



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

SEXUALIDAD MASCULINA Y VIH EN BOLIVIA (SEMVBO)



Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos de Investigación

La Paz - Bolivia
2010

PUBLICACIÓN
6



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

SEXUALIDAD MASCULINA Y VIH EN BOLIVIA (SEMVB0)



Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos de Investigación

**La Paz - Bolivia
2010**



Ni el Ministerio de Salud y Deportes, y ninguna persona que actúe en su nombre se responsabilizará del uso que pudiera darse a esta información.

Ficha Bibliográfica

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
WD308 Estudio sobre sexualidad masculina y VIH en Bolivia./Ministerio de Salud y Deportes; Carola
M665e Valencia Rivero; Gabriela Paz; Juan Pablo Protto. Coaut.
No. 6 La Paz : Producciones Gráficas Bustillos, 2010
2010 131p. : ilus. (Serie: Documentos de Investigación No. 6)

Depósito Legal: 4-I-45-10 P.O.
ISBN : 978-99954-50-09-0

- I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA
- II. VIH
- III. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- IV. SEXUALIDAD MASCULINA
- V. GRUPOS VULNERABLES
- VI. ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES
- VII. HOMOSEXUALIDAD MASCULINA
- VIII. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
- IX. BOLIVIA
1. t.
2. Valencia Rivero, Carola; Paz, Gabriela; Protto, Juan Pablo. Coaut.
3. Serie.

ESTUDIO SOBRE SEXUALIDAD MASCULINA Y VIH EN BOLIVIA (SEMVBO)

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de Internet: <http://www.sns.gov.bo/its-vih-sida>

R.M. N° 0040 de 18. ENE. 2010
Depósito Legal 4-I-45-10 P.O.
ISBN: 978-99954-50-09-0

Documento Elaborado por:

Ministerio de Salud y Deportes - Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Revisión Técnica Realizada por:

Dra. Carola Valencia Rivero – Coordinadora Nacional Programa ITS/VIH/SIDA

Artes Gráficas:

Producciones Gráficas Bustillos

La Paz: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Unidad Nacional de Epidemiología – Dirección General de Servicios de Salud – Comité de Identidad Nacional y de Publicaciones – Ministerio de Salud y Deportes – 2010.

© Ministerio de Salud y Deportes 2010.

Documento impreso con el apoyo financiero del gobierno de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, bajo términos del Convenio Cooperativo N° 511-A-00-02-00261-00 PROSALUD/Socios para el Desarrollo.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Tiraje 600 ejemplares.

Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Sonia Polo Andrade

MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Nila Heredia Miranda

VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

MT. Nat. Roberto Suárez Ojopi

**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Sr. Miguel Ángel Rimba Alvis

VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Jaime J. Choque Cortez

DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Sergio Mollinedo Pérez

JEFE DE LA UNIDAD NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

Dra. Carola Valencia Rivero

COORDINADORA NACIONAL PROGRAMA ITS/VIH/SIDA



Resolución Ministerial N° 0040

18 ENE. 2010

VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política del Estado en su artículo 37 dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades;

Que, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA en forma conjunta con las agencias de cooperación vinculadas a la temática, ha elaborado el Estudio "*Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia*" -SEMVB0, cuyos resultados permitirán realizar ajustes en las acciones de intervención dirigidas a la población GBT, descritas en el Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA (2008 - 2012 del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA), considerando el nivel socio económico, la diversidad de culturas y las diferentes identidades de la población mencionada;

Que, luego de la revisión técnica del documento, el Sr. Viceministro de Salud y Promoción, mediante nota CITE: MSD/VMSyP-0017/2010 de fecha 06 de enero de 2010, solicita al Sr. Ministro de Salud y Deportes instruya la elaboración de la resolución ministerial que autorice la impresión del documento *Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia* -SEMVB0;

Que, el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009 que constituye la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, señala en su artículo 90, inciso d) que es atribución del Sr. Ministro de Salud y Deportes garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

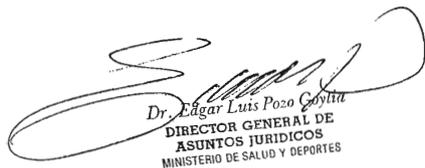
POR TANTO,

El señor Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto Supremo N° 29894 de fecha 7 de febrero de 2009,

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorizar la impresión y difusión del documento *ESTUDIO DE SEXUALIDAD MASCULINA Y VIH EN BOLIVIA* - "SEMVB0", debiendo depositarse un ejemplar del documento impreso en Archivo Central de este Ministerio.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dr. Edgar Luis Pozo Coylla
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Raúl A. Vidal Aranda
VICE MINISTRO DE SALUD
Y PROMOCION
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Ramiro Tapia Salas
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes, enmarcado en la ideología integradora de Gobierno -de mejorar la calidad de vida de la población bajo el enfoque de salud y vida como derechos fundamentales, cuya garantía y protección es función de Estado- impulsó, durante la gestión 2006, el Plan de Desarrollo Sectorial que involucra estrategias que permiten dar una respuesta a los mandatos sociales expresados en cinco políticas: Sistema Único Intercultural y Comunitario de Salud, Rectoría, Movilización Social, Promoción de la Salud y Solidaridad.

A medida que avanza el conocimiento sobre la epidemia del VIH y el comportamiento asociado a su transmisión, es importante profundizar los conocimientos sobre la forma de propagación en los países de Latinoamérica, determinando particularidades según grupos de población y áreas geográficas. Existiendo en algunos casos poblaciones de difícil acceso especialmente por la estigmatización social.

En esta perspectiva y, como parte del Estudio Latinoamericano de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS/VIH en grupos vulnerables, se desarrolló el Estudio de "Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO)" en poblaciones de gays, bisexuales, travestis, transformistas y otros hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).

Este estudio ha sido un esfuerzo conjunto de colaboración y participación activa de diferentes instancias bajo la conducción del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

Finalmente, los resultados del presente estudio contribuirán en el diseño de estrategias de intervención y toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Deportes, para el logro de objetivos de impacto en la prevención de la extensión de la epidemia del VIH/sida en Bolivia.

Dra. Sonia Polo Andrade
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Índice

PRESENTACIÓN	7
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	11
RESUMEN EJECUTIVO	13
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. ANTECEDENTES.....	17
1.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN BOLIVIA.....	20
1.3. SERVICIOS DE SALUD PARA ITS/VIH Y POBLACIONES VULNERABLES	21
1.4. OBJETIVOS	22
1.4.1. OBJETIVOS GENERALES.....	22
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
2. METODOLOGÍA	23
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	23
2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
2.4. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
2.5. SITIOS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO	24
2.6. MUESTREO RDS (<i>RESPONDENT DRIVEN SAMPLING</i>)	25
2.7. INSTRUMENTOS: CUESTIONARIO Y FORMULARIOS	27
2.8. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.....	29
2.8.1. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	29
2.8.2. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE CAMPO.....	33
2.8.3. PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	34
2.8.4. ENTREVISTA CARA A CARA.....	34
2.8.5. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS	35
2.8.6. PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO.....	36
2.8.7. RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO Y TRATAMIENTO	39
2.8.8. CONTROL DE CALIDAD DE PRUEBAS DE LABORATORIO.....	40
2.8.9. COMPENSACIÓN A PARTICIPANTES	40
2.8.10. ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS DE RECLUTAMIENTO	40
2.8.11. ANÁLISIS DE DATOS.....	41
2.8.12. TRANSFORMACIÓN DE VARIABLES.....	42
2.8.13. CÁLCULO E INTERPRETACIÓN DE LA INCIDENCIA	42
2.8.14. PLANES DE SOCIALIZACIÓN, VALIDACIÓN Y DIFUSIÓN	43
3. RESULTADOS	43
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	44
3.2. USO DE DROGAS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....	46
3.3. HISTORIA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL	46
3.3.1. PAREJA ESTABLE: HOMBRE.....	50
3.3.2. PAREJA ESTABLE: MUJER.....	51
3.3.3. TRABAJO SEXUAL	52

3.4.	ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN	54
3.5.	CONDONES Y LUBRICANTES.....	55
3.6.	CONOCIMIENTO, OPINIONES Y ACTITUDES HACIA EL VIH	57
3.7.	ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	59
3.8.	PREVALENCIAS DEL VIH E ITS.....	60
3.9.	RESULTADOS DE LA INCIDENCIA DEL VIH	63
3.10.	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	63
3.11.	INFORMACIÓN SOBRE POBLACIÓN TRANS (TRANSEXUAL, TRAVESTI).....	64
4.	DISCUSIÓN	67
5.	CONCLUSIONES	70
6.	RECOMENDACIONES.....	71
7.	AGRADECIMIENTOS.....	72
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....		77
ANEXO 1.	CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR PARTE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BOLIVIA	79
ANEXO 2.	CUESTIONARIO ESTUDIO SEMVBO.....	80
ANEXO 3.	FORMATOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO SEMVBO.....	115
ANEXO 4.	INCIDENCIA Y FÓRMULA DE AJUSTE DE BED-CEIA.....	122
ANEXO 5.	RESULTADOS BED: ASOCIACIONES Y DISCUSIÓN.....	124
ANEXO 6.	ESTUDIO SEMVBO EN IMÁGENES.....	126

Glosario de términos

ADESPROC	Asociación Civil de Desarrollo Social y Promoción Cultural
BED	HIV-1 Capture Enzyme Immuno Assay (inmunoensayo de captura)
CENETROP	Centro Nacional de Enfermedades Tropicales
CDVIR	Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia
CRVIR	Centros Regionales de Vigilancia, Información y Referencia
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centros para la Prevención y Control de las Enfermedades)
ELISA	Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay (Ensayo Inmuno Enzimático Asorbente)
GBT	Gay, bisexual, trans (travesti, transexual, transgénero)
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
IC 95%	Intervalo de Confianza del 95%
IDH	Instituto para el Desarrollo Humano - Bolivia
IBIS/HIVOS	Receptor Principal del Proyecto del Fondo Global para VIH/SIDA en Bolivia
IGUALDAD LGBT	Fundación por la Igualdad Legal y Social para lesbianas, gay, bisexuales y trans
INLASA	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LABIMED	Laboratorio de Investigación Médica
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MTN	Mesa de Trabajo Nacional
NMRCD	Centro de Investigación de la Marina de Estados Unidos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEPKIT	Botiquín para Inicio Inmediato de Tratamiento del VIH
RDS	Respondent Driven Sampling (Muestreo dirigido por entrevistados)
RPR	Rapid Plasma Reagin (Reagina Plasmática Rápida)
REDVIHDA	Fundación Red Cruceña de Apoyo Integral a Personas que Viven con el VIH y el SIDA ... de Santa Cruz - Bolivia
SEMVBO	Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SpD	Socios para el Desarrollo
TP-PA	Ensayo de hemoaglutinación para el Treponema Pallidum
USAID	Agencia Internacional de Estados Unidos para el Desarrollo
UNGASS	Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VHS-2	Virus Herpes Simple tipo 2

Resumen ejecutivo

Antecedentes

La epidemia del VIH/sida en Bolivia es de tipo concentrada con prevalencias por encima del cinco por ciento en ciertos grupos poblacionales vulnerables, principalmente entre gays, bisexuales y trans (GBT) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Son escasos los estudios de seroprevalencia del VIH en la población GBT en el país con este grupo objetivo. De acuerdo con investigaciones del año 2001, la prevalencia del VIH en Santa Cruz era del 22% y en La Paz, del 15%, valores que determinaron una seroprevalencia del VIH del 20,6% para Bolivia, siendo la más elevada entre los países latinoamericanos. Con estos datos y la información de la vigilancia centinela obtenida en mujeres embarazadas con seroprevalencias de VIH inferiores al 0,5%, el año 2003 se categorizó la epidemia de VIH en Bolivia como concentrada en atención a la definición propuesta por OPS/OMS y ONUSIDA.

Según estimaciones de ONUSIDA, para el año 2008, la población gay, bisexual, trans (GBT) y otros HSH en Bolivia llega a 60.000 personas. Es limitada la información que proporciona estadísticas en profundidad acerca de la percepción del riesgo de las ITS y el VIH; del uso del condón, cobertura y acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH e infecciones de transmisión sexual, así como datos recientes de prevalencia e incidencia del VIH entre esta población.

En este contexto, se decidió realizar el presente Estudio con el fin de comprender mejor el comportamiento de la población GBT y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a las ITS y el VIH/sida, y determinar tanto la prevalencia e incidencia del VIH así como la seroprevalencia de sífilis y virus herpes simple tipo 2 (VHS-2) en este grupo en las ciudades de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz (incluida la ciudad de El Alto). La información obtenida por este estudio permitirá precisar las cifras de la epidemia del VIH en el país y, sobre esa base, fortalecer y promover el desarrollo de políticas y estrategias de prevención dentro del conjunto poblacional de hombres que tienen sexo con hombres.

Métodos

Es un estudio descriptivo transversal realizado sobre la población de GBT y otros HSH de 18 años o más de edad en las ciudades de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz/El Alto, entre los meses de marzo a julio del año 2008. Se utilizó el método de muestreo *Respondent Driven Sampling* (RDS) y se hizo el análisis de la información mediante el software RDSAT, que permitió obtener proporciones y prevalencias estimadas con un Intervalo de Confianza del 95%.

Se aplicó un cuestionario de comportamiento anónimo y confidencial a través de una entrevista cara a cara, con preguntas relacionadas a las características sociodemográficas, uso de alcohol y drogas, historia del comportamiento sexual, conocimiento y uso del condón y lubricantes, opiniones y actitudes de y hacia la conducta sexual, ITS, VIH/sida, estigma y discriminación. Finalmente, se obtuvo muestras de sangre para detectar el VIH, sífilis y virus herpes simple

tipo 2 (VHS-2). El control de calidad de las pruebas serológicas se efectuó en el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA).

Para la obtención del diagnóstico sindrómico de ITS se llevó a cabo un examen físico y se aplicaron esquemas de tratamiento de acuerdo con el protocolo establecido por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). Las personas seropositivas fueron transferidas a los centros de referencias departamentales ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes para el manejo y atención oportuna de la infección. Además, se notificó a la pareja sexual para que acuda a la atención y tratamiento necesarios. Los resultados fueron socializados y validados a escala departamental y nacional con la población GBT de Bolivia y otros actores e instituciones involucrados en la respuesta nacional a la epidemia.

Resultados

Sobre una muestra estimada de 1.200 participantes, se entrevistó a un total de 1.019 hombres que tienen sexo con hombres (373 participantes en Santa Cruz, 286 en Cochabamba y 360 en La Paz/El Alto).

En las tres ciudades, más del 50% de la población GBT y HSH que participó en el estudio se encuentra entre los 18 y 24 años de edad, y por encima del 40% posee un nivel de instrucción formal de secundaria y superior.

Del 40 al 55% de los participantes se autodefinieron como gay/homosexuales, más del 30% como bisexuales, del 5 al 9% como trans (travesti, transexual, transgénero) y cerca del 5% como heterosexuales.

El mayor porcentaje de los entrevistados que declararon haber iniciado sus relaciones sexuales antes de los 15 años corresponde a Santa Cruz (40,3%), seguida por La Paz/El Alto con el 28,7% y Cochabamba, 24,5%. El 22,4% de la población GBT y otros HSH en Santa Cruz ha utilizado condón masculino en su primera relación sexual; en Cochabamba, el 24,6% y en La Paz, el 32,8%.

El uso de condón en la última relación sexual con una pareja masculina registró el mayor porcentaje en la ciudad de La Paz/El Alto, con un 70,5%, seguida por Santa Cruz (54,2%) y Cochabamba (46,8%). La proporción de personas que dijeron haber tenido relaciones sexuales ocasionales en los últimos 12 meses es del 80% para las tres ciudades.

Aproximadamente dos de cada tres entrevistados en La Paz/El Alto, Cochabamba y Santa Cruz tuvieron alguna vez relaciones sexuales con una mujer. La proporción del uso de condón en la última relación sexual con una mujer fue del 45,6% en Cochabamba; 44,3% en Santa Cruz y 63% en la ciudad de La Paz/El Alto. Para el momento de la encuesta, uno de cada tres participantes declaró tener una pareja masculina estable. Mientras que en la ciudad de La Paz/El Alto, el 21,4% dijo que mantenía una pareja femenina estable, el porcentaje de este tipo de relación era menor en Santa Cruz y Cochabamba. La mayoría de los encuestados aseguró que sabe dónde adquirir preservativos (condones). El 42,5% de la muestra en Santa Cruz dijo haber tenido problemas alguna vez con el uso del condón, el 38% en La Paz/El Alto y el 30% en Cochabamba.

Según indicaron los participantes, entre el 30 y el 44% asistieron alguna vez a un servicio de prevención de ITS/VIH/sida; sin embargo, de éstos, solamente entre el 41,5% y el 59% lo hizo el último año; el mayor porcentaje corresponde a la ciudad de Cochabamba y el menor a Santa Cruz.

Alrededor del 30% de las personas consultadas en las tres ciudades reconocieron haber recibido alguna vez algún tipo de maltrato o rechazo por su orientación sexual o genérica, principalmente de amigos, desconocidos, familiares y agentes de seguridad. Una de cada dos personas de esta población, en promedio, admitió que oculta su orientación sexual cuando acude a los servicios y establecimientos de salud. En tanto que es muy baja la cantidad de quienes dijeron haber solicitado apoyo por algún hecho discriminatorio.

Los índices de prevalencia del VIH detectados en las ciudades del muestreo fueron: Santa Cruz, 15,0% (9,5 - 21,5 IC 95%); Cochabamba 10,2% (6,1-18,1 IC 95%) y La Paz/El Alto, 9,6% (0,0-26,2 IC 95%).

Asimismo, se determinó que la prevalencia de sífilis en la población objeto de estudio era del 10,2% (5,6-15,4 IC 95%) en Santa Cruz del 5,7% en Cochabamba (3,1-11,3 IC 95%) y del 3,5% (0,0-9,2 IC 95%) en La Paz/El Alto. En las tres ciudades, la prevalencia de VHS-2 fue mayor al 25%.

La tasa de incidencia de VIH calculada mediante el BED dio 4,48 (2,61-6,35 IC 95%) por cada 100 personas/año. De los nuevos seroconvertidores, el 70% se encontró en Santa Cruz, 18% en Cochabamba y 10% en La Paz/El Alto.

Conclusiones

El desarrollo del presente Estudio permitió obtener información actualizada y oportuna sobre las características y comportamiento de uno de los grupos de la población más afectados por la epidemia del VIH/sida en Bolivia —GBT y otros HSH—, ese conocimiento se complementa, de esta manera, con la información obtenida a partir de la vigilancia regular de los pacientes.

Cabe destacar que el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) registra una de las prevalencias más elevadas de VIH en el país, lo que significa que es el más vulnerable y, por ende, el más afectado por la epidemia. De las tres ciudades involucradas en la investigación, Santa Cruz muestra las prevalencias más altas de VIH, sífilis y herpes tipo 2.

Se observa también que el comportamiento preventivo y la percepción del riesgo frente a las ITS y VIH son todavía muy subvalorados entre esta población (GBT y HSH), el uso del condón en la práctica sexual, por ejemplo, es poco frecuente. A pesar de los esfuerzos de las entidades de salud por dotar de atención preventiva y tratamiento oportuno a la población GBT, el acceso a los servicios disponibles en las tres ciudades más grandes del país aún sigue siendo limitado.

Recomendaciones

Los hallazgos del Estudio SEMVBO se constituyen en una valiosa información para orientar y fortalecer el desarrollo de políticas y estrategias de prevención y atención de las ITS y VIH

más adecuadas y oportunas destinadas al grupo poblacional GBT de Bolivia. En este marco, es imperativo intensificar la promoción de servicios —públicos y comunitarios— de atención y prevención del VIH, con especial énfasis en la oportuna prueba del VIH, considerando que el desarrollo de intervenciones especiales en la población objeto de este estudio sigue siendo un factor clave para el control de la epidemia.

También es importante promocionar y difundir las estrategias relacionadas con el uso responsable y sistemático del condón como una práctica preventiva. El trabajo coordinado con las organizaciones comunitarias es vital para alcanzar los objetivos planteados, cuya prioridad debe ser el fortalecimiento y la continuidad de las políticas y estrategias de prevención ante el riesgo que implican las ITS y el VIH en el grupo GBT de Bolivia; es decir que se incentivará la participación activa de la sociedad civil en su diseño, planificación, implementación y evaluación.

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS son acciones evidenciadas que tienen un impacto positivo en la reducción de la infección por el VIH.

Es imprescindible continuar abogando por el desarrollo de políticas vinculantes, entre éstas el respeto a los derechos humanos, la lucha contra la estigmatización y la discriminación, u otras formas de violencia, como la homofobia y la transfobia.

Si se toma en cuenta que los resultados develan la existencia de una cantidad considerable de personas bisexuales, el desarrollo de intervenciones dirigidas a los hombres debe contemplar también estrategias de alcance a las mujeres, especialmente orientadas a la adopción de conductas que promuevan la sexualidad responsable. Estas intervenciones deben ir estrechamente vinculadas a la recomendación de uso y facilidades de acceso al condón.

El Estudio SEMVBO fue de vital importancia no solamente para impulsar la elaboración de estrategias y acciones con miras a la propuesta de la Novena Ronda presentada por Bolivia al Fondo Mundial para el componente de VIH, sino también porque los hallazgos durante su desarrollo derivaron en una mejora sustancial —cuantitativa y cualitativa— de las estimaciones y proyecciones nacionales de la incidencia del VIH. Por lo tanto, los resultados obtenidos permitirán introducir de manera inmediata los ajustes específicos en las estrategias y acciones contenidas en el documento Plan Estratégico Multisectorial de VIH/sida (2008-2012), que establece la respuesta nacional a la epidemia durante el quinquenio determinado.

La ejecución oportuna de un estudio de vigilancia epidemiológica de segunda generación tuvo, además, el acierto de incrementar a nivel nacional y departamental el entendimiento en torno a la dinámica de la epidemia entre la población GBT y sus tendencias a lo largo del tiempo. La identificación e interpretación de los diversos comportamientos y actitudes frente a las ITS y el VIH/sida son igualmente relevantes, puesto que ayudarán a plantear y mejorar la respuesta.

Profundizar el conocimiento de las características propias de la epidemia del VIH, los factores que la desencadenan, los comportamientos que la diseminan, tanto como utilizar la información disponible son, por un lado, factores determinantes para perfeccionar las políticas, programas y estrategias, y, por otro, para dar curso a la movilización de recursos en el momento preciso.

1. Introducción

1.1. Antecedentes

El VIH/sida es en la actualidad uno de los más graves problemas de salud pública en Bolivia debido a su constante y continua propagación. Por ello, las acciones de prevención constituyen una estrategia prioritaria además de su detección temprana para brindar un tratamiento oportuno a las personas que padecen esta enfermedad.

De acuerdo con los datos del informe de ONUSIDA, se estima que para finales del año 2007 había, en todo el mundo, 33 millones [30-36] de personas viviendo con el VIH/sida. En Latinoamérica, el 0,5% de la población vive con el VIH/sida (1,7 millones de personas [1,5 - 2,1 millones]). El 2007, se estiman 63.000 personas [49.000-98.000] que murieron a causa del sida en la región y se calcula que ese mismo año aproximadamente 140.000 personas [88.000-190.000] contrajeron la infección de VIH¹.

En América Latina, la epidemia se concentra en las poblaciones vulnerables, principalmente en usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. El VIH se propaga, con mayor predominancia, a través de las relaciones sexuales, sean éstas heterosexuales u homosexuales. Se presume que una cuarta parte de las nuevas infecciones en Latinoamérica comprende a los hombres que tienen sexo con hombres, es decir que para el año 2007 los nuevos infectados llegarían a 35.000. A pesar de esas cifras, las manifestaciones de discriminación, homofobia y transfobia son comunes en toda la región¹.

La incidencia anual estimada de infecciones de transmisión sexual (ITS) en personas de 15 a 49 años en la región andina fue del 15% para el 2001, siendo preocupante porque las ITS constituyen un medio eficaz para la propagación de la infección del VIH². Al igual que en otros países de Latinoamérica, muchos HSH mantienen relaciones sexuales y afectivas con mujeres y hombres, conducta que los convierte en una población puente y, dados los índices de infección que reportan, pueden incluso favorecer a la propagación del VIH entre la población heterosexual^{2,3,4,5}.

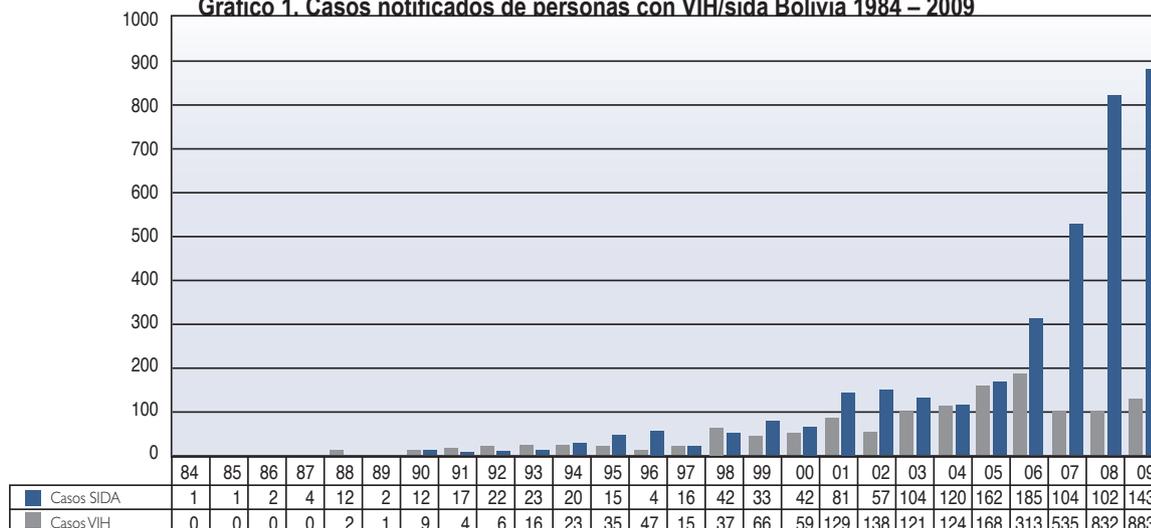
A medida que avanza el conocimiento sobre la epidemia del VIH y el comportamiento asociado a su transmisión, es importante profundizar la comprensión de la forma en que se propaga en otros países y determinar sus particularidades según grupos de población y áreas geográficas, sin olvidar que existen poblaciones de difícil acceso como consecuencia, en la mayoría de los casos, de la estigmatización social, como sucede con los hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores/as sexuales y usuarios/as de drogas.

Bolivia tiene una de las prevalencias de VIH/sida más bajas de la región. Desde enero de 1984 hasta diciembre del 2009, el número de casos notificados acumulados de personas que viven con VIH/sida ascendió a 4.889, para una prevalencia

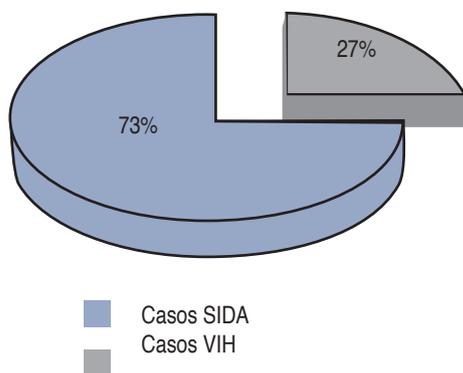
acumulada de 0,05% (ver gráfico 1). Los departamentos de Santa Cruz, La Paz/El Alto y Cochabamba son los más afectados (concentran cerca del 90% de los casos registrados), sobre todo a expensas de sus ciudades capitales. La principal vía de transmisión del VIH es sexual, con el 95% de los casos notificados.

La prevalencia del VIH ha mostrado un comportamiento ascendente en los últimos años pese al subregistro existente en la notificación de casos de VIH en el país (70%)^{6,7,8,9}. Una de cada tres personas notificadas es un caso de sida en el momento del diagnóstico, lo que aún se considera una detección tardía de la infección, factor que se atribuye, posiblemente, a la baja percepción que tiene la población del riesgo de contraer el VIH, y a la elevada estigmatización de los centros en los que se realizan las pruebas de VIH.

Gráfico 1. Casos notificados de personas con VIH/sida Bolivia 1984 – 2009



Fuente: Comportamiento VIH/sida Bolivia
Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
Ministerio de Salud y Deportes.



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
Ministerio de Salud y Deportes

Año	Casos SIDA	Casos VIH	TOTAL AÑO
84	1	0	1
85	1	0	1
86	2	0	2
87	4	0	4
88	12	2	14
89	2	1	3
90	12	9	21
91	17	4	21
92	22	6	28
93	23	16	39
94	20	23	43
95	15	35	50
96	4	47	51
97	16	15	31
98	42	37	79
99	33	66	99
00	42	59	101
01	81	129	210
02	57	138	195
03	104	121	225
04	120	124	244
05	162	168	330
06	185	313	498
07	104	535	639
08	102	832	934
09	143	883	1026
Total	1326	3563	4889

Datos a Diciembre de 2009

De acuerdo con la clasificación de ONUSIDA y de la OPS/OMS¹⁰, Bolivia tiene una epidemia de tipo concentrada. La relación hombre por mujer es de 2:1, y la prevalencia entre mujeres embarazadas es inferior al 0,5%. Sin embargo, se estima altas prevalencias de VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad. En hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se ha reportado una prevalencia de VIH cercana al 22% en la ciudad de Santa Cruz en el 2001^{4,6}. En trabajadoras sexuales, las prevalencias reportadas en los últimos años han sido consistentemente menores al 0,5%^{4,9,11,12,13}.

Tabla 1. Estudios de prevalencia del VIH en poblaciones HSH en Bolivia

Fuente	Ciudad	Año	Número de tamizadas	Número de positivas	Prevalencia	
					%	IC _{95%} *
Bartoloni	Santa Cruz	1987	12	0,00	0,00	0,00 – 30,13
Melgar	Santa Cruz	1988	68	7	10,29	4,59 – 20,65
Hierholzer	La Paz	1999 – 2001	48	7	14,58	6,54 – 28,38
NMRCD	Santa Cruz	2001 – 2002	238	52	21,85	16,88 – 27,75

*Intervalo al 95% de confianza para la prevalencia

Bolivia cuenta con muy poca información que describa de manera continua y sostenible las características de las poblaciones más afectadas por la epidemia. A su vez, es escasa la información existente sobre las necesidades específicas más sentidas de los grupos poblacionales vulnerables acerca del uso, cobertura y acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH/sida.

La población GBT es objeto de una marcada discriminación socioeconómica, cultural y laboral en el país, puesto que la sociedad no reconoce la homosexualidad como una práctica sexual tradicional; tanto el sistema educativo como las empresas públicas y privadas, e incluso los servicios de salud, discriminan a los homosexuales negándoles oportunidades laborales y económicas, y el sistema legal no les proporciona protección, sino hasta que adquieren el VIH. Estos factores predisponentes sumados a sus prácticas sexuales no protegidas, los convierte en un grupo de alto riesgo frente a la infección por el VIH.

La población GBT y de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) no ha sido el objetivo de los estudios de prevalencia reportados por el Ministerio de Salud y Deportes en los últimos años. Los trabajadores sexuales masculinos no asisten rutinariamente a los servicios de profilaxis sexual que otorgan los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR), aunque existe una cohorte pequeña de GBT que acude periódicamente a controles médicos en algunos CDVIRs departamentales del país, principalmente en el eje troncal⁶.

En esta perspectiva, y con el fin de complementar la información obtenida de la vigilancia regular del VIH/sida del Ministerio de Salud y Deportes, se desarrolló un Estudio de Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación bajo el título de

Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) sobre uno de los grupos poblacionales más vulnerables a la epidemia: gay, bisexuales y trans (GBT), y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) no identificados como parte del grupo GBT.

Este estudio es producto de un esfuerzo conjunto de colaboración y participación activa de diferentes instancias bajo la conducción y liderazgo del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, con el apoyo financiero y la asistencia técnica del Centro para Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Guatemala; USAID/Bolivia a través del proyecto Socios para el Desarrollo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y ONUSIDA, la Organización Panamericana de la Salud-Bolivia (OPS/OMS), la Asociación IBIS/HIVOS Bolivia, el Centro de Investigación de la Marina de Estados Unidos (*US Naval Medical Research Center*, NMRCDC); la participación activa y comprometida de la sociedad civil y de instituciones que trabajan en beneficio de la población en las tres ciudades donde se desarrolló el estudio: Asociación Civil de Desarrollo Social y Promoción Cultural (ADESPROC), Instituto para el Desarrollo Humano (IDH), Fundación Red Cruceña de Apoyo Integral a Personas que Viven con el VIH y el SIDA de Santa Cruz - Bolivia (REDVIHDA), Fundación por la Igualdad Legal y Social para lesbianas, gay, bisexuales y trans (IGUALDAD LGBT), Mesa de Trabajo Nacional (MTN), el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA), el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) y el Laboratorio de Investigación Médica (LABIMED).

Los resultados obtenidos contribuirán a confirmar la caracterización de la epidemia del VIH en Bolivia, así también los hallazgos se constituyeron en valiosos elementos tanto para diseñar y elaborar la propuesta de la Novena Ronda del componente VIH/sida que el país presentó al Fondo Mundial, y para mejorar las estimaciones y proyecciones nacionales de la epidemia del VIH/sida.

De manera inmediata y según la evidencia encontrada, estos resultados también permitirán realizar ajustes específicos en las estrategias y acciones descritas en el Plan Estratégico Multisectorial de VIH/sida (2008-2012). Y, por otro lado, serán una fuente de orientación para las instituciones y organizaciones que trabajan con la población GBT en el diseño y la elaboración de propuestas cuyo planteamiento sea generar objetivos de impacto e intervenciones costo-efectivas, y, finalmente, para el Ministerio de Salud y Deportes en el desarrollo de futuras investigaciones de características similares en poblaciones de difícil acceso.

1.2. Vigilancia epidemiológica del VIH en Bolivia

La presencia de la epidemia del VIH/sida en Bolivia se remonta al año 1984, según la información oficial del Ministerio de Salud y Deportes (MSD); ha sido casi estacionaria durante la década de los noventa, período en el que fue tipificada como una epidemia incipiente. El primer caso de VIH/sida se notificó en 1984 en Santa Cruz y el segundo caso se presentó en Cochabamba en octubre de 1985. Las dos primeras personas notificadas de bolivianos con el VIH eran de sexo masculino y

el probable país de transmisión fue Brasil. El año 1986, con sólo dos notificaciones de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), se estableció el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y sus respectivos Programas Departamentales^{8,14}.

El primer caso autóctono notificado, es decir cuyo probable país de transmisión fue Bolivia, se conoció en 1987 en La Paz en un recluso de 32 años de edad con orientación bisexual. En 1988 se reportó en Santa Cruz a la primera mujer con VIH en Bolivia; se trataba de una trabajadora sexual de nacionalidad brasileña que adquirió la infección por vía sanguínea y el probable país de transmisión fue Brasil. En 1992, a partir de un modelo que incluye el diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS, la promoción del uso del condón y acciones de Información, Educación y Consejería (IEC), se puso en marcha una estrategia sostenida de intervenciones para prevenir la propagación de la epidemia del VIH en el resto del país dirigida a la población de trabajadoras sexuales, la cual permitió mantener en este grupo específico, a diciembre de 2008, una seroprevalencia del VIH menor al 1%^{6,8,9,12,13}.

El año 2000 entró en vigencia la vigilancia centinela en gestantes de varias ciudades de Bolivia, que se extendió durante cinco años consecutivos con informes de seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas menor al 0,5%^{9,12, 13}.

Entre los estudios de seroprevalencia del VIH que se realizaron sobre la población de GBT y otros HSH destaca el del año 2001, que encontró una prevalencia del 22% en Santa Cruz y del 15% en La Paz/El Alto, determinando para Bolivia una seroprevalencia del VIH-1 de 20,6%, la más alta entre siete países latinoamericanos^{1,4,13}.

Con base en estos estudios y la información de la vigilancia centinela, el año 2003 se definió la epidemia de VIH en Bolivia como concentrada según la tipificación propuesta por la OPS/OMS y ONUSIDA, toda vez que se registró una seroprevalencia mayor al 5% en un grupo vulnerable (GBT-HSH) en dos ciudades, y una seroprevalencia inferior al 1% en mujeres embarazadas^{6,8,9,13}.

1.3. Servicios de salud para ITS/VIH y poblaciones vulnerables

Actualmente existen nueve Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia de ITS/VIH/SIDA (CDVIR) en Bolivia, ubicados en las nueve ciudades capitales departamentales. A partir del año 2003 funcionan tres CRVIRs (Centros Regionales de Vigilancia, Información y Referencia) en las ciudades fronterizas de Yacuiba, Puerto Quijarro y Guayaramerín, y un CRVIR en la ciudad de El Alto⁴. Los CDVIRs son centros públicos que atienden a las personas afectadas por ITS, VIH y sida. Las actividades de los Programas Departamentales ITS/VIH/SIDA, a través de los CDVIRs, se orientan a la prevención, control y vigilancia epidemiológica pasiva de grupos vulnerables y, en menor grado, de la población en general mediante la atención ambulatoria a las personas que viven con el VIH/sida (PVVS), incluyendo el tratamiento antirretroviral y el seguimiento de laboratorio con CD4-CD8, carga viral y hemograma completo cada seis meses de manera gratuita⁸. La atención sin costo para el paciente está amparada por la Ley 3729 de Prevención del VIH/sida, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para

las Personas que Viven con el VIH/sida, en cuyo contenido se halla un artículo específico para trabajadoras sexuales que les garantiza la atención integral consistente en clínica, laboratorio y tratamiento de ITS y VIH/sida, además de la provisión de medicamentos para enfermedades oportunistas, con carácter gratuito^{15,16}.

Sin embargo, la estigmatización en estos centros y la débil respuesta nacional a la descentralización de la atención del VIH a centros hospitalarios especializados e interdisciplinarios impiden brindar una atención pública integral, periódica y oportuna a PVVS y a las poblaciones vulnerables. Se estima que el 85% de los pacientes que atienden los CDVIRs corresponde al grupo de trabajadoras sexuales comerciales registradas (TSC), mientras que la atención específica a GBT-HSH y a PVVS es muy limitada^{8,12,13}. Incluso en el ámbito privado, los centros especializados en la orientación y atención a estos grupos poblacionales (GBT, TSC, PVVS) son escasos.

Los datos estimados de ONUSIDA señalan que la población de HSH en Bolivia llega a las 60.000 personas (40.000-80.000)^{13,17}. La población de HSH en Bolivia está subatendida y existe poca información respecto a los comportamientos de riesgo frente a las ITS y el VIH/sida, uso del condón, cobertura y acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Ante este panorama, y teniendo en cuenta que la población de HSH se constituye en uno de los grupos poblacionales más vulnerables a las ITS/VIH, se decidió realizar, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, el presente estudio de vigilancia epidemiológica con el propósito de obtener un mejor entendimiento de la dinámica de la epidemia en la población GBT de Bolivia que permita contar con información oportuna y fidedigna para la toma de decisiones relacionadas con esta temática.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos generales

- Determinar la incidencia y seroprevalencia del VIH en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en las ciudades de Santa Cruz de la Sierra, Cochabamba y La Paz/El Alto.
- Conocer la seroprevalencia de sífilis y de virus herpes simple tipo 2 (VHS-2) entre HSH de las áreas geográficas seleccionadas.
- Identificar los conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos que se asocian con estas conductas sexuales y la propagación del VIH.

1.4.2. Objetivos específicos

- Obtener los principales indicadores de comportamiento de los HSH.
- Determinar la incidencia y la prevalencia del VIH en poblaciones de HSH.
- Determinar la prevalencia de ITS en poblaciones de HSH en las áreas geográficas seleccionadas.

- Proporcionar información de interés y apoyo a las agencias de financiamiento, al Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y a otras organizaciones locales para la planeación estratégica y la definición de políticas de respuesta al VIH/sida.
- Apoyar el desarrollo de las capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH y de comportamientos en poblaciones vulnerables.
- Sistematizar los procedimientos de diseño e implementación de estudios de prevalencia y comportamiento para contar con guías estandarizadas.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal desplegado sobre la población de hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de La Paz (incluyendo la ciudad de El Alto), Cochabamba y Santa Cruz. El operativo de campo se realizó de marzo a julio del año 2008.

2.2. Criterios de inclusión

- Hombres que en los últimos 12 meses hubieran tenido relaciones sexuales con otro hombre.
- Tener 18 años de edad o más.
- Estar dispuesto a dar su consentimiento informado por escrito; los participantes que no saben leer y escribir, mediante consentimiento verbal, plasmarán su huella digital.
- Residir en el departamento seleccionado.
- Contar con un cupón de reclutamiento válido con código RDS único (muestreo dirigido por los entrevistados).

2.3. Criterios de exclusión

- Hombres que no tuvieron relaciones sexuales con hombres en los últimos 12 meses.
- Menores de 18 años.
- Personas que ya hayan participado en el presente estudio.
- Personas que no den su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Personas que no residan en el departamento seleccionado.
- Personas que estén bajo efectos del alcohol, drogas u otra sustancia, o que no comprendan claramente el proceso del consentimiento informado.
- Personas que no dispongan de un cupón de reclutamiento o no posean un cupón de reclutamiento válido.

2.4. Determinación del tamaño de la muestra

La estimación del tamaño de la muestra para el estudio fue de 1.200 participantes, 400 por cada ciudad, como indica la tabla 2.

alta de la población objetivo, además de que constituyen la zona que centraliza al 76% de la población urbana de Bolivia^{6,8,9,18}.

En cada una de las plazas seleccionadas operaron los centros de reclutamiento y atención, los centros de análisis de laboratorio, de procesamiento de muestras iniciales y confirmatorias, y los centros departamentales de referencia y contrarreferencia ITS/VIH/SIDA (CDVIR).

Los centros de reclutamiento y atención fueron los lugares a los que llegaban inicialmente los participantes y donde se llevó a cabo el proceso de elegibilidad y consentimiento informado, entrevista, examen clínico, consejería, toma de muestras y entrega de resultados. Todos los centros fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de accesibilidad, confidencialidad y aceptación por parte de la población de GBT y en consenso con las ONG's y socios participantes respecto a la adecuación de los ambientes que permitió cumplir el flujograma.

Los sitios de procesamiento y análisis de muestras fueron los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIRs) y los laboratorios departamentales de referencia ITS/VIH/SIDA (LABIMED, CENETROP, INLASA).

Tabla 3. Centros operativos del estudio por cada ciudad

	La Paz/El Alto	Cochabamba	Santa Cruz
Centro de reclutamiento, de encuestas y atención	ADESPROC Libertad CIES (El Alto)	Instituto para el Desarrollo Humano (IDH)	La calle CDVIR Santa Cruz
Sitios de Procesamiento de muestras iniciales*	CDVIR La Paz y CRVIR El Alto	CDVIR Cochabamba	CDVIR Santa Cruz
Sitios para confirmación de muestras**	INLASA	LABIMED	CENETROP
Centros de atención, seguimiento y evaluación del VIH/sida	CDVIR La Paz y CRVIR El Alto	CDVIR Cochabamba	CDVIR Santa Cruz

* Centro de procesamiento para ELISA (VIH) y RPR (sífilis)

** Centros de procesamiento y análisis confirmatorios para VIH (Western Blot), sífilis (TP-PA) y HSV2

Fuente: Protocolo Estudio SEMVBO

2.6. Muestreo RDS (*Respondent Driven Sampling*)

Se utilizó el método probabilístico de muestreo dirigido por entrevistados *Respondent Driven Sampling* (RDS), que es una modificación optimizada del muestreo en Bola de Nieve²⁰. Este método se aplica en poblaciones de difícil acceso o poblaciones ocultas, en este caso aplicado para hombres que tienen sexo con hombres debido a la discriminación y estigmatización social que sobrellevan al ser identificados públicamente como parte de esta población.

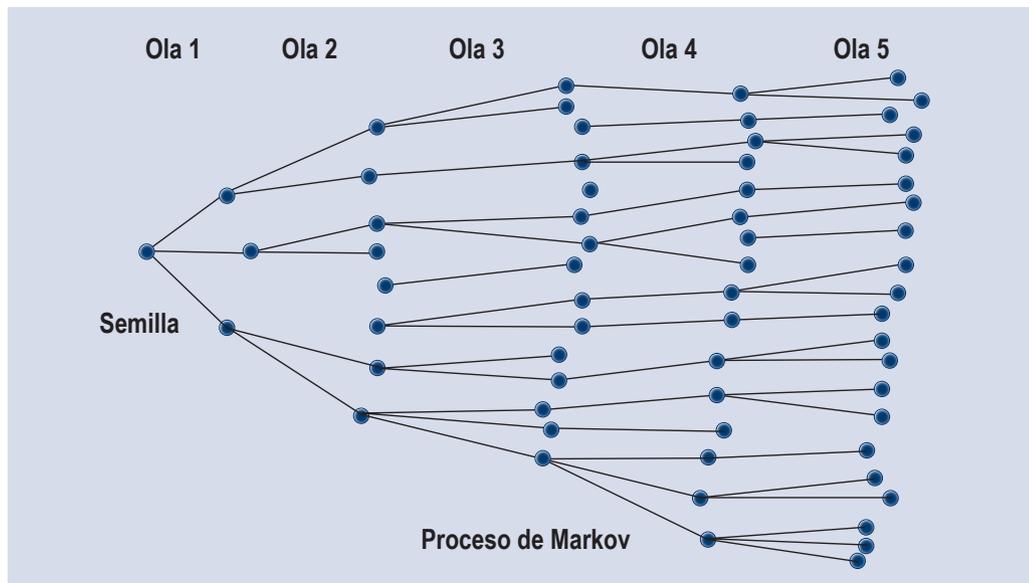
Este muestreo permitió, por un lado, la identificación en cadena de redes sociales de personas gay, bisexuales y trans (GBT), y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y, por otro lado, su incorporación al estudio, logrando alcanzar no sólo a quienes no están vinculados con ONG's o de otro tipo, que no cuentan con servicios de salud específicos, o los que frecuentan espacios sociales ya identificados,

como discotecas, cafés, bares, parques, plazas, calles, video-clubes, salas de masajes, gimnasios, peluquerías, alojamientos, etc., sino incluso a los hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres a través de contactos u otras formas de comunicación entre ellos.

Para empezar el proceso de muestreo se tomó contacto con organizaciones no gubernamentales GBT en cada una de las ciudades seleccionadas, y se les explicó en detalle la metodología que se aplicaría para ese cometido. En cada plaza se identificó a los líderes de la comunidad GBT, quienes se constituyeron en “semillas” o en reclutadores de otros individuos de su misma población. Según la metodología RDS, las semillas son los primeros miembros del grupo objetivo contactados que dieron inicio al reclutamiento. Estas semillas invitaron a otros individuos de sus comunidades a participar en el proyecto hasta completar el número de personas inicialmente previsto en cada ciudad.

Queda claro que las semillas eran miembros de la población objetivo seleccionados de manera no aleatoria y quienes dieron curso al proceso RDS; de todas las semillas se esperó que creciera una cadena de reclutamiento y que en ese lapso se constituyeran en líderes con alto reconocimiento social —para cuyo efecto se les brindó capacitación en el uso de la metodología— con aptitud para desempeñar un papel importante en la conducción del estudio. Cada miembro semilla reclutó como máximo a tres individuos, y les entregó un cupón de reclutamiento que los acreditaba como integrantes de la primera serie de participantes incluidos en el estudio, o primera “ola”. Luego, cada uno de estos invitados, también con la entrega de cupones, involucró a un máximo de tres nuevos reclutados, los cuales constituyeron la segunda “ola” de participantes. En cada una de las tres ciudades se logró reunir un significativo número de olas con este método, y de esa manera se cubrió el requerimiento de la población representativa de cada locación.

Gráfico 2. Proceso de reclutamiento a través del muestreo RDS



Para que los reclutados por los miembros semilla sean reconocidos por el personal de campo de la encuesta, aquéllos recibieron tres cupones con los cuales procedían a reclutar/invitar a las personas que eligieran para involucrarlas en el proyecto según los criterios de inclusión del estudio.

Estos cupones fueron elaborados de manera tal que fuera imposible su reproducción: llevaban un sello y a la altura de éste fueron perforados. Constan de dos partes, cada una de las cuales tenía impreso un número de serie idéntico y un sello característico de las instituciones que avalaban el proceso. Cuando el reclutador invitaba a una nueva persona, debía entregarle una de las mitades del cupón y conservar la otra. Al regresar al centro por su compensación, entregaba la mitad del cupón que había conservado, la cual debía coincidir con la mitad que recibió el nuevo participante invitado/reclutado. De esta manera se resguardaba el anonimato de los nuevos miembros, toda vez que no se requería de sus nombres ni de ningún dato de identificación personal.

El límite de tres cupones por reclutador obedeció al propósito, primero, de asegurar que una amplia variedad de personas tuviera la oportunidad de reclutar y, segundo, para evitar eventuales enfrentamientos por derechos de reclutamiento. La numeración de los cupones se hizo de modo que el reclutador original pudiera ser identificado. Además, cada uno llevaba el código de identificación del reclutador (código RDS) y un número único para nuevos reclutamientos. Este sistema permitiría dar seguimiento y establecer redes.

2.7. Instrumentos: cuestionario y formularios

Se diseñó una serie de instrumentos para la recolección y registro de datos del estudio: un cuestionario de comportamiento, 24 formularios de registro de información y procedimientos, y cuatro guías de orientación y procedimientos para el personal del Estudio SEMVBO. Éstos permitieron obtener información codificada, confidencial y organizada en función del flujograma previamente diseñado.

A continuación se detalla la lista de formularios y guías diseñadas y aplicadas para el Estudio SEMVBO:

Nº de formato	Nombre de formato	Características
FORMATO No 1:	CHECKLIST	(Comienza por el tamizador y sigue por todo el personal del estudio)
FORMATO No 2:	FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE PARTICIPANTES	(Para ser llenado por el tamizador)
FORMATO No 3:	FORMULARIO DE NO ELEGIBILIDAD	(Para ser llenado por el tamizador)
FORMATO No 4:	CONSENTIMIENTO INFORMADO	(Para ser llenado por el tamizador o entrevistador)
FORMATO No 5:	FORMULARIO DE RECHAZOS	(Para ser llenado inicialmente por el tamizador o en su caso por algún otro miembro del equipo según se requiera)
FORMATO No 6:	FORMULARIO DE REGISTRO DE PARTICIPANTES	(Para ser llenado por el tamizador)

N° de formato	Nombre de formato	Características
FORMATO No 7:	HISTORIA CLÍNICA	<i>(Para ser llenado por el médico)</i>
FORMATO No 8:	REGISTRO DEL EXAMEN FÍSICO CONSOLIDADO	<i>(Para ser completado por el médico)</i>
FORMATO No 9:	FORMULARIO DE REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS	<i>(Para ser completado por el médico)</i>
FORMATO No 10:	REFERENCIA DE LAS PAREJAS HACIA LOS CENTROS DEPARTAMENTALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	<i>(Para ser completado por el médico o consejero/a)</i>
FORMATO No 11:	MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS DE ITS ADMINISTRADOS	<i>(Para ser completado por el médico)</i>
FORMATO No 12:	RECOLECCIÓN DE RESULTADOS	<i>(Para ser completado por el médico)</i>
FORMATO No 13:	REFERENCIA A SERVICIOS ESPECIALIZADOS	<i>(Para ser completado por el médico)</i>
FORMATO No 14:	SOLICITUD DE EXÁMENES LABORATORIALES DEL PARTICIPANTE	<i>(Para ser completado por el técnico de laboratorio)</i>
FORMATO No 15:	ENVÍO Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DESDE EL CENTRO DE RECLUTAMIENTO HACIA LOS CDVIR	<i>(Para ser completado por el técnico de laboratorio)</i>
FORMATO No 16:	ENVÍO Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DESDE EL CENTRO DE RECLUTAMIENTO HACIA LOS LABORATORIOS DEPARTAMENTALES DE REFERENCIA	<i>(Para ser completado por el técnico de laboratorio)</i>
FORMATO No 17:	ENVÍO Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DESDE EL CDVIR HACIA LOS LABORATORIOS DEPARTAMENTALES DE REFERENCIA	<i>(Para ser completado por el técnico de laboratorio)</i>
FORMATO No 18:	TAMAÑO DE LA RED	<i>(Para ser completado por el tamizador o entrevistador)</i>
FORMATO No 19:	FORMULARIO DE REGISTRO DE CUPONES (ENTREGA DE INCENTIVOS)	<i>(Para ser completado por el tamizador o entrevistador)</i>
FORMATO No 20:	RECHAZO DE CUPONES	<i>(Para ser completado por el tamizador o entrevistador)</i>
FORMATO No 21:	FORMULARIO EVALUACIÓN	<i>(Para ser completado por el entrevistador)</i>
FORMATO No 22:	CONSOLIDACIÓN DIARIA DE ENVÍO, RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y RESULTADOS	<i>(Para ser completado por el supervisor operativo o coordinador)</i>
FORMATO No 23:	FORMULARIO DE ENVÍO DE RESULTADOS	<i>(Para ser completado por el laboratorio de referencia y centro de reclutamiento)</i>
FORMATO No 24:	FORMULARIO CONSEJERÍA	
LISTA DE GUÍAS		
GUÍA No 1	BIENVENIDA Y DESCRIPCIÓN DEL SEMVBO	
GUÍA No 2	LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
GUÍA No 3	RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES	
GUÍA No 4	APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO	

También se diseñaron los cupones de reclutamiento para el uso de las personas que debían invitar a otros participantes. En las tres ciudades se utilizó un mismo modelo de cupón cuya única diferencia era el color (rojo para La Paz/El Alto, amarillo para Cochabamba y verde para Santa Cruz). Cada cupón contaba con el número RDS, con la dirección exacta del lugar al que debían dirigirse para la entrevista e información concreta sobre el estudio SEMVBO.

Gráfico 3. Modelo de cupón RDS utilizado en el estudio SEMVBO



Fuente: Protocolo estudio SEMVBO

Todos los instrumentos diseñados fueron validados con el personal de campo involucrado en el estudio. En cuanto al cuestionario de comportamiento, éste fue validado con la población GBT en tres sesiones de validación con el grupo y con anterioridad a su aplicación, todo ello con el fin de adecuarlo y adaptarlo al vocabulario y lenguaje locales.

2.8. Procedimientos del estudio

2.8.1. Organización del estudio

A través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA de Bolivia, se convocó a los actores y socios clave vinculados al trabajo con poblaciones vulnerables para la conformación de un Comité Consultivo Nacional (CCN) cuya misión sería la de apoyar las actividades desde el inicio hasta la conclusión del estudio. El Comité Consultivo Nacional (CCN) estuvo liderado por el Programa Nacional de VIH/SIDA y conformado por un representante de esa misma instancia, y uno de cada organización participante: OPS/OMS, ONUSIDA, Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC), USAID, Centro de Investigación de la Marina de Estados Unidos (*US Naval Medical Research Center* (NMRC)) y de la población GBT.

A través del CCN se desarrolló un protocolo de investigación que fue sometido para su aprobación a la Comisión de Investigación del Comité Nacional de Bioética. Una vez aprobado, los documentos que lo conformaban fueron puestos en consideración, previa acreditación correspondiente, del *Internal Review Board*

(IRB) del CDC en Atlanta y del Comité de Ética de la OPS en Washington, Estados Unidos, y del NMRCDC en Lima, Perú.

Por su parte, el CCN elaboró una carta de entendimiento, con el aporte de todos los socios participantes en el estudio, cuyo espíritu era velar y garantizar las acciones y actividades planificadas para el desarrollo oportuno del proyecto. El CCN, asimismo, recibió la misión de seleccionar y evaluar los sitios del estudio, los laboratorios locales y de referencia; establecer las contrapartes locales, coordinar acciones con el personal de salud de los CDVIR, personal de trabajo de campo, ONG's y población GBT; establecer los flujos generales de información; definir los mecanismos generales de control de calidad de los datos; resolver eventuales conflictos suscitados en los comités regionales/departamentales del estudio y a escala nacional; diseñar el plan de análisis del estudio; coordinar la diseminación de resultados y proporcionar apoyo para el desarrollo de propuestas de intervención en la población GBT para la prevención y control del VIH.

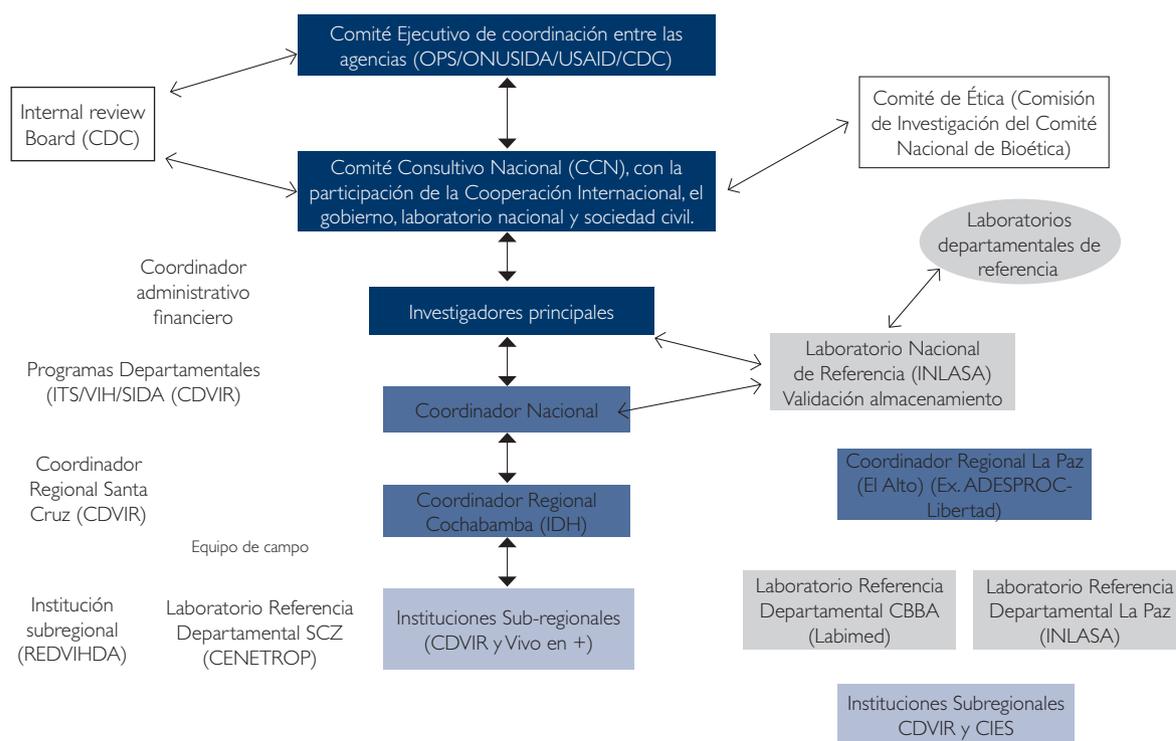
El CCN garantizó que los derechos e intereses de las poblaciones abordadas serán una parte fundamental en la organización, ejecución y presentación de los resultados de la encuesta. La población GBT estuvo representada en el CCN.

En cada uno de los departamentos en los que se desarrolló el estudio, se conformó un Comité Departamental (CD) —bajo el liderazgo del representante departamental del Programa VIH/SIDA y miembros designados en representación de las instituciones departamentales involucradas— que incluyó centros de colecta de información y laboratorio de referencia departamental, así como un representante de la población GBT y otro de las personas que viven con el VIH/sida (PVVS). El CD cumplió la tarea de velar y garantizar el desarrollo y cumplimiento de acciones tal como se estableció en el protocolo de estudio.

El equipo central de trabajo estuvo conformado por un Coordinador Nacional con residencia en la ciudad de La Paz —bajo la supervisión directa de los investigadores principales y el CCN—, tres coordinadores de campo y tres supervisores operativos, uno para cada ciudad.

Bajo la tuición del Coordinador Nacional también se encontraban un programador/estadístico del sistema de encuestas y una persona de apoyo administrativo/contable que formaron parte del equipo central.

Gráfico 4. Organización del estudio



Fuente: Protocolo Estudio SEMVBO

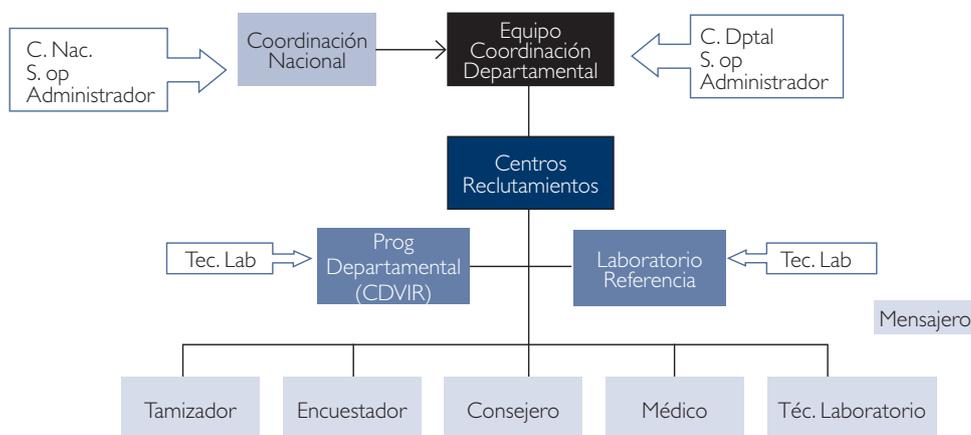
Los equipos de campo, bajo la tutela del coordinador departamental, estuvieron conformados por:

- **Tamizador:** responsable de recibir y organizar la llegada de los participantes al estudio, organizar los cupones y compensaciones RDS; así como de la toma del consentimiento informado a los participantes, del llenado del libro de llegadas y de explicar al participante —una vez finalizada la ruta lógica del estudio— la modalidad del reclutamiento y las características del cupón, y de hacerle entrega de material promocional.
- **Entrevistadores:** se contó con entrevistadores pares seleccionados entre la población GBT, quienes recibieron una capacitación previa sobre técnicas de entrevista, confidencialidad, procedimientos del estudio y manejo de información sensible. Ellos fueron responsables de la coordinación, organización y aplicación del cuestionario de entrevistas.
- **Consejeros:** eran personas seleccionadas con amplia experiencia en consejería a grupos en mayor riesgo de adquirir el VIH. Se encargaron de brindar consejería antes y después de realizar la prueba voluntaria de VIH y de abordar conductas y comportamientos de riesgo asociados a ITS y VIH; se hicieron cargo del llenado del formato de consejería para referir los casos positivos al establecimiento de salud correspondiente (departamental) para el seguimiento

y evaluación de la infección. Las referencias de casos de VIH se coordinaron con el personal médico del estudio y en estrecha coordinación con los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR), que son los encargados de brindar atención y seguimiento a las PVVS.

- **Médico:** el personal encargado de realizar el examen físico para la detección clínica de ITS se desplegó en los sitios donde se localizó el estudio. El conjunto médico estuvo conformado por profesionales calificados y especialmente capacitados en el manejo clínico y sindrómico de las ITS, con amplia experiencia en la atención de poblaciones de mayor riesgo frente al VIH. Tuvieron a su cargo el examen físico para el diagnóstico sindrómico de ITS y su tratamiento, además de la referencia para la atención y seguimiento médico. Su responsabilidad comprendió, en coordinación con los consejeros, la referencia al segundo nivel de atención para consultas con especialistas y a los centros de referencia para iniciar la evaluación y el tratamiento de VIH.
- **Técnicos de laboratorio:** personal encargado en los centros de reclutamiento del estudio de la toma de especímenes biológicos y de la preparación, manejo y envío de las muestras a los laboratorios locales de referencia para su análisis y procesamiento. Asimismo, se contó con técnicos en los laboratorios de referencia cuya labor era realizar las pruebas establecidas en cada nivel y hacer la entrega de los resultados a los sitios de reclutamiento correspondientes. Completaron sus funciones con el manejo y la preparación de las muestras enviadas al laboratorio de referencia nacional para su almacenamiento y control de calidad.
- **Mensajero:** responsable del transporte adecuado y la entrega oportuna de las muestras procedentes de los centros de reclutamiento a los laboratorios de referencia, y del transporte de informes con resultados de los laboratorios de referencia a los centros de reclutamiento.
- **Transcriptor:** responsable de copiar los datos, de sistematizar los formularios que permitieran el control del flujo de información y del envío semanal al estadístico nacional.

Gráfico 5. Recursos humanos



Fuente: Protocolo Estudio SEMVBO

Se hizo la presentación del estudio a las autoridades, servicios de salud locales, instituciones, organizaciones y personas clave involucradas en éste en cada una de las ciudades seleccionadas. Previamente al desarrollo del estudio, se efectuó en cada ciudad la selección, adecuación local y acondicionamiento de los ambientes y espacios destinados a las sedes donde se centralizaría el trabajo. También se cumplió con todos los preparativos y ajustes logísticos necesarios para la implementación del estudio.

En las tres ciudades seleccionadas se impulsó una prueba piloto con el personal de campo definido para probar, evaluar y ajustar la metodología diseñada, los flujos y canales de información, los procedimientos logísticos y técnicos, así como los sistemas de referencia y contrarreferencia. Esta fase piloto permitió validar y ajustar los mecanismos de coordinación regional y nacional del estudio con todas las áreas implicadas en lo referente a los flujos de información y de muestras biológicas, el control de la calidad de la información, el traslado de muestras biológicas y la organización de los materiales necesarios para la puesta en marcha del estudio.

2.8.2. Entrenamiento del personal de campo

La capacitación al personal de campo e integrantes del equipo SEMVBO, que se impartió como parte de las actividades preparatorias del estudio, se enfocó en la aplicación y uso adecuado de los cuestionarios y formatos del estudio, en el muestreo RDS, en los procedimientos clínicos de diagnóstico y de laboratorio. Cada una de las capacitaciones abarcó por lo menos 20 horas de trabajo para entrevistadores, enfermeras, técnicos de laboratorio, médicos y consejeros. Cada integrante del equipo SEMVBO recibió una capacitación específica en el manejo ético de la encuesta, en consejería, en los procedimientos para la toma y manejo de muestras, en normas de bioseguridad y en técnicas para la metodología de muestreo. Se completó con sesiones prácticas que sirvieron para asegurar la estandarización de los procedimientos del estudio.

El personal de laboratorio recibió capacitación respecto a las características técnicas de las diferentes pruebas de laboratorio que debían emplearse en el estudio, así como en normas de bioseguridad. Se puso énfasis específico en la técnica BED (análisis de incidencia en VIH) aplicada al personal de los tres laboratorios de referencia junto con una evaluación de desempeño y validación de la misma, así como de la prueba para VHS-2.

De igual manera, tanto el estadístico nacional y los estadísticos departamentales, y personal del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA fueron capacitados por más de 20 horas en el paquete informático RDSAT, que se aplicó para el tipo de muestreo utilizado.

2.8.3. Proceso de consentimiento informado

El consentimiento informado fue obtenido de cada participante tras haberse verificado su elegibilidad. Todos ellos fueron informados del objetivo y las características del estudio, sus eventuales riesgos y sus beneficios. El formulario de consentimiento informado debía llevar la firma del participante en señal de conformidad con los términos enunciados en él. Con el propósito de garantizar la confidencialidad del participante, su nombre, dirección e información relativa a su identidad no fueron solicitados ni incluidos en los cuestionarios ni en ningún otro formato de seguimiento de indicadores biológicos.

En lo que sí se insistió fue en dejar claramente establecido el consentimiento del participante para proceder al almacenamiento de sus muestras biológicas sobrantes después de completar las pruebas del estudio, no sin antes explicarle la finalidad, proceso y propósito de este paso de acuerdo con lo descrito en el protocolo de investigación. Sin embargo, se le ofreció la opción de elegir que sus muestras no sean almacenadas y, aun así, ser parte de la encuesta. Las muestras de los participantes que eligieron no almacenarlas fueron destruidas una vez completados los procedimientos del presente protocolo.

2.8.4. Entrevista cara a cara

Una vez verificados los criterios de elegibilidad y el llenado del consentimiento informado, se solicitó a los participantes pasar a la fase de entrevistas y responder a un cuestionario. En este caso no pudieron rehusarse a contestar cualquier pregunta del cuestionario, y aunque ese extremo se presentara, fueron elegibles para participar en todo el estudio.

Las entrevistas de comportamiento se llevaron a cabo con el método de entrevista cara a cara en ambientes especiales que permitieron asegurar la confidencialidad de la información. Esta tarea estuvo a cargo de un entrevistador par capacitado de manera adecuada para el manejo oportuno y correcto de las preguntas. Cada entrevistador par se seleccionó en función de sus experiencias previas en técnicas de entrevista. Cada entrevistado fue informado del objetivo del estudio y de la importancia de la información proporcionada para la investigación. Sin bien este sistema está supeditado al sesgo del entrevistador, los encuestadores recibieron la capacitación necesaria para no intervenir ni interferir en las respuestas del entrevistado. Los participantes eran libres de responder las preguntas que desearan, e incluso si en el transcurso de la entrevista decidían no contestar más, podían no hacerlo.

El diseño del cuestionario se hizo con base en los parámetros estandarizados de *Family Health Internacional* (FHI)²¹ y AIDSKAP-CDC. Éstos se adaptaron y validaron para Latinoamérica en investigaciones similares en Honduras y El Salvador. Se encaró también un proceso de validación inicial del cuestionario con contrapartes y representantes de organizaciones en Bolivia. Durante este proceso se evaluó la comprensión de las preguntas, el flujo de la información, la claridad de términos

y el uso de palabras locales (localismos). Como parte de la implementación de la encuesta, luego de la aprobación del protocolo por el Comité de Ética se procedió a una fase más detallada de pilotaje y validación del cuestionario. En ésta se verificó una vez más que el flujo del cuestionario fuese el apropiado, que el tiempo de llenado no excediera los 30 a 45 minutos, que las preguntas estuvieran redactadas correctamente, que los términos usados correspondieran al vocabulario local para prácticas sexuales, identificación sexual y todas las demás partes de la encuesta. Se verificó asimismo que los saltos de preguntas y/o de sección fuesen los apropiados. Considerando las diferencias y sugerencias planteadas, se desarrolló una versión final estandarizada para todas las ciudades observando el cuidado necesario para que las preguntas sensibles no causaran rechazo y fuera posible completar la encuesta. Se tomó en cuenta también que el participante podía rehusarse a contestar cualquier pregunta.

El cuestionario contenía las secciones siguientes:

- Control
- Antecedentes
- Uso de drogas y otras sustancias
- Antecedentes sexuales
- Pareja conviviente hombre o transexual
- Pareja conviviente mujer-esposa
- Trabajo sexual
- Historia sexual con trabajadores sexuales
- Condones y lubricantes
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH/sida
- Estigma y discriminación

La entrevista fue conducida en privado para maximizar la confidencialidad. Se buscó que las instalaciones de los establecimientos designados para la encuesta fueran confortables y con la privacidad necesaria para garantizar la confidencialidad de la entrevista.

Los cuestionarios fueron rotulados con un código. Se usó etiquetas con los números de los códigos: una se colocó en el cuestionario, las demás en los formatos de seguimiento del estudio y en las muestras biológicas. Se garantizó todos los procesos y procedimientos con el manejo oportuno y confidencial de los datos a lo largo de todo el estudio.

2.8.5. Procedimientos clínicos

• Diagnóstico sindrómico de ITS y tratamiento

Al completar la encuesta de comportamiento, los individuos elegibles fueron invitados a participar en la fase del estudio biológico, para el que se les solicitó una muestra de sangre. Antes de recolectar las muestras biológicas se dio paso a la preconsejería y sólo se tomó la muestra de sangre a quien había firmado la

hoja de consentimiento informado. Los participantes pudieron rehusarse a que se les tomara muestras biológicas, y aún así eran elegibles y podían continuar con el estudio.

De manera voluntaria, se sometieron al examen físico para obtener el diagnóstico sindrómico de ITS de acuerdo con el protocolo establecido por el MSD, que estuvo a cargo del personal médico capacitado. Los participantes diagnosticados con signos o síntomas de ITS (úlceras genitales con o sin vesícula, flujo anal o uretral, verrugas genitales) recibieron esquemas de tratamiento gratuito según los lineamientos del Ministerio de Salud y Deportes. A cada participante diagnosticado con algún síndrome se le entregó además una nota de referencia para realizar el seguimiento y control del tratamiento en los servicios públicos de atención departamental. Se informó y se ofreció una comunicación escrita para notificar a su pareja sexual para su atención y tratamiento correspondiente.

Los resultados de las pruebas de laboratorio para herpes, sífilis y confirmatorias de VIH fueron entregados entre siete y diez días después de la toma de muestras en los respectivos sitios de encuesta.

Cada uno de los centros de reclutamiento departamental fue dotado con PEPKITS (botiquines para el inicio inmediato de tratamiento) que se usaron como profilaxis ante la evidencia de un riesgo profesional. Los PEPKITS contenían la terapia estándar implementada en el país en caso de exposición profesional (AZT, 3TC y Nevirapina).

2.8.6. Procedimientos de laboratorio

Para realizar las pruebas de laboratorio se obtuvo una muestra de sangre venosa y una gota de sangre capilar por punción digital siguiendo las normas establecidas por el MSD, a cargo del personal de laboratorio entrenado.

Los desechos de las muestras fueron manejados en concordancia con las normas de bioseguridad internacionales referidas al manejo de desechos peligrosos.

- **Pruebas de laboratorio para VIH**

Las pruebas de laboratorio para el VIH fueron realizadas en función del protocolo establecido por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, que recomienda la utilización de determinadas pruebas rápidas para VIH.

La prueba de la marca Abbot Determine® VIH-1/2 se utilizó en calidad de examen inicial para todos los participantes. La prueba es cualitativa, de tipo inmunocromatográfico, en formato de tira reactiva que registra la presencia de anticuerpos específicos en la sangre del paciente contra antígenos recombinantes del virus de inmunodeficiencia humana contenidos en la tira.

La sensibilidad de Determine® en la sangre es de 97,9-100% y la especificidad es

de 100%. Debido a la alta especificidad de la prueba, un resultado negativo fue considerado un verdadero negativo y reportado al paciente con acompañamiento de consejería postprueba. Para estas pruebas rápidas de VIH, los resultados se obtuvieron después de 20 minutos.

Un resultado preliminar positivo de la prueba rápida fue confirmado con un segundo examen ELISA BIOMERIEUX (VIH 1-2). En este caso se extrajo al participante una muestra de sangre venosa para aplicar la prueba VIH ELISA en los laboratorios departamentales asignados (los CDVIRs). Siguiendo el algoritmo diagnóstico del país, todas las pruebas ELISA positivas fueron evaluadas por Western Blott en los laboratorios de referencia departamental (LABIMED en Cochabamba, CENETROP en Santa Cruz, INLASA en La Paz).

Tabla 4. Pruebas de VIH

Tipo de Prueba	Test Kit	Fabricante
• VIH: ELISA	• Vironostika HIV uni-form II Plus O	• Biomerieux
• VIH: Elisa, Finger stick (prueba rápida) ²	• Determine HIV 1-2	• Abbot
• VIH: Western Blott ¹	• New Lav Blott	• Bio-Rad
• VIH: BED	• Calypte HIV-1 BED Incidence EIA	• Calypte Biomedical Corporation

Fuente: Protocolo Estudio SEMVBO

Si la prueba confirmatoria (Western Blott) fue positiva, el resultado positivo de VIH se comunicó al participante acompañado de una consejería postprueba que se realizó en las instituciones o centros de reclutamiento de campo a cargo de consejeras con experiencia que trabajan en los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR).

En estos casos, se entregó al participante una tarjeta de referencia con su número de código para que pudiera recibir los resultados de sus pruebas y una apropiada consejería postprueba.

Las personas con diagnóstico positivo fueron referidas, en coordinación con los programas departamentales VIH/SIDA, a los CDVIRs departamentales correspondientes para el seguimiento y monitoreo adecuados. Este reporte se realizó mediante un código y no con el nombre del paciente.

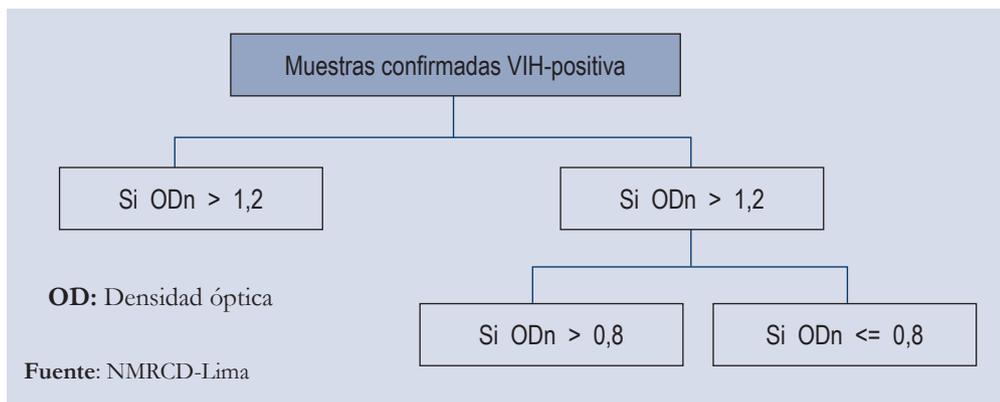
• **Procedimiento de laboratorio de incidencia de VIH**

Calypte HIV-1 BED Incidence EIA es una prueba cuantitativa *in vitro* de inmunoensayo para la determinación de la proporción de anticuerpos IgG específico de HIV-1 en muestras de sangre, incluyendo suero, plasma y sangre seca. Estas pruebas fueron realizadas por personal de los laboratorios de

referencia del INLASA en La Paz, LABIMED en Cochabamba y CENETROP en Santa Cruz; previamente, este personal fue entrenado por los especialistas de laboratorio del Departamento de Virología del NMRCO-Lima. Sólo fueron procesadas aquellas muestras identificadas y confirmadas por WB como positivas al VIH. Se utilizó *Calypte HIV-1 BED Incidence* siguiendo detalladamente las especificaciones del fabricante. Se tomó en cuenta un corte de densidad óptica (ODn) de 1,2 en la primera corrida y todas aquellas muestras con $ODn \leq 1,2$ se volvieron a repetir por triplicado para confirmar sus valores ODn. Si el ODn de la muestra era $\leq 0,8$, la muestra fue considerada como una infección reciente.

El algoritmo utilizado para la prueba se muestra en la Fig. 1

Fig. 1. Algoritmo utilizado en el laboratorio para la prueba de BED



- **Pruebas de sífilis y herpes**

A todos los participantes que aceptaron ingresar al estudio se les extrajo 10 ml de sangre (tubo de tapa roja) para las pruebas de laboratorio de sífilis, VHS-2 y confirmación de VIH por ELISA y Western Blott. En cada uno de los laboratorios regionales (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) la muestra de sangre fue centrifugada. Las pruebas de VIH, RPR, TPPA y ELISA para herpes tipo 2 se procesaron en el laboratorio de referencia de cada ciudad. El resto del suero se colocó en viales debidamente rotulados y se almacenó a una temperatura de $+4^{\circ}\text{C}$ para ser enviado al INLASA para el control de calidad.

- **VHS-2**

La prueba para el estudio específico de Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2) se realizó a través del “Herpes ELISA IgG, Trinity Biotech”. La prueba ELISA tiene una sensibilidad de 96% y una especificidad de 97% para detectar anticuerpos específicos VHS-2.

- **Sífilis**

La prueba cuantitativa de sífilis, no treponémica utilizada fue la Reagina Plasmática Rápida (RPR) en cada uno de los laboratorios regionales. La RPR es una prueba de aglutinación no treponémica que detecta e identifica anticuerpos reagínicos. Los especímenes con RPR positivo fueron confirmados en cada laboratorio de

referencia departamental con la prueba treponémica *Serodia TP-PA*.®. (*Fujirebio*, Japón) (*Treponema Pallidum Particle Agglutination*) que se utiliza para la detección serológica de anticuerpos de varias especies de treponema.

La tabla 5 contiene el resumen de las pruebas y los laboratorios donde se procesaron las muestras.

Tabla 5. Resumen del tipo de muestras y pruebas de laboratorio para el estudio SEMVBO

Muestra	Prueba	Laboratorio
Sangre entera	Prueba rápida para VIH	Centro de reclutamiento
Suero	ELISA para VIH	CDVIR
Suero	Western Blott	INLASA, CENETROP, LABIMED
Suero	BED-CEIA para incidencia de VIH	INLASA, CENETROP, LABIMED
Suero	RPR para sífilis	CDVIR
Suero	TPPA para sífilis	INLASA, CENETROP, LABIMED
Suero	ELISA IgG para VHS-2	INLASA, CENETROP, LABIMED

Fuente: Protocolo Estudio SEMVBO

- ***Cell Preparation Tubes samples (CPT)***

A los participantes que dieron resultado positivo a la prueba rápida de VIH, se les tomó 4 ml de sangre venosa adicional en un tubo CPT, inmediatamente después de la extracción de sangre para las otras pruebas, con el sistema vacutainer. Las muestras fueron enviadas de inmediato a los respectivos laboratorios de referencia, donde se las sometió a la centrifugación tras un tiempo menor a dos horas después de su obtención, cumpliendo así las recomendaciones técnicas correspondientes y el almacenamiento inmediato a -70 °C en dos criovales.

2.8.7. Resultados de pruebas de laboratorio y tratamiento

Los resultados de las pruebas rápidas del VIH negativas fueron informados por un consejero 20 minutos luego de realizada la prueba. La consejería se brindó antes y después de realizar la prueba de VIH.

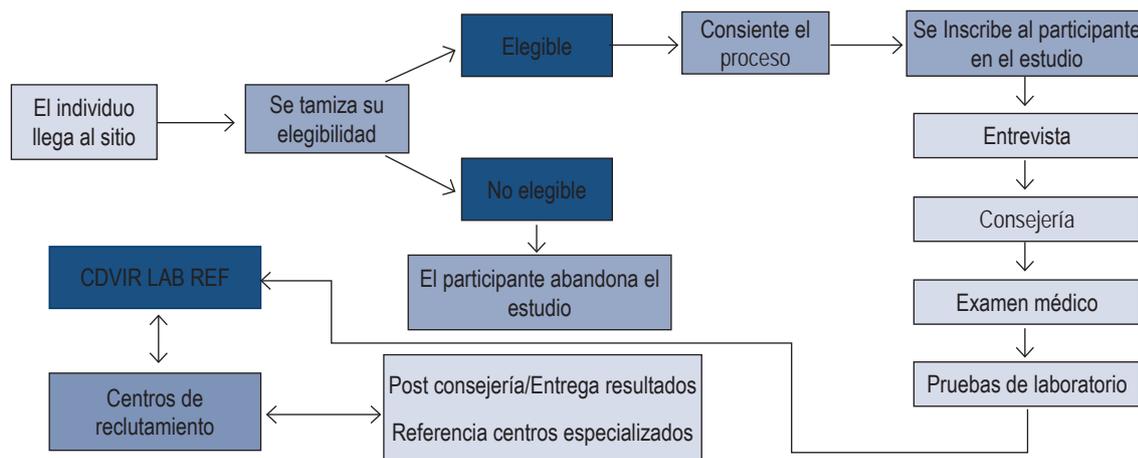
Los participantes con signos y síntomas de alguna ITS fueron tratados sindrónicamente, según normas y protocolos nacionales, en el mismo centro de atención y referidos a los centros de diagnóstico y tratamientos locales y/o departamentales (CDVIRs) para el seguimiento y control de la infección. En caso de que el paciente hubiera declarado tener una pareja estable. Se realizó la notificación a la pareja entregando un cupón de referencia para que puedan ser atendidos y recibir tratamiento de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.

Los resultados de las pruebas fueron entregadas en los sitios de la encuesta siete días más tarde. Los participantes que dieron resultados positivos a las pruebas de

RPR y TP-PA y que no presentaron signos ni síntomas de ITS al examen físico fueron tratados según el protocolo establecido.

En todos los niveles en los cuales se manejaron fluidos corporales se aplicaron las normas internacionales de bioseguridad.

Gráfico 6. Flujo del estudio para los participantes



Fuente: Protocolo Estudio SEMVBO

2.8.8. Control de calidad de pruebas de laboratorio

Se cumplió con los procedimientos de control de calidad para las distintas pruebas de laboratorio incluidas en el estudio de acuerdo con los estándares previamente especificados para cada prueba. Todos los resultados positivos y 10% de los negativos se volvieron a procesar en el INLASA de La Paz. En ese sentido, en cada laboratorio, una parte de cada suero se colocó en viales rotulados y se enviaron al laboratorio nacional de referencia (INLASA) en condiciones estandarizadas de conservación.

2.8.9. Compensación a participantes

A todas las personas reclutadas por RDS se les repartió folletos informativos sobre prevención, condones, lubricantes saborizados, y portacondomes. Adicionalmente, por cada persona reclutada, y hasta un máximo de tres, se les dotó de lubricantes saborizados y condones en compensación por su participación.

2.8.10. Estrategias complementarias de reclutamiento

Con el fin de garantizar un nivel de reclutamiento adecuado para llegar a la meta fijada en cada una de las ciudades seleccionadas para el estudio, se desarrolló una serie de estrategias complementarias de abordaje, cada una de las cuales fue diseñada para garantizar el manejo ético, confidencial y voluntario de la información obtenida, como se describe en el protocolo del estudio.

Entre estas estrategias destacó la del “buscacupón”, representada por una persona encargada de promover el estudio en los espacios de reunión y de encuentro de la población objetivo, donde estimulaba a las personas que recibían un cupón de invitación a participar en el estudio. Asimismo, se encaró un trabajo de promoción en todos los espacios concurridos por la población GBT (marcha gay, día de lucha contra la homofobia, etc.), para generar confianza y seguridad de la comunidad hacia el estudio.

Por otro lado, se desplazó algunas unidades móviles hasta ciertos grupos de población (principalmente trans) a manera de promover el acceso al estudio de aquellas personas que, habiendo recibido una invitación, sí deseaban participar pero no querían acudir a los centros de reclutamiento instalados. También se lanzó, en consenso con discotecas y bares, una estrategia de promoción en esos locales mediante una rebaja en el precio de las entradas para los participantes en el estudio.

2.8.11. Análisis de datos

La información de los cuestionarios y formatos fue introducida, en cada ciudad, en el paquete estadístico de computación (SPSS para Windows, versión 12.01, Chicago; SPSS Inc.) manteniendo el número correlativo del código de reclutamiento.

A la finalización del estudio, todos los cuestionarios y formatos se remitieron a la ciudad de La Paz para una segunda introducción de datos y verificación de la consistencia. Se obtuvo una base de datos limpia, final y consolidada para el análisis. Con el objetivo de describir y organizar los cupones de acuerdo con el trabajo de reclutamiento, se mantuvo una base de datos separada en Microsoft Excel.

Se hizo el análisis con proporciones estimadas para variables sociodemográficas y de comportamiento sexual, y estimando las prevalencias de VIH e ITS con intervalos de confianza del 95% (IC) utilizando el software *Respondent Driven Sampling Analysis Tool* (RDSAT) 6.1¹⁹ desarrollado específicamente para el análisis de datos recolectados a través de RDS (www.respondentdrivensampling.org). El RDSAT fue desarrollado para minimizar los sesgos asociados con el muestreo por cadenas de referencia en razón de la ponderación dada a cada participante por su probabilidad de reclutamiento (tamaño de la red social) dentro de una muestra obtenida por RDS y mediante el control por homofilia y patrones de reclutamiento²⁰. Todas las variables analizadas fueron probadas por equilibrio con un set de convergencia del 2% de la muestra estimada²¹.

Si bien el software permitió obtener proporciones ajustadas para las variables analizadas y prevalencias ajustadas de sífilis, herpes tipo 2 y VIH, con intervalos de confianza (IC) del 95% para cada ciudad, no fue posible obtener medianas ajustadas con sus mínimos y máximos para aquellas variables continuas (limitante del software). Asimismo, para ciertas variables, debido a su tamaño muestral (n) muy pequeño, no se pudo obtener porcentajes ajustados de las variables, por lo que no fueron incluidos en los resultados. Para las respuestas “no sabe”, “no responde”

tampoco se incluyeron, salvo en el caso de las variables para las cuales el valor de “no sabe”, “no responde” tenía una interpretación de resultado.

2.8.12. Transformación de variables

A continuación se detalla las categorizaciones y transformación que han sufrido ciertas variables del estudio.

- Edad de la primera relación sexual fue categorizada en dos grupos: < de 15 años y \geq 15 años.
- Los conocimientos en VIH fueron categorizados de acuerdo con las directrices “UNGASS” de ONUSIDA, creándose el indicador “conoce sobre el VIH” como primer grupo y “no conoce sobre el VIH” como segundo grupo. A continuación se describe la transformación de esta variable:

Se pide a los entrevistados responder a las siguientes cinco preguntas:

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 mosquitos?
5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?

Numerador: número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas.

Denominador: número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió incluso “no sé” a las cinco preguntas.

2.8.13. Cálculo e interpretación de la incidencia

El BED inmunoensayo de captura es una prueba cuantitativa que refleja la proporción de anticuerpos IgG para VIH-1, esta proporción se eleva alrededor del primer año de seroconversión. Si bien es cierto que su reproducibilidad y su aplicación en diversas poblaciones está ampliamente reportada en varios estudios^{22,23} no es menos cierto que existe evidencia considerable que ha demostrado que esta prueba puede sobrestimar la población de reciente seroconversión o niveles de incidencia, particularmente en aquellos lugares donde se describe prevalencias elevadas de VIH.^{23, 24}

No obstante, si la información derivada de este análisis se ajusta utilizando factores de corrección local para la clasificación errada de infecciones crónicas como recientes, aplicando el BED al suero de personas viviendo con VIH que reportaron no estar recibiendo antirretrovirales y presentaban infección de VIH

por un período mayor a un año, la tasa de incidencia anual de VIH y el intervalo de confianza al 95% se calcularon con la fórmula de consenso del Centro de Control para Enfermedades de los Estados Unidos (US CDC) con el propósito de estimar la incidencia en muestras de estudios transversales y ajustes en la clasificación recomendados por MacDougal 2006²³ y Hargrove 2008.²⁴

Por ello, para el cálculo de la incidencia e interpretación de VIH en este estudio se ha empleado no sólo la fórmula recomendada por el fabricante, sino también los factores de ajuste y corrección descritos, y la información proveniente de un estudio en poblaciones similares de la región (ver fórmula en el Anexo 4).

- **Análisis estadístico sobre incidencia del VIH**

Se realizaron comparaciones entre el grupo de VIH-positivos seroconvertidores recientes versus antiguos, y entre seroconvertidores recientes versus HIV negativos. La comparación de las diferencias en las proporciones obtenidas se hizo mediante la prueba de Chi². La estimación de riesgo (OR) se obtuvo por medio del análisis de regresión logística con intervalos de confianza asociados (CI) del 95%; los resultados con valor de $P < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Las bases de datos fueron almacenadas en Excel (*Microsoft Office Professional*, 2003) y el análisis estadístico se llevó a cabo utilizando SPSS versión 12.1 (*SPSS Corporation, Chicago IL*).

2.8.14. Planes de socialización, validación y difusión

Luego de finalizar el análisis preliminar de los datos obtenidos para las tres ciudades, los resultados fueron socializados en reuniones preliminares en cada una de las ciudades con los sectores y socios involucrados. A través de estas reuniones se pudo obtener una retroalimentación inicial y consensuada de los resultados que permitió apoyar y enriquecer el análisis posterior del estudio en cada ciudad.

Después de los talleres de socialización y retroalimentación desarrollados en las tres ciudades, se organizó un taller de presentación final en cada una de ellas con todos los actores e instituciones involucrados en la respuesta departamental al VIH/sida. Asimismo, una vez socializados los datos del estudio a escala departamental, se llevó a cabo un taller nacional en el que se presentaron los principales hallazgos obtenidos en las tres sedes del estudio a las autoridades y actores nacionales y departamentales que trabajan en la respuesta a la epidemia.

3. Resultados

De una muestra estimada de 1.200 potenciales participantes, el tamaño total de la muestra alcanzada para el estudio fue de 1.019 participantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad e ingresaron al Estudio SEMVBO, representando el 85% del total de la muestra estimada. Cabe destacar que 360 participantes pertenecen a la ciudad de La Paz/El Alto, 286 a la ciudad de Cochabamba y 373 a Santa Cruz.

Con el apoyo de organizaciones del colectivo GBT, ONGs y sociedad civil, se eligió a 47 semillas en las tres ciudades. El método de muestreo utilizado, RDS, indica que el número máximo de “olas” alcanzadas por ciudad fue de 11 en La Paz/El Alto, 15 en Cochabamba y 10 en Santa Cruz. El 100% de los participantes, de las tres ciudades, aceptó llenar el cuestionario. El porcentaje de participantes que aceptaron dar una muestra de sangre fue diferente en cada una de las tres ciudades (ver tabla 6).

Tabla 6. Ficha técnica del estudio SEMVBO

Ficha técnica	Eje T	SCZ	CBBA	LP/EA
Semillas	47	17	10	20
Muestra total alcanzada	1029	379	287	363
No elegibles	10	6	1	3
Tamaño muestra final	1,019 (84,9%)	373	286	360
Consentimiento informado	1,019 (100%)			
Cuestionario comportamiento	1,019 (100%)			
Muestra de sangre y pre-consejerías	81,3 (79,7%)	361 (96,7%)	232 (81,1%)	220 (61,1%)
Nivel de confianza para la estimación	95%			
Tiempo de recolección de información	De marzo a julio de 2008 (5 meses)			
Lugares de recolección de la información		<ul style="list-style-type: none"> • La calle • CDVIR 	<ul style="list-style-type: none"> • IDH 	<ul style="list-style-type: none"> • Semvbo • CIES
Lugar de procesamiento de muestras de sangre		<ul style="list-style-type: none"> • CENETROP • CDVIR 	<ul style="list-style-type: none"> • Labimed • CDVIR 	<ul style="list-style-type: none"> • CDVIR • INLASA
Olas alcanzadas	15	10	15	11

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

Como se refirió en la metodología, los resultados del estudio se expresan en proporciones ajustadas y prevalencias con un Intervalo de Confianza del 95%.

3.1. Características sociodemográficas

A continuación se aprecia en la tabla 7 un resumen de la información sociodemográfica por cada ciudad participante en el estudio.

Tabla 7. Descripción sociodemográfica de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		Cochabamba		Santa Cruz	
	La Paz/El Alto		N	% (*)	N	% (*)
Edad	358		285		373	
18-19	75	24,4	48	19,2	94	20,7
20-24	115	33,8	88	38,4	153	49,3
25-29	76	17,8	45	13,5	69	14,8
30-34	34	6,4	30	10,4	27	7,8
35-39	28	4,4	30	8,1	16	3,7
>= 40	30	13,2	44	10,4	14	3,6

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
Nivel de instrucción	357		284		371	
No asistió a la escuela	3	3,1	4	2,3	0	0
Primaria	10	5,2	7	1,8	19	3,5
Secundaria-técnico	154	44,1	111	44,6	165	39,4
Algún nivel universitario	190	47,6	162	51,3	187	57,1
Estado civil	352		277		366	
Soltero	340	97,1	245	90,2	357	96,4
Casado	3	0,1	24	6,3	8	2,7
Separado/divorciado/viudo	9	2,8	8	3,4	1	0,9
En los últimos 12 meses: ¿permaneció fuera del lugar donde vive por más de un mes continuo?	357		285		373	
Sí	86	25,5	63	20,3	85	23,6
No	271	74,5	222	79,7	288	76,4
Convivencia actual	357		285		371	
Vive con una pareja hombre	31	6,3	23	4,5	31	7,0
Vive con una pareja transexual-travesti	1	0,2	1	0,2	4	0,6
Vive con su esposa	5	2,3	5	3,4	3	0,7
Vive con otra pareja mujer que no sea su esposa	0	0,0	2	1,4	2	1,1
Vive solo (a)	91	23,5	80	20,7	84	20,4
Vive con amigo/colega	16	3,6	14	3,9	35	4,6
Vive con su padre y/o madre	181	53,0	133	54,2	171	52,6
Algún familiar o familiares	31	10,8	26	11,5	39	12,9
Otros	1	0,2	1	0,2	2	0,1
Ingresos principales	357		284		373	
Trabaja	199	51,1	130	45,2	211	58,2
Le envían remesas	14	3,9	6	2,2	10	3,2
Es trabajador sexual	20	7,6	6	0,5	42	5,7
Lo mantienen su padre/madre o su pareja	87	23,0	64	22,3	63	14,7
Otra actividad	30	11,4	62	23,8	15	6,2
No trabaja	7	3,1	16	5,9	32	12,0
Ingreso mensual aproximado	321		265		362	
No tiene ingresos	43	15,9	47	19,2	76	22,5
Menos de Bs. 525	63	24,5	31	10,4	23	3,8
De Bs. 525 a Bs. 1.200	108	33,0	98	43,0	169	46,8
De Bs. 1.201 a Bs. 3.000	66	15,9	48	16,8	79	22,6
Más de Bs. 3.001	41	10,8	41	10,5	15	4,3

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVB0 2008

En las tres ciudades, la mayoría de la población encuestada se compone de personas menores de 25 años que declaran un nivel de educación formal elevado (secundaria y superior). Una pequeña proporción refiere que no trabaja actualmente, y tampoco cuenta con un ingreso mensual. Aproximadamente uno de cada tres participantes señala que ha permanecido por más de un mes continuo fuera de su ciudad de residencia (ver tabla 7).

3.2. Uso de drogas y bebidas alcohólicas

La siguiente tabla permite apreciar la descripción referida al consumo de bebidas alcohólicas y drogas por ciudad encuestada (ver tabla 8).

Tabla 8. Consumo de bebidas alcohólicas y drogas en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
Consumió bebidas alcohólicas las últimas cuatro semanas	354		284		370	
Sí	288	74,3	222	76,7	271	65,8
No	66	25,7	62	23,3	99	34,2
Consumió drogas alguna vez en la vida	357		264		372	
Sí	81	18,0	81	29,1	90	20,2
No	276	82,0	183	70,9	282	79,8
Consumió drogas en los últimos 12 meses	82		81		90	
Sí	37	26,2	284	29	52,	50,6
No	45	73,8	52	47,1	39	49,4
Usó drogas intravenosas en los últimos 12 meses	10	5,2	7	1,8	19	3,5
Sí	1	0	0	0	0	0
No	36	100	29	100	51	100

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

Una proporción mayor al 70% de la población de GBT y otros HSH, en las tres ciudades, declara haber consumido bebidas alcohólicas en las últimas cuatro semanas. Aproximadamente uno de cada cuatro encuestados admite haber consumido drogas alguna vez en su vida, entre éstas marihuana, crack y cocaína como las más consumidas.

De las personas que declaran haber consumido drogas alguna vez, una proporción mayor al 50% en las ciudades de Santa Cruz y Cochabamba lo hizo el último año. Solamente una persona en todo el estudio indica que usó drogas por vía intravenosa (ver tabla 8).

3.3. Historia y comportamiento sexual

La mayoría de las personas entrevistadas se autoidentifican como gay/homosexual y bisexual. Sin embargo, un pequeño porcentaje de personas se considera heterosexual (a pesar de cumplir con los criterios de elegibilidad del estudio) (ver tabla 9).

Tabla 9. Antecedentes sexuales en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad: “Autoidentificación”. Estudio SEMVBO 2008

Variable	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
Autoidentificación	358		285		373	
Gay u homosexual	207	44,3	178	55,8	179	40,4
Bisexual	115	41,7	75	35,1	130	43,0
Travesti/Transexual/Transgénero	24	7,8	13	4,6	52	9,0
Heterosexual	10	5,4	12	5,6	5	3,5
Otro	2	0,8	7	0,9	7	4,1

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

En promedio, una de cada tres personas refiere que inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años, proporción que es mayor en la ciudad de Santa Cruz.

Dos de cada tres personas responden que iniciaron su vida sexual con un hombre; la proporción de personas que utilizaron condón en su primera relación sexual es muy baja; las principales y más frecuentes justificaciones de por qué no lo hicieron son que “no pensaron que era necesario” y por “no disponer de un condón en ese momento” (ver tabla 10).

Tabla 10. Antecedentes sexuales en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad: “Primera relación sexual”. Estudio SEMVBO 2008

Variable	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
Edad de la primera relación sexual (en 5 grupos)	356		280		372	
0-9 años	10	4,4	16	3,2	16	5,6
10-14 años	98	24,6	75	21,2	137	34,5
15-19 años	212	59,9	143	58,6	204	51,9
20- 24 años	32	10,9	42	14,8	15	7,9
>=25 años	4	0,3	4	2,3	0	0
Edad de la primera relación sexual (en 2 grupos)	356		280		372	
< 15 años	108	28,7	91	24,5	153	40,3
≥ 15 años	248	71,3	189	75,5	219	58,9
Primera relación sexual fue con...	356		285		370	
Un hombre	214	60,1	188	66,0	248	65,0
Una mujer	139	39,0	97	34,0	116	33,0
Un transexual/travesti	0	0	0	0	0	0
Un hombre y una mujer a la vez	3	0,8	0	0	6	2,0
¿Usó el condón en esa primera relación sexual?	357		285		370	
Sí	111	32,8	65	24,6	72	22,4
No	246	67,2	220	75,4	298	77,6

Razones de la no utilización de un condón en la primera relación sexual ¹	244		216		285	
No pensaron que fuera necesario	75	27,1	56	25,9	130	50,6
No tenían condones	122	55,1	89	51,1	112	41,7
Son muy caros	4	1,1	1	2,8	2	0,1
Porque mi pareja no quiso	9	2,7	2	0,3	7	1,3
Yo no quise	5	1,6	3	0,7	14	3,2
No me gustan los condones	3	1,3	1	0,6	5	2,1

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Variable de categorización independiente

Una de cada dos personas en las tres ciudades declara haber tenido su primera relación sexual con un hombre entre los 15 y 19 años.

La mayoría de GBT-HSH refiere que tuvo relaciones sexuales casuales el último año, pero se observa que el uso sistemático del condón con estas parejas no es frecuente. Los bares, discotecas, así como los sitios con internet suelen ser los lugares donde consiguen parejas casuales con mayor frecuencia.

En Santa Cruz, no obstante, un número considerable de personas señala que la calle o los parques también son lugares habituales para encontrar pareja. Por lo general, la casa es el lugar más utilizado por estas personas para tener sexo con sus parejas casuales, seguida por los hoteles y moteles. Aproximadamente una de cada tres personas indica que ha utilizado condón en su última relación sexual con una pareja masculina, siendo esta proporción más baja en la ciudad de Santa Cruz (ver tabla 11).

Tabla 11. Antecedentes sexuales en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad: "Parejas masculinas". Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con un hombre?	355		283		370	
< 15 años	71	18,0	63	15,4	101	22,5
15-19 años	199	56,0	135	53,8	226	62,8
≥ 20 años	85	26,0	85	30,8	43	14,7
Número total de parejas masculinas en los últimos 12 meses	347		279		324	
1 pareja	75	27,7	71	28,4	55	23,1
2 - 5 parejas	161	47,4	126	49,0	168	53,2
6 - 10 parejas	66	17,3	52	15,7	57	14,8
≥ 11 parejas	45	6,8	30	6,9	44	8,9
¿Tuvo relaciones sexuales casuales con hombres en los últimos 12 meses?	345		278		323	
Sí	284	81,1	226	79,9	260	79,5
No	61	18,2	52	10,1	63	10,5
Tipos de relaciones sexuales con parejas casuales hombres en los últimos 12 meses¹	286		229		304	

Anal	255	87,3	206	87,4	274	93,2
Oral	181	56,0	135	53,2	212	63,8
Masturbación	101	31,7	74	28,9	102	28,1
Frecuencia de uso del condón en las relaciones anales con parejas casuales hombres en los últimos 12 meses	282		227		305	
Siempre	169	57,2	85	30,0	160	44,1
Casi siempre	55	14,2	61	19,7	73	20,7
Algunas veces	30	15,7	42	32,6	39	15,5
Nunca	28	12,9	39	17,7	33	19,6
Lugares donde encuentra parejas sexuales casuales hombres¹	335		272		348	
Bar - discotecas	192	41,6	119	44,6	145	33,7
Calles o parques	34	12,9	35	12,2	105	25,8
Centro comercial	4	0,4	2	1,6	9	1,9
Internet - chat	124	34,7	79	26,6	107	35,0
Por teléfono - celular	21	8,6	14	4,3	27	5,0
A través de otras personas	66	18,8	40	15,0	117	31,2
Cines	18	5,1	18	4,7	11	2,6
Casa	13	3,6	4	0,7	8	4,4
Hotel	1	0,4	1	1,3	4	1,4
Baño público	2	1,2	11	2,1	3	1,1
Lugar dónde tiene sexo con parejas sexuales casuales hombres²	335		271		350	
Bar - discotecas	15	1,9	6	2,8	9	0,9
Calles o parques	8	1,9	10	5,1	23	5,2
Cines	4	1,2	7	0,8	6	0,6
Vehículo	12	1,7	6	1,2	41	11,1
Casa	202	65,8	171	64,5	194	54,6
Hotel/alojamiento	109	28,8	61	23,8	121	32,7
Motel	100	23,8	61	18,7	108	26,9
Baño público	8	4,6	17	4,5	6	1,0
La última vez que tuvo relaciones sexuales anales con un hombre, gay o transexual, ¿utilizaron condón?	357		282		370	
Sí	256	69,5	162	52,9	224	55,1
No	101	30,5	120	47,1	146	44,9
¿Sabe su familia que usted establece relaciones de pareja (sentimentales y sexuales) con hombres?	335		277		367	
Sí	133	28,2	116	31,8	140	29,1
No	222	71,8	161	68,2	227	70,9

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Variable de categorización independiente

La mayoría de los encuestados declara haber mantenido relaciones sexuales alguna vez con una mujer. Uno de cada dos indica que mantuvo relaciones sexuales con mujeres el último año. La proporción de personas que declara usar sistemáticamente el condón en cada relación sexual con mujeres es menor. Aproximadamente una de cada dos personas ha usado condón en la última relación sexual con una mujer, siendo el porcentaje más alto en la ciudad de La Paz/El Alto (ver tabla 12).

Tabla 12. Antecedentes sexuales en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad: "Parejas femeninas". Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una mujer?	355		285		370	
Sí	221	64,6	161	56,5	222	65,8
No	134	35,4	124	43,5	148	34,2
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con una mujer?	221		161		220	
< 15 años	41	16,0	30	19,8	60	29,9
≥ 15 años	180	84,0	131	80,2	160	70,1
Durante los últimos 12 meses ¿con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales?	218		160		220	
Ninguna	128	48,2	95	42,0	117	46,9
1 - 5	77	42,4	58	55,5	94	49,4
>=6	13	9,4	7	2,5	8	3,7
En los últimos 12 meses: ¿con qué frecuencia utilizó condones con las mujeres con las que tuvo relaciones sexuales?	185		109		198	
Siempre	68	33,1	21	15,5	51	28,9
Casi siempre	26	16,4	20	19,6	33	17,4
Algunas veces	21	26,4	26	27,5	33	15,5
Nunca	70	24,1	42	25,6	81	38,3
Piense en la última vez que tuvo relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer, ¿utilizaron condón?	208		145		211	
Sí	119	63,0	63	45,6	100	44,3
No	89	37,0	82	54,4	111	55,7

(*) Proporción ajustada

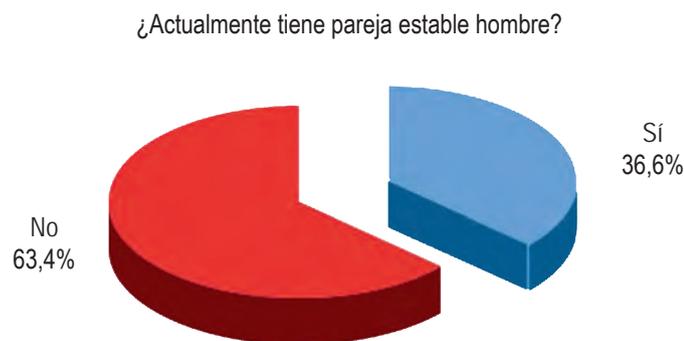
Fuente: Estudio SEMVBO 2008

3.3.1. Pareja estable: hombre

Al momento en que se realizó el estudio, alrededor del 30% de la población GBT y otros HSH de las tres ciudades manifestaron que tenían una pareja estable masculina (ver gráfico 7). Una de cada tres personas declaró que convivía con su pareja estable masculina.

Aproximadamente el 30% de las personas que declaran tener una pareja estable refieren que tienen sexo con otros hombres además de hacerlo con su pareja estable. Un bajo porcentaje de los entrevistados indica que usa condón de manera sistemática con su pareja estable. Una de cada dos personas dice haber usado condón en la última relación sexual con su pareja estable. La menor proporción es la de Santa Cruz (ver tabla 13).

Gráfico 7. Pareja estable masculina. Estudio SEMVBO 2008



Ciudad de Cochabamba, SEMVBO 2008

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

Tabla 13. Antecedentes sexuales en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad: "Pareja estable hombre". Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Actualmente tiene una pareja estable hombre?	354		285		372	
Sí	130	29,2	112	36,6	125	31,1
¿Vive actualmente con esta pareja estable hombre?	130		114		122	
Sí	47	32,3	35	23,4	48	45,1
No	83	67,7	79	76,6	74	54,9
Durante la relación mantenida con su pareja estable actual, ¿tiene usted sexo con otros hombres aparte de su pareja estable?	128		111		120	
Sí	55	39,3	44	30,9	59	35,7
No	73	60,7	67	69,1	61	64,3
En las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia usó condón cuando tuvo sexo anal con su pareja estable?	129		105		119	
Siempre	52	27,3	28	19,6	36	30,5
Casi siempre	18	16,3	16	18,1	21	15,3
Algunas veces	16	13,6	16	26,6	23	24,5
Nunca	43	42,9	45	35,7	39	29,7
En la última relación sexual con su pareja estable ¿han utilizado condón?	130		106		118	
Sí	68	43,4	47	32,4	61	55,8
No	62	56,6	59	67,6	57	44,2

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

3.3.2. Pareja estable: mujer

Al momento en que se realizó el estudio, el 21,4% de la población GBT y otros HSH en la ciudad de La Paz/El Alto; 11,4% en Cochabamba y 5,3% en Santa Cruz manifestó tener una pareja estable mujer. Para las ciudades de Santa Cruz y La Paz, dos de cada tres participantes declaran mantener relaciones sexuales con otros hombres además de tener relaciones sexuales con su pareja estable mujer.

Sólo para Santa Cruz se pudo obtener porcentajes ajustados, donde se observa que alrededor de un 30% de personas declaran haber utilizado condón en la última relación sexual con su pareja estable mujer (ver tabla 14).

Tabla 14. Antecedentes sexuales en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad: "Pareja estable mujer". Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Actualmente tiene una pareja estable mujer?	357		285		373	
Sí	47	21,4	25	11,4	21	5,3
No	312	78,6	260	88,6	352	94,7
Durante la relación mantenida con su pareja estable mujer, ¿usted ha practicado sexo con otros hombres? ¹	45				21	
Sí	36	65,7	-	-	17	67,9
No	7	34,3	-	-	4	32,1
En la última relación sexual con su pareja estable mujer ¿han utilizado condón? ¹	-	-	-	-	21	
Sí	-	-	-	-	7	32,7
No	-	-	-	-	14	67,3

(*) Proporción ajustada

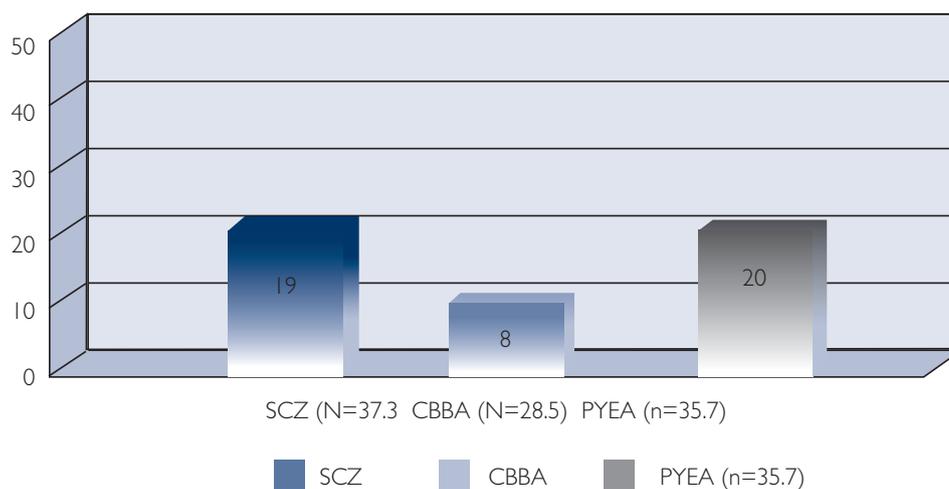
Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño, no se pudo obtener porcentajes ajustados y sus IC para ciertas ciudades

3.3.3. Trabajo sexual

El gráfico 8 describe la proporción de personas que declaran realizar trabajo sexual en las ciudades del estudio.

Gráfico 8. En los últimos 12 meses ¿ha recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales? Estudio SEMVBO 2008



Fuente: Estudio SEMVBO 2008

Aproximadamente tres de cada cuatro personas que realizan trabajo sexual manifiestan haber recibido dinero a cambio de relaciones sexuales por primera vez entre los 15 a 19 años, siendo esta proporción menor en la ciudad de La Paz.

Las calles o parques, así como los bares y discotecas, aparecen como los lugares más frecuentemente declarados por este grupo de personas para conseguir clientes. Asimismo, los sitios internet o chat son otros espacios declarados por los participantes para conseguir clientes (ver tabla 15).

Tabla 15. Trabajo sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
Edad en que recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales por primera vez	65		31		78	
< 14	8	8,5	3	0,0	5	9,8
15– 19	25	38,5	16	81,2	54	74,7
> 20	32	53,0	12	18,8	19	15,5
Lugar donde consigue a los clientes ¹	63		33		80	
Bar–discoteca	24	46,6	11	34,5	23	24,0
Calles o parques	20	66,5	11	34,5	48	63,1
Centro comercial	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Internet–chat	17	31,8	6	0,0	11	10,5
Por teléfono - celular	17	16,2	7	14,7	15	4,4
Cine	5	12,8	5	0,0	0	0,0
Casa de masajes	1	0,0	0	0,0	3	0,0
Hotel	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Baño público	0	0,0	3	0,0	1	0,0
Anuncios de prensa	1	0,0	0	0,0	4	6,9
En la última semana, ¿con qué frecuencia usó condón con sus clientes hombres?²	54		30		79	
Siempre	45	63,3	20	100,0	61	82,6
Casi siempre	3	10,3	1	0,0	5	10,5
Algunas veces	3	10,1	3	0,0	3	4,0
Nunca	3	16,3	6	0,0	10	3,0
¿Ha hablado alguna vez sobre el VIH, SIDA o ITS con algún cliente?	59		30		79	
Sí, con todos	19	51,9	8	18,9	13	13,7
Sí, con algunos	15	25,4	9	23,4	27	44,9
No	25	22,6	13	57,7	39	41,4

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Variable de categorización independiente
2. Debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño, no se pudo obtener los porcentajes e IC para esta variable

3.4. Acceso a servicios de prevención

La mayoría de las personas declara haber escuchado sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Menos de la mitad de los entrevistados refiere haber asistido alguna vez a un servicio de prevención ITS/VIH/SIDA. El porcentaje es menor en la ciudad de La Paz/El Alto.

De las personas que dicen haber asistido alguna vez a un centro de prevención, sólo la mitad lo hizo en el último año. En la ciudad de La Paz/El Alto, la mayoría de los consultados indica haber asistido a los CDVIRs; sin embargo, para las ciudades de Cochabamba y Santa Cruz, los CDVIRs tanto como otros centros públicos y los centros de atención que pone a disposición el colectivo GBT son los más frecuentados por esta población (ver tabla 16).

Tabla 16. Acceso a los servicios de prevención por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Alguna vez ha escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas?	358		285		371			
Sí	337	93,3	268	92,2	341	89,6		
No	21	6,7	17	7,8	30	10,4		
¿Ha asistido alguna vez a un servicio médico para el diagnóstico o tratamiento de alguna infección de transmisión sexual (ITS)/ o para el VIH?	336		268		341			
Sí	126	30,4	141	44,5	142	39,4		
No	210	69,6	127	55,5	199	60,6		
En los 12 últimos meses, ¿ha asistido a un servicio médico para el diagnóstico de una ITS o VIH?	126		141		142			
Sí	82	59,2	76	41,5	79	58,5		
No	44	40,8	65	58,5	64	41,5		
Normalmente los centros de atención a los que acude para tratar esta temática son ¹ :	86		141		90			
CDVIR	37	65,1	26	20,6	14	14,0		
Otros servicios de salud públicos (No CDVIR)	8	17,2	15	18,2	11	12,5		
Hospital público	11	8,5	22	30,3	15	11,7		
Clínicas/Centros privados (especificar)	14	0,0	15	14,6	77	6,3		
Servicios médicos brindados por la comunidad/ONG	11	8,4	15	17,1	12	6,1		

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Variable de categorización independiente

3.5. Condones y lubricantes

De los entrevistados, la mayoría declara que sabe dónde obtener un condón. Las farmacias son los sitios de mayor demanda de condones. En la ciudad de Santa Cruz, alrededor de un 30% dice que los consigue a través de las ONGs, educadores pares y amigos (ver tabla 17).

Tabla 17. Acceso a condones por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres, por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Sabe dónde conseguir los condones?	357		285		371			
Sí	347	95,3	280	97,9	363	93,6		
No	10	4,7	5	2,1	8	6,4		
¿En qué lugares consigue habitualmente los condones ¹ ?	346		275		363			
Supermercado	37	6,7	17	3,6	59	16,3		
Farmacia	318	94,9	263	96,3	329	93,2		
Centro de salud	25	9,0	7	1,5	34	7,9		
CDVIR	16	5,0	8	0,5	18	3,2		
ONG	39	5,7	27	3,5	60	9,3		
Grupos gay	71	16,0	5	1,8	32	2,9		
Night club	8	3,1	4	2,3	6	3,0		
Bar o disco	32	7,2	5	0,4	37	11,3		
Hotel	8	1,1	2	0,1	21	9,6		
Motel/hospedaje	7	1,1	11	2,5	8	1,2		
Amigos	27	6,8	34	8,2	102	28,6		
Educadores	11	1,7	3	0,2	48	10,2		

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Variable de categorización independiente

Una de cada tres personas refiere que alguna vez tuvo problemas con el uso del condón (se rompió, se resbaló, se zafó), siendo este porcentaje mayor en la ciudad de Santa Cruz. Asimismo, se observa que un porcentaje considerable de personas dice haber tenido problemas más de una vez con el uso de condón las últimas 10 veces que lo utilizó. En las tres ciudades de estudio, el alcohol y tener una pareja estable son las situaciones más frecuentemente señaladas por los entrevistados para obviar el uso del condón (ver tabla 18).

Tabla 18. Experiencia con condones por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
Alguna vez tuvo problemas con el condón (se rompió, se resbaló o se zafó)	350		273		355			
Sí	127	38,0	90	30,0	163	42,5		
No	223	62,0	183	70,0	192	57,5		
De las últimas 10 veces que usó condón, ¿cuántas veces tuvo problemas con éste?	350		273		355			
Ninguna	233	62,0	138	70,0	192	57,5		
1	52	14,8	47	15,1	71	19,5		
2 a 5	67	21,4	40	14,4	88	22,5		
>=6	8	1,8	3	0,6	4	0,4		
¿En qué situaciones no usa generalmente un condón¹?	351		278		358			
Cuando está bebido	87	25,1	66	29,1	77	20,3		
Cuando está drogado	6	2,0	0	0,0	4	1,4		
Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja estable	124	31,4	99	35,8	168	50,8		
Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja conocida	24	8,5	30	9,2	63	21,3		
Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja casual/ desconocida	5	1,4	6	2,5	5	1,6		
Nunca usa condón	11	6,4	36	10,1	18	6,1		
Siempre usa condón	104	27,1	61	15,0	76	15,6		

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

1. Variable de categorización independiente

Más del 45% de la población GBT manifestó haber usado alguna vez lubricantes durante sus prácticas sexuales. Los lubricantes a base de agua y la saliva son las sustancias más comúnmente utilizadas durante las relaciones sexuales (ver tabla 19).

Tabla 19. Acceso y uso de lubricantes por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Alguna vez ha utilizado lubricantes durante sus prácticas sexuales?	354		283		367			
Sí	222	54,8	188	47,9	237	58,0		
No	132	45,2	95	52,1	130	42,0		
En general ¿con qué frecuencia usa lubricantes?	222		188		236			
Siempre	70	36,2	62	32,4	63	32,8		
Casi siempre	55	23,2	47	26,9	72	20,4		
Algunas veces	92	38,3	76	37,5	97	45,2		
Nunca	5	2,3	3	3,2	4	1,5		
¿Qué sustancia usa comúnmente como lubricante?	332		271		337			
Lubricante a base de agua	156	39,9	130	34,4	171	42,1		
Vaselina	67	26,6	35	22,6	47	20,3		

Cremas para la piel /Cremas de cuidado de pelo/de manos	52	15,8	10	2,6	47	14,0
Gel vaginal	17	3,4	26	7,6	14	5,0
Aceite de bebé	14	3,5	11	1,9	34	12,3
Mantequilla	0	0,0	2	1,5	0	0,0
Aceite de cocina	0	0,0	2	1,0	2	0,1
Saliva	161	50,5	127	49,7	201	59,1
¿Sabe dónde conseguir lubricantes?	348		285		353	
Sí	246	64,5	210	61,9	270	70,5
No	102	35,5	74	38,1	83	29,5

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

3.6. Conocimiento, opiniones y actitudes hacia el VIH

La mayoría de las personas entrevistadas en las tres ciudades declara haber escuchado alguna vez sobre el VIH/sida. Tres de cada cuatro personas conoce las formas de transmisión del

VIH/sida. Pero existe una proporción de personas que tiene ideas erróneas o falsas creencias acerca de las vías de transmisión del virus (ver tabla 20).

Tabla 20. Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH/sida?	357		285		373	
Sí	347	95,7	280	97,4	369	99,2
No	10	4,3	5	2,6	4	0,8
¿Participó en actividades de educación y prevención del VIH en los últimos 12 meses?	347		281		368	
Sí	195	51,7	165	52,3	159	35,6
No	152	48,3	116	47,7	209	64,4
CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA						
¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	332		267		344	
Sí	307	89,9	253	95,1	311	91,4
No	25	10,1	14	4,9	33	8,6
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando condones de manera correcta?	344		276		362	
Sí	333	97,1	267	97,3	333	91,4
No	11	2,9	9	2,7	29	8,6
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?	341		277		361	
Sí	307	88,1	251	91,9	302	84,6
No	34	11,9	26	8,1	59	15,4
¿Puede transmitirse el VIH por picadura de mosquito?	316		254		330	
Sí	61	20,8	36	19,8	58	19,6
No	255	79,2	218	80,2	272	80,4

¿Puede contraer el VIH compartiendo comida con una persona infectada?	345		274		348	
Sí	27	7,9	27	9,7	21	5,9
No	318	92,1	247	90,3	327	94,1
Conocimientos de prevención VIH (5 preguntas correctas) *Indicador UNGASS	310		248		311	
Sí	228	71,2	203	80,0	240	75,8
¿Puede una mujer embarazada transmitir VIH a su hijo?	338		276		353	
Sí	326	95,3	266	97,4	331	95,3
No	12	4,7	10	2,6	22	4,7

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

En la tabla 21 se observa que alrededor del 50% de los participantes se ha realizado alguna vez la prueba del VIH. Dos de cada tres refiere que lo hizo durante el último año. Siendo este porcentaje menor en la ciudad de Cochabamba. La mayoría conoce el resultado de su última prueba de VIH, pero no todos los participantes refieren haber recibido pre y postconsejería.

Las principales razones enunciadas por los participantes para haberse realizado la prueba del VIH son: “haber practicado sexo desprotegido”, “por el tipo de trabajo que realizó” y “por haber donado sangre”.

Tres de cada cuatro personas manifiesta su interés por conocer el estado serológico de sus parejas. Menos del 20% declara que asiste a una organización gay/PVV (ver tabla 21).

Tabla 21. Acceso a la prueba de VIH por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Variable	Ciudad		La Paz/EI Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Se ha realizado alguna vez la prueba del VIH?	342		281		369			
Sí	196	51,0	167	48,8	202	48,9		
No	146	49,0	114	51,2	167	51,1		
¿Cuándo se realizó la última prueba de VIH?	196		165		201			
< 1 año	150	72,2	74	44,4	129	59,3		
≥ 1 año	46	27,8	91	55,6	72	40,7		
¿Recibió orientación por consejería cuando se realizó la última prueba del VIH?	196		164		202			
Sí, la recibí sólo antes de la prueba	82	37,7	66	43,2	57	28,9		
Sí, sólo al recibir el resultado de la prueba	11	5,1	2	2,0	10	2,8		
Sí, antes y al recibir el resultado de la prueba	69	39,3	17	4,6	100	42,2		
No recibí consejería	34	18,0	79	50,2	35	26,1		
¿Conoce el resultado de su última prueba de VIH?	194		161		202			
Sí	185	84,9	159	98,1	179	86,9		
No	9	15,1	2	1,9	23	13,1		

El motivo para hacerse la prueba fue ...	196		165		202	
Por el tipo de trabajo que hace	32	21,9	10	7,5	30	13,8
Porque participó en un estudio	13	4,9	6	2,4	19	6,0
Porque alguien le convenció	27	10,1	17	7,5	31	15,1
Porque estaba enfermo	12	9,3	18	12,0	4	7,3
Por haber tenido sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo	68	32,1	57	32,7	80	28,4
Por donar sangre	11	11,5	10	11,1	17	15,8
Por razones administrativas (visa, empleo...)	10	6,9	19	15,3	11	7,3
Porque el médico lo recomendó	13	4,5	5	1,0	8	5,8
¿Dónde se hizo la última prueba VIH?	196		164		200	
En el CDVIR	65	34,4	47	25,2	26	15,5
En centro de salud (No CDVIR)	13	7,6	21	10,1	17	12,3
Hospital	39	19,3	34	25,6	26	17,0
Clínica privada	3	1,0	36	27,3	12	15,8
En un laboratorio público	5	2,7	14	9,1	13	5,4
En un laboratorio privado	9	2,9	25	11,0	74	21,0
ONG	40	20,1	1	1,4	5	2,5
Organización GLBT	1	0,1	1	0,0	0	0,0
¿Le interesa saber si sus parejas sexuales tienen VIH?	345		276		356	
Sí	315	93,1	223	78,6	324	89,4
No	30	6,9	53	21,4	32	10,6
¿Asiste a una organización Gay-PVVS?	354		282		372	
Sí	119	21,8	67	11,7	122	19,7
No	235	78,2	215	88,3	248	80,3

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

3.7. Estigma y discriminación

La tabla 22 describe aspectos sobre el estigma y discriminación declarados por los participantes, por ciudad.

Tabla 22. Estigma y discriminación de la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/EI Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)
¿Alguna vez ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por ser gay, travesti o bisexual?	353		283		368	
Sí	28	6,8	16	5,7	19	3,5
No	317	91,5	258	91,2	314	87,1
Nunca he asistido a un servicio de salud	8	1,7	9	3,2	35	9,4
Cuando va a los servicios de salud, ¿ha considerado necesario ocultar que es gay, travesti o bisexual?	321		264		302	
Sí	152	52,4	80	36,5	127	39,0
No	169	47,6	184	63,5	175	61,0

¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser gay, travesti o bisexual?	183		165		171	
Sí	78	45,9	38	19,1	79	42,7
No	105	54,1	118	80,9	92	57,3
¿Cuando asiste o asistió al colegio o a la universidad, ¿ha sido o es necesario ocultar el hecho de que tiene sexo con hombres?	349		267		357	
Siempre	212	67,0	117	49,9	228	60,3
Casi siempre	29	4,9	33	11,0	29	7,0
A veces	28	7,3	27	7,4	19	3,8
Raras veces	11	2,8	16	4,4	7	4,4
Nunca	69	18,0	74	27,3	74	24,5
¿Alguna vez recibió algún rechazo, maltrato, agresión verbal o física por su orientación sexual?	357		285		367	
Sí	138	27,5	87	25,2	141	30,3
No	219	72,5	198	74,8	226	69,7
¿De quién recibe o ha recibido algún rechazo, maltrato, agresión verbal o física por su orientación sexual?	138		87		141	
Familiares	41	24,8	15	13,4	45	28,0
Amigos	58	39,6	23	38,8	36	29,1
Compañeros de trabajo	14	5,1	15	8,2	8	2,2
Personal de salud	5	3,8	4	6,7	6	1,7
Empleadores	3	3,2	2	0,0	1	4,6
Particulares/desconocidos	60	36,7	32	33,6	92	68,9
Personal de educación	6	7,2	8	2,0	16	4,7
Agentes de seguridad/policías	22	17,7	11	7,4	15	8,0
¿Ha acudido a solicitar apoyo por algún hecho discriminatorio por su orientación sexual?	138		87		143	
Sí	21	15,4	4	2,3	12	10,4
No	117	84,6	83	97,7	131	89,6

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

A pesar de que la proporción de personas que refiere haber recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud debido a su orientación sexual es baja (3 a 7%), aproximadamente una de cada dos personas prefiere ocultar su orientación sexual cuando acude a los establecimientos de salud.

Alrededor de un 30% de los entrevistados declaró haber recibido alguna vez algún tipo de maltrato o rechazo por su orientación sexual, principalmente de amigos, desconocidos, familiares o agentes de seguridad. Pese a que las expresiones de homofobia/transfobia descritas, una proporción muy baja de la población de HSH acudió por apoyo por alguno de estos hechos discriminatorios con la orientación sexual (ver tabla 22).

3.8. Prevalencias del VIH e ITS

A continuación se describe las prevalencias de VIH, sífilis y herpes 2 en la población de GBT y otros HSH, por ciudad.

Del total de muestras obtenidas en Santa Cruz, el 100% de los participantes dio su consentimiento para realizarse la prueba de VIH, sífilis y VHS-2; una situación similar se observó en la ciudad de Cochabamba.

Sin embargo, en la ciudad de La Paz/El Alto, de las 220 muestras obtenidas, 203 personas expresaron estar de acuerdo con realizarse la prueba de VIH, 216 la prueba de VHS-2 y 218 la prueba de sífilis.

**Tabla 23. Prevalencia del VIH, herpes tipo 2 y sífilis
Ciudad de Santa Cruz**

	N	% (*)	(95% IC)
VIH	361		
Positivo	60	15,0	(9,5-21,5)
Herpes tipo 2	354		
Positivo	187	48,5	(39,7-56,4)
Sífilis	361		
Positivo	41	10,2	(5,6-15,4)

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

**Tabla 24. Prevalencia del VIH, herpes tipo 2 y sífilis
Ciudad de Cochabamba**

	N	% (*)	(95% IC)
VIH	232		
Positivo	35	10,2	(6,1-18,1)
Herpes tipo 2	232		
Positivo	84	29,2	(21,5-39,8)
Sífilis	232		
Positivo	16	5,7	(3,1-11,3)

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

**Tabla 25. Prevalencia del VIH, herpes tipo 2 y sífilis
Ciudad de La Paz/El Alto**

	N	% (*)	(95% IC)
VIH	203		
Positivo	13	9,6	(0-26,2)
Herpes tipo 2	216		
Positivo	71	29,6	(18,4-39,6)
Sífilis	218		
Positivo	15	3,5	(0-9,2)

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

En la ciudad de Santa Cruz se observó la prevalencia más elevada de VIH (15,0%), y de manera decreciente, Cochabamba (10,2%) y La Paz/El Alto (9,6%).

De igual forma, la seroprevalencia de sífilis es mayor en Santa Cruz (10,2%) comparada con la registrada en las ciudades de Cochabamba (5,7%) y La Paz/El Alto (3,5%).

La prevalencia de VHS-2 observada, se sitúa cerca al 30% en las ciudades de La Paz/El Alto y Cochabamba, pero es más elevada en Santa Cruz (48,5%) (ver tablas 23, 24, 25).

La tabla 26 describe la prevalencia de ITS en la población de GBT diagnosticados con el VIH, por ciudad. Del total de diagnosticados con VIH, un 93% para la ciudad de Santa Cruz, un 82% para Cochabamba y un 73% para La Paz/El Alto tuvieron también herpes tipo 2.

En tanto que de todas las personas diagnosticadas con VIH en las ciudades de Santa Cruz y Cochabamba, el 33,2% y el 13,7%, respectivamente, también contrajeron sífilis.

Tabla 26. Prevalencia de ITS en la población de hombres que tienen sexo con hombres diagnosticados con VIH por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	%	95% IC	%	95% IC	%	95% IC
Herpes tipo 2 en HSH con resultado positivo para HIV	82	(81,1 – 97,3)	73,3	(46,2 – 96,6)	92,2	(80,7 – 98,7)
Sífilis en HSH con resultado positivo para HIV	----	-----	13,7	13,7-33,2)	33,2	13,2-52,2)

Fuente: Estudio SEMVBO

- Entre las personas diagnosticadas con VIH en la ciudad de Santa Cruz se observó los siguientes hallazgos:
 - El 55,2% (95% IC 29,9- 74,0) declara haber utilizado condón en su última relación sexual con un hombre.
 - Sólo el 28,3% (95% IC 4,4-38,8) declara haber utilizado condón en su última relación sexual con su pareja estable hombre.
 - El 74,9% (95% IC% 27,4-98,5) declara no haber utilizado condón en su última relación sexual (vaginal o anal) con una mujer.
 - El 92,9% (95% IC 80,7-98,7) también tuvo herpes tipo 2.
- Entre todas las personas diagnosticadas con VIH en la ciudad de Cochabamba se observó los siguientes datos:
 - El 74,3% (95% IC 58,4- 95,8) declara haber utilizado condón en su última relación sexual con un hombre.
 - Sólo el 36,1% (95% IC 11,5-93,8) declara haber utilizado condón en su última relación sexual con su pareja estable hombre.

- El 63,9% (95% IC 13,0-62) declara no haber utilizado condón en su última relación sexual (vaginal o anal) con una mujer.
- El 73,3% (95% IC 46,2-96,6) también tuvo herpes tipo 2.
- Entre las personas diagnosticadas con VIH en la ciudad La Paz/El Alto se observó los siguientes hallazgos:
 - El 73,9% (95% IC 0 -100) declara que utilizó condón en su última relación sexual con un hombre.
 - El 45,3% (95% IC 29,4-100) declara que no utilizó condón en su última relación sexual con su pareja estable hombre.
 - El 88% (95% IC 50-100) no utilizó condón en su última relación sexual (vaginal o anal) con una mujer.
 - El 82,8% (95% IC 81,1-97,3) tuvo también herpes tipo 2.

3.9. Resultados de la incidencia del VIH

Del total de participantes, 796 (81,7%) aceptaron dar muestras biológicas; 203 en La Paz/El Alto, 261 en Cochabamba y 330 en Santa Cruz. De estas muestras, 108 dieron positivo a VIH-1, y de éstas 22 (20,4%) se determinaron como infección reciente.

La tasa de incidencia calculada mediante el BED fue de 4,58% (95% IC 2,67-6,50) por cada 100 personas-año. En relación con la distribución de edades, el grupo de jóvenes entre 18-24 años fue el más afectado por la infección reciente contra infección tardía, pues develó una tasa de riesgo de 2,5% (95% IC 1,03 – 6,09) $P=0,04$, a diferencia de los rangos de 24 y 35, y mayores de 35 años, quienes no presentaron riesgos significativos (OR=0,9 con 95% IC 0,37-2,27; $p=0,03$ y OR=0,34 con 96% IC 0,10-1,04; $p=3,8$ respectivamente). De los recién infectados, el 70% corresponde a Santa Cruz; el 18% a Cochabamba y el 10% a La Paz/El Alto (ver tabla 27).

Tabla 27. Determinación de infección reciente mediante prueba de BED

Ciudad	Total de muestras (N)	Serología VIH (-)	Serología VIH (+)	Infección reciente	Infección antigua	Porcentaje de infecciones recientes (%)
Total	796	688	108	22	84	20,4

* Porcentajes calculados del total de participantes

Fuente: NMCD-Lima

3.10. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Durante el análisis del formulario de examen clínico se detectó que alrededor del 10% de los participantes que aceptaron realizarse el examen clínico tenían una ITS al momento de la consulta, detectándose una mayor proporción de casos de verrugas genitales (ver tabla 28 y gráficos 9 y 10).

Tabla 28. Número de exámenes clínicos realizados en el Estudio SEMVBO por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Exámenes médicos realizados	Eje T.		SCZ	CBBA	LP/EA
	N	%	%	%	v%
	622	61,0	80,7	63,3	38,9

Fuente: Estudio SEMVBO

Gráfico 9. Porcentaje de diagnóstico sindrómico en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

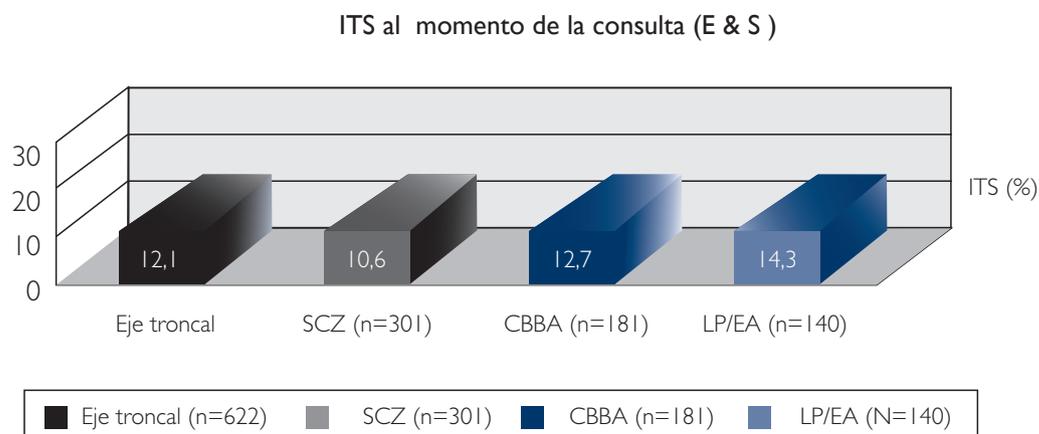
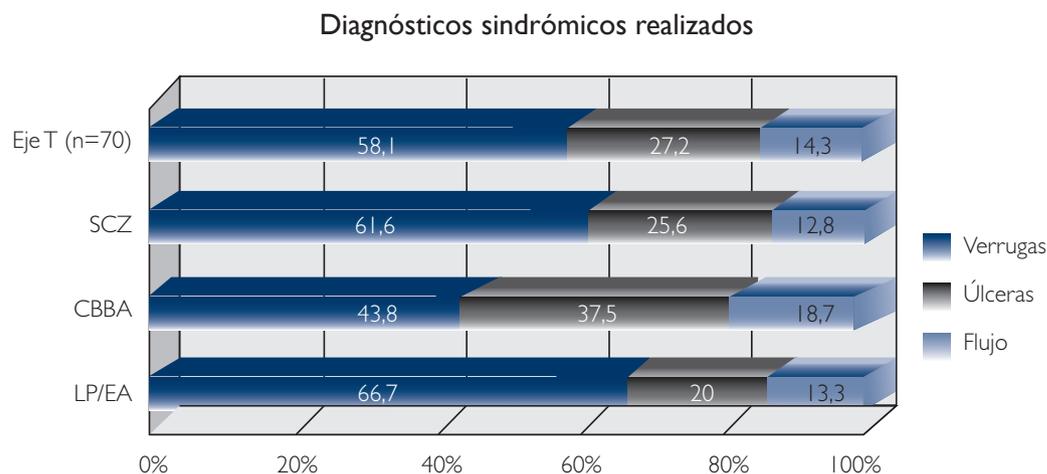


Gráfico 10. Tipo de diagnóstico sindrómico en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

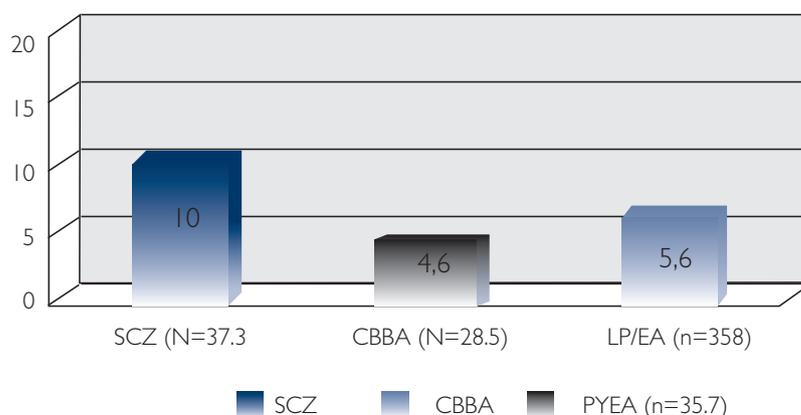


3.11. Información sobre población Trans (transexual, travesti)

La tabla 29 resume la información relacionada con la población Trans en las tres ciudades.

La participación de la población Trans en el estudio fue mayor en la ciudad de Santa Cruz (52 personas), seguida por La Paz/El Alto (24 personas) y Cochabamba (13 personas).

Gráfico 11. Porcentaje de población trans participante. Estudio SEMVBO 2008



Fuente: Estudio SEMVBO

Tabla 29. Características generales en la población trans por ciudad. Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz/El Alto	Cochabamba	Santa Cruz
Variable	% (*)	% (*)	% (*)
Edad			
18 a 24 años	14	28	59
> a 25 años	86	72	41
Educación			
No asistió a la escuela	17,5	2,4	0
Primaria	17,7	23,8	18,9
Secundaria-técnico	52,1	65,1	62,3
Algún nivel técnico	12,7	8,7	18,8
¿Consumió drogas en los últimos 12 meses?!			
Sí (%)	28	60	92
En los últimos 12 meses, ¿recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales?!			
Sí (%)	84,9	35	82
¿Usó condón en la última relación sexual?!			
Sí (%)	-	-	76
¿Alguna vez recibió rechazo, maltrato, agresión verbal o física por su orientación sexual?!			
Sí (%)	76,6	36,9	57,1

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO

1. Debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño no se pudo obtener porcentajes ajustados y sus IC para ciertas ciudades

Una proporción mayor al 70% de la población Trans tiene más de 25 años de edad en las ciudades de La Paz/El Alto y Cochabamba, siendo más jóvenes en Santa Cruz, donde cerca al 60% tiene entre 18 y 24 años de edad.

Con relación a la educación formal, el 17,5% no asistió a la escuela en la ciudad de La Paz/El Alto, menos del 3% en Cochabamba; alrededor del 20% llegó al nivel primario y más del 50% tuvo educación secundaria o técnica.

El consumo de algún tipo de drogas en los últimos 12 meses fue más elevado en la ciudad de Santa Cruz (92%). Más del 80% declara haber recibido dinero a cambio de sexo en las ciudades de La Paz/El Alto y Santa Cruz.

Por otro lado, un alto porcentaje de la población Trans declara haber recibido maltrato, rechazo o agresión verbal o física por su orientación sexual, el número es más elevado en la ciudad de La Paz/El Alto con 77%, le sigue Santa Cruz con 57% y Cochabamba con el 37% (ver tabla 29).

Es importante mencionar que siendo la proporción de la población Trans en este estudio menor al 10% del total de participantes, los resultados del análisis en particular deben ser tomados con cautela.

4. Discusión

Los hallazgos del estudio no deben generalizarse a todo el país, ya que son sólo representativos para el grupo poblacional de GBT de las ciudades de La Paz/El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. Su interpretación debe ser realizada para estas ciudades y no para otras ciudades del país.

Antes de empezar a discutir los resultados y su impacto, nos gustaría mencionar lo que desde nuestro punto de vista podría constituirse en una limitación para este análisis, como el tamaño muestral, ya que no se alcanzó el número de participantes propuestos inicialmente en el diseño del estudio, y que un 19% de los participantes reclutados no aceptaron proporcionar la muestra biológica.

Sin embargo, consideramos que las conclusiones son sumamente importantes, primero, porque éste es un estudio realizado gracias al esfuerzo conjunto de múltiples instituciones nacionales e internacionales con experiencia en el tema, con una comprometida participación de las organizaciones civiles, todas lideradas por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se ha empleado por primera vez una metodología de enrolamiento que evita el sesgo introducido por muestreo de conveniencia y del investigador —lo que ocurría con estudios anteriores en Bolivia— y, finalmente, porque las tres ciudades donde se llevó a cabo el estudio aglutinan a más del 60% de la población total del país.

Se trata del primer estudio desarrollado en Bolivia utilizando el método de muestreo RDS (*Respondent Driven Sampling* - muestreo dirigido por entrevistados) y el software RDSAT para el análisis de la información; aspectos que permitieron obtener las seroprevalencias del VIH y de las ITS (herpes tipo 2 y sífilis) y conocer el comportamiento de la población de hombres que tienen sexo con hombres.

Si bien se realizaron estudios de seroprevalencia del VIH en esta población, las investigaciones no utilizaron métodos de muestreo probabilísticos, siendo aquellos de muestreo por conveniencia los aplicados, mismos que no permiten inferir los resultados de la ciudad donde se realizaron. Sin embargo, ellos permitieron en un primer momento identificar una prevalencia elevada del VIH en este grupo poblacional que generó la necesidad de continuar con la vigilancia epidemiológica y monitorear más de cerca los comportamientos frente al VIH y el sida.

Los datos obtenidos el año 2000 indican la presencia de una epidemia de tipo concentrada; los hallazgos del Estudio SEMVBO son muy similares a los obtenidos en los últimos estudios realizados en esta población⁴ y permiten asegurar que este grupo poblacional se constituye en uno de los más afectados por la epidemia. Estos datos coinciden con la tendencia de la epidemia observada en el área andina, donde predomina la transmisión sexual entre hombres como el grupo poblacional más afectado por el VIH. De igual manera, si se observa la notificación porcentual de casos VIH/sida del MSD para el año 2008, el departamento de Santa Cruz tiene la mayor proporción de casos notificados (57%) en comparación con los otros ocho departamentos del país^{6,8}.

El acceso a los servicios de prevención y atención de la población GBT sigue siendo limitado. Desde hace unos años que la información generada por el país —ya sea a través de los servicios públicos de atención o de encuestas puntuales— evidencia el limitado acceso de este grupo a los servicios preventivos^{6,7,12,25}. Los CDVIR no resultan ser los centros públicos de atención identificados como los centros de referencia a la hora de acudir a un servicio de salud.

De igual manera se observa que en los otros centros (públicos o comunitarios) de prevención y atención, menos de la mitad de los pacientes dice haberse realizado alguna vez una prueba de VIH. Si se considera que este grupo poblacional resulta ser uno de los grupos más afectados por la epidemia, el desarrollo de estrategias e intervenciones de prevención dirigidas a promover e intensificar el acceso a la prevención y a la prueba en grupo son primordiales y a realizarse de manera inmediata para el control oportuno de la epidemia y su propagación.

Si bien los conocimientos presentes en esta población en lo referido a los modos de transmisión del VIH e ITS son elevados, no se asocian con mantener prácticas sexuales protegidas (uso de condón y lubricantes) frente a las ITS y el VIH. Por otro lado, si bien la mayoría de estas personas conoce el condón y los lubricantes, además de dónde adquirirlos, no existe una cultura de práctica consistente del uso de preservativos durante sus relaciones sexuales. Es más, se observa que les resulta indistinto el tipo de pareja con la cual se mantienen relaciones sexuales; el uso del condón no es una práctica frecuente adoptada por esta población, principalmente si lo hacen bajo los efectos del alcohol.

Asimismo se observó que en ciertas ocasiones las prácticas sexuales protegidas con el uso del condón resultaron problemáticas (ya sea porque se rompió, se deslizó o porque se zafó), determinando que no todos saben cómo usar adecuadamente un condón.

Este mismo comportamiento se evidencia en otros estudios sobre otras poblaciones, donde el uso del condón en general sigue siendo una práctica muy poco implementada al momento de mantener relaciones sexuales. En Bolivia, la promoción del uso de condón ha formado parte de las campañas de prevención del VIH con algunos esfuerzos dirigidos a la población GBT. Pero las elevadas prevalencia e incidencia del VIH observadas entre este grupo sugieren que su uso no es consistente. Demostrando la necesidad de fortalecer la promoción del uso de condón en las relaciones sexuales anales con diferentes tipos de parejas, con intervenciones efectivas sobre la negociación del uso del condón.

Pese a que uno de los criterios de inclusión en el estudio era ser mayor de 18 años, se evidenció un alto porcentaje de gente no sólo más joven, sino incluso con un buen nivel educativo. Se observó que un gran número de estas personas vive con sus familiares, en tanto que menos del 20% de los encuestados vive solo. Dado el contexto sociocultural boliviano, permanecer bajo la tutela de la familia por encima de la mayoría de edad coincide con la proporción de GBT (más del 50%) que aún viven con su madre y/o padre, y hasta dependen económicamente de ellos (entre el 25% y el 40%). Sin embargo, existe una diferencia en el grupo de trans: ya que más del 90% se incorpora al ámbito laboral, especialmente al trabajo sexual, debido a que dejan su hogar a una edad temprana.

La autoidentificación se relaciona específicamente con la identidad sexual; así los hombres gay y bisexuales se asumen como tales. Es importante reconocer, sin embargo, la existencia de subgrupos de hombres que se definen como heterosexuales, aunque mantienen prácticas sexuales y afectivas tanto con hombres como con mujeres. La población trans se reconoce a sí mismas en un género diferente a aquél con el que nacieron, y adoptan nombre, rasgos, expresiones y vestimenta femeninos. En este contexto, en las tres ciudades de estudio, alrededor del 50% se definió gay, más del 30% como bisexual y cerca al 5% como trans y heterosexual.

Por otro lado, el estudio permitió identificar un alto porcentaje de GTB y HSH que mantienen relaciones sexuales con mujeres, y que las prácticas sexuales y afectivas entre hombres, así como el uso del condón con parejas femeninas son poco frecuentes.

Sin embargo, no se puede ignorar el estigma y la discriminación que soporta la población GBT, motivo por el cual muchos de sus miembros se sienten obligados a ocultar su orientación sexual inclusive en su entorno familiar, aspecto que se evidencia porque sólo en el 30% de los casos, en las tres ciudades, la familia conoce la orientación sexual del entrevistado. Esconder su orientación sexual es una actitud que asumen a una edad temprana, es decir desde el colegio, y la arrastran en adelante, por ejemplo cuando asisten a los servicios de salud. La transfobia se expresa con mayor claridad frente al grupo de trans por la implícita apariencia física que los caracteriza. Sin embargo, las denuncias públicas por agresión son muy escasas.

Ésta es la primera determinación de la incidencia del VIH con BED, así como el primer análisis de factores asociados a una reciente infección de HSH en Bolivia.

Los hallazgos de este estudio indican que la población de HSH se encuentra en un alto riesgo de contraer VIH, tal como ilustra una incidencia estimada por BED del 4,48% (95% IC 2,61-6,35) por cada 100 personas/año.

Asimismo, cuando se hacen comparaciones con grupos de otras edades, el grupo significativamente más afectado es el de los jóvenes de 18 a 24 años. No se encontró diferencias entre las ciudades, aspecto que se presume responde al número pequeño de participantes en algunas de éstas. Aunque al observar las proporciones, el grupo más grande se encuentra en Santa Cruz.

Si bien en Bolivia no existen datos anteriores para hacer una comparación de resultados, es relevante referirse a los estudios realizados en países vecinos. Reportaron el año 2007 en una cohorte de HSH en Buenos Aires, una tasa de incidencia del 3,9 (95% IC = 2,0-6,7) por cada 100 personas-año²⁵. Estimaron en muestras positivas a lo largo de varios estudios transversales, entre los años 1998-2003, en Buenos Aires y Montevideo, en diversas poblaciones²⁶. Haciendo referencia a la de 6,7 (95% IC = 3,7-9,7) en HSH en Buenos Aires, muestra una tasa de incidencia de 6,4 (95% IC = 3,3-9,6) por cada 100 personas-año en un estudio de cohorte sobre HSH en Lima, Perú.²⁷

Estos estudios emplearon diferente metodología tanto en el reclutamiento como en los análisis de laboratorio es importante referirnos a ellas considerando que nuestros valores

indican que la incidencia es mayor en nuestro estudio cuando los comparamos con los datos de Sánchez y Segura, que provienen de estudios de cohorte. Se podría decir que el BED sobreestima la cantidad de recientes convertidores^{23,24}, pero, como se describe amplia y detalladamente en la sección de métodos, también se han utilizado factores de corrección para evitar una clasificación errónea de personas infectadas de largo tiempo o por períodos mayores a un año, y de aquellas que por efecto de la medicación antirretroviral (se ha descrito que la medicación puede alterar el resultado del BED²⁸) o de la enfermedad en sí, sean consideradas como infectadas recientes.

La aplicación de la prueba BED ha sido exitosamente incorporada a las vigilancias de la epidemia en varios países^{29,30,32,33}. No tiene uso clínico, pero brinda la información necesaria para que las autoridades de salud puedan disponer de marcadores que ayuden a entender mejor la epidemia. El presente estudio revela que el número de recientes infectados en el grupo estudiado es alto comparado con otros países de la región, como podrían ser Perú o Argentina, y que por lo tanto urgen medidas de prevención específicas en esta población. Cabe resaltar, además, que existe en la población de jóvenes HSH bolivianos (entre los 18 y 24 años) un mayor riesgo de adquirir el VIH, sobre todo en la región de Santa Cruz.

Que la información brindada por el presente estudio sea un punto de partida para desarrollar actividades preventivas dirigidas no sólo a los HSH, sino a la población general, debido a la posibilidad de encontrarnos frente a una población “puente”. Es de esperar también que se mantenga una vigilancia efectiva y permanente para esclarecer las tendencias de la enfermedad, tanto las expuestas en este estudio como las que aún no ha sido posible identificar.

5. Conclusiones

La realización del estudio permitió obtener información actualizada y oportuna sobre la incidencia de las ITS y el VIH en uno de los grupos poblacionales del país más afectados por la epidemia: los GBT y otros HSH, complementada con la ya existente obtenida a partir de la vigilancia regular. Asimismo, a la vez que contribuye a la definición del tipo de epidemia de VIH presente en Bolivia permite también determinar la prevalencia del VIH, sífilis y herpes tipo 2, y obtener los principales indicadores de comportamiento en la población de hombres que tienen sexo con hombres en las áreas geográficas seleccionadas.

Por otro lado, impulsó el fortalecimiento de las capacidades nacionales en vigilancia epidemiológica del VIH de segunda generación a través de la participación de instituciones locales y nacionales durante todo su desarrollo. La importancia de promover e impulsar este tipo de estudios conjuntamente con la sociedad civil, desde su inicio, radica en lograr el éxito y el empoderamiento de los actores involucrados en un mismo objetivo.

El gran desafío es encontrar la forma de garantizar el uso de estos datos de manera continua y oportuna para la toma de decisiones, principalmente en aquellas destinadas a orientar el desarrollo de políticas y estrategias adecuadas para el control de la epidemia dentro de un grupo poblacional hasta ahora muy desatendido por las políticas públicas de salud.

Hasta el momento, los hallazgos del Estudio SEMVBO permitieron orientar la elaboración de estrategias y definir las acciones para la propuesta de la Novena Ronda presentada por Bolivia al Fondo Mundial para el componente de VIH, además de haber contribuido a mejorar las estimaciones y proyecciones nacionales de la epidemia del VIH.

Los resultados obtenidos en el presente Estudio permitirán realizar de manera inmediata los ajustes específicos en las estrategias y acciones descritas en el Plan Estratégico Multisectorial del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA (2008-2012), documento en el que se establece la respuesta nacional a la epidemia durante el quinquenio establecido.

Finalmente, a partir de este estudio y con el trabajo activo de los participantes, se impulsó la organización de grupos dirigidos por nuevos líderes de la población de hombres que tienen sexo con hombres, especialmente en el municipio de El Alto.

La realización oportuna de estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación, de manera continua, permite mejorar a nivel nacional y departamental el entendimiento de la dinámica de la epidemia en esta población y sus tendencias a lo largo del tiempo, así como para identificar e interpretar los comportamientos frente a las ITS y el VIH/sida, de tal modo que permitan orientar y mejorar la respuesta. Mejorar el conocimiento de la epidemia del VIH, de los factores que la impulsan, de los comportamientos que la diseminan, y utilizar la información obtenida es de vital importancia no sólo para la elaboración de mejores políticas, programas y estrategias, sino también para la movilización oportuna de recursos.

6. Recomendaciones

En el contexto actual de la epidemia del VIH en Bolivia y a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, es importante dar una respuesta oportuna que considere:

1. Realizar ajustes en las acciones de intervención dirigidas a la población GBT descritas en el Plan Estratégico Multisectorial del VIH/SIDA (2008-2012) del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes, considerando el nivel socioeconómico, la diversidad de culturas y las diferentes identidades de la población GBT.
2. Establecer la implementación de estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación del VIH en grupos de población más vulnerables que permita conocer mejor la tendencia de la epidemia y sus características, y complementar la información obtenida a través de la vigilancia regular del país para la toma de decisiones.
3. Promover y apoyar el desarrollo de propuestas con objetivos de impacto e intervenciones costo-efectivas planteadas por las instituciones y organizaciones que trabajan con la población GBT en el país.
4. Promover estudios orientados a cuantificar la población GBT y los subgrupos específicos.

5. Fortalecer las acciones de prevención dirigidas a la población de hombres en general con la meta de extenderlas a los grupos bisexuales.
6. Sensibilizar al personal de salud en los diferentes niveles de atención para que sea capaz de brindar una asistencia integral a la población GBT, con la perspectiva de conformar una red de instituciones y organizaciones del colectivo GBT cuyo enfoque abandone las posturas discriminatorias y estigmatizantes.
7. Intensificar acciones y estrategias multidisciplinarias conjuntas de prevención de ITS y VIH con la sociedad civil orientadas a ampliar la cobertura de la prueba rápida del VIH, uso responsable y consistente del condón y lubricantes entre este grupo poblacional.
8. Formular intervenciones multidisciplinarias y multisectoriales hacia la reducción del estigma y la discriminación, homofobia y transfobia hacia la población GBT.

7. Agradecimientos

Gracias, en primer lugar, al colectivo GBT de Bolivia por su valiosa colaboración y el apoyo incondicional a la realización de este estudio en todas sus fases. Al Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y a los programas departamentales de Santa Cruz, Cochabamba, La Paz y El Alto; al laboratorio nacional de referencia INLASA y laboratorios de referencia (CENETROP y LABIMED); y a las siguientes instituciones: IDH, REDVIHDA, Fundación IGUALDAD; ADESPROC Libertad, MTN y MTD, Red Trebol, CIES El Alto, Prosalud El Alto y Socios para el Desarrollo-Prosalud.

Un especial reconocimiento al Comité Nacional de Bioética de la UMSA; al Comité Nacional y comités departamentales del Estudio SEMVBO; a los equipos de campo de las tres ciudades y al equipo técnico del Programa Global de Sida para Centroamérica y Panamá, por su asistencia técnica durante todas las etapas de implementación del proyecto.

A las organizaciones de Cooperación Internacional USAID Bolivia, ONUSIDA, OPS, Asociación IBIS/HIVOS, Fondo Mundial Bolivia y Centro de Investigación de la Marina de Estados Unidos, Lima, Perú, por su compromiso con nuestro trabajo.

Y a todos los participantes por su apoyo en cada una de las fases, sin el cual no hubiera sido posible dotar al país de un instrumento de información completa y detallada para comprender mejor la dinámica y tendencias de una de las enfermedades más agresivas de nuestro tiempo.

8. Referencias bibliográficas

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA.- - Ginebra : ONUSIDA, 2008.
2. Meléndez, G.; Stanton, J.; Díaz, A.; Ardila, H.; Mayorga, R.; Montoya, O.; Muñoz, F.; Freda, R.; Dos Reis, A. HIV/AIDS strategic planning with gay men: Int Conf. AIDS July 9-14. En: Abstract 13,N. MoPpD1120.- -s.l. : s.e., 2000.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Consultation on recent trends in STD and HIV morbidity and risk behaviors among MSM: meeting report, October 30-31.- - Atlanta : s.e., 2000.
4. Bautista, C.T. , et.al. Seroprevalence and risk factors for HIV - 1: infection among South America men who have sex with men. En: Sex Transm. Infect,80.- -s.l. : s.e, s.f; 498-504p.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.- -Ginebra : ONUSIDA, 2007.
6. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA). Informe UNGASS.- - La Paz : ONUSIDA, 2008.
7. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA). Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia. - - La Paz : ONUSIDA, 2006.
8. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Plan estratégico nacional de ITS/VIH/SIDA. 2008 - 2012. - - s.l. ; s.e.,2008.
9. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia de ITS/VIH/SIDA. Vigilancia epidemiología regular: Bolivia, 2003 - 2008. - - s.l. : s.e., 2003.
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual. - - Washington : OPS/OMS, 1999.
11. Bautista, C.T. et.al. Seroprevalence and risk factors for HIV-1: infection among female commercial sex workers in South America, 82; 311 - 16. - - s.l.: STI, 2006.
12. Protto, J.P.; Schaaf, D.; Suárez, M. F.; Darras, C. Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. En: Rev. Panam Salud Pública 23(4). - - Washington : OPS/OMS, 2008; 94 p.

13. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral en Bolivia 2006 - 2010. - - La Paz : ONUSIDA, s. f.
14. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe categorización de la epidemia de VIH/SIDA en Bolivia. - OMS/OPS: La Paz, 2003.
15. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Ley para la prevención del VIH-SIDA; protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA. - - s. l. : s.e., 2007.
16. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Resolución Ministerial N. 0711 para la prevención y vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia. - - La Paz : s.e., 2005.
17. Organización Panamericana de la Salud. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Spectrum : estimaciones nacionales en VIH/SIDA, hoja de Cálculo Bolivia. - - La Paz : OPS/ONUSIDA, 2009.
18. Bolivia. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Salud y Deportes. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. - - La Paz : INE, 2004.
19. Respondent Driven Sampling [En línea]. Disponible www.respondentdrivensampling.org/?ref=www.espinashop.com
www.espinashop.com
20. Heckathorn, D. Respondent driven sampling a new approach to the study of hidden populations. En: Social problems 44(2). - - s.l.: s.e., 1997; 174 - 99 p.
21. Heckathorn, D. Respondent driven sampling II deriving valid population estimates from chain: referral samples of hidden populations. En: Social Problems 49(1). - - s. l. : s.e., 2002; 11 - 34 p.
22. Parekh, B. S. et.al. Quantitative detection of increasing HIV type 1 antibodies after seroconversion: a simple assay for detecting recent HIV infection and estimating incidence. En : AIDS Res Hum Retroviruses 18(4). - - s.l.: s.e., 2002 ; 295 - 307 p.
23. McDougal, J. S. et.al. Comparison of HIV type 1 incidence Observed during longitudinal follow up with incidence estimated by cross-sectional analysis using the BED capture enzyme immunoassay. En : AIDS Res Hum Retroviruses. 22(10). - - s. l. : s.e., 2006; 945 - 52 p.
24. Hargrove, J. W., et.al. Improved HIV-1 incidence estimates using the BED capture enzyme immunoassay. En : AIDS Res Hum Retroviruses 22(4). - - s.l. : s.e., 2008; 511 - 8 p.
25. Segura, M., et.al. Buenos Aires cohort of men who have sex with men : prevalence, incidence, risk factors, and molecular genotyping of HIV type 1. En : AIDS Res Human Retroviruses 23(11). - - s.l. : s.e., 2007; 1322 - p.

26. Vignoles, M. et.al. HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo : use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. En : J. Acquir Immune Defic Syndr 42(4). - - s.l. : s.e., 2006; 494 - 500 p.
27. Sánchez, J., et.al. High HIV and ulcerative sexually transmitted infection incidence estimates among men who have sex with men in Peru : awaiting for an effective preventive intervention. En : J. Acquir Immune Defic Syndr. 51 Suppl 1. - - s.l. : s.e., 2009; 47 - 51 p.
28. Laeyendecker, O., et.al. The effect of viral suppression on cross-sectional incidence testing in the Johns Hopkins Hospital emergency department. En : J. Acquir Immune Defic Syndr. 48(2). - - s.l. : s.e., 2008; 211 - 5 p.
29. Mermin, J., et.al. Risk factors for recent HIV infection in Uganda. En : JAMA. 300(5). - - s.l. : s.e., 2008; 540 - 9.
30. Li, S. W., et.al. Detection of recent HIV-1 infections among men who have sex with men in Beijing during 2005 - 2006. En : Chin Med J. (Engl). 121(12). - - s.l. : s.e., 2008; 1105 - 8 p.
31. Montano, S. M., et.al. Prevalences, genotypes, and risk factors for HIV transmission in South America. En : J. Acquir Immune Defic Syndr. 40(1). - - s.l. : s.e., 2005; 57 - 64 p.
32. Rehle, T., et.al. National HIV incidence measures: new insights into the South African epidemic. En.: S. Afr Med J. 97(3). - - s.l. : s.e., 2007; 194 - 9 p.
33. Jiang, Y., et.al. HIV-1 incidence estimates using IgG-capture BED-enzyme immunoassay from surveillance sites of injection drug users in three cities of China. En : AIDS. 21, Suppl. 2. - - s.l. : s.e., 2007; 47 - 51 p.

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

 PARA VIVIR BIEN