

Factores de riesgo asociados al padecimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre hombres Guatemaltecos

Informe de Análisis Secundario ENSMI 2008/2009

INTRODUCCIÓN

Para poder enfrentar la epidemia de VIH y controlar la transmisión de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), es indispensable entender los factores que contribuyen y disminuyen la transmisión de ellas. La metodología de comunicación para el cambio social y comportamiento se basa en la implementación de intervenciones que responden a las necesidades y características de la población meta. La implementación de programas efectivos se requiere conocimientos sobre la epidemiología y factores sociales de las ITS desde un nivel regional, nacional, y local.

La sociedad guatemalteca se caracteriza por la transición hacia una vida en democracia, con crecimiento de la población. Existen altos contrastes en el grado de urbanización y ruralidad que se asocian a graves desigualdades socioeconómicas, incremento de la violencia y exposición a diferentes condicionantes que comprometen la salud en un esquema que mantiene la prevalencia de enfermedades de transmisión, incluyendo las ITS (1). En 2012, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala presentó estimaciones y proyecciones del VIH y VIH avanzado, determinando que se esperan 9,449 nuevas infecciones, de las cuales 491 se presentarán en niños de 0 a 14 años, con una prevalencia estimada para la población adulta de 15 a 49 años de 0.79%.

El Centro Nacional de Epidemiología ha presentado estadísticas acumuladas de los años 1984 a 2012; los casos de VIH y VIH avanzado ascienden a 31,186 de los cuales el 61% son masculinos. El problema permanece concentrado en grupos de mayor riesgo, los cuales incluyen hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero y mujeres trabajadoras de sexo (MTS) (2, 3).

Existen varios estudios que reportan las prevalencias de ITS entre poblaciones de mayor riesgo, entre poblaciones latinas y en países de Latinoamérica. Mayormente, se reportan prevalencias de 2% hasta 16% para clamidia, gonorrea, y sífilis entre HSH. Las tasas de VIH oscilan entre 2% a 19% para HSH y menos para MTS (4–13). Los factores

RESULTADOS CLAVE

- 424 hombres de los 5,017 hombres sexualmente activos reportaron haber padecido de una ITS en la vida (8.5%), este representa 10% de la población adulta (24+)
- El perfil demográfico de un hombre que tuvo una ITS alguna vez en la vida es un hombre ladino; en promedio de 41 años; separado, divorciado, o viudo; con escolaridad menor a la secundaria; que vive o transita por el corredor entre Escuintla a Zacapa; y que no se encuentra en el quintil socio-económico más pobre.
- Otros factores asociados con el padecimiento de una ITS son el número de parejas en vida, el uso del condón en los últimos 12 meses, en el pago por sexo y el uso del condón la última vez que pagó por sexo, la toma de alcohol, y la frecuencia de emborracharse.
- Un sub-análisis de factores de riesgo entre jóvenes encontró más de la mitad de los jóvenes sexualmente activos no usaron un condón en la primera relación sexual, solo 44.2% utilizaron el condón en las últimas 3 relaciones sexuales, 10.2% habían tenido relaciones con más de 10 parejas, 20.2% habían pagado por sexo, y 12.7% se emborrachaban semanalmente.

asociados a las ITS reportados comúnmente incluyen el uso del condón, múltiples parejas, el uso de alcohol y drogas, la disponibilidad de condones, padecimientos de otras ITS y el trabajo de sexo comercial. Otros factores incluyen la actividad laboral, exposición a educación de salud sexual y reproductiva, acceso a servicios de atención en salud, migración, etnicidad, machismo e identidad de género (5–8, 11–12). Sin embargo, para la Centroamérica, hay pocos estudios que indican la prevalencia ITS o los factores asociados al padecimiento de ellas.

El objetivo de este análisis es identificar los factores sociales y de comportamiento asociados (estadísticamente significativos) al padecimiento de ITS en hombres a nivel nacional, y en base de los resultados hacer recomendaciones para mejorar los programas y servicios proveídos a la comunidad. En conjunto, el Hospital Nacional de Escuintla del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y la Fundació Sida i Societat (FSIS) trabajan en Escuintla, Guatemala manejando programas sociales y brindando servicios clínicos para la prevención y control de las ITS. La información de este análisis es útil para la definición de programas de prevención, tamizajes y mejoramiento de servicios de atención en salud, disponibilidad de recursos para diagnóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA

Muestra

Los datos del análisis vienen de la Encuesta Nacional de Salud Materna-Infantil (ENSMI) realizada en octubre de 2008 a junio 2009. La ENSMI recopiló información de 32,984 hogares en Guatemala y entrevistas individuales con mujeres (n=16,819) y hombres (n=7,086). El muestreo de la ENSMI es probabilístico, multietápico y estratificado con cobertura nacional, representativa para cada uno de los 22 departamentos de Guatemala. El marco del muestreo se origina a partir de los datos del censo nacional de 2002. Este análisis refleja los resultados de las encuestas de entrevistas individuales con hombres.

La muestra total de la población masculina de la ENSMI es 7,086 hombres de edad 15 a 59 años. La población de interés de este análisis son los hombres sexualmente activos quienes conocen que son las infecciones de transmisión sexual; una muestra específica de 5,017 hombres. Definimos nuestra población de interés así por el diseño del instrumento; solo entre los que conocen las ITS respondieron si tuvieron una ITS. ITS es definida por cuatro categorías sindrómicas: 1) llagas u úlceras en los genitales, 2) flujo anormal de los genitales, 3) ampollas o úlceras sobre los genitales, o 4) el virus de VIH. No preguntaron por el seropositividad de VIH. Éstas dos poblaciones (hombres que no han tenido y hombres que han tenido una ITS) están comparadas contra varias variables típicamente relacionadas como factores de riesgo o factores de protección con un análisis bivariado. Adicionalmente, se hizo un sub-análisis entre hombres jóvenes (n=2,214), edades 15 a 24 años, lo cual muestra las prevalencias de comportamientos de riesgo entre ellos. Tabla 1 describe las variables de interés utilizado en el análisis.

Tabla 1—La definición de las conductas de interés

Variable	Definición
Número de parejas sexuales en la vida	Total número de parejas sexuales categorizado en rangos 1–5, 6–10, 11–20, 20+.
Uso del condón en los últimos 12 meses	Entre los que reconocen que son los condones. Incluye todos que nunca utilizaron condón. Binominal (si/no)
Sexo remunerado	Tuvieron sexo con una mujer a cambio de dinero o en especie alguna vez en la vida. Binominal (si/no)
Uso de condón la última vez que pagaron por sexo	Entre los que pagaron por sexo alguna vez. Usó condón la última vez que pagaron. Binominal (si/no)
Toma bebidas alcohólicas	Ha tomado una bebida alcohólica alguna vez en la vida. Binominal (si/no)
Ebriedad	Entre hombres que han tomado en los últimos 30 días, los que llegaron ebrios a casa por lo menos una vez a la semana. Binominal (si/no)
Edad de primera relación sexual	Una variable continua.
Realización de la prueba de VIH	Entre los que han oído hablar de la prueba de VIH y saben dónde se hacen la prueba, los que realizaron la prueba alguna vez. Binominal (si/no)
Percepción de riesgo de VIH/Sida	Entre hombres que han oído hablar de VIH, los que perciben algún riesgo de adquirir el virus. Binominal (si/no)
Eficacia del condón	Variable categórica. Entre hombres, la percepción de la eficacia del condón. Respuestas incluyen muy eficaz, eficaz, poco eficaz, nada eficaz.
Uso de condón en la primera relación sexual	Entre jóvenes (15–24) que han tenido relaciones sexuales, si usaron condón en la primera relación sexual. Binominal (si/no)
Recibió educación sexual en la escuela	Entre jóvenes (15–24) que han asistido la escuela, si recibieron charlas de educación sexual alguna vez. Binominal (si/no)
Nivel escolar en que recibió educación sexual en la escuela	Entre los jóvenes que recibieron charlas de educación sexual alguna vez, en qué nivel escolar recibió la información. Cuatro categorías: Primaria, secundaria, Diversificado, superior (n=1324)

Método de análisis

Se utilizó el programa estadístico Stata S.E. 12.0 para hacer el análisis del estudio. La muestra fue ajustada utilizando el comando svy por el diseño de muestreo, tomando en cuenta los estratos, la probabilidad de selección y la selección de hogares de conglomeraciones específicos. Para determinar asociaciones entre padecimiento de ITS y las variables independientes, se utilizó chi-cuadrado de Pearson. Para variables continuas, se utilizó el test de Wald para comparar las medias. Se base la significancia en un valor-p de <0.05.

La variable dependiente de este análisis es el padecimiento de una ITS a lo largo de la vida, entonces con mayor edad hay más oportunidades de infectarse. En otras palabras existe

una asociación positiva entre edad y padecimiento de una ITS. Sin embargo, es importante saber el nivel de riesgo que tienen los jóvenes de adquirir una ITS. Por eso, se hizo un sub-análisis adicional sobre la frecuencia de ciertas prácticas de riesgo para las ITS entre jóvenes. Nuestra intención es medir la prevalencia de los factores de riesgo entre jóvenes quienes están expuestos a adquirir una ITS por sus comportamientos de riesgo.

Limitaciones del análisis

Por la naturaleza de un estudio transversal, no se puede establecer temporalidad ni causalidad entre las variables. Los factores significativamente relacionados a las ITS pueden ser factores que contribuyen a la prevalencia de ITS o pueden ser un resultado de haber tenido una ITS; por ejemplo en el caso del uso del condón. El no uso del condón puede contribuir a la prevalencia de las ITS pero también, al tener una ITS puede afectar la decisión de usar un condón. Las relaciones son asociaciones y no necesariamente muestran causalidad. Solo bajo el contexto cultural y evidencias recopiladas en otros estudios se puede suponer la dirección del efecto dado el diseño del estudio.

Incluso, es un análisis bivariado, y no controlamos por factores que podrían confundir las relaciones. Además, podría haber sesgos sistemáticos; la sensibilidad de las preguntas sobre sexualidad y comportamientos de riesgo pueden resultar en el reportaje de información incorrecta. Incluso todos los casos de ITS vienen de información auto-reportada y existe la posibilidad que haya casos de ITS no reconocidos como ITS por el individuo. Adicionalmente, el análisis solo se trata de hombres. Un estudio complementario analizando los factores de riesgo de las mujeres merece la atención.

RESULTADOS

Características socio-demográficas

La población de análisis, hombres sexualmente activos quienes conocían que son las infecciones de transmisión sexual (n=5,017), tenían una edad promedio de 35 años, un rango de 15 a 52; 26% de ellos eran jóvenes (15–24 años). El 71% eran casados o unidos, 51% vivían en áreas urbanas y el 44% se identificaban como indígenas. El 41% de la población de interés habían ganado por lo menos un nivel educativo secundario y 91% tenían un empleo; la mayoría (53%) se encontraron en los tres quintiles socio-económicos más bajos.

Factores asociados al haber padecido de una ITS

De estos 5,017 hombres, 424 reportaron haber padecido de una ITS (8.5%) alguna vez en la vida. La edad promedio de los hombres que reportaron una ITS fue 41 años. El 10.0% de la población adulta (24+) reportó haber tenido una ITS comparado con 2.0% de los jóvenes. Hay un decremento significativo de la prevalencia de ITS entre hombres que tenían un nivel de escolaridad secundaria (5.7%) en relación a los sin educación formal (9.5%) y los con un nivel primaria (9.2%). No hubo diferencia significativa entre los con un nivel educativo superior (ver gráfica 1).

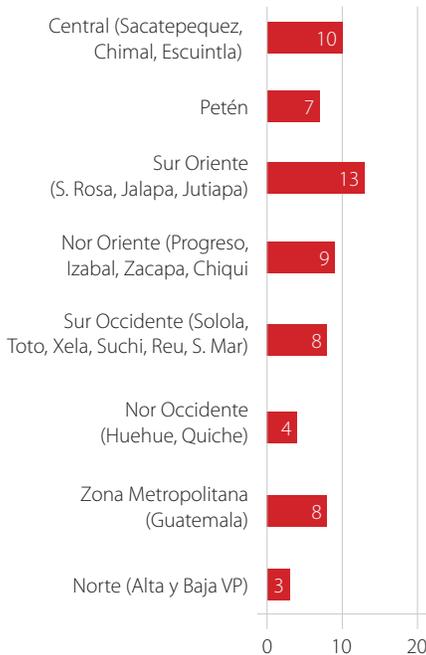
Gráfica 1—Porcentaje de hombres reportando ITS, por nivel educativo



El 18.4% de los hombres separados, divorciados, o viudos reportaron haber tenido una ITS, una diferencia significativa en relación a los hombres con una pareja o los solteros. La población masculina separada de su pareja habitual, sea por separación, divorcio o viudez, reportaba más parejas sexuales que los hombres casados/unidos y solteros—38.2% de ellos había tenido más de 10 parejas a lo largo de la vida—y la mitad (51.0%) había pagado por tener relaciones sexuales alguna vez.

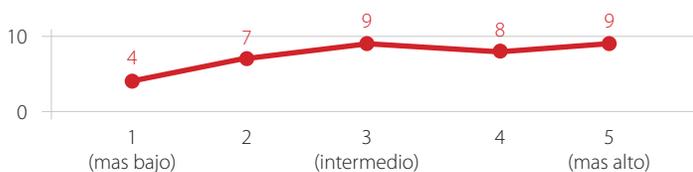
El 9.0% de personas no indígenas reportaron una ITS; una diferencia significativa en comparación a la población indígena (6.8%). Tomando en cuenta que la ENSMI usa una división de ocho regiones administrativas de Guatemala, se encontró diferencias significativas entre las distintas regiones. Se evidencia que las mayores tasas de ITS se encuentran en las regiones sur-oriente (12.6%), nor-oriente (8.7%) y región central (9.9%) (ver gráfica 2) las cual incluye los departamentos de Santa Rosa, Escuintla, Jutiapa, Jalapa, El Progreso, Izabal y Zacapa.

Gráfica 2: Porcentaje de hombres reportando ITS, por región



No hay diferencia significativa entre habitantes de áreas rurales y urbanos ni entre hombres sin o con empleo. Las únicas diferencias significativas entre quintiles socio-económicos son entre el primer nivel (los más pobres) y los otros niveles; la tasa de ITS del primer quintil (4.4%) es mucho más baja respecto a los demás (ver gráfica 3).

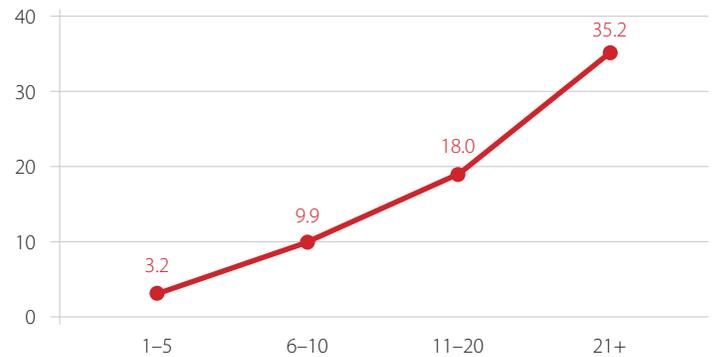
Gráfica 3: Porcentaje de hombres reportando una ITS por quintil económico



Comportamientos de riesgo y de protección

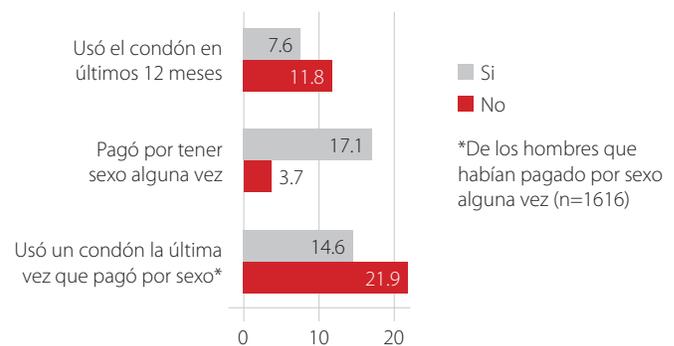
Hubo una relación positiva y lineal entre el número de parejas sexuales y el padecimiento de ITS (gráfica 4), tal y como lo que uno esperaría. Al respecto al uso del condón, curiosamente, hubo mayor prevalencia de ITS entre los que habían utilizado un condón alguna vez en su vida (9.7%) comparado a los que nunca habían utilizado (5.4%). Sin embargo, se evidencia la protección del condón entre los hombres que habían utilizado un condón en los últimos 12 meses; 7.6% de ellos reportaron una ITS comparado a 11.8% entre hombres que no utilizaron condón en los últimos 12 meses.

Gráfica 4: Porcentaje de hombres reportando haber padecido de una ITS alguna vez, por número de parejas sexuales a lo largo de la vida



Además, se ve tasas más altas de ITS entre hombres que habían pagado por sexo (17.1%) comparado a los que no pagaron nunca por sexo (3.7%), y entre los que no utilizaron un condón la última vez que pagaron por sexo (21.9%) comparado a los que sí utilizaron un condón (14.6%) (ver gráfica 5).

Gráfica 5: Porcentaje de hombres reportando una ITS, por comportamientos asociados



Otro factor relacionado con padecimiento de ITS es el consumo de alcohol; el porcentaje de ITS entre los hombres que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez fue 8.9% comparado con el 3.3% de los hombres que no habían tomado nunca. La diferencia se manifiesta más entre los que se emborrachaban al menos una vez a la semana—22.8% comparado a los que no, 9.6%. No hay una diferencia significativa para los hombres que han realizado pruebas de VIH en cuanto a padecimiento de ITS.

CREENCIAS Y PERCEPCIONES

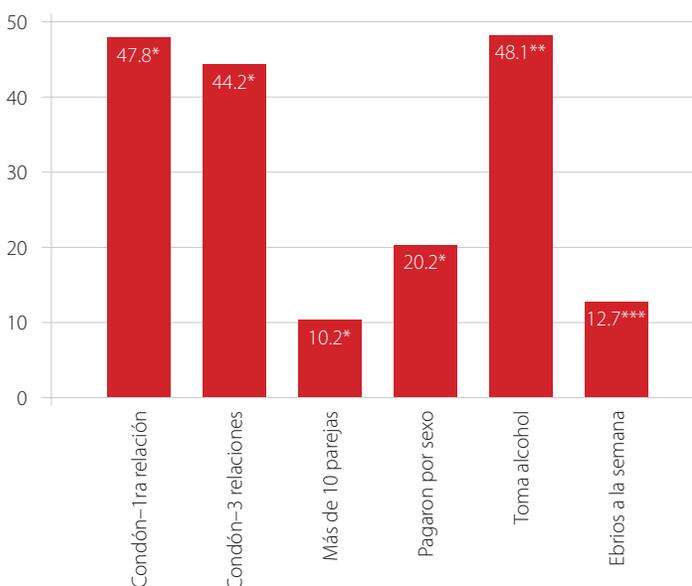
Además se realizó un análisis del padecimiento de ITS contra varias creencias. La única percepción significativa identificada

es la percepción de riesgo de adquirir VIH; entre hombres que percibieron un riesgo 9.8% había tenido una ITS comparado con 7.2% de los que no percibieron un riesgo. La percepción de la eficacia del condón no era significativa.

SUB-ANÁLISIS DE RIESGO ENTRE JÓVENES

Solo 19 de los 424 hombres que han padecido de una ITS (4.5%) eran jóvenes, debido a tener una historia de vida más corta y una menor posibilidad de exponerse a una ITS. Sin embargo, no hay que ignorar la vulnerabilidad de los jóvenes por su potencial de adquirir una ITS en el futuro. En base de los factores de riesgo identificados como estadísticamente significativo, se hizo un sub-análisis de las conductas de riesgo—por ejemplo, uso del condón, número de parejas sexuales a lo largo de la vida y uso del alcohol—entre la población de hombres jóvenes (edades 15–24) (ver gráfica 5). Más de la mitad (52.2%) de los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez no utilizaron un condón en su primera relación sexual. El 72.9% de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales usaron el condón en los últimos 12 meses pero solo 44.2% lo usó en las últimas tres relaciones sexuales. El 10.2% han tenido relaciones con más de 10 parejas sexuales y 20.2% han pagado por sexo—de los cuales 88.2% usaron un condón la última vez que pagaron. El 48.1% tomaban bebidas alcohólicas, de los cuales 12.7% se emborracharon por lo menos una vez la semana. El 61.4% de los jóvenes que asistían la escuela recibieron alguna charla sobre salud sexual y reproductiva, la mayoría por la primera vez en primaria (56.7%).

Gráfica 6: Porcentaje de jóvenes que reportaron conductas de riesgo o protección



* Entre jóvenes que han tenido relaciones sexuales (n=1310)

** Entre todos los jóvenes (n=2214)

*** Entre jóvenes que toman bebidas alcohólicas (n=347)

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PROGRAMÁTICAS

Aunque no podemos establecer temporalidad de los factores que contribuyen a las ITS, podemos definir el perfil del hombre guatemalteco que tuvo una ITS alguna vez de la vida y los factores asociados, los cual puede informar programas de prevención y servicios clínicos. La tasa de hombres adultos (edades 25–59) que reportaron haber padecido de una ITS es 10%. Es decir que la población adulta masculina de Guatemala es una población vulnerable a las ITS. El perfil demográfico de un hombre con ITS es un hombre ladino; en promedio de 41 años; separado, divorciado, o viudo; con escolaridad menor a la secundaria; que vive o transita por el corredor entre Escuintla a Zacapa; y que no se encuentra en el quintil socio-económico más pobre. Según los hallazgos del análisis recomendamos las siguientes acciones programáticas.

Dirigir información hacia el perfil socio-demográfico

El grupo de hombres no casados (viudos, divorciados, separados) reportaron de haber tenido una ITS más que los casados y los solteros con una diferencia significativa. Este grupo dobla en proporción a los que si son casados o unidos y es cuatro veces más que los solteros. La experiencia sexual previa combinado con la ausencia de una pareja habitual podría influir en la búsqueda de las relaciones sexuales con múltiples parejas. Vale mencionar qué edad puede estar confundiendo la relación con los solteros. Los solteros tienen un promedio de edad más joven (20.2) que los viudos/divorciados/separados (38.9). La proporción de los hombres no indígenas presentan significativamente mayor proporción de ITS en comparación con los indígenas, lo cual también se ha presentado en otras investigaciones y que se mantiene como producto de factores culturales. Para alcanzar a esta población se podría dirigir mensajes educativos por medio de campañas de cambio de comportamiento directamente a hombres de este perfil. Se recomienda combinar los mensajes educativos con imágenes de hombres ladinos que se encuentran entre las edades 30 a 40.

Reforzar la educación formal

El nivel educativo es un factor determinante puesto que los que informaron tener estudios secundarios presentaron menor prevalencia de ITS. La exposición a la educación sexual en la escuela secundaria podría explicar el impacto o simplemente el hecho que ellos están desempleados o afuera de una infraestructura formal a una edad temprana. Curiosamente, la mayoría de los jóvenes reportaron haber recibido una charla de educación sexual en primaria, pero no vemos una asociación entre estas charlas y las ITS. Los resultados

evidencian que al estar en la escuela y llegar al nivel secundario tiene un impacto positivo; entonces el sector de educación debe defender el derecho de educación formal para todos los niños y el derecho de educación sexual en consonancia con la ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, Decreto 87–2005. Además, hay que evaluar la efectividad de los programas de educación sexual para medir y mejorar su impacto en la prevención de VIH y otras ITS, especialmente referente a los hombres que reciben una educación universitaria que no mostraban un decremento significativo de padecimiento de ITS.

Proveer información y servicios clínicos en puntos estratégicos

Los departamentos de Santa Rosa, Escuintla, Jutiapa, Jalapa, El Progreso, Izabal y Zacapa, en los que se encontraron los índices más altos de ITS, corresponden al corredor de tránsito de la frontera con México a la frontera con Honduras y El Salvador. Este corredor también se ha encontrado en otros estudios relacionados con VIH y otras enfermedades infecciosas (14). Aquí también puede existir alguna relación con población migrante interna y externa. Otros factores relacionados a la prevalencia de ITS incluyen los comportamientos del uso de bebidas alcohólicas—ya sea de forma esporádica o de forma consuetudinaria—y el pago por relaciones sexuales, aumentando significativamente a eso el no usar del condón al pagar por las relaciones.

Tomando en cuenta estos factores, recomendamos la distribución de información y la provisión de condones y servicios clínicos en puntos estratégicos: departamentos por el corredor de tránsito de Guatemala; fincas, ingenios, centros de encuentro de trabajadores migrantes; bares, cantinas, y tiendas que venden alcohol. Una estrategia para ventas de alcohol es incluir condones gratis con su compra. Tomando en cuenta que no hubo una diferencia de ITS entre los hombres en áreas urbanas y rurales al igual que aquellos que manifestaron estar empleados o desempleados, no hay que discriminar áreas rurales o locales laborales en la distribución de información y servicios para las ITS.

Promover el uso constante del condón

Al respeto del uso del condón, solo los hombres que reportaron el uso del condón en los últimos 12 meses tenían una prevalencia menor que los hombres no los usaron. Este hallazgo está en contraste al resultado que los hombres que reportaron el uso de condones alguna vez en su vida. Puede ser un factor de temporalidad, que después de haber tenido una ITS, ellos utilizaron un condón. También,

podríamos interpretar este resultado como la importancia del uso consistente del condón; no es el factor de solo haber utilizado el condón, sino el uso consistente que provee mayor protección contra las ITS, lo cual está evidenciado en la literatura (15). Programas de distribución de condones deben tener componentes instructivos sobre su uso correcto y consistente. Adicionalmente, el hecho que la percepción de la eficacia del condón no es significativamente relacionado a la prevalencia de ITS también nos indica que información sobre la efectividad del condón no basta. Hay que abordar los varios factores económicos (i.e., falta de acceso), culturales (i.e., rechazo de métodos de planificación familiar), y sociales (i.e., mitos sobre el condón) por los cual no utilizan condones y resultan con ITS.

Fortalecer los servicios integrados de ITS y VIH

Es preocupante que la realización de una prueba de VIH no está asociado con una menor frecuencia de padecimiento de ITS. El Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida propone un sistema de salud donde hay integración de servicios de VIH con otras ITS (16). Hay que implementar las estrategias para controlar y prevenir las dos cosas. Las personas con ITS deben recibir pruebas de VIH, considerando que el padecimiento de otras ITS es un factor de riesgo para VIH. De igual manera, personas que reciben pruebas de VIH deben recibir información sobre la prevención de ITS y tener acceso a condones en la orientación pre y post prueba. Con el soporte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se puede establecer programas de salud sexual y reproductiva en los centros de trabajo, abordando el tema de VIH y otras ITS. Recomendamos un fortalecimiento de la integración de servicios e información sobre otras ITS con VIH.

Abordar el tema entre jóvenes en riesgo

Aunque solo un porcentaje pequeño de jóvenes reportaron tener una ITS, descubrimos que muchos jóvenes están posicionados para adquirir ITS por la práctica de los comportamientos asociados que establecimos en este análisis. Aunque reportan el uso del condón, no están utilizándolo constantemente evidenciado por la baja tasa del uso en la primera relación (47.8%) y con cada una de las últimas tres parejas en los últimos 12 meses (44.2%). También, hay porcentajes altos de jóvenes practicando comportamientos de alto riesgo: múltiples parejas, pagando por relaciones sexuales, y el frecuente consumo de alcohol. Recomendamos mensajes sobre la prevención de ITS entre jóvenes para el cambio de comportamientos.

Generar más información por medio de investigaciones adicionales

Existen brechas de información todavía; la ENSMI no contempla comportamientos sexuales de HSH, entonces este informe no reporta información específica para esa población vulnerable. De igual manera no pide información sobre la exposición de información de salud sexual reproductiva para adultos cual limita la posibilidad de evaluar programas educativos dirigidos a la población general. Se recomienda realizar un estudio complementario a ese de los factores de riesgo para mujeres utilizando la encuesta de mujeres y cruzar los datos de las dos encuestas para un análisis del efecto de género en los factores asociados a las ITS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Center for Economic and Social Rights, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. *¿Derecho o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*. Guatemala : s.n., 2009.
2. MSPAS/CNE. *Estadísticas de VIH y VIH Avanzado*. s.l. : Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012.
3. MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología. *Estimaciones del VIH en Guatemala, Boletín Informativo*. s.l. : Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012.
4. *Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men*. Bautista. 80, s.l. : Sexually Transmitted Infections, 2004.
5. *Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America*. Bautista. s.l. : Sexually Transmitted Infections, 2006, Vol. 82.
6. *Prevalence and Risk Behaviors for Chlamydial Infection in a Population-Based Study of Female Adolescents in Brazil*. Espinosa. 9, s.l. : Sexually Transmitted Diseases, 2004, Vol. 31. 542–546.
7. *The Relationship Between Culture, Gender, Structural Factors, Abuse, Trauma, and HIV/AIDS for Latinas*. Moreno. s.l. : Qualitative Health Research, 2007, Vol. 17.
8. *Human Immunodeficiency Virus, Sexually Transmitted Infections, and Risk Behaviors Among Clients of Sex Workers in Guatemala: Are they a bridge in HIV transmission?* Sabido. 8, s.l. : Sexually Transmitted Infections, 2011, Vol. 38.
9. *Sentinel Surveillance of Sexually Transmitted Infections/ HIV and Risk Behaviors in Vulnerable Populations in 5 Central American Countries*. Soto. 1, s.l. : JAIDS, 2007, Vol. 46.
10. *HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men*. Tabet. 9, s.l. : AIDS, 2002, Vol. 16.
11. *Risk Factors for HIV infection among men who have sex with men*. al, Koblin et. 731–736, s.l. : AIDS, 2006, Vol. 20.
12. *HIV/STI Risk Behaviors Among Latino Migrant Workers in New Orleans Post-Hurricane Katrina Disaster*. al., Kissinger et. 11, s.l. : Sexually Transmitted Disease, 2008, Vol. 35.
13. Ministerio de Salud Nicaragua y UVG. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables. *PASCA*. [En línea] 24 de Nov de 2010. [Citado el: 2 de julio de 2013.] http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf.
14. *Mobility and HIV in Central America and Mexico*. al., Shira Goldenberg et. s.l. : Journal of Immigrant Minority Health, 2012, Vol. 14.
15. *Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections*. al, King Holmes et. 6, s.l. : Bulletin of the World Health Organization, 2004, Vol. 82.
16. MSPAS. *El Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida*. Guatemala : s.n., 2011–2015.



Autores: Adriana Lisa Smith—Fundació Sida i Societat, **Byron Aquino**—MSPAS. Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE. UU (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el acuerdo cooperativo GHA-A-00-08-00003-00. Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las de PEPFAR, USAID ni el Gobierno de los Estados Unidos. FS-13-87.