Clientes						
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente	618	599	96.9 (95.2-98.1)	214	198	92.5 (88.1-95.7)
Usó condón todo el tiempo de la penetración la última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente	615	589	95.8 (93.9-97.2)	214	195	91.1 (86.5-94.6)
Quién propuso el uso del condón en la última relación sexual con un cliente						
Ella	599	479	80.0 (76.5-83.1)	198	191	96.5 (92.9-98.6)
El cliente		21	3.5 (2.2-5.3)		6	3.0 (1.1-6.5)
Decisión conjunta		99	16.5 (13.6-19.7)		1	0.5 (0.0-2.8)
Razones por las que no usó condón con un cliente esa última vez ¹						
El cliente pagó más/el cliente no quiso	19	10	52.6 (28.9-75.6)	16	8	50.0 (24.7-75.3)
Ella creyó que el cliente estaba sano/ella no quiso/ella estaba bajo efectos de alcohol o drogas		6	31.6 (12.6-56.6)		8	50.0 (24.7-75.3)
No tenía condón		3	15.8 (3.4-39.6)		0	0.0 (0.0-20.6) ²
Otro		2	11.1 (1.4-34.7)		1	6.3 (0.2-30.2)
Parejas estables						
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable	312	45	14.4 (10.7-18.8)	108	21	19.4 (12.5-28.2)
Usó condón todo el tiempo de la penetración la última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable						
Sí	309	42	13.6 (10.0-17.9)	107	17	15.9 (9.5-24.2)
No		59	19.1 (14.9-23.9)		52	48.6 (38.8-58.5)
Nunca usa condón con su pareja estable		208	67.3 (61.8-72.5)		38	35.5 (26.5-45.4)
Quién propuso el uso de condón en la última relación sexual con su pareja estable						
Ella	44	32	72.7 (57.2-85.0)	21	19	90.5 (69.6-98.8)
Su pareja estable		3	6.8 (1.4-18.7)		2	9.5 (1.2-30.4)
Decisión conjunta		9	20.5 (9.8-35.3)		0	0.0 (0.0-16.1) ²

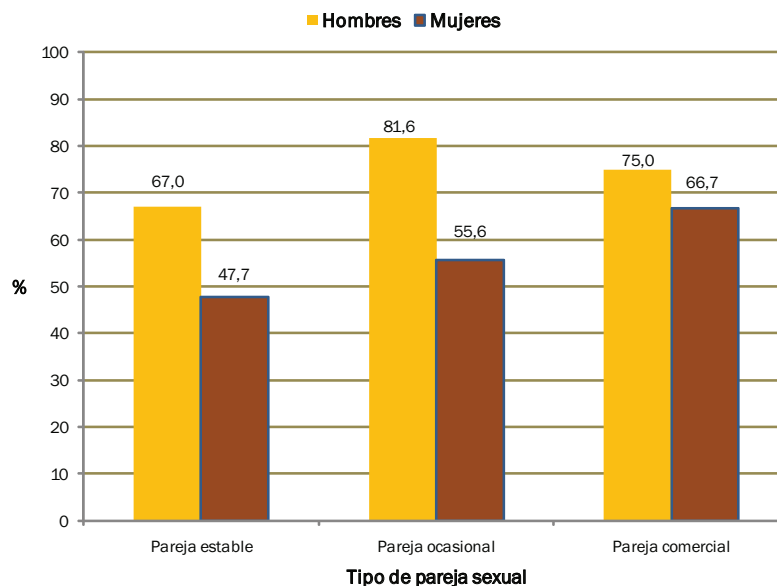
Razones por las que no usó condón con su pareja estable esa última vez ¹						
Su pareja estable no quiso	263	106	40.3 (34.3-46.5)	87	14	16.1 (9.1-25.5)
Ella confió en él/ella creyó que su pareja estable estaba sano/ella no quiso/ella estaba bajo los efectos de alcohol o drogas		216	82.1 (77.0-86.6)		80	92.0 (84.1-96.7)
No tenía condón		8	3.0 (1.3-5.9)		0	0.0 (0.0-4.2) ²
Otro		9	3.4 (1.6-6.4)		1	1.1 (0.0-6.2)
Parejas ocasionales						
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja ocasional	113	53	46.9 (37.5-56.5)	28	12	42.9 (24.5-62.8)
Usó condón todo el tiempo de la penetración la última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja ocasional	113	49	43.4 (34.1-53.0)	28	12	42.9 (24.5-62.8)
Quién propuso el uso de condón en la última relación sexual con su pareja ocasional						
Ella	53	42	79.2 (65.9-89.2)	12	12	100.00 (73.5-100.0) ²
La pareja ocasional		0	0.0 (0.0-6.7) ²		0	0.0 (0.0-26.5) ²
Decisión conjunta		11	20.8 (10.8-34.1)		0	0.0 (0.0-26.5) ²
Razones por las que no usó condón con pareja ocasional esa última vez ¹						
Su pareja ocasional no quiso	59	20	33.9 (22.1-47.4)	15	3	20.0 (4.3-48.1)
Ella confió en él/ella creyó que su pareja ocasional estaba sano/ella no quiso/ella estaba bajo los efectos de alcohol o drogas		47	79.7 (67.2-89.0)		9	60.0 (32.3-83.7)
No tenía condón		5	8.5 (2.8-18.7)		3	20.0 (4.3-48.1)
Otro		3	5.1 (1.1-14.1)		0	0.0 (0.0-21.8) ²

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100%, ya que podían elegir más de una respuesta.

² De un sólo lado, 97.5% IC.



Gráfica VI.11. Uso de condón en la última relación sexual en las trabajadoras sexuales de Managua y Chinandega, según tipo de pareja sexual



Pareja estable

De las trabajadoras sexuales que reportaron tener una pareja estable en los últimos 12 meses, sólo 14.4% de las de Managua y 19.4% de las de Chinandega reportaron usar condón en la última relación sexual con esa pareja. En su mayoría fueron las entrevistadas quienes propusieron el uso del condón a su pareja estable.

El 67.3% de las trabajadoras sexuales de Managua reportaron que nunca usan condón con su pareja estable, en comparación con 35.5% de las de Chinandega. El reporte de no uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable fue principalmente por motivos intrínsecos a las trabajadoras sexuales de ambas ciudades.

Pareja ocasional

De quienes reportaron haber tenido una pareja ocasional en los últimos 12 meses, 46.9% de las trabajadoras sexuales de Managua y 42.9% de las de Chinandega reportaron haber usado condón en la última relación sexual con esta pareja. Fueron las entrevistadas en su mayoría quienes propusieron el uso del condón a su pareja ocasional en la última relación sexual. Sin embargo, el no uso del condón en la última relación sexual con esta pareja fue principalmente por motivos relacionados con las trabajadoras sexuales en las dos ciudades.

Uso y obtención de condones

Al 76.8% de las entrevistadas de Managua y a 92.1% de las de Chinandega les resultó fácil conseguir condones. De quienes reportaron comprarlos, la mediana de pago para obtener un condón fue de cinco Córdobas, lo que equivale a 0.23 USD, en ambas ciudades.

Respecto a los lugares o a las personas que ellas conocían para conseguir condones, las trabajadoras sexuales en Managua identificaron principalmente a la farmacia (70.4%), al lugar de trabajo sexual (50.0%) y al centro de salud, hospital o clínica (43.3%), mientras que las trabajadoras sexuales en Chinandega reportaron que fue en el centro de salud, en el hospital o en la clínica (71.2%) y en la farmacia (51.4%). Las ONG identificadas por las trabajadoras sexuales de Managua como lugares donde las entrevistadas conseguían condones fueron principalmente Tesis y Acahualt, mientras que en Chinandega ellas identificaron a Pasmó y Xochiquetzal.

En Managua 34.9% de las trabajadoras sexuales informó haber recibido condones gratis de una ONG, y en su lugar de trabajo 28.6%. En Chinandega 70.5% de las encuestadas recibieron condones gratis en el centro de salud, en el hospital o en la clínica, mientras que de una ONG los recibieron 17.8%.

Las entrevistadas de Managua reportaron haber recibido condones gratis de las ONG Tesis, Pasmó o Acahualt. En Chinandega ellas los recibieron de Pasmó o Xochiquetzal.

Cuadro VI.54. Acceso a condones en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	N	% (95% IC)
Conseguir un condón es						
Fácil/muy fácil	616	473	76.8 (73.2-80.1)	214	197	92.1 (87.6-95.3)
Difícil/muy difícil		143	23.2 (19.9-26.8)		17	7.9 (4.7-12.4)
Cuánto pagó por cada condón la última vez que compró (Córdobas)						
Mediana (RIC)	415	5 (3.33-5)		22	5 (5-5)	
Lugares o personas que conoce donde podría conseguir condones ¹						
Supermercado/tienda/gasolinera	594	91	15.3 (12.5-18.5)	212	4	1.9 (0.5-4.8)
Farmacia		418	70.4 (66.5-74.0)		109	51.4 (44.5-58.3)
Centro de salud/hospital/clínica privada		258	43.4 (39.4-47.5)		151	71.2 (64.6-77.2)
Lugar de trabajo sexual ²		297	50.0 (45.9-54.1)		11	5.2 (2.6-9.1)
Educador/promotor		74	12.5 (9.9-15.4)		1	0.5 (0.0-2.6)
ONG		65	10.9 (8.5-13.7)		19	9.0 (5.5-13.6)
Amigos/otros		32	5.4 (3.7-7.5)		14	6.6 (3.7-10.8)
ONG donde podría conseguir condones						
Acahualt	594	17	2.9 (1.7-4.5)	212	0	0.0 (0.0-1.7) ³
Pasmo		13	2.2 (1.2-3.7)		12	5.7 (3.0-9.7)
Tesis		28	4.7 (3.2-6.7)		0	0.0 (0.0-1.7) ²
Xochiquetzal		5	0.8 (0.3-.2.0)		11	5.2 (2.6-9.1)
Otra		4	0.7 (0.2-1.7)		5	2.4 (0.8-5.4)

Dónde/de quién recibió condones gratis por última vez						
Clínica/hospital/personal de salud	318	69	21.7 (17.3-26.6)	129	91	70.5 (61.9-78.2)
ONG		111	34.9 (29.7-40.4)		23	17.8 (11.7-25.5)
Lugar de trabajo sexual ² / trabajadoras sexuales		91	28.6 (23.7-33.9)		5	3.9 (1.3-8.8)
Familiares/amigos/otros		47	14.8 (11.1-19.2)		10	7.8 (3.8-13.8)
ONG donde recibió condones gratis por última vez						
Acahualt	318	16	5.0 (2.9-8.0)	129	0	0.0 (0.0-2.8) ³
Pasmo		28	8.8 (5.9-12.5)		15	11.6 (6.7-18.5)
Tesis		55	17.3 (13.3-21.9)		0	0.0 (0.0-2.8) ³
Xochiquetzal		6	1.9 (0.7-4.1)		4	3.1 (0.9-7.7)
Otra		9	2.8 (1.3-5.3)		9	7.0 (3.2-12.8)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

² Night club/bar/disco/cantina, hotel/motel/hospedaje/casa de huéspedes, o mismo sitio/negocio de trabajo sexual.

³ De un sólo lado, 97.5% IC.

Migración

Se indagó la movilidad interna de las trabajadoras sexuales en Nicaragua y hacia otros países de la región centroamericana, encontrándose que la mayoría de las entrevistadas no se movilizaban a otras ciudades y países para realizar trabajo sexual.

El 16.4% de las trabajadoras sexuales de Managua y 12.6% de las de Chinandega reportaron haber estado en otras ciudades para hacer trabajo sexual. La mediana del número de veces que ellas habían ido a otras ciudades para realizar trabajo sexual en el último año, fue de siete veces en Managua y sólo una vez en Chinandega. El 22.4% de las trabajadoras sexuales de Chinandega reportaron haber estado en otros países por razones de su trabajo, en comparación con 16.3% de las encuestadas de Managua. La mediana de número de veces que ellas habían ido a otros países para realizar trabajo sexual en el último año fue de 4 en Managua y de 2 en Chinandega.

Alrededor de la mitad de las trabajadoras sexuales de Managua y casi 40% de las de Chinandega reportaron haber tenido relaciones sexuales con extranjeros en los últimos 12 meses.



Cuadro VI.55. Movilidad a otras ciudades y otros países para realizar trabajo sexual, por ciudad.
ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Número de ciudades de Nicaragua donde ha estado para hacer trabajo sexual fuera de la ciudad donde trabajó durante el último año						
0	618	517	83.7 (80.5-86.5)	214	187	87.4 (82.2-91.5)
1		66	10.7 (8.4-13.4)		15	7.0 (4.0-11.3)
≥2		35	5.7 (4.0-7.8)		12	5.6 (2.9-9.6)
Mediana (RIC)		0 (0-0)			0 (0-0)	
Número de veces que fue a otras ciudades de Nicaragua para hacer trabajo sexual en el último año						
Mediana (RIC)	99	7 (2-30)		27	1 (1-4)	
Número de países donde ha estado para hacer trabajo sexual fuera de Nicaragua durante el último año						
0	618	517	83.7 (80.5-86.5)	214	166	77.6 (71.4-83.0)
1		76	12.3 (9.8-15.1)		27	12.6 (8.5-17.8)
≥2		25	4.0 (2.6-5.9)		21	9.8 (6.2-14.6)
Mediana (RIC)		0 (0-0)			0 (0-0)	
Número de veces que fue a otros países para hacer trabajo sexual en el último año						
Mediana (RIC)	100	4 (1-17)		47	2 (1-3)	
Ha tenido relaciones sexuales con personas extranjeras durante los últimos 12 meses	616	295	47.9 (43.9-51.9)	214	83	38.8 (32.2-45.7)

Estigma y discriminación

Un tercio de las trabajadoras sexuales de Managua y 12.6% de las de Chinandega reportaron haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su trabajo sexual en el último año. En Managua, de aquellas que reportaron algún abuso o maltrato, 72.5% afirmó que éste fue verbal, mientras que en Chinandega 59.3% reportó este tipo de maltrato. El maltrato físico fue reportado por 44.1% de las trabajadoras sexuales de Managua y por 59.3% de las de Chinandega.

La violencia sexual también fue notificada, dentro de los abusos en ambas ciudades, por 25.5% de las trabajadoras sexuales de Managua y por 14.8% de las de Chinandega. Fueron principalmente clientes o personas relacionadas con el trabajo sexual quienes maltrataron o abusaron de las trabajadoras sexuales de ambas ciudades.

Cuadro VI.56. Abuso y maltrato por trabajo sexual en las trabajadoras sexuales, por ciudad.
ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su trabajo sexual en el último año	618	204	33.0 (29.3-36.9)	214	27	12.6 (8.5-17.8)
Tipo de abuso o maltrato ¹						
Maltrato verbal	204	148	72.5 (65.9-78.5)	27	16	59.3 (38.8-77.6)
Maltrato físico		90	44.1 (37.2-51.2)		16	59.3 (38.8-77.6)
Robo/asalto/extorsión/chantaje		51	25.0 (19.2-31.5)		0	0.0 (0.0-12.8) ²
Violencia sexual		52	25.5 (19.7-32.0)		4	14.8 (4.2-33.7)
Persona que la maltrató o abusó ¹						
Cliente/persona del trabajo sexual	204	148	72.5 (65.9-78.5)	27	13	48.1 (28.7-68.1)
Pareja/familiar/conocido		51	25.0 (19.2-31.5)		10	37.0 (19.4-57.6)
Policía		18	8.8 (5.3-13.6)		1	3.7 (0.1-19.0)
Desconocido/otro		40	19.6 (14.4-25.7)		4	14.8 (4.2-33.7)
Ha sufrido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por realizar trabajo sexual	470	90	19.1 (15.7-23.0)	210	21	10.0 (6.3-14.9)
Le han negado algún servicio por hacer trabajo sexual	612	35	5.7 (4.0-7.9)	194	5	2.6 (0.8-5.9)
Ha denunciado algún hecho de discriminación por realizar trabajo sexual	618	43	7.0 (5.1-9.3)	214	10	4.7 (2.3-8.4)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

² De un sólo lado, 97.5% IC.

Una quinta parte de las trabajadoras sexuales de Managua reportó haber sido víctima de algún tipo de maltrato en los servicios de salud por realizar trabajo sexual, en comparación con 10.0% de las de Chinandega. Además, 5.7% de las encuestadas de Managua y 2.6% de las de Chinandega reportaron que les habían negado algún servicio por hacer trabajo sexual. Respecto a la denuncia de algún hecho de discriminación por realizar trabajo sexual, 7.0% de las entrevistadas de Managua y 4.7% de las de Chinandega reportaron que habían realizado dicha acción.

Embarazo y prueba del VIH

La mayoría de las trabajadoras sexuales de ambas ciudades reportaron haber estado embarazadas alguna vez en la vida. El 82.7% de las trabajadoras sexuales de Managua y 88.5% de las de Chinandega informaron haber asistido a control prenatal en su último

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

El 48.7% de las trabajadoras sexuales de Managua y 64.5% de las de Chinandega afirmaron que recibieron información sobre el riesgo de transmisión del VIH de la madre infectada con el VIH al hijo durante el último embarazo. Se les ofreció y se les hizo la prueba del VIH a casi la mitad de las trabajadoras sexuales de Managua y a más de la mitad de las de Chinandega.

Aproximadamente 30% de las participantes de ambas ciudades se había realizado un aborto alguna vez en su vida.

Cuadro VI.57. Embarazo y VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Ha estado o está embarazada	618	555	89.8 (87.1-92.1)	214	200	93.5 (89.3-96.4)
Asistió o asiste a control prenatal durante su último embarazo	550	455	82.7 (79.3-85.8)	200	177	88.5 (83.2-92.6)
Dónde asistió o asiste a control prenatal en su último embarazo						
Hospital público/centro de salud	455	393	86.4 (82.9-89.4)	177	169	95.5 (91.3-98.0)
Hospital privado/clínica privada/ clínica de ONG/otro		62	13.6 (10.6-17.1)		8	4.5 (2.0-8.7)
Recibió información sobre el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo en su último embarazo	544	265	48.7 (44.4-53.0)	200	129	64.5 (57.4-71.1)
Le ofrecieron la prueba del VIH en su último embarazo	544	252	46.3 (42.1-50.6)	200	116	58.0 (50.8-64.9)
Le realizaron la prueba del VIH en su último embarazo	544	243	44.7 (40.4-49.0)	200	101	50.5 (43.4-57.6)
Se ha realizado un aborto alguna vez en su vida	618	193	31.2 (27.6-35.0)	214	60	28.0 (22.1-34.6)

Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH

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 (Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida) para epidemias concentradas.

El 16.6% de las trabajadoras sexuales de Managua y 11.7% de las de Chinandega 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, siendo reportada por 84.1% de las de Managua y por 62.6% de las de Chinandega. El ser fiel a la pareja fue mencionado por la mitad de las trabajadoras sexuales de ambas ciudades.

Respecto al conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH, las trabajadoras sexuales de Managua generalmente reportaron mejores niveles de conocimiento en relación con las de Chinandega.

Cuadro VI.58. Conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Índice de personas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre las transmisión del virus ¹	616	102	16.6 (13.7-19.7)	214	25	11.7 (7.7-16.8)
Conocimiento sobre formas de prevención del VIH						
Se puede prevenir el VIH siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga el VIH	614	313	51.0 (46.9-55.0)	214	114	53.3 (46.3-60.1)
Se puede prevenir el VIH usando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	615	517	84.1 (80.9-86.9)	214	134	62.6 (55.8-69.1)
Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH						
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	617	537	87.0 (84.1-89.6)	214	123	57.5 (50.6-64.2)
No se puede transmitir el VIH por la picadura de zancudo	615	287	46.7 (42.7-50.7)	214	138	64.5 (57.7-70.9)
No se puede transmitir el VIH al compartir comida con alguien infectado con el VIH	615	480	78.0 (74.6-81.3)	214	140	65.4 (58.6-71.8)
Se puede transmitir el VIH de una mujer embarazada infectada con el VIH a su hijo	617	567	91.9 (89.5-93.9)	214	139	65.0 (58.2-71.3)
Se puede transmitir el VIH de una mujer con VIH o <i>sida</i> a su hijo a través de la lactancia materna	617	532	86.2 (83.2-88.8)	212	156	73.6 (67.1-79.4)

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?

Percepciones sobre un mayor riesgo de infección con el VIH

El 59.0% de las trabajadoras sexuales de Managua y 72.6% de las de Chinandega reportaron que todas las personas tienen riesgo de infectarse con el VIH. Casi la mitad de las entrevistadas de Chinandega y 38.3% de las de Managua identificaron que las trabajadoras sexuales tienen mayor riesgo de infección con el VIH. En menor proporción identificaron a la población de hombres que tienen sexo con hombres y a usuarios de drogas.

Al indagar sobre su propio riesgo de infectarse con el VIH, 80.7% las encuestadas de Managua y 90.9% de las de Chinandega respondieron que su riesgo personal era muy alto.

Cuadro VI.59. Percepciones del riesgo de infectarse con el VIH en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Personas que ella cree que tienen más riesgo de infectarse con el VIH ¹						
Todas las personas	583	344	59.0 (54.9-63.0)	212	154	72.6 (66.1-78.5)
Trabajadoras sexuales		223	38.3 (34.3-42.3)		101	47.6 (40.8-54.6)
Usuarios de drogas		92	15.8 (12.9-19.0)		30	14.2 (9.8-19.6)
Hombres que tienen sexo con hombres		84	14.4 (11.7-17.5)		59	27.8 (21.9-34.4)
Amas de casa		62	10.6 (8.3-13.4)		7	3.3 (1.3-6.7)
Otros		43	7.4 (5.4-9.8)		0	0.0 (0.0-1.7) ²
Como considera su propio riesgo de infectarse con el VIH						
Riesgo muy alto	597	482	80.7 (77.3-83.8)	209	190	90.9 (86.2-94.4)
Riesgo mediano		64	10.7 (8.4-13.5)		17	8.1 (4.8-12.7)
Riesgo bajo		35	5.9 (4.1-8.1)		1	0.5 (0.0-2.6)
Ningún riesgo		16	2.7 (1.5-4.3)		1	0.5 (0.0-2.6)

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible indicar más de una respuesta.

² De un sólo lado, 97.5% IC.

Prevalencia del VIH y de las ITS

La prevalencia del VIH encontrada en las trabajadoras sexuales de Managua fue de 1.8% (IC 95%: 0.9 a 3.2%), mientras que en las entrevistadas de Chinandega se encontró una prevalencia de 2.4% (IC 95%: 0.8 a 5.4%).

De las ITS diagnosticadas, el herpes virus simple tipo 2, fue la patología más prevalente: 75.7% en las de Managua y 83.5% en las de Chinandega. La prevalencia de sífilis fue

de 7.0% para las trabajadoras sexuales de Managua y de 0.5% para las de Chinandega, mientras que la prevalencia de sífilis activa fue de 3.7% en Managua y 0% en Chinandega.

Cuadro VI.60. Prevalencia del VIH y otras ITS en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVC Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
VIH	613	11	1.8 (0.9-3.2)	211	5	2.4 (0.8-5.4)
Virus herpes simple tipo 2	613	464	75.7 (72.1-79.0)	212	177	83.5 (77.8-88.2)
Sífilis	618	43	7.0 (5.1-9.3)	213	1	0.5 (0.0-2.6)
Sífilis activa ¹	618	23	3.7 (2.4-5.5)	213	0	0.0 (0.0-1.7) ²
Vaginosis bacteriana	570	209	36.7 (32.7-40.8)	182	74	40.7 (33.5-48.2)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	605	125	20.7 (17.5-24.1)	188	19	10.1 (6.2-15.3)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	605	102	16.9 (14.0-20.1)	188	28	14.9 (10.1-20.8)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	605	27	4.5 (3.0-6.4)	188	7	3.7 (1.5-7.5)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	605	182	30.1 (26.5-33.9)	188	91	48.4 (41.1-55.8)
VIH, sífilis, o alguna ITS ²	605	323	53.4 (49.3-57.4)	188	114	60.6 (53.3-67.7)
Alguna ITS ³	605	306	50.6 (46.5-54.6)	188	113	60.1 (52.7-67.2)

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

² VIH o sífilis o *Chlamydia trachomatis* o *Mycoplasma genitalium* o *Neisseria gonorrhoeae* o *Trichomonas vaginalis*.

³ *Chlamydia trachomatis* o *Mycoplasma genitalium* o *Neisseria gonorrhoeae* o *Trichomonas vaginalis*.

⁴ De un sólo lado, 97.5% IC.

La prevalencia de vaginosis bacteriana fue de 36.7% en las trabajadoras sexuales de Managua y de 40.7 en las de Chinandega. Similares proporciones se observaron en la prevalencia de *Trichomonas vaginalis*: 30.1% en las de Managua y 48.4% en las de Chinandega. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* fue de 20.7% en las de Managua y de 10.1% en las de Chinandega, mientras que la prevalencia de *Mycoplasma genitalium* fue de 16.9% en las de Managua y de 14.9 en las de Chinandega. El 4.5% de las trabajadoras sexuales de Managua y 3.7% de las de Chinandega resultaron positivas para *Neisseria gonorrhoeae*. Del total de la muestra, un poco más de 50% de las trabajadoras sexuales tenían el VIH, sífilis u otra ITS.

Prevalencia del VIH y otras ITS, por sitio de trabajo sexual

Al analizar los datos de la prevalencia del VIH y de las ITS, según el lugar de trabajo sexual, específicamente sitios fijos *versus* ambulantes, se encontró que las trabajadoras sexuales de sitios fijos en Managua tenían una prevalencia del VIH de 2.0% *versus* 0.9% para las de sitios ambulantes. En esta misma ciudad, la prevalencia del virus de herpes simple 2 fue de 73.9% en las encuestadas de sitios fijos y de 83.8% en las de sitios ambulantes. Para las entrevistadas de sitios fijos en Managua la prevalencia de sífilis fue de 5.1% y para las de los sitios ambulantes fue de 15.9%.

En Chinandega, la prevalencia del VIH fue de 1.2% en las trabajadoras sexuales de sitios fijos y de 3.1% en las de sitios ambulantes. Para las encuestadas de sitios fijos en Chinandega, la prevalencia del virus de herpes simplex 2 fue de 81.2% y de 85.0% para las de los sitios ambulantes. La prevalencia de sífilis fue de 0% en las entrevistadas de sitios fijos y de 0.8% en las de sitios ambulantes.

Cuadro VI.61. Prevalencia del VIH y otras ITS, según sitio de trabajo sexual en las trabajadoras sexuales, por ciudad. ECVN Nicaragua, 2009

	Managua			Chinandega		
	<i>N</i>	<i>n</i>	% (95% IC)	<i>N</i>	<i>n</i>	% (95% IC)
Total						
Sitios fijos ¹	616	509	82.6 (79.4-85.5)	214	85	38.7 (33.1-46.6)
Sitios ambulantes ²		107	17.4 (14.5-20.6)		129	60.3 (53.4-66.9)
VIH						
Sitios fijos ¹	504	10	2.0 (1.0-3.6)	84	1	1.2 (0.0-6.5)
Sitios ambulantes ²	107	1	0.9 (0.0-5.1)	127	4	3.1 (0.9-7.9)
Herpes simplex virus tipo 2						
Sitios fijos ¹	506	374	73.9 (69.9-77.7)	85	69	81.2 (71.2-88.8)
Sitios ambulantes ²	105	88	83.8 (75.3-90.3)	127	108	85.0 (77.6-90.7)
Sífilis						
Sitios fijos ¹	509	26	5.1 (3.4-7.4)	85	0	0.0 (0.0-4.2) ³
Sitios ambulantes ²	107	17	15.9 (9.5-24.2)	128	1	0.8 (0.0-4.3)

¹ Burdel/negocio, casa de citas, bar/night club, sala de masaje, teléfono/internet.

² Carretera/calle/parque/motel/hotel/hospedaje.

³ De un sólo lado, 97.5% IC.

Incidencia del VIH

En la población total de trabajadoras sexuales se encontró una incidencia del VIH de 0.8% (IC 95%: 0.0 a 1.9%).

Cuadro VI.61. Incidencia del VIH en trabajadoras sexuales, según edad y lugar de trabajo sexual.
ECVC Nicaragua, 2009

	N	VIH+	VIH+ reciente	Incidencia de VIH (%/año)	95% IC
Total	824	16	4	0.8	0.0-1.9
Edad (años)					
18-29	560	9	3	1.0	0.0-2.4
≥30	264	7	1	0.3	0.0-2.1
Lugar de trabajo sexual					
Sitios fijos ¹	588	11	3	0.8	0.0-2.2
Sitios ambulantes ²	234	5	1	0.6	0.0-2.6

¹ Burdel/negocio, casa de citas, bar/night club, sala de masaje, teléfono/internet.

² Carretera/calle/parque/motel/hotel/hospedaje.

Conclusiones

Alfabetismo y escolaridad

Los niveles de alfabetismo de las trabajadoras sexuales de las dos ciudades de este estudio son similares a los niveles de alfabetismo en la población general de Managua (90.2%) y de Chinandega (83.6%).³¹ En otras palabras, en Managua una de cada ocho trabajadoras sexuales no sabe leer ni escribir, mientras que en Chinandega casi una de cada seis es analfabeta. La proporción de las encuestadas de Managua que completaron o cursaron algún grado de educación secundaria (51.9%) es similar a la de la población femenina de 15 a 49 años de edad en esta ciudad (50.9%), según los datos de la ENDESA 2006-2007, mientras que la proporción de participantes de Chinandega con este mismo nivel educativo fue de 32.7%, que es menor al de la población femenina de 15 a 49 años de edad en esta ciudad (40.7%), dato documentado por la ENDESA.³¹ Estas diferencias geográficas en los niveles de alfabetismo y de escolaridad deben ser tomadas en cuenta en el diseño e implementación de las intervenciones de control y prevención del VIH para trabajadoras sexuales, tanto para la ciudad capital como para las poblaciones de menor densidad poblacional.

Antecedentes sexuales

Para las trabajadoras sexuales, la mediana de edad de la primera relación sexual en las dos ciudades de estudio fue de 15 años; este dato resulta ser menor cuando se le compara con la mediana de edad de la primera relación sexual para las mujeres de 15 a 49 años de edad de la ciudad de Managua (17.8 años) y de las de Chinandega (17.5 años), obtenida por la ENDESA.³¹ En Estados Unidos de América (EUA) se ha demostrado que el inicio de relaciones sexuales a una menor edad está asociado significativamente con el riesgo de ITS en adolescentes.³² También un estudio en Zimbabwe demostró que las mujeres que inician relaciones sexuales a una edad igual o menor a la de 15 años tienen un mayor riesgo de infectarse con el VIH.³³ Alrededor de 10% de las participantes de Managua y 14% de las de Chinandega se iniciaron en el trabajo sexual a una edad igual o menor a los 15 años. Para estas trabajadoras sexuales el riesgo de ITS y del VIH asociado con el inicio de relaciones sexuales a una menor edad podría aumentarse sustancialmente por el trabajo sexual durante la adolescencia. Será importante dar un enfoque especial al trabajo sexual entre las adolescentes.

Trabajo sexual

En su mayoría, las participantes de Managua y las de Chinandega se identifican como trabajadoras sexuales; sin embargo, una proporción sustancial de las encuestadas de Managua se identifican como masajistas, meseras o bailarinas, mientras que en Chinandega un segmento se identifica como amas de casa. Este resultado sugiere que las intervenciones de prevención y control del VIH, dirigidas a trabajadoras sexuales, pueden perder una proporción sustancial de mujeres que realizan trabajo sexual, pero que no se identifican como trabajadoras sexuales.

Existen diferentes factores asociados con el trabajo sexual que pueden influir en el énfasis y en la eficacia de las intervenciones dirigidas a quienes se dedican a esta actividad, por ejemplo, el lugar donde se busca a los clientes. Tomando como base que para la realización de este estudio se hizo un censo, y después de haber buscado y listado exhaustivamente todos los lugares donde se realizaba el trabajo sexual se encontró que hay diferencias en las características del trabajo sexual en las dos ciudades estudiadas. En general, las trabajadoras sexuales de Managua suelen trabajar en lugares fijos, como bares, *night clubs*, burdeles, casas de citas, y salas de masaje; en cambio, las trabajadoras sexuales de Chinandega generalmente trabajan en lugares ambulantes, tales como carreteras, calles, parques, moteles, hoteles, y hospedajes. Este hallazgo indica que las estrategias para llegar a las trabajadoras sexuales deberían evaluar y tomar en cuenta las características del trabajo sexual por área geográfica.

Otro hallazgo, vinculado al trabajo sexual es el elevado uso de drogas ilegales, sobre todo de la cocaína inhalada y, aunque sólo un caso, ya aparece el uso de drogas inyectables. Hallazgos similares se reportan en las ECVC de Honduras y El Salvador, los cuales ligados al aumento del narcotráfico en los últimos años hacen indispensable trabajar coordinadamente con las instituciones encargadas del tema, para que las estrategias de prevención del VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales incluyan actividades encaminadas a la disminución de su uso y a la reducción del daño.

Prueba del VIH

Realizarse la prueba del VIH por lo menos una vez al año y conocer el resultado es esencial para las personas más expuestas al riesgo de infección, como son las trabajadoras sexuales, no sólo como una intervención para la prevención de la infección por el VIH; además, para que aquellas que sean diagnosticadas como VIH positivas tengan la atención médica especializada, incluido el tratamiento antirretroviral.²⁶ Hallazgos recientes han demostrado que iniciar la terapia antirretroviral inmediatamente después del diagnóstico del VIH disminuye, en 96%, el riesgo de transmitir el virus a una pareja no infectada.²⁷

Este hallazgo enfatiza la importancia de brindar la prueba del VIH de manera regular, confidencial y accesible, sin embargo, los resultados de la presente encuesta muestran que la realización de esta prueba entre las trabajadoras sexuales de Managua y de Chinandega sigue siendo un gran reto. Sólo un tercio de las de Managua y la mitad de las de Chinandega se habían realizado la prueba del VIH (y conocían su resultado durante los 12 meses previos a la encuesta).

Prevención de la transmisión vertical

Sin una intervención de prevención, que sea eficaz, enfocada en la transmisión del VIH de la madre al hijo los hijos nacidos de mujeres infectadas por el VIH, y que sean amantados por ellas, tienen una probabilidad aproximada de que uno de cada tres contraiga el virus. La transmisión de la madre al hijo puede ocurrir durante el embarazo, el parto,

o a través de la lactancia materna.²⁶ El primer paso en prevenir la transmisión materno-infantil es conocer si una mujer embarazada es positiva al VIH. Los resultados de este estudio muestran que casi todas las trabajadoras sexuales han estado embarazadas y que la gran mayoría asistió a control prenatal durante su último embarazo. Sin embargo, sólo se le ofreció la prueba del VIH a menos de la mitad de las participantes de Managua y a un poco más de la mitad en Chinandega. Casi todas a las que se les ofreció la prueba en las clínicas de atención prenatal se la realizaron.

Para las mujeres como población general, la ENDESA mostró que en áreas urbanas de las embarazadas que habían asistido a control prenatal en los últimos cinco años sólo a 39.8% se les ofreció la prueba del VIH en las clínicas de atención prenatal.³¹ Estos datos indican que el no hacerse la prueba durante el embarazo es un problema no sólo para las trabajadoras sexuales, sino para la población femenina del país. El tener una intervención de la prevención de la transmisión vertical efectiva debe iniciarse con la disponibilidad y la promoción de las pruebas del VIH.

Uso de condón

El autorreporte de uso consistente de condón en los últimos 30 días varía significativamente, según el tipo de pareja, siendo más frecuente con clientes, menos frecuente con parejas ocasionales, y mucho menos frecuente con parejas estables. En 2002 se llevó al cabo el Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencias de VIH/ITS y Comportamientos (EMC) en trabajadoras sexuales, en las ciudades de Managua (N=323), Bluefields (N=52), y Corinto (N=86). En comparación con el EMC,²² los datos de este estudio sugieren que el uso de condón entre las trabajadoras sexuales de Managua se ha mejorado con clientes, así como con parejas estables (cuadro VI.63). Sin embargo, sigue siendo un gran reto promover el uso consistente de condón entre las trabajadoras sexuales de Managua y de Chinandega. Una de cada diez no utiliza el condón consistentemente con sus clientes; con parejas ocasionales, 1 de cada 2 no lo utiliza consistentemente; y con parejas estables, informan esta misma práctica 8 de cada 10.

Cuadro VI.63. Comparación de resultados de dos estudios de comportamiento sexual y prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales en Managua, Nicaragua: EMC 2002 y ECVC 2009

Indicadores	EMC 2002 Managua	ECVC 2009 Managua
Incidencia del VIH	0%	0.8% (0.0-1.9)
Prevalencia del VIH	0%	1.8% (0.9-3.2%)
Prevalencia de sífilis	8.4%	7.0% (5.1-9.3%)
Prevalencia de <i>Trichomonas vaginalis</i>	10%	30.1% (26.5-33.9%)
Uso de condón última relación sexual con cliente nuevo	86%	98.0% (96.5-99.0%)
Uso consistente de condón con cliente nuevo últimos 30 días	63%	94.8 (92.7-96.5%)
Uso consistente de condón con cliente regular últimos 30 días	50%	76.9% (73.0-80.5%)
Uso de condón última relación sexual con pareja estable	7%	14.4% (10.7-18.8%)

En su mayoría, las encuestadas reportan que es fácil conseguir condones; muchas de ellas los reciben de manera gratuita y también reportan que su costo es relativamente bajo. Entender mejor las barreras del uso consistente de condón será un paso importante en la promoción de esta medida esencial para la prevención del VIH y de las ITS.

Prevalencia e incidencia del VIH

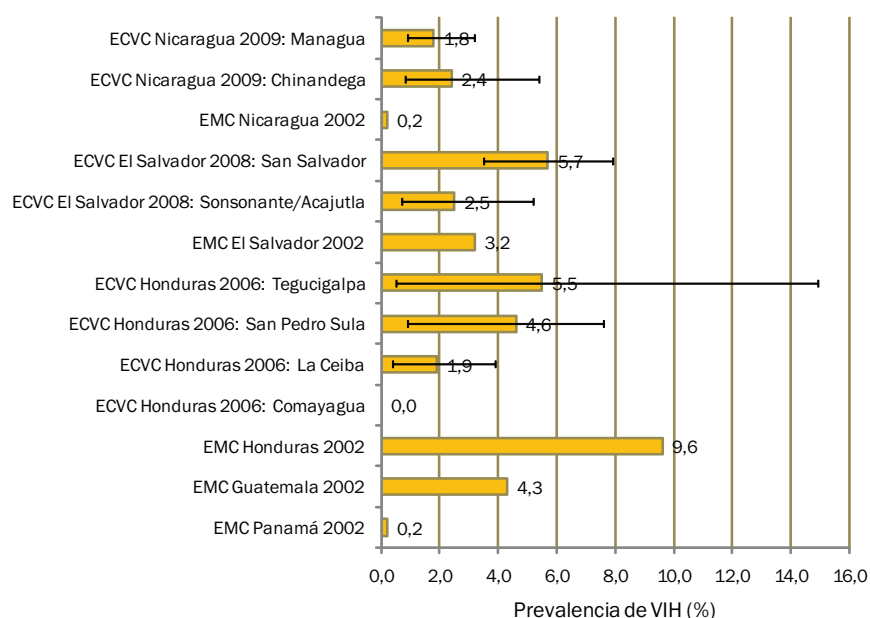
La prevalencia del VIH en las trabajadoras sexuales de Managua y de Chinandega es relativamente baja y es menor al porcentaje establecido para un subgrupo poblacional en una epidemia concentrada.³⁴ Entre las trabajadoras sexuales que suelen laborar en lugares fijos *versus* lugares ambulantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia del VIH, ni en las de Managua ni en las de Chinandega.

Una comparación de los datos del EMC y de la ECVC sugiere que la prevalencia del VIH en las trabajadoras sexuales de Managua se ha aumentado entre 2002 y 2009 (cuadro VI.63).²² Se observa un aparente aumento en la incidencia del VIH en las trabajadoras sexuales de este estudio, en comparación con la incidencia encontrada entre las participantes del EMC 2002.²² Sin embargo, cabe destacar que aparte de Managua el EMC se realizó en la localidad de Bluefields y el presente estudio no la incluyó.

El EMC en Managua no encontró ningún caso prevalente ni incidente del VIH en las trabajadoras sexuales, mientras que en este estudio la incidencia del virus fue de 0.8% y su prevalencia de 1.8%. En general, el uso de condón con los clientes, así como con las parejas estables era mayor en este estudio, en comparación con el EMC.

Los hallazgos de las ECVC en trabajadoras sexuales realizadas en otros países de la región centroamericana, evidencian posibles diferencias en la prevalencia del VIH entre Nicaragua y otros países vecinos. En Honduras, en 2006, se encontró una prevalencia del VIH de 5.5% en Tegucigalpa, de 4.6% en San Pedro Sula, de 1.9% en La Ceiba, y de

Gráfica VI.12. Una comparación de los resultados de las ECVC y del EMC: estimaciones de las prevalencias del VIH en las trabajadoras sexuales en los países de la región centroamericana



0% en Comayagua.³⁵ En cambio, en El Salvador en 2008, se encontró una prevalencia del VIH de 5.7% en San Salvador y de 2.5% en Sonsonante/Acajutla.³⁵ También se encontraron diferencias en la incidencia del VIH entre Nicaragua (0.8%), El Salvador (0.0%),³⁶ y Honduras (0.0%).³⁷ Esta comparación entre países indica que mientras las prevalencias del VIH en las trabajadoras sexuales de El Salvador y de Honduras están generalmente más altas que en Nicaragua, los datos de incidencia sugieren que la epidemia del VIH puede estar estable o disminuyendo en El Salvador y en Honduras, pero aumentando en Nicaragua.

Prevalencia de otras ITS

En general, las trabajadoras sexuales de Managua y de Chinandega tienen una carga substancial de ITS. La ITS más prevalente fue la del virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), con más de tres cuartas partes de las encuestadas infectadas, cifra que no es muy distinta a la del EMC 2002.²⁶ En el presente estudio la prevalencia de sífilis es más alta en Managua que en Chinandega y que en Managua, y quienes trabajan en sitios ambulantes muestran la mayor prevalencia de sífilis, en comparación con la de las trabajadoras sexuales de sitios fijos. En comparación con el EMC, no ha disminuido sustancialmente la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* ni la de *Neisseria gonorrhoeae*. Además, se encontró una prevalencia de *Trichomonas vaginalis* mucho más alta que la reportada en el EMC.²⁶ En general, el perfil de prevalencia de las ITS indica la necesidad de crear e implementar estrategias más eficaces para la prevención y control de estas infecciones entre las trabajadoras sexuales.

Limitaciones del estudio

Cabe señalar, por lo menos, dos limitaciones importantes de este estudio.

La república de Nicaragua tiene 17 departamentos y 5 142 098 habitantes. El país está dividido en tres regiones: a) Pacífico con 2 778 257 habitantes; b) Atlántico con 716 236 habitantes, y c) Central y Norte con 1 647 605 habitantes, según el VIII Censo de Población y IV de Vivienda de 2005.³⁸ Los departamentos más poblados de Nicaragua son: Managua, con 24.6%, Matagalpa, con 9.1%, Chinandega, con 7.4% y León, con 6.9% de la población total.³⁸

El presente estudio se realizó en dos departamentos de la región del Pacífico: Managua, con 1 093 760 habitantes, incluyó las ciudades de Managua, Tipitapa y Sandino; y el departamento de Chinandega, con 350 212 habitantes incluyó las siguientes ciudades y localidades: Chinandega, El Viejo, Corinto, Posoltega y Chichigalpa. Los dos departamentos incluidos en la encuesta forman parte de la región del Pacífico, por lo que las otras dos regiones no están representadas en los hallazgos del presente estudio; sin embargo, la mitad de la población nicaragüense está concentrada en la región del Pacífico. Se puede considerar este estudio como una caracterización de las trabajadoras sexuales de la región del Pacífico, y no de todo el país.

Para las dos ciudades del estudio el método de muestreo fue un censo de los sitios anteriormente identificados como los del trabajo sexual en los departamentos de Managua y Chinandega. En cada visita a cada sitio se abordó a todas las mujeres presentes en ese momento. Sin embargo, es probable que se perdiera una cantidad desconocida de trabajadoras sexuales porque cabe la posibilidad de no haber encontrado algunos sitios de trabajo sexual, y, además, por no haber encontrado a todas las trabajadoras sexuales cuando se visitaron los sitios durante los días y horas del estudio. También cabe destacar que en los estudios anteriores en trabajadoras sexuales de Nicaragua y de otros países de la Región se utilizaron métodos diferentes a los del censo, lo cual

hace que la comparación directa de los resultados de dichos estudios y los de éste se realice con reservas.

Recomendaciones

Prevención y control del VIH y de las ITS

Una de las prioridades más altas para el control del VIH y de las ITS en las trabajadoras sexuales es hacer un diagnóstico temprano, así como brindar un tratamiento oportuno a las enfermedades diagnosticadas. Como medidas concretas para mejorar el control del VIH y de las ITS en esta población se recomienda:

- Asegurar el acceso a servicios médicos de diagnóstico y tratamiento del VIH y de las ITS apropiados y con personal capacitado y sensibilizado en la atención de trabajadoras sexuales.
- Promover la asistencia a control médico de diagnóstico y tratamiento para el VIH y las ITS por lo menos una vez al mes o inmediatamente al tener síntomas de una ITS.
- Promover la realización de la prueba del VIH cada seis meses y asegurar que conozcan el resultado durante la misma visita.
- Asegurar el acceso apropiado a las trabajadoras sexuales a la prueba del VIH y asegurar la confidencialidad.
- Al encontrar un diagnóstico confirmado como positivo al VIH asegurar el inicio de la atención médica en las clínicas especializadas en el manejo de personas con VIH, así como el inicio de tratamiento con terapia antirretroviral, ya que esta intervención temprana es una medida para la prevención y control de la epidemia del VIH, para toda la población de Nicaragua.
- Proveer una evaluación adecuada de las ITS, asegurar la disponibilidad de los medicamentos necesarios y promover el cumplimiento del tratamiento indicado.
- Para tener una mayor efectividad y alcance a todas las mujeres que realizan el trabajo sexual, evaluar y tomar en cuenta las diferencias de alfabetismo, escolaridad, auto-identificación, lugar de trabajo, y otras características de las trabajadoras sexuales en el diseño e implementación de estrategias de prevención y control del VIH.
- Contar con intervenciones de prevención y control del VIH especialmente diseñadas para trabajadoras sexuales adolescentes (menores de 17 años de edad) ya que, a pesar de que no debería haber trabajadoras sexuales menores de edad, es una realidad en la que es de particular importancia enfocar esfuerzos y recursos de prevención.
- Promover 100% el uso del condón para todas las trabajadoras sexuales, y de manera especial para las menores de edad.
- Ofrecer la prueba del VIH a 100% de las mujeres embarazadas y promover que todas se realicen la prueba.

Vigilancia de la epidemia del VIH

Han sido pocos los estudios acerca de la prevalencia del VIH y de los factores de riesgo en las poblaciones vulnerables, como la de las trabajadoras sexuales. Aunque existen planes acerca de realizar este tipo de encuestas (ECVC) en cada país de la región aproximadamente cada 5 años, esto siempre es un gran reto por los esfuerzos que deben hacer los ministerios de salud y demás instituciones involucradas en la vigilancia de la epidemia del VIH. Además de contar con una perspectiva temporal más precisa, sería ideal tener una perspectiva geográfica más extensa de la epidemia dentro de cada país.

Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó implementar un sistema de vigilancia de casos del VIH en los países de la Región Centroamericana y El Caribe.³⁹ En tanto el sistema propuesto por la OPS no incluya una evaluación más extensa del comportamiento sexual y los sistemas de notificación rutinaria de casos continúen teniendo las debilidades de subregistro y de subnotificación, será difícil que el sistema propuesto pueda brindar la ventaja de medir tendencias temporalmente más precisas y geográficamente más extensas sobre la incidencia de casos y la prevalencia del VIH.

También es de vital importancia mejorar el algoritmo diagnóstico para el VIH, así como poder contar con los resultados de las pruebas en el menor tiempo posible. Es importante ampliar el acceso a las pruebas.

El sistema propuesto por la OPS incluye la recolección de datos acerca del trabajo sexual en los últimos 12 meses; aunque esta información serviría para tener datos específicos para la población de trabajadoras sexuales se adelanta que puede haber un subregistro de esta actividad. Debido al rechazo social hacia esta población será difícil que en lugares de diagnóstico del VIH para población general las trabajadoras sexuales acepten que forman parte de esta población. Como medidas concretas para mejorar la vigilancia del VIH en las trabajadoras sexuales, se recomienda:

- Realizar una colaboración entre el Ministerio de Salud de Nicaragua, la Unidad de VIH de la Universidad del Valle de Guatemala, el Programa Global de sida de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la OPS y otros socios para explorar la factibilidad de implementar el nuevo sistema de vigilancia de casos del VIH que incluya los datos de comportamiento para trabajadoras sexuales.
- Analizar y complementar la información epidemiológica y de comportamiento que brindarán las clínicas de diagnóstico y tratamiento del VIH y de las ITS especializadas para trabajadoras sexuales.



VI. 4 Personas con VIH

De septiembre a diciembre de 2009 se reclutaron en el Hospital Roberto Calderón, de Managua, 200 personas con VIH, 107 hombres y 93 mujeres. Todos cumplieron con los criterios de elegibilidad y firmaron el consentimiento informado. Los participantes aceptaron que se les tomaran muestras de sangre para evaluación de sífilis y el virus de herpes simple tipo 2. Fueron 91 las mujeres que aceptaron que se les tomara un hisopado vaginal. Los 107 hombres facilitaron la toma de muestra de orina para pruebas relacionadas con otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Cuadro VI.64. Reclutamiento y muestra. Personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009

	Hombres	Mujeres	Total
Muestra propuesta	100	100	200
Total de participantes	107	93	200
Número de participantes con muestras de sangre	107	93	200
Número de participantes con hisopado vaginal	---	91	91
Número de participantes con muestra de orina	107	---	107
Número de entrevistas realizadas en ACASI	35	20	55
Número de entrevistas realizadas en CAPI	72	73	145

Del listado total de pacientes en seguimiento (1023) en la clínica de atención integral Roberto Calderón, en Managua, fueron seleccionados 529 por muestreo aleatorio simple; de éstos 284 no asistieron a sus citas, 36 estuvieron repetidos o se perdieron en el seguimiento y, finalmente, 27 rechazaron participar en el estudio, por lo que la muestra final obtenida fue de 202 personas. Dos entrevistas no fueron validas y no se incluyeron en el estudio.

Cuadro VI.65. Marco de muestreo, selección y rechazo. Personas con VIH. ECVC Nicaragua 2009

	Total
Elegibles	1023
Seleccionados	549
Reclutados	202
Inasistentes	284
Rechazos	27
Repetidos o perdidos a seguimiento	36

Características sociodemográficas

El 43.5% de las personas con VIH tenían entre 30 a 39 años de edad. La mediana de edad de los participantes fue similar en hombres (36 años; RIQ: 29 a 44 años) y en mujeres (33 años; RIQ: 29 a 9 años).

El 93.9% de los entrevistados reportó saber leer y escribir y un tercio informó tener algún grado de educación primaria o menos. El haber alcanzado algún grado de la edu-

cación secundaria fue notificado por 43.2% de los entrevistados, con 48.9% de las mujeres y 38.3% de los hombres. En comparación, la educación universitaria se reportó por 25.6% de los encuestados, con 32.7% de los hombres y 17.4% de las mujeres.

Casi 30% de los participantes no tenían trabajo al momento de la encuesta. Más de un cuarto de los entrevistados reportó no tener ingresos, y casi 40% ganaba el salario mínimo (2 635 córdobas) o menos. Un tercio informó tener un ingreso mensual mayor al salario mínimo, con 42.5% de los hombres, en comparación con 23.9% de las mujeres. Casi todos los encuestados eran de nacionalidad nicaragüense, y más de 80% de ellos vivía en la ciudad de Managua.

Características sociodemográficas

En cuanto al estado civil, más de 80% de los encuestados informó haber estado casado o acompañado alguna vez en la vida, 98.9% de las mujeres, en comparación con 74.8% de los hombres.

La mediana de edad reportada para la primera vez que se casaron o acompañaron fue de 17 años para las mujeres (RIQ: 15 a 20 años) y de 19 años (RIQ: 16 a 22 años) para los hombres. Sin embargo, 18.0% de las mujeres y 7.8% de los hombres informó haberse casado o acompañado por la primera vez antes de los 15 años de edad.

El 35.7% de las personas con VIH reportó estar casado actualmente, observándose similares proporciones en los hombres (32.7%) y en las mujeres (39.1%). Alrededor de 50% de los participantes estaba soltero al momento de la encuesta, con 65.4% de los hombres y 41.3% de las mujeres. El 19.6% de las mujeres y 1.9% de los hombres informó estar divorciado o viudo.



se repite
el título
con el de
arriba



Cuadro VI.66. Características sociodemográficas. Personas con VIH por sexo, ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	N	%	N	n	%
Edad (años)									
18-24	200	19	9.5	107	7	6.5	93	12	12.9
25-29		35	17.5		20	18.7		15	16.1
30-39		87	43.5		43	40.2		44	47.3
40-49		43	21.5		28	26.2		15	16.1
≥50		16	8.0		9	8.4		7	7.5
Mediana (RIC)		34 (29-42.5)			36 (29-44)			33 (29-39)	
Sabe leer y escribir	198	186	93.9	106	101	95.3	92	85	92.4
Escolaridad									
No escuela/primaria	199	62	31.2	107	31	29.0	92	31	33.7
Algún grado secundaria		86	43.2		41	38.3		45	48.9
Algún grado universitario		51	25.6		35	32.7		16	17.4
Fuente de ingresos									
Trabaja	199	140	70.3	107	79	73.8	92	61	66.3
No trabaja		59	29.7		28	26.2		31	33.7
Ingreso mensual (córdobas)									
No tiene ingresos	194	54	27.8	106	25	23.6	88	29	32.9
≤2,635		74	38.1		36	34.0		38	43.2
>2,635		66	34.0		45	42.5		21	23.9
Mediana (RIC)		1896 (0-3500)			2000 (240-5000)			1320 (0-2450)	
Religión									
Católica	200	70	35.0	107	40	37.4	93	30	32.3
Evangélica		94	47.0		44	41.1		50	53.8
Ninguna religión		30	15.0		20	18.7		10	10.7
Otra		6	3.0		3	2.8		3	3.2
País donde nació									
Nicaragua	200	199	99.5	107	107	100.0	93	92	98.9
Otro		1	0.5		0	0.0		1	1.1
Ciudad de Nicaragua donde vive									
Managua	199	165	82.9	107	91	85.1	92	74	80.4
Masaya		10	5.0		4	3.7		6	6.5
Otro		24	12.1		12	11.2		12	13.0

¹2,635 córdobas era el salario mínimo en Nicaragua al momento de realizar la encuesta (1 USD≈21 córdobas).

RIQ: rango intercuartílico.

La mayoría de personas con VIH vivía con familiares (70%) o con una pareja (30%) al momento de la entrevista.

Cuadro VI.67. Características sociodemográficas en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	N	%
Actualmente vive con ¹									
Pareja	200	60	30.0	107	35	32.7	93	25	26.9
Familia		140	70.0		69	64.5		71	76.3
Solo(a)		19	9.5		9	8.4		10	10.8
Otro		13	6.5		5	4.7		8	8.6
Ha estado casado(a) o acompañado(a)	199	171	85.9	107	80	74.8	92	91	98.9
Estado civil actual									
Soltero(a)	199	108	54.3	107	70	65.4	92	38	41.3
Casado(a)		71	35.7		35	32.7		36	39.1
Divorciado/viudo(a)		20	10.0		2	1.9		18	19.6
Edad que tenía cuando se casó o acompañó por primera vez (años)									
<15	166	22	13.3	77	6	7.8	89	16	18.0
15-17		62	37.4		20	26.0		42	47.2
≥18		82	49.4		51	66.2		31	34.8
Mediana (RIC)		17 (16-22)			19 (16-22)			17 (15-20)	
Número de dependientes									
0	194	64	33.0	103	35	34.0	91	29	31.9
1-2		66	34.0		38	36.9		28	30.8
≥3		64	33.0		30	29.1		34	37.4
Mediana (RIC)		2 (0-3)			2 (0-4)			2 (0-3)	
Circuncisión (auto-reportado)	105	24	22.9	105	24	22.9	---	---	---
Trabaja en alguna organización de personas con VIH	198	74	37.4	107	37	34.6	91	37	40.7
Nombre de la organización									
Asonvihsida	198	54	27.3	107	26	24.3	91	28	30.8
Anicp+vida		19	9.6		12	11.2		7	7.7
ICW		11	5.6		0	0.0		11	12.1
Otra		14	7.1		10	9.4		4	4.4
Asiste a grupos de autoayuda para personas con VIH	199	49	24.6	107	26	24.3	92	23	25.0
Ha estado en un país además de Nicaragua en los últimos 12 meses	200	29	14.5	107	18	16.8	93	11	11.8
Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con personas extranjeras	200	12	6.05	107	9	8.4	93	4	4.3

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta
RIC: rango intercuartílico

Alrededor de un tercio de las personas con VIH reportó haber participado en alguna organización que apoya a las personas infectadas y la principal organización reportada fue Asonvihsida. Cerca de una cuarta parte de los encuestados informó haber asistido a grupos de autoayuda para personas con VIH.

Solamente 14.5% de los entrevistados informó que había estado en un país además de Nicaragua en los últimos 12 meses. En el mismo período, 6.5% reportó haber tenido relaciones sexuales con personas extranjeras.

Antecedentes sexuales

La mediana de edad de la primera relación sexual, reportada por las personas con VIH, fue de 16 años (RIQ: 14 a 17 años). Cerca de 40% de los entrevistados informó haber tenido relaciones sexuales por la primera vez antes de cumplir los 15 años de edad. Los encuestados identificaron haber tenido su primera relación sexual principalmente con una pareja o amigo (75.1%). De los participantes hombres, 10.4% reportó que su primera relación sexual fue con una persona que pagó por relaciones sexuales.

Respecto a la violencia sexual, 24% de las personas con VIH reportó que alguna vez en la vida había tenido relaciones sexuales forzadas, 36.6% de las mujeres y 13.1% de los hombres. El 6.8% de los encuestados afirmó haber tenido relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses.

Entre las personas que las forzaron a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses, las mujeres identificaron principalmente un amigo, conocido u otro (50.0%) o un miembro de su familia (33.3%). Mientras que los hombres especificaron que fue un desconocido (60.0%) o un amigo, conocido u otro (40.0%).

Entre los hombres entrevistados, 62.3% se autoidentificó como heterosexual y 37.7% como *gay*, bisexual, o trans. Casi un tercio de los hombres reportó haber tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo en los últimos 12 meses.

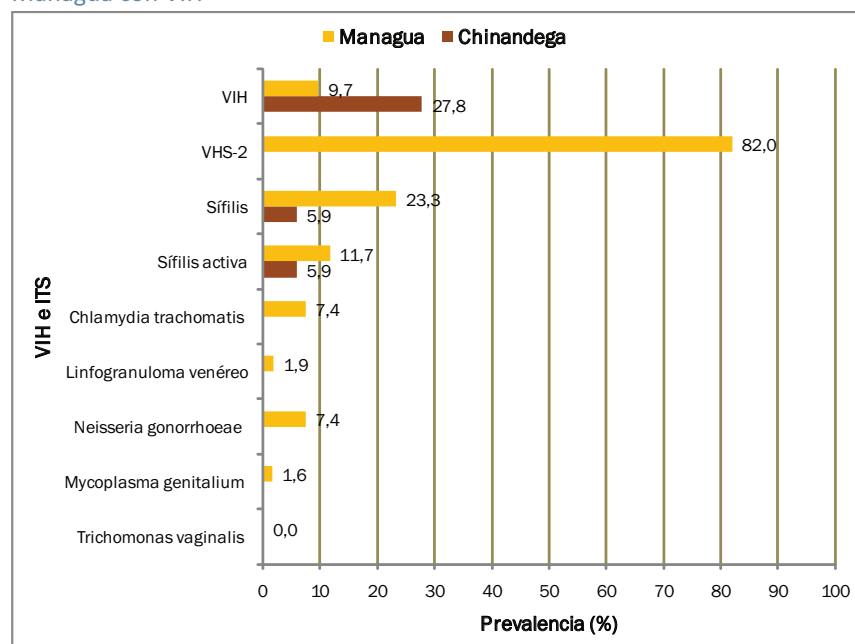
Cuadro VI.68. Antecedentes sexuales en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Edad a la que tuvo relaciones sexuales por primera vez (años)									
<15	199	74	37.2	106	42	39.6	93	32	34.4
15-17		79	39.7		38	35.9		41	44.1
≥18		46	23.1		26	24.5		20	21.5
Mediana (RIC)		16 (14-17)			15.5(13-17)			16 (14-17)	
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez									
Pariente/familiar	197	13	6.6	106	6	5.7	91	7	7.7
Persona que pagó por relaciones sexuales		11	5.6		11	10.4		0	0.0
Pareja/amigo		150	75.1		74	69.8		76	83.5
Desconocido/otro		23	11.7		15	14.1		8	8.8

Ha tenido relaciones sexuales forzadas alguna vez en su vida	200	48	24.0	107	14	13.1	93	34	36.6
Ha tenido relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses	163	11	6.8	98	5	5.1	65	6	9.2
Persona que le obligó a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses									
Miembro de su familia	11	2	18.2	5	0	0.0	6	2	33.3
Desconocido		4	36.4		3	60.0		1	16.7
Amigo/conocido/otro		5	45.4		2	40.0		3	50.0
Auto-identificaron sexual									
Heterosexual	106	66	62.3	106	66	62.3	--	---	---
Bisexual		14	13.2		14	13.2		---	---
Gay		24	22.6		24	22.6		---	---
Travesti, transexual o transgénero		2	1.9		2	1.9		---	---
Relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, o con homosexuales o travestis en los últimos 12 meses	107	31	29.0	107	31	29.0	---	---	---

RIQ: rango intercuartílico.

Gráfica V.13. Estimaciones de las prevalencias de ITS en las personas de Managua con VIH



Comportamiento sexual con parejas estables

En esta encuesta se definió pareja estable como una persona con quien el encuestado tuvo relaciones sexuales sin intercambio de dinero, y con quien el encuestado mantenía una relación afectiva, constante o regular, por ejemplo, el cónyuge, novio o marido. El 44.0% de los participantes reportó tener una pareja estable al momento de la encuesta. De éstos, alrededor de 85% informó que su pareja estable sabía que era una persona con VIH.

La mediana del número de parejas estables en los últimos 12 meses para todos los encuestados fue 1 pareja (RIQ: 0 a 1 pareja). El 11.0% de los hombres reportó haber tenido dos o más parejas estables en los últimos 12 meses; mientras que en las mujeres esa proporción fue de 1.0%.

En general, 60% de las personas con VIH reportó el uso consistente de condón con todas sus parejas estables en los últimos 12 meses, 64.5% de los hombres y 54.1% de las mujeres. Se reportó una tendencia similar en el uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable y 72.6% de los hombres y 49.4% de las mujeres informaron haber usado condón todo el tiempo de la penetración durante la última relación sexual.

Cuadro VI.69. Comportamiento sexual por tipo de pareja en personas con VIH, por sexo.
ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	N	%
Actualmente tiene pareja estable	200	88	44.0	107	45	42.1	93	43	46.2
Pareja estable sabe que usted es una persona con VIH	87	74	85.1	45	38	84.4	42	36	85.7
Número total de parejas estables en los últimos 12 meses									
0	199	92	46.2	107	52	48.6	92	40	43.5
1		94	47.2		43	40.2		51	55.4
≥2		13	6.5		12	11.2		1	1.1
Mediana (RIC)		1 (0-1)			1 (0-1)			1 (0-1)	
Uso consistente de condón ¹ con todas las parejas estables en los últimos 12 meses	167	100	59.9	93	60	64.5	74	40	54.1
Usó condón la última relación sexual con pareja estable	185	107	57.8	97	65	67.0	88	42	47.7
Usó condón todo el tiempo de la penetración durante la relación sexual con pareja estable	182	112	61.5	95	69	72.6	87	43	49.4

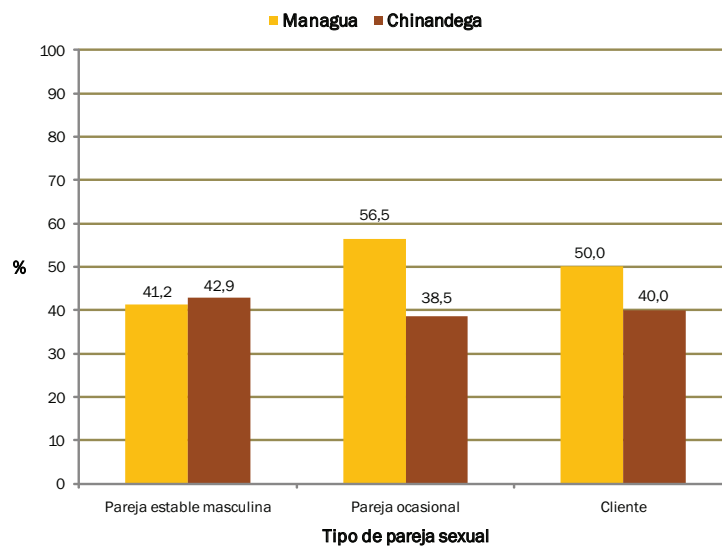
Número total de parejas ocasionales en los últimos 12 meses									
0	198	141	71.2	107	58	54.2	91	83	91.2
1		20	10.1		14	13.1		6	6.6
≥2		37	18.7		35	32.7		2	2.2
Mediana (RIC)	0 (0-1)			0 (0-2)			0 (0-0)		
Frecuencia de relaciones sexuales con su pareja ocasional en los últimos 30 días									
0	56	11	19.6	47	8	17.0	9	3	33.3
1-5		40	71.4		36	76.6		4	44.4
≥6		5	8.9		3	6.4		2	22.2
Mediana (RIC)	1 (1-2)			1 (1-2)			1 (0-1)		
Uso consistente de condón ² con todas las parejas ocasionales en los últimos 12 meses	55	41	74.5	49	37	75.5	6	4	66.7
Usó condón la última vez tuvo relaciones sexuales con la pareja ocasional	58	45	77.6	49	40	81.6	9	5	55.6
La última pareja ocasional tiene VIH									
No	57	33	57.9	49	27	55.1	8	6	75.0
Si		6	10.5		6	12.2		0	0.0
No sabe		18	31.6		16	32.7		2	25.0

¹ En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

² En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

RIQ: rango intercuartílico.

Gráfica VI.14. Uso consistente de condón en los últimos 12 meses en las personas de Managua con VIH , según tipo de pareja sexual



Comportamiento sexual con parejas ocasionales

En esta encuesta se definió pareja ocasional como una persona con quien el encuestado tuvo relaciones sexuales sin intercambio de dinero, y sin mantener una relación afectiva, constante o regular. La mayoría de los entrevistados reportaron no haber tenido parejas ocasionales en el último año, 91.2% de las mujeres y 54.2% de los hombres. El 2.2% de las mujeres y 32.7% de los hombres informaron haber tenido dos o más parejas ocasionales.

De todos los entrevistados, la mediana del número de relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 30 días fue una relación sexual (RIQ: 1 a 2 relaciones), siendo similar para hombres y mujeres. En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 30 días, 33.3% de las mujeres y 17.0% de los hombres reportaron no haber tenido relaciones sexuales, mientras que 76.7% de los hombres y 44.4% de las mujeres informaron de una a cinco relaciones sexuales.

El uso consistente de condón con todas las parejas ocasionales en los últimos 12 meses fue reportado por 74.5% de los hombres y por 66.7% de las mujeres. Alrededor de 78% informó haber usado un condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con esa pareja, 81.6% de los hombres y 55.6% de las mujeres.

De los entrevistados, 12.2% de los hombres y ninguna de las mujeres reportó haber tenido como última pareja ocasional a una persona con VIH. Alrededor de un tercio de los entrevistados no sabía el estatus del VIH de sus últimas parejas ocasionales.

Trabajo sexual y pago por relaciones sexuales

En cuanto a trabajo sexual, 20.5% de las personas con VIH informó haber recibido dinero a cambio de relaciones sexuales alguna vez en la vida, y sólo 12.5% de las mujeres reportó dedicarse al trabajo sexual al momento de la entrevista.

Una décima parte de las personas con VIH informó haber pagado por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses, 15.0% de los hombres y 3.3% de las mujeres. En cuanto a los tipos de servicios por los que pagaron reportaron principalmente sexo vaginal (84.2%), seguido por sexo oral (52.6%). Asimismo, 37.5% de los hombres informó haber pagado por sexo anal. El uso consistente de condón cuando pagó por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses fue reportado por 73.3% de los hombres, en comparación con 33.3% de las mujeres. El 5.6% informó que su última pareja comercial tenía VIH, aunque alrededor de 45% no sabía el estatus de esta misma pareja.



Cuadro VI.70. Trabajo sexual y pago por relaciones sexuales en personas con VIH, por sexo.
ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales alguna vez en su vida	200	41	20.5	107	25	23.4	93	16	17.2
Actualmente se dedica al trabajo sexual	41	2	4.9	25	0	0.0	16	2	12.5
Ha pagado por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses	198	19	9.6	107	16	15.0	91	3	3.3
Tipos de servicios sexuales por los que ha pagado en los últimos 12 meses¹									
Vaginal	19	16	84.2	16	13	81.3	3	3	100.0
Anal		6	31.6		6	37.5		0	0.0
Oral		10	52.6		8	50.0		2	66.7
Uso consistente del condón ² cuando pagó por relaciones sexuales en los últimos 12 meses	18	12	66.7	15	11	73.3	3	1	33.3
Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con la pareja comercial	19	14	73.7	16	12	75.0	3	2	66.7
La última pareja comercial tiene VIH									
No	18	9	50.0	15	7	46.7	3	2	66.7
Sí		1	5.6		1	6.7		0	0.0
No sabe		8	44.4		7	46.7		1	33.3

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

² En esta encuesta se define uso consistente de condón como el auto-reporte de siempre haber usado un condón en las relaciones sexuales en el periodo de tiempo especificado.

Última relación sexual

El 60.6% de los hombres y 88.0 de las mujeres reportaron haber tenido la última relación sexual con su pareja estable. En cambio, 23.1% de los hombres y 8.7% de las mujeres indicaron haber tenido la última relación sexual con una pareja ocasional. Alrededor de un cuarto de los entrevistados indicó haber tenido la última relación sexual en las últimas 24 horas antes del momento de la entrevista, mientras que dos quintos reportó no haber tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días.

El uso de condón en la última relación sexual se reportó por 60.0% de las personas con VIH, 71.2% de los hombres y 47.3% de las mujeres. El 22.6% de los hombres y 46.2% de las mujeres afirmaron que tuvieron su última relación con una pareja que también tenía el VIH.

Cuadro VI.71. Última relación sexual en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Tipo de pareja con quien tuvo la ultima relación sexual									
Pareja estable	196	144	73.5	104	63	60.6	92	81	88.0
Pareja ocasional		32	16.3		24	23.1		8	8.7
Cliente		4	2.0		2	1.9		2	2.2
Pareja comercial		9	4.6		8	7.7		1	1.1
Desconocido		7	3.6		7	6.7		0	0.0
Hace cuánto tiempo tuvo la ultima relación sexual con cualquier pareja (días)									
≤1	192	8	4.2	103	3	2.9	89	5	5.6
2-7		33	17.2		15	14.6		18	20.2
8-30		40	20.8		27	26.2		13	14.6
>30		111	57.8		58	56.3		53	59.6
Mediana (RIC)		90 (9-730)			90 (13-396)			150 (7-1095)	
Usó condón en la última relación sexual	195	117	60.0	104	74	71.2	91	43	47.3
Pareja con quien tuvo relaciones sexuales la última vez era una persona con VIH									
Sí	195	66	33.9	195	23	22.6	93	43	46.2
No		91	46.7		56	54.9		35	37.6
No sabe		38	19.5		23	22.6		15	16.1

RIQ: rango intercuartílico.

Adquisición y uso de condón

El 88.1% de las personas con VIH informó que, para ellos, era fácil obtener un condón. La mediana del costo que pagaron por obtener un condón durante la última compra fue de 5 Córdobas (RIQ: 3.3 a 10 Córdobas). Los entrevistados reportaron que los lugares donde consiguieron condones fueron principalmente clínicas privadas, farmacias (84.7%), centros de salud, hospitales (64.3%) y organizaciones no gubernamentales (55.1%).

Las ONG identificadas como lugares donde podían conseguir los condones fueron principalmente Asonvihsida (36.7%), Pasmó (22.5%), Xochiquetzal (9.7%) y Anicp+vida (6.6%). Alrededor de dos quintos de los encuestados afirmó utilizar lubricantes durante las relaciones sexuales.

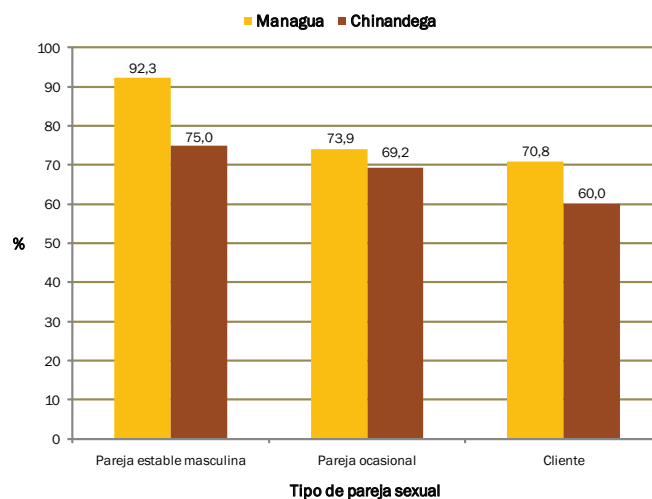
Cuadro VI.72. Adquisición y uso de condón en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Obtener un condón es									
Fácil	193	170	88.1	106	96	90.6	87	74	85.1
Difícil		23	11.9		10	9.4		13	14.9
Cantidad de dinero que pagó por cada condón la última vez que compró un condón (Córdobas)									
Mediana (RIC)	74	5 (3.3-10)		47	5 (3.3-10)		27	5 (3.3-10)	
Lugares donde consigue condones ¹									
Supermercado/tienda/gasolinera	196	56	28.6	107	32	29.9	89	24	27.0
Clínica privada/farmacia		166	84.7		93	86.9		73	82.0
Centros de salud/hospitales		126	64.3		68	63.6		58	65.2
Night club		10	5.1		6	5.6		4	4.5
Amigos		2	1.0		2	1.9		0	0.0
ONG		108	55.1		57	53.3		51	57.3
Educador de pares o promotores/otros		16	8.2		10	11.2		6	5.6
ONG donde consigue condones ¹									
Xochiquetzal	196	19	9.7	107	6	5.6	89	13	14.6
Anicp+vida		13	6.6		8	7.5		5	5.6
Pasmo		44	22.5		26	24.3		18	20.2
Asonvihsida		72	36.7		40	37.4		32	36.0
Otra		10	5.1		2	1.9		8	9.0
Utiliza lubricantes durante las relaciones sexuales	199	85	42.7	106	56	52.8	93	29	31.2

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

RIQ: rango intercuartílico.

Gráfica VI.15. Uso de condón en la última relación sexual en las personas de Managua con VIH, según tipo de pareja sexual



Uso de alcohol y drogas

Un tercio de las personas con VIH reportó consumir alcohol en el último mes, 43.0% de los hombres y 21.7% de las mujeres. Además, 12.7% de los encuestados informó haber tomado cuatro o más tragos o bebidas alcohólicas o licor en la misma ocasión durante el último mes, 20.0% de los hombres y 4.3% de las mujeres.

El 31.8% de los hombres y 8.4% de las mujeres informaron el uso de drogas alguna vez en la vida y en los últimos 30 días; 12.9% de los hombres y 2.2% de las mujeres reportaron este uso en los mismos períodos de tiempo.

El tipo de drogas más consumidas en el último año por todos los entrevistados fueron la piedra o cocaína fumada o inhalada (8.5%) y la marihuana fumada (5.5%). Para todos los participantes el uso de drogas inyectables alguna vez en la vida era muy bajo (2.5%).

Cuadro VI.73. Uso de alcohol y drogas en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Tomo alcohol en el último mes	199	66	33.2	107	46	43.0	92	20	21.7
Número de veces que tomó cuatro o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante el último mes									
0	197	135	68.5	105	62	59.1	92	73	79.4
1-3		37	18.8		22	20.9		15	16.3
≥4		25	12.7		21	20.0		4	4.3
Mediana (RIC)		0 (0-2)			0 (0-3)			0 (0-0)	
Uso de drogas alguna vez en la vida	200	46	23.0	107	34	31.8	93	12	12.9
Uso de drogas en los últimos 12 meses	200	24	12.0	107	18	16.8	93	6	6.5
Uso de drogas en los últimos 30 días	200	11	5.5	107	9	8.4	93	2	2.2
Consumo de drogas en el último año por tipo									
Ha fumado marihuana	200	11	5.5	107	9	8.4	93	2	2.2
Ha fumado/ inhalado piedra o inhalado cocaína	200	17	8.5	107	13	12.2	93	4	4.3
Se ha inyectado cocaína o heroína	199	1	0.5	107	1	0.9	92	0	0.0
Ha inhalado thinner o resistol	199	1	0.5	107	0	0.0	92	1	1.1
Ha consumido éxtasis	199	0	0.0	107	0	0.0	92	0	0.0
Alguna vez se ha inyectado droga	200	5	2.5	107	4	3.7	93	1	1.1

Historia de infecciones de transmisión sexual

Al momento de la encuesta, 16.3% de las mujeres y 4.8% de los hombres reportaron tener algún síntoma de ITS. Sin embargo, 61.4% de los entrevistados afirmó haber permanecido asintomático para una ITS en los últimos 12 meses.

Los síntomas que más habían presentado en los últimos 12 meses fueron dolor o ardor al orinar, dolor en la parte baja del abdomen, llagas o granos en los genitales o el ano, y ganglios inflamados. Cuando los síntomas de ITS se presentaron la última vez, la mitad de los participantes buscó atención médica.

Cuadro VI.74. Historia de ITS y percepción del riesgo de infección por VIH en personas con VIH por sexo. ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Actualmente tiene algún síntoma de ITS	197	20	10.2	105	5	4.8	92	15	16.3
Participantes que han permanecido asintomáticos de ITS en los últimos 12 meses	197	121	61.4	105	57	54.3	92	64	69.6
Síntomas que ha presentado el/la participante en los últimos 12 meses									
Secreción o flujo vaginal o por el pene	198	30	15.2	106	2	1.9	92	28	30.4
Dolor en parte baja del abdomen	197	52	26.4	105	18	17.1	92	34	37.0
Dolor o ardor al orinar	197	53	26.9	105	23	21.9	92	30	32.6
Llagas/granos en genitales o ano	197	41	20.8	105	21	20.0	92	20	21.7
Ganglios inflamados	197	38	19.3	105	20	19.1	92	18	19.6
Verruga/condiloma	197	14	7.1	105	8	7.6	92	6	6.5
Picazón en genitales/piojillo	197	34	17.3	105	13	12.4	92	21	22.8
Otros síntomas	197	9	4.6	105	5	4.8	92	4	4.4
Buscó atención médica cuando presentó síntomas de una ITS la última vez	152	77	50.7	81	39	48.2	71	38	53.5
Personas que él/ella cree que tienen más riesgo de infectarse con el VIH¹									
Todas las personas	194	120	61.9	105	64	61.0	89	56	62.9
Las trabajadoras sexuales		73	37.6		41	39.1		32	36.0
Los que usan drogas		53	27.3		30	28.6		23	25.8
Hombres que tienen sexo con hombres		66	34.0		39	37.1		27	30.3
Amas de casa		17	8.8		2	1.9		15	16.9
Otros		45	23.2		23	21.9		22	24.7

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

El 61.9% de los encuestados opinó que todas las personas tienen más riesgo de infectarse con el VIH. Aunque alrededor de 35% de los participantes pensó que las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres tienen un riesgo más alto. El 16.9% de las mujeres, en comparación con sólo 1.9% de los hombres, creyeron que las amas de casa tienen más riesgo de infectarse con el VIH.

Conocimientos acerca de medidas de prevención y vías de transmisión del VIH

Los conocimientos acerca de medidas de prevención y las vías de transmisión del VIH en las personas con VIH fueron evaluados según las recomendaciones de los indicadores UNGASS (Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida) en epidemias concentradas.

El 61.1% de las personas con VIH identificó correctamente dos formas principales de prevenir la transmisión del VIH y rechazó las ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

En cuanto a los conocimientos de medidas de prevención del VIH, tanto hombres como mujeres identificaron correctamente la mayoría de las medidas recomendadas. El uso de condón de manera correcta y consistente fue la forma de prevención de la infección por el VIH más conocida por los participantes.

Más de 90% de los entrevistados identificó correctamente las diferentes vías de transmisión del VIH. La no transmisión del VIH por picadura de zancudo y la no transmisión del VIH por besar a una persona infectada fueron los temas menos conocidos por los entrevistados.

Cuadro VI.75. Conocimientos de prevención y transmisión del VIH en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Índice de conocimientos correctos de las formas de prevenir la transmisión del VIH¹	198	121	61.1	107	66	61.7	91	55	60.4
Respuestas correctas sobre prevención del VIH									
Se puede prevenir el VIH usando el condón de manera correcta y en cada relación sexual	195	185	94.9	105	98	93.3	90	87	96.7
Se puede prevenir el VIH siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga VIH	197	168	85.3	107	97	90.7	90	71	78.9
Se puede prevenir el VIH evitando inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó	196	174	88.8	106	92	86.8	90	82	91.1
Se puede prevenir el VIH al no tener relaciones sexuales	197	170	86.3	107	94	87.9	90	76	84.4
Respuestas correctas sobre transmisión del VIH									
El VIH se puede transmitir al tener relaciones sexuales sin condón	196	194	99.0	105	104	99.1	91	90	98.9

El VIH se puede transmitir al recibir una transfusión de sangre infectada	196	194	99.0	105	104	99.1	91	90	98.9
El VIH se puede transmitir por usar una aguja que había sido usada por alguien que ya estaba infectado con el VIH	196	184	93.9	105	99	94.3	91	85	93.4
El VIH se puede transmitir de una mujer embarazada infectada con el VIH, a su hijo	189	176	93.1	99	93	93.9	90	83	92.2
Una mujer con VIH puede transmitir el virus a su hijo/a a través de la lactancia materna	187	179	95.7	99	93	93.9	88	86	97.7
El VIH no se puede transmitir por la picadura del zancudo	188	162	86.2	100	86	86.0	88	76	86.4
El VIH no se puede transmitir por compartir una comida con alguien infectado con el VIH	196	188	95.9	104	99	95.2	92	89	96.7
El VIH no se puede transmitir al compartir cubiertos o platos de alguien infectado	198	189	95.5	106	100	94.3	92	89	96.7
El VIH no se puede transmitir al besar a una persona infectada	187	165	88.2	101	89	88.1	86	76	88.4
El VIH no se puede transmitir por usar servicios sanitarios públicos	192	175	91.2	101	91	90.1	91	84	92.3
Una persona con VIH puede reinfectarse	189	175	92.6	102	95	93.1	87	80	92.0
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	195	190	97.4	103	100	97.1	92	90	97.8

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?

Diagnóstico del VIH

La mediana del tiempo en el que los entrevistados fueron diagnosticados con el VIH fue de 3 años (RIQ: 1 a 5 años). Además, 17.2% de las mujeres y 6.5% de los hombres reportaron haber sido diagnosticados hacía menos de 6 meses.

Respecto a cuándo se enteraron de que su diagnóstico era positivo, 40% de los participantes reportó haberse realizado la prueba voluntariamente, 32.7% de los hombres y 18.3% de las mujeres reportaron que era porque estaban enfermos; mientras que 23.7% de las mujeres y 3.7% de los hombres reportaron que fue porque a su pareja le diagnosticaron la infección por el VIH.

El lugar más mencionado donde los entrevistados fueron diagnosticados con el VIH fueron el centro de salud o el hospital público (69.0%) y en una clínica o en un laboratorio privados (19.5%). Un tercio de los participantes recibió consejería antes de la prueba del VIH, mientras que 21.0% recibió consejería al obtener el resultado de la prueba del VIH. Sin embargo, 44.5% de las personas con VIH no recibió ningún tipo de consejería cuando se hicieron la prueba del VIH.

Cuadro VI.76. Antecedentes del diagnóstico del VIH y estado de salud actual en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Hace cuánto fue diagnosticado con el VIH (meses)									
<6	200	23	11.5	107	7	6.5	93	16	17.2
6-12		32	16.0		20	18.7		12	12.9
>12		145	72.5		80	74.8		65	69.9
Mediana (RIC)		3 (1-5)			3 (1-4)			3 (1-5)	
Razones para hacerse la prueba del VIH									
Voluntario	200	80	40.0	107	47	43.9	93	33	35.5
Solicitado		41	20.5		20	18.7		21	22.6
Porque estaba enfermo		52	26.0		35	32.7		17	18.3
Porque su pareja fue diagnosticado con el VIH		26	13.0		4	3.7		22	23.7
Cuando donó sangre		1	0.5		1	0.9		0	0.0
Lugar donde fue diagnosticado con el VIH									
Centro de salud/hospital público	200	138	69.0	107	69	64.5	93	69	74.2
Clínica/laboratorio privado		39	19.5		24	22.4		15	16.1
ONG		5	2.5		2	1.9		3	3.2
Cruz Roja/banco de sangre/otro		18	9.0		12	11.2		6	6.5
Recibió consejería cuando se hizo la prueba del VIH									
Sí, antes de la prueba	200	66	33.0	107	39	36.4	93	27	29.0
Sí, al recibir el resultado de la prueba		42	21.0		18	16.8		24	25.8
Sí, antes y al recibir el resultado		3	1.5		2	1.9		1	1.1
No		89	44.5		48	44.9		41	44.1
Quiénes saben que es una persona con VIH									
Nadie	198	9	4.6	107	5	4.7	91	4	4.4
Todos		12	6.1		3	2.8		9	9.9
Pareja		47	23.7		28	26.2		19	20.9
Familiares		165	83.3		92	86.0		73	80.2
Escuela/trabajo/amigos/vecinos		39	19.7		21	19.6		18	19.8
Su pareja estable conoce que es una persona con VIH	87	74	85.1	45	38	84.4	42	36	85.7

Existe la posibilidad de hacerse la prueba del VIH sin que los demás sepan el resultado en su comunidad

Sí	199	83	41.7	107	43	40.2	92	40	43.5
No		100	50.3		55	51.4		45	48.9
No sabe		16	8.0		9	8.4		7	7.6

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

RIQ: rango intercuartílico.



En el cuadro no está el No. de referencia 1

Aproximadamente 5% de los encuestados informó que nadie sabía su condición de ser una persona con VIH. El 85.1% de los entrevistados reportó que su pareja estable conocía que era una persona con VIH y 83.3% afirmó que su familia sabía el estatus de su VIH. La mitad de los encuestados indicó que no existe la posibilidad de mantener la confidencialidad de los resultados de la prueba del VIH en su comunidad.

Embarazo y prueba del VIH

Un tercio de las mujeres que habían estado embarazadas reportaron haberse realizado la prueba del VIH durante su último embarazo. Solamente 14.6% de mujeres afirmó que sabía que tenía el VIH durante este último embarazo. Al momento de la entrevista, cinco mujeres reportaron estar embarazadas.

La mediana de tiempo del diagnóstico del VIH para las mujeres que han estado embarazadas o estaban embarazadas actualmente fue de 3 años (RIQ: 1 a 5 años). Alrededor

Cuadro VI.77. Antecedentes de embarazo en mujeres con VIH. ECVN Nicaragua, 2009

	Mujeres		
	N	n	%
Durante su último embarazo le realizaron la prueba del VIH	83	27	32.5
Durante su último embarazo sabía que tenía el VIH	82	12	14.6
Hace cuánto tiempo fue diagnosticada con el VIH ¹ (meses)			
<6	84	13	15.5
6-12		11	13.1
>12		60	71.4
Mediana (RIC)		3 (1-5)	
Lugar donde fue diagnosticada con el VIH ¹			
Centro de salud/hospital público	84	62	73.8
Clínica/laboratorio privado		14	16.7
ONG		3	3.6
Cruz Roja/banco de sangre/otro		5	6.0
Después de conocer que es una persona con VIH utiliza algún método de planificación familiar	87	45	51.7
Ha tenido abortos alguna vez en su vida	91	34	37.4

¹ Estas variables sólo incluyen mujeres que habían estado embarazadas o mujeres que estaban embarazadas en el momento de las encuestas.

RIQ: rango intercuartílico.

de tres cuartas partes de las mujeres embarazadas indicaron haber sido diagnosticadas con el VIH en el centro de salud o en un hospital público.

La mitad de las mujeres encuestadas reportó haber utilizado algún método de planificación familiar después de conocer su estatus positivo por VIH; 37.4% de las mujeres informó haber tenido abortos alguna vez en su vida.

Salud y autocuidado

El 44.0% de las personas con VIH opinó que su salud en el momento de la encuesta fue buena; mientras que 29% afirmó que su salud fue muy buena. Aproximadamente 35% de los encuestados informó haber tenido algún problema de salud o infección en los últimos 3 meses. Los principales síntomas que mencionaron los participantes fueron depresión, tos, dolor de cabeza persistente y fiebre prolongada.

El 96.5% de los participantes reportó que cuidaban más de su salud después de saber que eran personas con VIH. Las razones primordiales que les motivaban a atender mejor su salud fueron el deseo de vivir (88.9%), amor propio o autoestima (74.4%) y el amor a sus hijos, familiares o pareja (71.9%).

Cuadro VI.78. Salud, autocuidado, y motivación personal en personas con VIH, por sexo.
ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Diría que su estado de salud actual es									
Muy bueno	200	58	29.0	107	35	32.7	93	23	24.7
Bueno		88	44.0		46	43.0		42	45.2
Estable		33	16.5		17	15.9		16	17.2
Regular		19	9.5		9	8.4		10	10.8
Malo		2	1.0		0	0.0		2	2.2
Ha tenido algún problema de salud o infección en los últimos tres meses	199	69	34.7	107	32	29.9	92	37	40.2
Síntomas que ha presentado en los últimos tres meses¹									
Fiebre prolongada	69	31	44.9	32	16	50.0	37	15	40.5
Diarrea		18	26.1		11	34.4		7	18.9
Depresión		44	63.8		20	62.5		24	64.9
Tos		35	50.7		18	56.3		17	46.0
Abscesos en la piel		21	30.4		7	21.9		14	37.8
Herpes		20	29.0		7	21.9		13	35.1
Ganglios inflamados		20	29.0		7	21.9		13	35.1
Enfermedades de la piel		28	40.6		11	34.4		17	46.0
Convulsiones		5	7.3		2	6.3		3	8.1
Dolor de cabeza persistente		35	50.7		12	37.5		23	62.2
Candidiasis oral		6	8.7		5	15.6		1	2.7

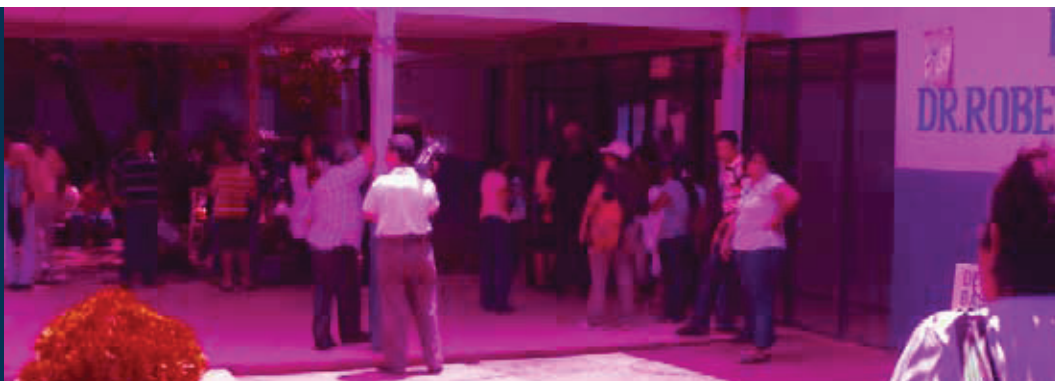
Neumonía		15	21.7		7	21.9		8	21.6
Tuberculosis		5	7.3		4	12.5		1	2.7
Otros síntomas		10	14.5		3	9.4		7	18.9
Cuida más de su salud después de saber que era una persona con VIH	198	191	96.5	107	103	96.3	91	88	96.7
Razones que motivan al o a la participante a atender mejor su salud¹									
Los mensajes de radio, televisión o escrita	199	14	7.0	107	9	8.4	92	5	5.4
Las conversaciones con amigos		3	1.5		3	2.8		0	0.0
Las charlas recibidas de ONGs		11	5.5		8	7.5		3	3.3
Sus creencias religiosas		16	8.0		10	9.4		6	6.5
La muerte de una persona cercana		6	3.0		0	0.0		6	6.5
Amor a sus hijos, familiares y/o pareja		143	71.9		64	59.8		79	85.9
Amor propio/autoestima		148	74.4		81	75.7		67	72.8
Asistir a los grupos de auto apoyo		16	8.0		11	10.3		5	5.4
Querer vivir		177	88.9		99	92.5		78	84.8

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

Control y servicios médicos

Alrededor de 90% de los entrevistados reportó haber recibido los siguientes servicios en el control médico: exámenes médicos, tratamiento antirretroviral y exámenes especiales. El 70% de los participantes afirmó haberse realizado exámenes de laboratorio; mientras que menos de la mitad reportó haber recibido tratamiento por enfermedades oportunistas.

Solamente 28.8% de los participantes informó que habían recibido tratamiento para prevenir la tuberculosis después de saber que eran personas con VIH. El 12.2% de los hombres y 4.4% de las mujeres reportaron que se habían enfermado de tuberculosis después de saber que era una persona con VIH. De éstos, 94.1% reportó que había recibido tratamiento para curar la tuberculosis.



Cuadro VI.79. Control y servicios médicos en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Actualmente está asistiendo a control médico por ser una persona con VIH	199	197	99.0	107	105	98.1	92	92	100.0
Tipos de servicios que recibe en su control médico¹									
Examen médico	199	180	90.5	106	100	94.3	93	80	86.0
Tratamiento antirretroviral		174	87.4		98	92.5		76	81.7
Tratamiento por enfermedades oportunistas		80	40.2		50	47.2		30	32.3
Exámenes especiales (CD4 y carga viral)		175	87.9		100	94.3		75	80.7
Exámenes de laboratorio		140	70.4		77	72.6		63	67.7
Entrega de víveres/nutrición		3	1.5		3	3.2		0	0.0
Consejería y educación		26	13.1		14	13.2		12	12.9
Visitas domiciliarias		0	0.0		0	0.0		0	0.0
Atención en el hogar		12	6.0		5	4.7		7	7.5
Ha recibido tratamiento para prevenir la tuberculosis después de saber que es una persona con VIH	198	57	28.8	107	31	29.0	91	26	28.6
Se ha enfermado de tuberculosis después de saber que es una persona con VIH	198	17	8.6	107	13	12.2	91	4	4.4
Ha recibido tratamiento para curar la tuberculosis siendo una persona con VIH	17	16	94.1	13	12	92.3	4	4	100.0

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

Tratamiento antirretroviral

EL 87.4% de las personas con VIH entrevistadas reportó estar tomando antirretrovirales en el momento de la entrevista, 93.5% hombres y 80.2% mujeres. La mediana de tiempo en que los encuestados empezaron a tomar medicamentos antirretrovirales fue de 2 años (RIQ: 1 a 4 años).

El 59.0% de hombres y 45.7 de mujeres entrevistados reportaron haber asistido al control médico cada mes o menos. De los que reportaron efectos adversos asociados a la terapia antirretroviral, los síntomas que principalmente mencionaron fueron náusea y vómito o mareos (72.6%) y dolor de cabeza (51.0%). Alrededor de 15% de ellos reportó alergias, problemas de la piel, o diarrea.

Cuadro VI.80. Tratamiento antirretroviral en personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Medicamentos ARV que está tomando actualmente¹									
Stavudina (d4T)	158	5	3.2	95	3	3.2	63	2	3.2
Lamivudina (3TC)		8	5.1		5	5.3		3	4.8
Zidovudina (AZT)		1	0.6		0	0.0		1	1.6
Abacavir (ABC)		5	3.2		2	2.1		3	4.8
Tenofovir (TFV)		11	7.0		8	8.4		3	4.8
Efavirenz (EFV)		115	72.8		68	71.6		47	74.6
Nevirapina (NVP)		9	5.7		4	4.2		5	7.9
Indinavir (IDN)		5	3.2		4	4.2		1	1.6
Ritonavir (RTV)		7	4.4		5	5.3		2	3.2
Lopinavir + Ritonavir		5	3.2		4	4.2		1	1.6
Indinavir + Ritonavir		6	3.8		5	5.3		1	1.6
Lamivudina + Zidovudina (Duovir)		120	76.0		76	80.0		44	69.8
Ha tenido alguna vez algún problema para cumplir con los horarios o las dosis de su terapia antirretroviral	170	60	35.3	100	36	36.0	70	24	34.3
Problemas que ha tenido para cumplir el tratamiento indicado¹									
Porque no hay	60	1	1.7	36	1	2.8	24	0	0.0
Causan efectos secundarios		11	18.3		7	19.4		4	16.7
Es difícil recordar		46	76.7		31	86.1		15	62.5
Es difícil/complicado tomarlo		16	26.7		4	11.1		12	50.0
He faltado a mis citas médicas		3	5.0		2	8.3		1	2.8

¹ Este análisis solo incluye las personas que estaban tomando ARV al momento de la encuesta.

² Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

RIQ: rango intercuartílico.

La mediana de resultado del último examen de CD4 reportada por los participantes que sabían este dato fue de 345 células/mm³ (RIQ: 250 a 543 células/mm³). El 85.0% de los hombres y 75.6% de las mujeres reportaron haber tenido un último conteo de CD4 mayor o igual a 200 células/mm³. La mediana de resultado del último examen de carga viral reportada por los encuestados que sabían este dato fue de 50 copias/ml (RIQ: 49 a 54 copias/ml). El 91.4% de los hombres y 79.2% de las mujeres informaron un último resultado de carga viral con menos de 500 copias/ml.

Cumplimiento del tratamiento antirretroviral

Los principales medicamentos antirretrovirales que los encuestados reportaron haber estado tomando en el momento de la encuesta fueron una combinación de Lamivudina y Zidovudina (76.0%) y Efavirenz (72.8%). Alrededor de un tercio de los participantes reportó

haber tenido algún problema para cumplir con su terapia antirretroviral. De éstos, 76.7% informó que era difícil de recordar tomar los medicamentos. El 11.1% de los hombres y 50.0% de las mujeres afirmaron que era difícil o complicado tomar el tratamiento.

Cuadro VI.81. Tratamiento antirretroviral y dificultades para seguir el tratamiento en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Medicamentos ARV que está tomando actualmente¹									
Stavudina (d4T)	158	5	3.2	95	3	3.2	63	2	3.2
Lamivudina (3TC)		8	5.1		5	5.3		3	4.8
Zidovudina (AZT)		1	0.6		0	0.0		1	1.6
Abacavir (ABC)		5	3.2		2	2.1		3	4.8
Tenofovir (TFV)		11	7.0		8	8.4		3	4.8
Efavirenz (EFV)		115	72.8		68	71.6		47	74.6
Nevirapina (NVP)		9	5.7		4	4.2		5	7.9
Indinavir (IDN)		5	3.2		4	4.2		1	1.6
Ritonavir (RTV)		7	4.4		5	5.3		2	3.2
Lopinavir + Ritonavir		5	3.2		4	4.2		1	1.6
Indinavir + Ritonavir		6	3.8		5	5.3		1	1.6
Lamivudina + Zidovudina (Duovir)		120	76.0		76	80.0		44	69.8
Ha tenido alguna vez algún problema para cumplir con los horarios o las dosis de su terapia antirretroviral	170	60	35.3	100	36	36.0	70	24	34.3
Problemas que ha tenido para cumplir el tratamiento indicado¹									
Porque no hay	60	1	1.7	36	1	2.8	24	0	0.0
Causan efectos secundarios		11	18.3		7	19.4		4	16.7
Es difícil recordar		46	76.7		31	86.1		15	62.5
Es difícil/complicado tomarlo		16	26.7		4	11.1		12	50.0
He faltado a mis citas médicas		3	5.0		2	8.3		1	2.8

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

Estigma y discriminación

El 33.6% de los hombres y 47.8 de las mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de discriminación, abuso o maltrato por ser una persona con VIH. De ellos, 27.8% de los hombres y 45.2% de las mujeres informaron haber sido aislados por amigos y familiares, y se encontraron proporciones similares en el rechazo en el vecindario. Además, el maltrato en los servicios de salud fue reportado por 30.6% de los hombres y por 19.1% de las mujeres.

Un tercio de los hombres y la mitad de las mujeres informaron que fue la familia o la pareja quien le discriminó, maltrató o abusó por ser una persona con VIH. Alrededor de un cuarto de los encuestados dijo haber sido discriminado por amigos o personal de salud.

Cuadro VI.82. Estigma y discriminación alguna vez a personas con VIH, por sexo. ECVC Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Ha sufrido algún tipo de discriminación, abuso o maltrato por ser una persona con VIH	197	79	40.1	107	36	33.6	90	43	47.8
Tipo de discriminación abuso o maltrato que ha sufrido por ser una persona con VIH ¹									
Aislamiento por amigos /o familiares	78	29	37.2	36	10	27.8	42	19	45.2
Abstención de contacto físico		10	12.8		4	11.1		6	14.3
Expulsión del trabajo o de la casa		18	23.1		9	25.0		9	21.4
Maltrato en los servicios de salud		19	24.4		11	30.6		8	19.1
Divulgación de su condición de persona con VIH		16	20.5		8	22.2		8	19.1
Rechazo en el vecindario		28	35.9		10	27.8		18	42.9
Rechazo por otros		17	21.8		10	27.8		7	16.7
Quién le discriminó, maltrató o abusó ¹									
Familia/pareja	78	36	46.2	36	13	36.1	42	23	54.8
Amigos		18	23.1		8	22.2		10	23.8
Patrones o jefes/compañeros de trabajo		5	6.4		3	8.3		2	4.8
Otras personas infectadas con el VIH		1	1.3		0	0.0		1	2.4
Personal de salud		20	25.6		9	21.4		11	30.6
Personas del municipio		9	11.5		6	16.7		3	7.1
Desconocido		11	14.1		5	13.9		6	14.3
Le han negado acceso a servicios de salud alguna vez	194	16	8.3	106	7	6.6	88	9	10.2
Tipos de discriminación a los que han sido sometidos en el hogar ¹									
Ha sido abandonado/a o alejado/a de su familia	194	39	20.1	105	14	13.3	89	25	28.1
Ha sido marginado/a en su hogar	193	38	19.7	105	17	16.2	88	21	23.9
Le han obligado a comer solo o sola	192	34	17.7	105	15	14.3	87	19	21.8
Le han obligado a utilizar diferentes utensilios para comer	192	39	20.3	105	19	18.1	87	20	23.0
Le han obligado a dormir solo/ o sola en su propio cuarto	192	31	16.2	105	14	13.3	87	17	19.5
Tipos de discriminación a los que han sido sometidos en el trabajo ²									
Ha perdido un trabajo	192	25	13.0	105	15	14.3	87	10	11.5
Le han negado ascenso o entrenamiento en su trabajo	192	18	9.4	105	10	9.5	87	8	9.2
No ha sido capaz de alquilar una casa	191	18	9.4	105	9	8.6	86	9	10.5
Le han quitado su propiedad	194	5	2.6	106	1	0.9	88	4	4.6

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

El 6.6% de los hombres y 10.2% de las mujeres afirmaron haberseles negado acceso a servicios de salud alguna vez.

Respecto a los tipos de discriminación a los que habían sido sometidos en el hogar, 13.3% de los hombres y 28.1% de las mujeres reportaron haber sido abandonados o alejados de su familia. Alrededor de una quinta parte de los participantes afirmó haber sido marginado en su hogar o haber sido obligado a utilizar diferentes utensilios para comer.

Acerca de los tipos de discriminación a los que habían sido sometidos en el trabajo, 13.0% informó haber perdido un empleo por ser una persona con VIH. Sólo 0.9% de los hombres, en comparación con 4.6% de las mujeres, reportaron que les habían quitado su propiedad por su estatus positivo del VIH.

Derechos humanos

El 86.8% de los entrevistados reportó que denunciarían un acto de violación a sus derechos. Los derechos humanos más conocidos por las personas con VIH fueron los laborales (83.6%), recibir servicios de salud (83.6%), recibir ARV (77.9%) y recibir educación (63.1%). El 58.2% de los encuestados informó conocer la ley 238 vigente en Nicaragua, que protege los derechos humanos de las personas con VIH.

Al momento de la entrevista, 72.6% de los hombres y 60.4% de las mujeres reportaron recibir apoyo de alguno de sus familiares, siendo los hermanos (72.0%) y los padres (60.6%) quienes les brindaban ese apoyo. Casi 80% de los entrevistados indicaron tener alguien que le pueda acompañar a un hospital en caso de que lo necesitaran.



Cuadro VI.83. Conocimientos de derechos humanos en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Denunciaría un acto de violación a sus derechos	182	158	86.8	98	89	90.8	84	69	82.1
Derechos que conocen¹									
Laborales	122	102	83.6	70	59	84.3	52	43	82.7
Derecho a recibir servicios de salud		102	83.6		60	85.7		42	80.8
Derecho a recibir ARV		95	77.9		56	80.0		39	75.0
Realizarse la prueba antes de casarse		29	23.8		16	22.9		13	25.0
Deber de protegerse o proteger a su pareja		51	41.8		29	41.4		22	42.3
Derecho a recibir educación		77	63.1		46	65.7		31	59.6
Derecho a tener confidencialidad al hacerse la prueba del VIH		50	41.0		27	38.6		23	44.2
Derecho a consejería pre y pos prueba		35	28.7		22	31.4		13	25.0
Pendiente del tratamiento a tomar		19	15.6		12	17.1		7	13.5
Derecho a no ser discriminado		14	11.5		6	8.6		8	15.4
Conoce la existencia de la Ley 238 para personas con VIH	189	110	58.2	102	60	58.8	87	50	57.5
Actualmente recibe apoyo de alguno de sus familiares	197	132	67.0	106	77	72.6	91	55	60.4
Familiares que brindan apoyo¹									
Pareja	132	31	23.5	77	15	19.5	55	16	29.1
Padres		80	60.6		44	57.1		36	65.5
Hermanos		95	72.0		60	77.9		35	63.6
Tíos		29	22.0		18	23.4		11	20.0
Abuelos		14	10.6		8	10.4		6	10.9
Hijos		22	16.7		6	7.8		16	29.1
Tiene a alguien que le pueda acompañar al doctor o a un hospital en caso de que lo necesite	199	157	79.0	107	89	83.2	92	68	73.9

¹ Puede ser que los porcentajes no sumen 100% porque era posible elegir más de una respuesta.

Prevalencia de ITS

El 81.5% de las personas con VIH fueron positivas para el virus del herpes simplex tipo 2, siendo la patología más predominante entre los encuestados. La prevalencia de sífilis fue de 11.6% para todos los participantes, mientras que 6.0% fueron positivos para sífilis activa. Entre las mujeres se encontró una prevalencia de vaginosis bacteriana de 28.4%.

Cuadro VI.84. Prevalencia de ITS en personas con VIH, por sexo. ECVN Nicaragua, 2009

	Total			Hombres			Mujeres		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Herpes simplex virus tipo 2	200	163	81.5 (75.4-86.6)	107	84	78.5 (69.5-85.9)	93	79	85.0 (76.0-91.5)
Sífilis	199	23	11.6 (7.5-16.8)	106	13	12.3 (6.7-20.1)	93	10	10.8 (5.3-18.9)
Sífilis activa ¹	199	12	6.0 (3.2-10.3)	106	6	5.7 (2.1-11.9)	93	6	6.5 (2.4-13.5)
Vaginosis bacteriana	81	23	28.4 (18.9-39.5)	---	---	---	81	23	28.4 (18.9-39.5)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	198	4	2.0 (0.6-5.1)	107	1	0.9 (0.0-5.1)	91	3	3.3 (0.7-9.3)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	198	9	4.6 (2.1-8.5)	107	1	0.9 (0.0-5.1)	91	8	8.8 (3.9-16.6)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	198	0	0.0 (0.0-1.8) ⁴	107	0	0.0 (0.0-3.4) ⁴	91	0	0.0 (0.0-4.0) ⁴
<i>Trichomonas vaginalis</i>	198	12	6.1 (3.2-10.6)	107	0	0.0 (0.0-3.4) ²	91	12	13.2 (7.0-21.9)
Sífilis o alguna ITS ²	197	42	21.3 (15.8-27.7)	106	15	14.2 (8.1-22.3)	91	27	29.7 (20.6-40.2)
Alguna ITS ³	198	21	10.6 (6.7-15.8)	107	2	1.9 (0.2-6.6)	91	19	20.9 (13.1-30.7)

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

² Sífilis o *Chlamydia trachomatis* o *Mycoplasma genitalium* o *Neisseria gonorrhoeae* o *Trichomonas vaginalis*.

³ *Chlamydia trachomatis* o *Mycoplasma genitalium* o *Neisseria gonorrhoeae* o *Trichomonas vaginalis*.

⁴ De un solo lado, IC 97.5%.

Ningún hombre resultó positivo para *Trichomonas vaginalis*, sin embargo, en las mujeres la prevalencia fue de 13.2%. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* fue de 0.9% en los hombres y de 3.3% en las mujeres, y la prevalencia de *Mycoplasma genitalium* fue de 0.9% para hombres y de 8.8% para mujeres. Ninguna de las personas con VIH resultó positiva para *Neisseria gonorrhoeae*.

La prevalencia de sífilis o de alguna ITS se encontró en 14.2% de los hombres y en 29.7% de las mujeres, mientras que 1.9% de los hombres y 20.9% de las mujeres fueron positivos para alguna ITS, excluyendo la sífilis.

Conclusiones

Características sociodemográficas⁴⁰

Los resultados describen una población de personas con VIH en cuanto a la edad y escolaridad, similares a los datos presentados dentro de la vigilancia epidemiológica del VIH que de manera rutinaria se obtienen en el ámbito nacional.⁴⁰ Un tercio de los participantes no tenía trabajo en el momento de la entrevista, y de quienes tenían ingresos sólo un tercio reportó recibir más del salario mínimo nacional. Además, se observó que las mujeres tenían menor nivel de escolaridad e ingresos, en relación con los hombres,

probablemente debido a la cultura patriarcal que prevalece en el país.² La mayoría de los encuestados se había casado o acompañado alguna vez en su vida, aunque en el momento de la encuesta más de la mitad era soltero, con una mayor proporción de mujeres que reportó ser divorciada o viuda.

Antecedentes sexuales

La población de personas con VIH inició su vida sexual a los 16 años de edad; alrededor de 40% de los hombres encuestados se autoidentificó como bisexual, gay o trans y una tercera parte reportó haber tenido, en los últimos 12 meses, relaciones sexuales con otro hombre.

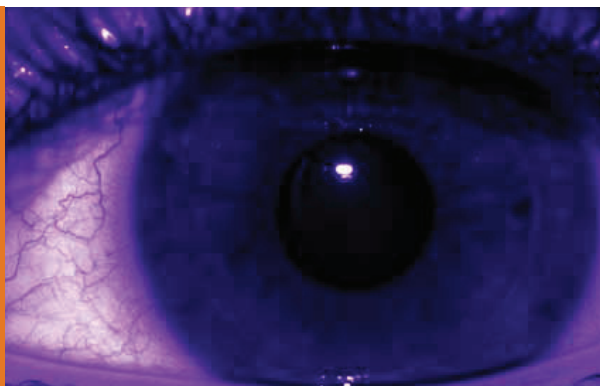
Al comparar la violencia sexual reportada en los últimos 12 meses en las ECVC de los países en la región de Centro América, se observa cómo las tasas de sexo forzado en Nicaragua (6.8%) fueron más bajas que las de Honduras (13.5%), pero más altas que las de El Salvador (3.4%).^{3,4} En estos tres países las mujeres reportaron, en mayor proporción que los hombres, relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses; en Nicaragua y El Salvador las mujeres experimentaron la mayor parte de esta violencia sexual perpetrada por parte de personas cercanas a ellas; en Nicaragua un tercio de los agresores fue reportado como miembros de la familia y en El Salvador 42.9%, sus parejas estables.³

Trabajo sexual

De todas las personas con VIH 5% de las mujeres informó dedicarse al trabajo sexual al momento de la entrevista. Tanto en la ECVC de Nicaragua, como en la de Honduras el dedicarse actualmente al trabajo sexual fue reportado en una proporción menor (5.0%) respecto a lo señalado en la ECVC de El Salvador en la cual se reportó 23.3%.^{3,4} Es importante enfatizar que en Nicaragua 20.5% reconoció haber recibido, en el último año, dinero a cambio de relaciones sexuales.

El uso de condón

En cuanto al uso consistente del condón en los últimos 12 meses una mayor proporción, 74.5%, reportó utilizarlo con parejas ocasionales, seguido por el uso con parejas comerciales, 66.7%, y por último con parejas estables, 57.8%. El uso consistente de condón con parejas ocasionales y comerciales fue más alto en Honduras (54.1%, 57.8%, respectivamente) y El Salvador (65.9%, 61.7%); pero el uso consistente de condón con parejas estables en Nicaragua fue menor respecto a El Salvador (69.1%), pero mayor que en Honduras (47.6%).^{3,4} Se encontró que en las mujeres el uso consistente del condón fue más bajo, en comparación con los hombres, con cada tipo de pareja sexual. Las



relaciones sexuales vaginales sin protección fueron más frecuentes en las mujeres que perciben una falta de control personal sobre el uso de condón con su pareja masculina.⁵ Al revisar las proporciones reportadas de uso consistente del condón con los diferentes tipos de pareja sexual y si éstas eran personas con VIH, entre quienes hablaron de su última pareja estable, 45.1% reportó que esta pareja era positiva al VIH; y para quienes hablaron de su última pareja ocasional, 10% reportó que esta pareja era una persona con VIH y para quienes se refirieron a su última pareja comercial, 5.6% informó esta misma condición para estas parejas. Es importante puntualizar que el menor uso consistente de condón se reporta con parejas estables. Adicionalmente, 85.1% de los encuestados informó que sus parejas estables conocían su estatus de VIH positivos pero, a pesar de esto, el uso de condón es deficiente con esas parejas. Una posible explicación de esta práctica insegura es que los encuestados no se sientan obligados a utilizar protección con una pareja que ya tiene el VIH, porque no hay un conocimiento claro de la reinfección por el VIH. En una revisión científica del comportamiento sexual de riesgo en personas con VIH se observó que en éstas es más probable tener relaciones sexuales sin protección con parejas que también tienen VIH que con parejas no infectadas.⁶

El bajo uso consistente de condón entre parejas con VIH, sin duda que es un riesgo para la reinfección por el virus, además de que aumenta el riesgo de otras infecciones de transmisión sexual secundarias. Además, como también tienen parejas que no son positivas al VIH, está la posibilidad de la transmisión secundaria del VIH a la población general.

Consumo de alcohol y drogas

Un tercio de la población en Nicaragua reportó haber usado alcohol en el último mes, pero sólo 13% informó su uso excesivo: cuatro o más tragos en la misma ocasión en cuatro o más veces. Al comparar el uso de alcohol en el último mes con la ECVC de otros países en América Central se observaron proporciones más bajas en la ECVC de Honduras (14.9%) y en la de El Salvador (9.4%).^{3,4}

En Nicaragua, 23% informó acerca del uso de drogas alguna vez en la vida, aunque este uso en el último año fue más bajo, con 12%. Se encontró que el uso de drogas en la vida fue similar en la ECVC de Honduras (23.9%), y menor en la ECVC de El Salvador (8.1%).^{3,4} Sin embargo, aparece el riesgo por el uso de drogas inyectables, ya que 2.5% de los encuestados en Nicaragua reportó haberse inyectado drogas alguna vez en su vida. El uso de alcohol y drogas en Nicaragua está presente y en algunos casos es mayor que en otros países de la misma región, lo cual, sumado a otros comportamientos de riesgo, puede representar un papel importante en el comportamiento de esta población.



Conocimientos de prevención y formas de transmisión del VIH

En general, los niveles de conocimiento sobre medidas de prevención del VIH y acerca de su transmisión en las personas con VIH fueron altos tanto en hombres, como en mujeres, puesto que los encuestados tuvieron un índice de conocimiento adecuado de 61.1% en lo relacionado con las formas de prevención y de transmisión del VIH; sin embargo, se observaron vacíos en la comprensión de algunas medidas de prevención, ya que menos de 40% de las personas con VIH distinguió correctamente los grupos que se sabe tienen mayor riesgo para adquirir el VIH y quiénes, realmente, tienen más riesgo de infectarse con el VIH.

Discriminación y estigma

Alrededor de 40% de los entrevistados había sido objeto de discriminación alguna vez en la vida por ser una persona con VIH, puntualizando el significativo papel que la infección tiene en sus vidas. La discriminación en Nicaragua es más alta que la encontrada en las ECVC de El Salvador y de Honduras, con 25.1% y 30.6%, respectivamente. Aunque en los tres países las mujeres reportaron ser discriminadas en mayor proporción que los hombres.^{3,4} Asimismo, se encontraron similitudes entre los tres países cuando se examinó de dónde procedió la discriminación, ya que ésta provino de las personas más cercanas a quienes están viviendo con VIH, como los familiares y los amigos. En Nicaragua y El Salvador el maltrato por parte del personal de salud fue similar, alrededor de una cuarta parte; en Nicaragua 8.3% informó que se le han negado servicios de salud alguna vez en su vida.

La discriminación y el estigma por ser personas con VIH sigue siendo una realidad; las mujeres reportan ambas agresiones particularmente en los ámbitos del hogar y del trabajo; los hombres en los servicios de salud. El estigma y la discriminación no sólo causan daño psicológico y emocional sino que en esta población puede también limitar la divulgación de su estatus de VIH a las parejas sexuales.⁷



Acceso a la prueba del VIH

La mayoría de quienes participaron fueron personas diagnosticadas con el VIH desde hace varios años (mediana 3 años), sólo 11.1% había sido diagnosticado hacia menos de 6 meses. El 40.0% se sometió a la prueba voluntariamente, y las principales razones para ello fueron: porque ya estaba enfermo o porque fue requerida por su médico. Casi la mitad de los participantes no recibió consejería cuando se hizo la prueba del VIH.



En las mujeres embarazadas el conocimiento del estatus de VIH es importante para prevenir la transmisión madre a hijo. Entre las encuestadas que habían estado embarazadas 14.6% sabía que tenía el VIH durante su último embarazo, y de quienes desconocían que eran positivas al VIH sólo 32.5% se realizó la prueba del VIH en este mismo embarazo. En el año 2009, el informe nacional de Nicaragua reportó que la cobertura del control prenatal, de al menos una consulta durante el tiempo de gestación, fue de 89.1% de todas las embarazadas esperadas en el país, lo que revela posibles oportunidades perdidas para que las mujeres embarazadas hubieran tenido acceso a pruebas voluntarias y a servicios de prevención de la transmisión madre a hijo.⁸

El acceso a pruebas del VIH y la temprana detección de la infección del virus son cruciales para prevenir la transmisión del VIH, así como comenzar tratamiento antirretroviral tan pronto como sea posible, además de disminuir la posibilidad de infecciones oportunistas.

Tratamiento del VIH e infecciones oportunistas

En el momento de la entrevista 87.4% de los participantes reportaron estar tomando antirretrovirales, con un mayor porcentaje entre los hombres en relación con las mujeres. Estas tasas de cobertura de tratamiento en la ECVC de Nicaragua fueron más altas que las reconocidas en las estadísticas nacionales, en las cuales se reportó una tasa de cobertura de 67.2% entre personas con VIH en 2009.⁸ Asimismo, esta cobertura de tratamiento en personas de Nicaragua con VIH fue más alta que la cobertura que se encontró en la ECVC de El Salvador (70.6%), pero similar a la cobertura observada en la ECVC de Honduras.^{3,4} La mayoría de los encuestados, 94.1%, indicó que se había enfermado de tuberculosis después de saber su estatus de VIH, y que recibió tratamiento antifímico. La cobertura de tratamiento para la tuberculosis en personas con VIH fue más alta que 77% de casos estimados en el informe nacional de Nicaragua para las dos infecciones (VIH y tuberculosis), además de haber recibido tratamiento para ambas infecciones.⁸

Cumplimiento del tratamiento del VIH

El 98.2% reportó asistir a su control médico cada mes o menos desde que está tomando su terapia antirretroviral, sin embargo, 35.3% informó haber tenido algún problema para cumplir con su terapia alguna vez en su vida; la dificultad más reportada fue no recordar la toma de medicamentos. Menos de 40% de las personas con VIH informó haberse involucrado en actividades de alguna organización para personas con VIH o haber asistido a grupos de autoayuda, evidenciando la falta de servicios de soporte comunitario para personas que comparten una misma problemática. Cabe señalar que durante la implementación del estudio, para la obtención de una muestra aleatoria en la clínica, se seleccionaron los pacientes de la lista de programación de consultas y se observó una frecuente inasistencia de las personas con VIH a sus citas programadas para el seguimiento médico, lo que se relaciona con el hallazgo de una gran asistencia a control mensual (98.2%).

Prevalencia de ITS

Los resultados de las pruebas diagnósticas muestran que el herpes simple tipo 2 fue la patología más común entre las personas con VIH, sin embargo, esta prueba sólo detectó la presencia del virus en sangre, y no una infección aguda. La presencia de sífilis fue detectada en 11.6% de los participantes, mientras que 6.0% tuvieron una infección activa de sífilis (RPR títulos $\geq 1:8$). La prevalencia de sífilis activa de las personas con VIH en la ECVC de Nicaragua fue similar a la observada en la población de trabajadoras sexuales (8.4%) de Nicaragua en el estudio multicéntrico, pero más baja que la tasa encontrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres (11.0%) en el mismo estudio, aunque el estudio multicéntrico usó un alto nivel de sensibilidad para la definición de sífilis activa (RPR títulos $\geq 1:16$).¹⁰

La prevalencia de vaginosis bacteriana entre las participantes de Nicaragua fue similar a la tasa que se observó en la ECVC de El Salvador (25.1%).^{3,11} Para los hombres las prevalencias de las infecciones que fueron diagnosticadas por la PCR: clamidia, micoplasma y tricomonas, fueron muy bajas, especialmente en comparación con las mujeres. Esta tendencia de mayores prevalencias entre las mujeres fue similar a la que se observó en las ECVC de El Salvador y de Honduras, aunque en este país los hombres tenían una alta prevalencia de clamidia, en comparación con las mujeres.^{3,4}

Al comparar la prevalencia de las ITS diagnosticadas por la PCR entre los grupos, 20.9% de las mujeres fueron positivas para alguna ITS, lo cual fue significativamente mayor en relación con 1.9% encontrado en hombres ($p=0.001$). Las mujeres tuvieron mayores prevalencias en relación con hombres, por cada patología diagnosticada, menos en sífilis. Estas prevalencias mayores en las mujeres pueden ser producto de las desigualdades sociales y económicas entre los hombres y mujeres, que ha llevado a éstas a tener menos poder social que los hombres y esto es un componente crucial en la capacidad de elegir prácticas y comportamientos más seguros.

Las coinfecciones de transmisión sexual aumentan la capacidad de infección del VIH a través de procesos biológicos locales y, por lo tanto, su diagnóstico y control son determinantes en la disminución del riesgo en personas con VIH.⁹ Es importante mencionar que la presencia de ITS puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH e ITS a otras parejas que no sean personas con VIH.¹²

Limitaciones

El actual análisis de los datos es muy básico, es un análisis univariado, y ni las asociaciones entre variables, ni las interacciones entre ellas fueron incluidas en este informe. Todos los participantes fueron reclutados de una clínica de atención a personas con VIH, sin embargo, es importante señalar que a esta clínica asisten pacientes de localidades de casi todo el país y representan 52.3% del total de pacientes atendidos en las clínicas del país.

La muestra del presente estudio se obtuvo por muestreo aleatorio simple de los listados semanales de consultas programadas de la clínica. Sin embargo, hubo una alta proporción de pacientes seleccionados que no asistieron a sus citas programadas. Inicialmente, el objetivo fue reclutar a cerca de la mitad de la población de elegibles, sin embargo, por lo señalado anteriormente sólo cerca de 20% fue reclutado para participar en el estudio.

De los que fueron seleccionados aleatoriamente casi 30% no asistió a su cita de control médico y 3% rechazó participar en el estudio. Entre los inasistentes se encontró una

mayor proporción de hombres, en comparación con los que sí asistieron y fueron seleccionados como participantes (63.4% vs 53.0%; $p=0.02$). Entre las personas que rechazaron se observó una mediana de edad mayor en relación con la mediana de edad de los participantes (38 vs 34; $p=0.04$), aunque los que rechazaron sólo fueron 3%.

Una debilidad del cuestionario fue que no permitió diferenciar el uso del condón entre parejas seronegativas y seropositivos al VIH, por lo tanto no es posible evaluar las diferencias entre los comportamientos sexuales con ambos tipos de parejas; esta evaluación ha mostrado diferencias significativas en algunos estudios de personas con VIH.⁶ A pesar de estas limitaciones nuestros hallazgos proporcionan una panorámica del comportamiento sexual en personas con VIH. Este estudio es pionero en la descripción de esta población en Nicaragua y permitirá no sólo la mejora de los programas especializados que fortalezcan la atención integral definida por el MINSA, sino enfocar los esfuerzos institucionales y comunitarios desde la prevención de nuevos casos y avanzar en el control de la epidemia del VIH.

Recomendaciones

Debe ser un objetivo establecer la vigilancia de las ITS, fortaleciendo el diagnóstico sindrómico con algunos diagnósticos etiológicos en las clínicas que brindan la atención del VIH a los pacientes; esta vigilancia debe incluir el monitoreo de los principales indicadores de comportamiento sexual y puede brindar sistemáticamente, y a lo largo del tiempo, los datos de todas las personas con VIH que estén siendo atendidas dentro de las clínicas del VIH. Esta vigilancia del comportamiento y de la prevalencia debe contar con el apoyo de ONG y grupos de autoayuda vinculados a personas con VIH, así como a la población de la diversidad sexual, para hacer de manera conjunta el fortalecimiento comunitario.

La detección y tratamiento regular de las ITS, durante el control médico regular, debe ser acompañada de un componente para el cambio de comportamiento, así como con la disponibilidad de condones, tanto para las personas con VIH como para sus parejas.



Es crucial que los programas de prevención del VIH en Nicaragua sean enfocados en el cambio de normas de comportamiento en el ámbito comunitario, particularmente en el uso de condón, en el diagnóstico temprano del VIH y sus beneficios, sumado a los esfuerzos para disminuir el estigma y la discriminación de las personas con VIH.

Continuar indagando acerca de las aproximaciones más apropiadas para el diseño y la implementación de intervenciones eficaces de prevención y atención a las personas con VIH en Nicaragua, que tomen en cuenta las diferencias en el nivel educativo, socioeconómico y de género. Debido a las diferencias entre hombres y mujeres en las prácticas sexuales es necesario realizar intervenciones en el ámbito comunitario que promuevan las habilidades de las mujeres para lograr prácticas sexuales seguras.

Se reitera la necesidad del fortalecimiento de los programas existentes en los servicios de atención para personas con VIH, en los que se integre un modelo de salud reproductiva apropiado para la sexualidad de las personas con VIH. Así como el fortalecimiento del programa de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, sumando esfuerzos concertados para mejorar el conocimiento de la prevención por parte de la madre a través de programas educativos dentro de los servicios de salud y poner énfasis en el acceso tanto a la prueba, como al tratamiento del VIH para mujeres embarazadas.

Fortalecer las organizaciones que brindan soporte a grupos de personas con VIH, para disminuir los efectos psicosociales del estigma y la discriminación. Será importante que el soporte que ofrecen los grupos de autoayuda tenga un enfoque específico por género, ya que se observaron diferencias entre las dificultades a las que se enfrentan los hombres y las mujeres.

Mejorar la conciencia social acerca de los graves efectos del estigma y de la discriminación a través de campañas en medios de comunicación masiva que alcancen a grandes audiencias.

Mejorar la disponibilidad de las pruebas de diagnóstico del VIH, agregado al aumento de campañas y programas continuos para la realización de pruebas voluntarias del VIH, para que mejoren el servicio de consejería y hagan énfasis en la importancia de tener una atención y un tratamiento del VIH oportunos y reducir el estigma que se asocia con la prueba.

La importancia del apego al tratamiento con antirretrovirales debe enfatizarse durante la consejería en la consulta periódica y en colaboración con los servicios que brindarán las clínicas de ITS.



REFERENCIAS Introducción y Metodología

- ¹ Joint United Nations Program on AIDS. AIDS Epidemic Update: December 2009. [08/07/2010]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate/>
- ² Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de salud mundial 2008. Ginebra: OMS, 2008.
- ³ Cáceres CF, Mendoza W. The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps — A review. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 51:S60–S66.
- ⁴ Sotelo JA, Khoury MC, Muiños R. Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans y su asociación a prácticas de riesgo. Argentina: Ministerio de Salud, 2006.
- ⁵ Barrón-López S, Libson M, Hiller R. Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Relevamiento 2007. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ubatec SA, 2008.
- ⁶ Joint United Nations Program on AIDS. AIDS Epidemic Update: December 2008. Ginebra: Suiza: UNAIDS, 2008: 1-23.
- ⁷ Román M, Jeremías R. Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos HSH. Proyecto Acción SIDA para Centro América. PASCA, 2001.
- ⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua. Vigilancia epidemiológica. Reporte de casos de VIH/SIDA, diciembre de 2010. Managua MINSA, 2011.
- ⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua. Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud de Nicaragua, noviembre 2004 a febrero 2005. Managua: MINSA, 2008.
- ¹⁰ Asociación Panamericana de Marketing Social - PASMO. Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH-SIDA y uso de condón en TS y HSH en Nicaragua. Nicaragua: PASMO, 2001.
- ¹¹ Asociación Panamericana de Marketing Social - PASMO. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH, uso del condón y otros temas de salud sexual. Estudio multi-nacional. Nicaragua 2003 -2004. Nicaragua: PASMO, AÑO.
- ¹² Fundación Xochiquetzal. En la línea del riesgo. Encuesta de vigilancia conductual. Nicaragua: casa editora, 2001.
- ¹³ Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG, Metzger DS. Acceptability of audio computer-assisted self-interview (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Drug Alcohol Depend* 2006;82 Suppl 1:S103-7.
- ¹⁴ Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG and Metzger DS. A randomized trial of audio computer and in-person interview to assess HIV risk among drug and alcohol users in Rio De Janeiro, Brazil. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:237-43.
- ¹⁵ Simoes AM, Bastos FI. [Audio Computer-Assisted Interview: a new technology in the assessment of sexually transmitted diseases, HIV, and drug use]. *Cad Saude Publica* 2004; 20:1169-81.

REFERENCIAS de hombres que tienen sexo con hombres

- ¹⁶ UNAIDS. AIDS Epidemic Update: December 2009. In: UNAIDS, ed. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Program on AIDS (UNAIDS), 2009.
- ¹⁷ Heckathorn D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44:174–199.

- ¹⁸ Schwartlander B, Ghys PD, Pisani E, Kiessling S, Lazzari S, Carael M, *et al.* HIV surveillance in hard-to-reach populations. *AIDS* 2001;15(suppl. 3):S1–S3.
- ¹⁹ Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of Sampling Hard-to-reach and Hidden Populations for HIV Surveillance. *AIDS* 2005;19(suppl. 2): S67–S72.
- ²⁰ Heckathorn D. Respondent driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems* 2002;49:11–34.
- ²¹ Salganik M, Heckathorn D. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent Driven Sampling. *Sociol Methodol* 2004;34(1):193–240.
- ²² Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, *et al.* Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46:101–11.

REFERENCIAS población transgénero

- ²³ Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, *et al.* Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: The benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health* 2001;91:940–6.
- ²⁴ Dudley MG, Rostosky SS, Korhage BA, Zimmerman RS. Correlates of high-risk behavior among young men who have sex with men. *AIDS Education Prevention* 2004;16: 328–40.
- ²⁵ Moss AR, Osmond D, Bacchetti P, Chermann JC, Barre-Sinoussi F, *et al.* Risk factors for AIDS and HIV seropositivity in homosexual men. *Am J Epidemiol* 1987;125:1035–47.
- ²⁶ ONUSIDA. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida: Directrices para el desarrollo de indicadores básicos: Informe 2010. Ginebra: ONUSIDA. [2011 junio 18]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/manual/2009/jc1676_core_indicators_2009_es.pdf
- ²⁷ HIV Prevention Trials Network. Initiation of antiretroviral treatment protects uninfected sexual partners from HIV infection (HPTN Study 052) [Press release]. Disponible en: <http://www.hptn.org/index.htm>
- ²⁸ Bernstein KT, Marcus JL, Nieri G, Philip SS, Klausner JD. (2010) Rectal gonorrhea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010 Apr 1;53(4):537–43.
- ²⁹ Potts M, Halperin DT, Kirby D, Swidler A, Marseille E, *et al.* Reassessing HIV prevention. *Science* 2008;320:749–50.
- ³⁰ Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Anuario Estadístico 2008. Managua: INIDE Nicaragua, 2010. [2011 junio 19]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/55427224/AnuarioEstadistico2008>

REFERENCIAS trabajadoras sexuales

- ³¹ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua (2008) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07 Informe Final.
- ³² Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol* 2004;161:774–80.
- ³³ Pettifor AE, van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: A risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS* 2004;10:1435–42.
- ³⁴ ONUSIDA. Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. Ginebra: ONUSIDA, 2000.

- ³⁵ Secretaría de Salud de Honduras. Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras sexuales: Honduras. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras, 2008.
- ³⁶ Ministerio de Salud El Salvador. Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: El Salvador, San Salvador: Ministerio de Salud El Salvador, 2010.
- ³⁷ Kim AA, Morales SM, Lorenzana de Rivera I, Paredes M, Juárez SI, *et al.* (2011) Estimation of HIV incidence among high risk populations in Honduras, 2006. (manuscript in preparation).
- ³⁸ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) Nicaragua (2010) Anuario Estadístico 2008. Managua: INIDE Nicaragua, .
- ³⁹ Organización Panamericana de la Salud. (2011) Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos de VIH. Recomendaciones para la mejora y fortalecimiento de sistemas de vigilancia de VIH/SIDA en América Latina y El Caribe. Taller Centroamericano de Vigilancia del VIH. Estandarización de Elementos Esenciales en Sistemas Sostenibles de Vigilancia de caso de VIH; 28-30 Abril 2011: San Salvador, El Salvador.

REFERENCIAS **personas con VIH**

1. ⁴⁰ Vigilancia Epidemiológica de VIH. República de Nicaragua: Ministerio de Salud, 2010. [2010/09/12]. Disponible en: www.minsa.gob.ni
2. ⁴¹ Montoya O. Educación reproductiva y paternidad responsable en Nicaragua. Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2001: 1-65.
3. ⁴² Paz- Bailey G. Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS, en poblaciones vulnerables. CDC/GAP/CAP. El Salvador, 2009.
4. Morales-Miranda S, Paz-Bailey G, Arambu N, Álvarez B, Paredes M, Monterroso E. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de VIH/ ITS en Poblaciones Vulnerables, ECVC Honduras. Tegucigalpa: Universidad del Valle de Guatemala, Secretaría de Salud, Honduras, 2008.
5. Population Services Internacional. Estudio TRaC de VIH/SIDA Hombres que tienen sexo con otros Hombres en Managua, Chinandega, Masaya, Nueva Segovia y RAAN. Nicaragua: PSI, 2009: 1-49.
6. Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS* 2002;16(2):135-49.

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