



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
SALUD



INFORME FINAL DE EJECUCION

**INFORME FINAL CENTINELA DE CONOCIMIENTOS COMPORTAMIENTOS
SEXUALES Y PREVALENCIA DE VIH Y OTRAS ITS EN HOMBRES QUE
TIENEN SEXO CON HOMBRES, BOGOTÁ 2006**

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL DE COOPERACIÓN NO. 838-2005

Entre el Fondo Financiero Distrital -
Secretaria Distrital de Salud y
Programa de las Naciones Unidas
ONUSIDA y la Liga Colombiana de
Lucha Contra el Sida (Liga sida).

Que el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD-SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA – LIGASIDA; Y EL PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO- PNUD dentro del CONVENIO INTERINSTITUCIONAL DE COOPERACIÓN NO. 838-2005 PARA LA VIGILANCIA CENTINELA DE VIH E ITS el objeto de “Cooperar interinstitucionalmente, para el desarrollo del proyecto para la vigilancia epidemiológica centinela de VIH e ITS y vigilancia del comportamiento en los subgrupos de población considerados de alto riesgo, con el propósito de evaluar la epidemia en el Distrito Capital y generar alternativas de manejo de la situación”.

INDICE DE CONTENIDO

1. Introducción.....	6
2. Antecedentes	8
3. Justificación.....	10
4. Objetivos	13
5. Marco Legal y Ético	13
5.1. Aspectos Éticos.....	14
6. Marco Teórico	16
6.1 Sistemas de Vigilancia en Salud Pública	16
6.1.1. Vigilancia de Segunda Generación	17
6.2 Indicadores	18
7. Materiales y Métodos	19
7.1. Muestra Poblacional	19
7.2. Los criterios definidos por el comité fueron los siguientes:.....	20
7.2.1. Criterios de inclusión	20
7.2.2. Criterios de exclusión	20
7.3 Procedimientos operacionales del estudio.....	21
7.3.1 Etapas del proceso.....	21
7.3.2. Difusión	21
7.3.3. Capacitación	22
7.3.4. Talleres	23
7.3.5. Talleres de Sexo más seguro.....	23
7.4. Cajeros del Sexo Más Seguro CSMS.....	24
7.4.1. Instrumentos y manuales	24
7.5.Fase de Campo	25
7.6.Procedimientos del Laboratorio	26
7.6.1. Pruebas.....	26
7.6.2. Manejo y almacenamiento de especímenes en el laboratorio	27
7.6.3. Algoritmo para prueba de VIH	27
7.6.7.Algoritmo para Hepatitis B.....	28
7.6.8.Transporte de muestras y manejo residuos	29
7.6.9.Análisis de los datos.....	29
8. RESULTADOS	29
8.1 Análisis de Conocimientos Actitudes y Practicas en HSH de los entrevistados	30
8.1.1 Características sociodemográficas.....	30
8.1.2 Comportamiento sexual de riesgo de Los Entrevistados.....	34
8.1.2.1 Accesibilidad y Disponibilidad de condones y uso de lubricantes	34
8.1.2.3 Conocimientos De La Prevención Del VIH	38
8.1.2. .3 .5 Conocimientos sobre Derechos	44
8.2 Análisis de Conocimientos Actitudes y Practicas En HSH Con Diagnostico VIH Positivos.....	46
8.2.1 Características Sociodemográficas De Los Seropositivos	46
8.2.2 Análisis De Conocimientos Actitudes Y Practicas En HSH Con Diagnostico VIH Positivos	47

8.2.2.1. Actividad sexual y tipos de pareja sexual	47
8.2.2.2 Conocimientos, antecedente y conductas de búsqueda de atención médica. Antecedentes clínicos, signos clínicos y diagnósticos de ITS.....	48
8.2.2.3 Acceso a la prueba de VIH y sus resultados	49
8.3 Indicadores para los entrevistados	50
Indicador 1: Conocimiento De La Prevención Del VIH.....	51
Indicador 2: Creencias Correctas Con Relación A La Transmisión Del VIH ..	52
Indicador 3: Relación Sexual Con Parejas Múltiples En Los Últimos Seis Meses.....	53
Indicador 4: Número De Parejas Que Tienen Relaciones Sexuales En Los Últimos Seis Meses.....	53
Tabla 35. Número De Parejas Que Tienen Relaciones Sexuales En Los Últimos Seis Meses.....	54
Indicador 5: Utilización Del Condón En La Última Relación Sexual	54
Tabla 36. Utilización Del Condón En La Última Relación Sexual.....	55
Indicador 6: Utilización Regular Del Condón En La Relación Sexual.....	55
Tabla 37. Utilización Regular Del Condón En La Relación Sexual	56
Indicador 7: Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales de Riesgo Con Hombres y Mujeres	56
Tabla 38. Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales De Riesgo Con Hombres Y Mujeres	57
Indicador 8: Hombres Que Solicitan Voluntariamente Las Pruebas De VIH ..	57
9. Conclusiones.....	65
10. Recomendaciones.....	67
11. BIBLIOGRAFIA	68

TABLAS

Tabla 1. Participantes por grupos de edad.....	30
Tabla 2. Participantes según nivel educativo.	31
Tabla 3. Participantes por estrato.....	31
Tabla 4 Participantes según dedicación actual.	32
Tabla 5. Participantes según seroprevalencias.	32
Tabla 6. Participantes según Afiliación a Seguridad Social.....	32
Tabla 7. Prevalencia de ITS por grupo etéreo.....	33
Tabla 8. Entrevistados según prácticas sexuales y uso de barreras.....	37
Tabla 9. Conoce a alguien que tenga VIH o haya muerto por SIDA	39
Tabla 10. Pueden protegerse las personas a si mismas del VIH usando correctamente condón.....	39
Tabla 11. Puede una persona infectarse con VIH por la picadura de un mosquito	40
Tabla 12. La fidelidad de la pareja protege de la Infección por VIH	40
Tabla 13. La abstinencia protege de la Infección por VIH	41
Tabla 14. Se sabe que una persona tiene VIH por su aspecto físico	41
Tabla 15. Posibilidad de infectarse donando Sangre	41
Tabla 16. Considera que ha estado en riesgo de infectarse con VIH.....	42
Tabla 17. Alguna vez le han diagnosticado infección de transmisión sexual	42
Tabla 18. Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual	43
Tabla 19. Quién lo abusó sexualmente?	43
Tabla 20. Discriminación	43
Tabla 21. Legalidad de la homosexualidad en Colombia	44
Tabla 22. Conoce sus derechos.....	44
Tabla 23. Conoce alguna Ley que proteja los derechos de personas con VIH	45
Tabla 24. Ha hablado con profesionales de la salud acerca de su orientación sexual.....	45
Tabla 25. Diagnósticos de VIH por estrato	46
Tabla 26. Nivel educativo por grupo de edad y diagnostico de VIH	46
Tabla 27. Seropositivos para VIH, Afiliación Seguridad Social.....	47
Tabla 28. Seroprevalentes según síntomas ITS en los últimos 12 meses	48
Tabla 29. Diagnostico previo de Infecciones de Transmisión Sexual.....	49
Tabla 30. Se ha realizado la prueba de VIH anteriormente.....	49
Tabla 31. Seropositivos según quien sugirió la prueba	50

1. Introducción

En América Latina, el 26% de las infecciones por el VIH en 2005 se registraron en varones que tienen relaciones sexuales con varones, mientras el 19% en consumidores de drogas intravenosas (ONUSIDA, 2006). La importancia de analizar los comportamientos de riesgo, como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones; continua demostrando que los altos índices de la infección siguen concentrados en estos grupos poblaciones de riesgo.

Por ello, se debe enfocar la atención de los programas de promoción y prevención en los grupos de alto riesgo, en este caso; en los hombres que tienen sexo con hombres. En el año 2006, la Secretaría Ditrital de Salud junto con la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida y ONUSIDA realizaron un estudio con la finalidad de determinar la prevalencia en VIH, Sífilis y Hepatitis B en hombres que tienen sexo con hombres.

En este estudio se pretendió indagar sobre los determinantes sociales que hacen vulnerables a los hombres que tienen sexo con hombres en la ciudad de Bogotá. Se sabe que la estigmatización de la sexualidad, especialmente de la homosexualidad, se nutre de la invisibilidad social en la que se la ha ubicado históricamente, y a su vez contribuye a perpetuarla. El pertenecer a grupos marginales, sin acceso a la información y con discriminación social, hace que los hombres que tienen sexo con hombres sean más vulnerables; por no tener la posibilidad de ingresar a los programas eficaces de tratamiento y prevención para su protección personal, ni el acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud.

Al revisar bibliográficamente este grupo poblacional, se observa que *“La evidencia disponible muestra una mayor prevalencia del VIH/sida en esta población, la*

presencia significativa de prácticas sexuales no protegidas y el potencial de convertirse en puente para la transmisión del VIH a sus compañeras heterosexuales” (Onusida, 2000). Según la OPS “Más de un tercio de los casos de SIDA notificados a los organismos pertinentes con información sobre probable vía de transmisión son explicados por probable transmisión sexual de un varón a otro” (OPS, 2000).

Con respecto a factores como *“La vulnerabilidad de las personas que tienen sexo con personas de su mismo sexo es función del estigma, la discriminación, la falta de representatividad política, la marginación y la intolerancia social que propician la clandestinidad de los encuentros y la negación de la propia sexualidad (ONUSIDA 2005),* factores que llevan a la necesidad de indagar más sobre estos determinantes sociales.

En este sentido, se determinó que la población objeto del estudio; serían los hombres que tienen sexo con otros hombres. Para ello se identificaron 140 centros de homo socialización de los cuales se visitaron 70, en estos sitios se realizó la promoción del estudio y se les invitaba a participar en el mismo. También se utilizaron como medios para contactar a la población periódicos y revistas. Se realizaron 641 encuestas CAP (conocimientos actitudes y prácticas) de las cuales fueron validas para el estudio 630. Se tomaron muestras de sangre para análisis de VIH e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) de cada uno de las personas entrevistadas.

El instrumento utilizado fue un cuestionario con preguntas sobre aspectos sociodemográficos, identidad sexual, derechos, prácticas y conocimientos sobre sexo seguro, consumo de drogas y alcohol.

Los participantes del estudio asistieron voluntariamente a la sede de la Liga Colombiana Contra el Sida de la ciudad de Bogotá, donde diligenciaron los documentos y la encuesta CAP y allí se llevó a cabo la toma de muestra. Todos

los participantes diligenciaron y entregaron los cuestionarios, los consentimientos informados y se les tomo muestra de sangre entre abril 15 y junio 10 del 2006. Posteriormente la muestra fue enviada al Laboratorio de Salud Publica de la Secretaría Distrital de Salud para su análisis respectivo.

2. Antecedentes

La aparición de nuevos casos de infección por el virus de VIH en un 90% de los casos es por contacto sexual sin protección (Idemyor V. 2002). Por lo tanto, la transmisión de la infección de virus de VIH /SIDA, está relacionada con aspectos de comportamientos individuales que colocan a las personas en situaciones de riesgo ante la infección por el VIH. Entre estos aspectos comportamentales se encuentran las relaciones sexuales entre varones, se presenta en la mayoría de las sociedades, aunque, por diversos motivos, son relaciones negadas y condenadas por la sociedad (ONU, 1999). Esta negación y discriminación conduce a un grado variable de visibilidad pública del sexo entre hombres y a la clandestinidad de este tipo de relaciones, lo que incrementa la vulnerabilidad de este grupo hacia la infección por el VIH (IZAZOLA, 1999).

En los hombres que tienen sexo con hombres su identidad sexual, la determina el papel que desempeñan en el coito anal (ONUSIDA, Suiza 2006). Existe un elevado porcentaje de HSH que son casados o mantienen relaciones sexuales también con mujeres. Este comportamiento bisexual parece ser frecuente en algunas sociedades, como América Latina (ONUSIDA, 2005). A nivel mundial, al menos de 5% a 10% de los casos de infección por VIH se deben a transmisión sexual entre varones (ONU, 1999).

El coito anal es la práctica sexual más usada por los HSH, práctica con alto riesgo de transmisión de VIH tanto para el receptor como para el miembro activo, cuando no se utiliza condón. Debido a que la mucosa rectal puede lesionarse fácilmente con este tipo de práctica sexual y permitir de esta manera la entrada del virus.

Además, ha sido sugerida la posibilidad de que la inmunidad natural al VIH de las células del revestimiento rectal, sea menor que la del revestimiento vaginal (Fundación Mexicana para la Salud, 1999).

Entre las practicas sexuales en este grupo de HSH el contacto buco genital es común, la evidencia actual en este tipo de práctica, señala que igualmente, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) no tratadas, como la sífilis, gonorrea o clamidiasis, pueden aumentar considerablemente el riesgo de transmisión del VIH, cuando éste también está presente (Lancet, 1994). Se ha establecido que las personas que presentan sífilis tienen un riesgo de 2,9 veces más de tener VIH y el VIH se ha aislado también en los exudados de úlceras genitales en hombres y mujeres.

En los países del Caribe la epidemia del VIH se ha propagado por contacto heterosexual mientras que en la mayoría de países de América Latina, la epidemia se considera aún de tipo concentrado. La epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos poblacionales de alta vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes no es superior a 1% y afecta mayoritariamente a grupos específicos de población: hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas y población vinculada al comercio sexual. En los países Andinos la epidemia se concentra principalmente entre HSH. (ONUSIDA, 2005).

En Colombia, la epidemia del VIH/SIDA mantiene un patrón dominante de transmisión sexual, se observa una progresiva tendencia a la generalización de la epidemia, particularmente en las regiones donde la transmisión por contacto heterosexual predominaba ya desde comienzos de los noventa (Onusida, 2004).

El presente trabajo busca determinar los conocimientos, actitudes, prácticas sexuales, habilidades de prevención y percepción de riesgo en relación a la epidemia del VIH/SIDA, en un grupo de hombres que tienen sexo con otros

hombres (HSH) así como Identificar factores particulares y sociales asociados al riesgo de los hombres gay HG y los HSH en Bogotá.

En el estudio de prevalencia y de comportamientos realizado en Bogotá en el año 2000 con una muestra intencional de 660 HSH, visitantes frecuentes de sitios de encuentro gay localizados en el centro de Bogotá, se encontró una seroprevalencia de 18%. En el presente estudio se espera una reducción en la prevalencia (de 18% a 13%) esto se debe en parte a que en el primer año el criterio de inclusión no discrimina por un diagnóstico previo de VIH.

3. Justificación

Aproximadamente 5 millones de nuevos casos se infectaron con el virus de VIH en el mundo durante el año 2005 (OPS, Diciembre 2005), se estima que el número total de personas que vivían con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha alcanzado su nivel más alto de 40,3 millones y con pérdidas humanas de 25 millones (Onusida, OPS 2005). Según el informe de Onusida y la Organización Panamericana de la Salud en América Latina se ha incrementado el número de personas que viven con la infección del VIH de 1,4 a 1,8 millones y se estimó que en el 2005, fallecieron aproximadamente 66.000 personas por esta causa y se registraron 200.000 nuevos casos de infección por el VIH, en el grupo de jóvenes de 15 – 24 años, encontrándose que el 0,4% de los casos fueron mujeres y el 0,6% correspondieron al grupo de los hombres que vivían con la infección del VIH en 2005.

La epidemia de VIH/SIDA continúa creciendo y se siguen reportando pérdidas de seres humanos por esta causa. Con el transcurrir del tiempo se convirtió en un problema de salud pública para la humanidad debido a su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto y el reto más importante de la salud pública mundial es contener efectivamente esta epidemia.

La transmisión de la epidemia de la infección de VIH se está produciendo por factores sociales como de pobreza y migración generalizadas, información insuficiente acerca de las tendencias de la epidemia fuera de las grandes zonas urbanas y homofobia. Concretamente, en muchas de las epidemias de América Latina, el papel de las relaciones sexuales sin protección entre varones tiende a negarse e ignorarse públicamente en las estrategias para afrontar el VIH, sobre todo en América central y la región andina de Sudamérica (Cohen, 2005). Las relaciones sexuales sin protección entre varones representan hasta el 25-35% de los casos de SIDA comunicados en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú (Montano et al., 2005).

Al hacer la comparación de los estudios realizados en HSH en Colombia con los realizados en América Latina, se observan resultados parecidos con una prevalencia del 18 % en Perú (Suárez - Ognio L. Pun Mónica - Chicoma Hugo. Perú Ministerio de Salud), en el Salvador fue del 18%, Nicaragua presento una prevalencia 9% y en Panamá fue del 8% (ONUSIDA/OMS, 2005, <http://www.varelaenred.com.ar/estadist-vih.htm>), Un estudio en siete países de América Central en HSH encontró prevalencias de infección por VIH entre 8 y 18%. Otro estudio reciente realizado en Honduras en población de HSH mostró una prevalencia de infección por VIH de 13% junto a un reducido uso de preservativo, gran número de parejas sexuales y baja percepción del riesgo, (ONUSIDA, 2005. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA)

En la actualidad Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento. Sin embargo, la población colombiana también enfrenta condiciones de vulnerabilidad derivadas de factores socioeconómicos como la pobreza, el desplazamiento

interno, la marginalidad y la desigualdad de género que inciden en el crecimiento de la epidemia y podrían contribuir a su generalización.

En Colombia, en conjunto, la prevalencia del VIH según el estudio de la vigilancia centinela a mujeres embarazadas fue del 0,65% en 2005, mostró un incremento respecto al 0,24% en 1999. Aunque la mayoría de los nuevos casos de VIH comunicados sigue correspondiendo a los varones, la razón varón/mujer se ha estrechado de 10:1 a comienzos de los años 90 a 2-3:1 en 2003-2005 (VIH/SIDA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006).

Las relaciones sexuales entre hombres continúan siendo un importante factor de riesgo para VIH/SIDA en Colombia. Un estudio seroepidemiológico transversal y la realización de la encuesta de conocimientos actitudes y prácticas realizado por la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA(L.C.L.C.S), el Instituto Nacional de Salud y el Centro de Enfermedades infecciosas de la Naval de USA(NMRCD), en el año 2000, estimó una prevalencia del 18% en 651 HSH estudiados, y la presencia de multifactores de vulnerabilidad frente a las ITS-VIH/SIDA, lo que evidenció que en la Ciudad de Bogotá la epidemia de VIH/SIDA se halla concentrada en este segmento poblacional.

Como respuesta a la necesidad de medir el comportamiento de la infección por VIH en HG y otros HSH, de continuar realizando un trabajo preventivo encaminado a incidir en la disminución de la vulnerabilidad multifactorial de estos grupos en Bogotá frente a las ITS-VIH/SIDA, de iniciar un proceso que se inserte en los objetivos planteados en el Plan Estratégico Nacional 2003-2006 y en el Plan de desarrollo Distrital 2004-2008 que busca evitar la expansión del VIH-SIDA manteniendo la prevalencia en 0.5% o menos y fortaleciendo los programas para su prevención, el equipo de trabajo integrado por La Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida, la Secretaría Distrital de Salud y ONUSIDA realizaron un estudio centinela de vigilancia epidemiológica de segunda generación para medir

la prevalencia de la infección por VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres en la Ciudad de Bogotá, cuyos resultados tiene por finalidad presentar este documento.

4. Objetivos

- Estimar la prevalencia de VIH, la Hepatitis B y Sífilis en hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la Ciudad de Bogotá.
- Explorar los factores de riesgo y/o protectores asociados a la infección por VIH y otras ITS a través de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas.
- Ofrecer Información sobre las ITS-VIH/sida a los HG y los HSH a través de materiales de comunicación social en salud.
- Promover una sexualidad sana, autónoma y responsable entre los HG y los HSH en Bogotá a través de estrategias educativas.
- Derivar a los HG y los HSH que resulten positivo frente al examen ELISA y confirmado con WESTERN BLOT para VIH a la red de seguridad social en salud Distrital y a la red colombiana de personas viviendo con VIH para que reciban un soporte que les permita enfrentar su diagnóstico
- Ofrecer a través de SDS tratamiento a los HG y los HSH que resulten reactivos frente al examen para Sífilis.

5. Marco Legal y Ético

El proyecto se sustenta en el marco conceptual y normativo colombiano y en acuerdos, declaraciones, resoluciones, pactos y metas internacionales, que estipulan los aspectos éticos de las investigaciones biomédicas, las investigaciones socioculturales, el manejo y la atención de la epidemia de VIH/SIDA.

Cumpliendo con lo estipulado en el Decreto 1543 de 1997 “Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

(VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”.

El Decreto 3518 de 2006 *“Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”*. Además, con lo reglamentado en el artículo 8º sobre privacidad, de la Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas del Ministerio de La protección Social en consonancia con las recomendaciones internacionales en especial la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial y los derechos de los sujetos que participan en estos trabajos de investigación. También se cumplió con la reglamentación exigida para el consentimiento informado por la Resolución 13437 de 1.991 del Ministerio de Salud Publica, por la cual de adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

5.1 Aspectos Éticos

Los instrumentos utilizados en el estudio centinela sobre la Prevalencia de VIH de HSH y otras ITS, se encontraban avalados por un grupo focal de 10 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de Washington y de el Instituto de Investigación de enfermedades tropicales de la Naval de Estados Unidos (NMRCDC), sin embargo fueron sometidos nuevamente a revisión y aprobación por el Comité de Bioética de la Liga colombiana de Lucha Contra el SIDA y Procrear.

Para el estudio centinela sobre la Prevalencia de VIH de HSH y otras ITS en Bogotá en el 2006 se conformó el comité técnico, por delegados de la Secretaria Distrital de Salud, área de Vigilancia en Salud Pública, de Acciones en Salud y Laboratorio de salud Publica, el asesor para Colombia de ONUSIDA y el Director y coordinador de proyectos de la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida, el cual determinó el procedimiento a seguir, cumpliendo con la normatividad nacional e internacional vigente, determina que una vez aplicados y aceptados los instrumentos como: la encuesta CAP, la autorización para participar en el estudio de investigación, la

asesoría para prueba de VIH y finalmente el consentimiento informado para la toma de la muestra de sangre; la persona que acepta, diligencia los documentos y se le toma la muestra de sangre para ser remitida al LSP de la SDS, hace parte del estudio. Los documentos anteriores se guardan en estricta confidencialidad y seguridad, siendo autorizados para su consulta, solamente por el comité técnico definido como los investigadores principales y secundarios. Los datos registrados en los documentos son anónimos están relacionados solamente por un código igual para la encuesta, autorización, consentimiento informado, la muestra de suero y finalmente los resultados de laboratorio. Los participantes del estudio con diagnóstico positivo para cada patología investigada se asesoraron en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, derechos humanos y se garantizó su proceso de afiliación para quienes no tenían seguridad social en salud y su posterior ingreso al los programas de VIH en cada EPS. También se les proporcionó tratamiento para las personas que se diagnosticaron con Sífilis, a los cuales se les suministró el medicamento en la Liga Contra el Sida.

La confidencialidad del estudio y resultados del mismo se garantizan por el manejo de códigos los cuales no se relacionan con los datos consignados en los documentos diligenciados. La confidencialidad de los participantes fue la mayor prioridad. Un sistema anónimo-ligado fue utilizado. Los resultados VIH (+) fueron reportados por la Secretaría Distrital de Salud al Ministerio de la Protección Social y/o Instituto Nacional de Salud (INS) SIVIGILA, de una manera anónima siguiendo las normas legales en el país, de tal forma que este estudio no presento conflicto o dificultades para las organizaciones participantes.

Las muestras de sangre se remitieron bajo el código el cual se le entregó a cada participante. Al recibir el resultado se manejó bajo el código asignado y solamente el asesor que realizó la consejería posprueba conoció el participante y su resultado.

Se obtuvo consentimiento para participación en el estudio con firma y huella digital del índice derecho antes de diligenciar la encuesta, también los participantes

firmaron un consentimiento informado al terminar la asesoría pre - prueba cuando tomó la decisión definitiva de tomarse la muestra de sangre, a cada uno se le ofreció una copia del consentimiento informado.**(no se hizo entrevista, la persona diligenció individualmente la Encuesta CAP).** A Todos los participantes se les realizó asesoría pre prueba para la toma de la muestra y asesoría post prueba para la entrega del resultado independientemente si este era positivo o negativo.

El diligenciamiento de la encuesta, la asesoría pre prueba y toma de muestra de sangre se realizaron en un consultorio privado. El sitio de toma de muestras se adecuó según los lineamientos dirigidos por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud. En la entrega de los resultados mediante asesoría pos prueba se derivaron los participantes con resultado positivo al asesor legal para ingreso al SGSSS y/o ingreso al programa de VIH del sistema en caso de encontrarse afiliado a algún régimen. También se remitieron a consulta con Infectología para los casos de diagnóstico positivo en VIH y VHB, los pacientes con resultado reactivo para Sífilis fueron orientados y tratados por un medico en la Liga Colombina de Lucha contra el Sida, en donde se les suministro el tratamiento indicado.

Se registró fecha de diligenciamiento de la encuesta, fecha de la asesorías pre y pos prueba, fecha de toma de muestra de sangre y fecha de entrega de resultado. Los documentos reposan en un sitio bajo llave y solo pueden ser consultados por el Director de la Institución y el Coordinador del Proyecto.

6. Marco Teórico

6.1 Sistemas de Vigilancia en Salud Pública

Los sistemas de vigilancia de salud pública son medios muy importantes que nos permiten tomar decisiones basados en datos, a fin de invertir en forma eficiente los escasos recursos. En el área de la vigilancia de VIH, el propósito es prevenir la transmisión de la infección por VIH. Cuando se desarrollan sistemas de vigilancia para enfermedades prevenibles como las enfermedades por transmisión sexual, el énfasis se dirige a entender qué factores son los que afectan el tratamiento rápido y efectivo, así como la prevención de futuros episodios.

Un sistema de vigilancia centinela focalizado en grupos con conductas de alto riesgo se diseña con el propósito de ayudar a entender los patrones de comportamientos.

Teniendo en cuenta esto, podemos mejorar la cobertura de grupos poblacionales que reúnen ciertas características. A esto se le llama focalización. La focalización nos permite desarrollar intervenciones educativas apropiadas y atractivas, las cuales se espera sean más efectivas a fin de ayudar a la población a reducir su riesgo de adquirir una ITS o el VIH. Cuando la focalización se planifica es efectiva. La focalización nos permite además ejecutar mejor los recursos, obteniendo un mayor impacto.

Cuando la vigilancia de comportamientos es repetida en el tiempo, nos permite ver los cambios de comportamiento que ocurren a largo plazo como resultado de las intervenciones. Por ejemplo en Colombia, la vigilancia de comportamiento ha permitido hacer la vigilancia con enfoque de los sistemas de vigilancia de segunda generación, cuyo fin es concentrar los recursos donde se necesitan para obtener la información mas útil y para disminuir la propagación de la infección por el VIH y brindar atención adecuada a las personas afectadas.

6.1.1. Vigilancia de Segunda Generación

El estudio se enmarca dentro de la vigilancia del VIH de segunda generación el cual no es un concepto nuevo ni algo diferente, es simplemente una “mejora” de

lo previamente establecido. Se fundamenta en la construcción sobre lecciones aprendidas en la primera década de la vigilancia del VIH. Pretende capturar la diversidad de las epidemias del VIH en diferentes áreas, considerando si el estado de la epidemia es de bajo nivel, concentrada o generalizada, e integrando la vigilancia biológica (SIDA, VIH) con vigilancia de “Riesgo” (comportamientos, ITS). La vigilancia de VIH de segunda generación busca nuevas metodologías y pretende mejorar las formas de utilizar la información epidemiológica sobre el VIH.

6.2 Indicadores

En relación a los indicadores los organismos internacionales y nacionales que manejan la problemática del VIH SIDA estandarizaron unos indicadores para mejorar el monitoreo y la evaluación de los programas de SIDA para que se puedan utilizar en los programas nacionales e internacionales para monitorear el progreso en los esfuerzos por alcanzar los objetivos de prevención promoción y atención del VIH, los cuales se publican en la Guía para el monitoreo y evaluación de los programas nacionales de SIDA, de MEASUREE evaluation/ONUSIDA/OMS, que están disponible en Internet en: <http://www.unaids.org>.

Los Indicadores establecidos para este estudio se basaron en las encuestas de Vigilancia del comportamiento (EVC) en riesgo al VIH, publicado en el año 2000 por el Departamento para el desarrollo Internacional, en el cual se definen aspectos esenciales del comportamiento en la diseminación del VIH, compararán los niveles del comportamiento de riesgo entre los distintos grupos de poblaciones, con el propósito de que se puedan tomar decisiones sobre la asignación eficiente de recursos para la prevención del VIH. Los comportamientos que directamente influyen la epidemia del VIH son los comportamientos que determinan la posibilidad de que una persona no infectada entre en contacto con una persona infectada el cual se determina por el número y el tipo de sus parejas sexuales o por intercambio de agujas y que la transmisión del VIH ocurra si se da ese

contacto. El comportamiento sexual se determina principalmente por los niveles de utilización del condón y también factores tales como la presencia de ITS, que a su vez son influenciadas por el comportamiento en la búsqueda de tratamiento. En la inyección de drogas, la posibilidad de transmisión es determinada por las prácticas de compartir el equipo.

Por lo que se hace necesario seleccionar los indicadores que deben medir los aspectos del comportamiento de riesgo, tienen que ser importantes para el trabajo del programa, deben ser fáciles de interpretar.

Todos los indicadores que se seleccionaron para este estudio se han escogido cuidadosamente, el numerador, el denominador y el período de referencia de tiempo se definieron con precisión, se presentan por grupo de edad y por estrato socioeconómico de la vivienda en la que habita el entrevistado. Muchos de los indicadores, hacen distinción entre las relaciones sexuales y las relaciones sexuales anales, la mayoría de las preguntas formuladas en la encuesta solo hacen referencia a relaciones sexuales, por ello los indicadores están ajustados a este limitante.

7. Materiales y Métodos

Para la definición de criterios se creó un comité técnico integrado por profesionales del laboratorio de Salud Pública del Distrito, profesionales especializados del área de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, el asesor para Colombia de ONUSIDA y los coordinadores de proyectos y el director de la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida. Este grupo determinó el tipo de estudio a realizar el cual definió un estudio de corte transversal midiendo una seroprevalencia de punto.

7.1. Muestra Poblacional

El comité técnico definió la muestra a estudiar basándose en la asesoría de la Universidad de Washington de la siguiente manera; tomando datos del estudio realizado en HSH en el 2000 el cual reportó una prevalencia del 18 %, para el cual se tomó la población masculina sexualmente activa en Bogotá, como denominador se tomaron los datos estimados sobre la cantidad de HSH que existen en la población mundial, entre el 5% y 10% del total de la población, se tomaron datos del Estudio Nacional de Salud Mental y uso de PSA en el que se reporta un comportamiento homosexual en el 0.89% y un comportamiento bisexual de 0.77%. Con base en los resultados del estudio anterior se planteo una prevalencia esperada de 16%, precisión =+/-3%. Por ello se presupuesto hacer 574 encuestas, finalmente se realizaron 632 en el tiempo estipulado, y fueron validas 630 para el estudio.

El Laboratorio de salud Pública definió los lineamientos, indicó las pruebas a realizar y su respectivo algoritmo, estandarizó la toma de las muestras mediante capacitación al equipo encargado de la toma, procesamiento inicial, almacenamiento y transporte de las mismas al Laboratorio. También realizó el manejo y control de calidad de las muestras de sangre en su totalidad.

7.2. Los criterios definidos por el comité fueron los siguientes:

7.2.1. Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años
- No tener un diagnóstico previo de infección por VIH
- Residir en la ciudad de Bogotá
- Pertenecer a cualquier subgrupo HSH (Gay, bisexual, transgénero y otros hombres que pertenecen a este grupo pero por trabajo sexual o culturalmente no se definen como homosexuales)

7.2.2. Criterios de exclusión

- Ser menor de 18 años

- Tener un diagnóstico positivo para VIH
- No residir en la ciudad de Bogotá
- No diligenciar la encuesta CAP
- No firmar la Autorización para Participación en el estudio de Investigación
- No firmar el consentimiento informado

7.3 Procedimientos operacionales del estudio

7.3.1 Etapas del proceso

Para que el estudio se desarrollara, debió primeramente ser aprobado por la autoridades de salud, luego por el Comité de Ética y fue necesario realizar una serie de etapas para el desarrollo del proceso, que incluyeron la socialización del proyecto, capacitación local de recursos humanos, adquisición y provisión de los insumos, fase de campo y laboratorio, manejo de base de datos, análisis de datos, socialización de resultados.

7.3.2. Difusión

Para la socialización, se llevo a cabo la estrategia de divulgación para la captación de los participantes y talleres de capacitación para asesores y participantes del estudio.

La estrategia de divulgación se llevó a cabo por medio del instrumento de recolección de información para la actualización de sitios de homo socialización, además incluyó la visita a los sitios de encuentro HSH para entregar los materiales promocionales -afiche informativo en sus dos diseños, folleto informativo con un desprendible, con la información de la toma de la muestra para el estudio (Lugar, fechas, horas de atención), video clip en flash y video de sexo seguro-.

Para captar la atención de los bisexuales, se publicó un aviso en los clasificados del periódico El Tiempo, los días 28 , 29 y 30 de abril 2006, con el siguiente texto **“Hombres Bisexuales, Llamen Ya!, Pruebas para VIH, Sífilis y Hepatitis B, Gratis Teléfono 2454757, 018000117432 Cel: 312 4573219 “**. Esta publicación dio como resultado unas 30 llamadas de personas interesadas en el estudio.

También se publicaron avisos en algunas revistas dirigidas a población homosexual “Open Mind” y “Ventana G”, entre otras. Se subió la información continuamente en la pagina Web, www.bogotagay.com, y se dio una entrevista en el programa “Vivir Bien” en el canal City TV (ver base de datos visitas a sitios, video de entrevista televisiva). La difusión del proyecto se hizo continuamente llevando material informativo a población HSH en actividades como el día Gay en el Parque de diversiones, Salitre Mágico, fiestas y reuniones de grupos LGTB etc. (Sitios de homo socialización visitados: ver anexo)

7.3.3. Capacitación

Previa entrevista y selección de aspirantes con características especiales de personas sin prejuicios, sin homofobia y sensibles respecto a la problemática del VIH/SIDA en HSH de la ciudad de Bogotá, se dio entrenamiento a ocho personas en asesoría pre y pos prueba para VIH. La capacitación de 40 horas incluyó los siguientes temas:

- Clínica del VIH I: Información básica en VIH/SIDA
- Clínica del VIH II : Conceptos básicos antirretrovirales
- Sexualidades Humanas
- Derechos Sexuales
- Infecciones de transmisión sexual
- Situación mundial, nacional y local del VIH/SIDA (Epidemiología)
- Legalidad y VIH/SIDA

- Estrategias de prevención en VIH/SIDA
- Técnicas de asesoría
- Modelamiento en asesoría pre y pos prueba

7.3.4. Talleres

Todos los involucrados tanto instituciones como el personal que participó directamente en el desarrollo del estudio recibió capacitación.

Talleres (Pares Lambda) se vienen realizando semanalmente para el entrenamiento en los siguientes temas:

- Sexualidades humanas con enfoque de géneros.
- Información básica en ITS, VIH/Sida
- Derechos humanos y Derechos Sexuales.
- Metodología para el abordaje de HG y HSH en sitios de homosocialización.
- Procesos de promoción y prevención en ITS y VIH/SIDA.
- Sexo más seguro.

Se han capacitado 110 pares lambda y se continúa con el proceso de capacitación hasta llegar a los 120 pares capacitados con el fin de seleccionar doce (12) de los cuales ya se han identificado (5) que vienen participando en jornadas lúdicas, participando como facilitadores en los talleres de sexo seguro y en actividades como la marcha del orgullo gay que se llevó a cabo el día 2 de julio de 2006 en donde repartieron condones y lubricantes basados en agua a los participantes HSH de la marcha.

7.3.5. Talleres de Sexo más seguro

Se realizaron talleres, llamados de sexo mas seguro, con el fin de dar información y discutir con los participantes las mejores estrategias, para la protección en las

relaciones sexuales, evitar la infección por VIH y otras ITS; se convocaron a las personas para que participaran dos días por semana.

Los temas tratados fueron: correcto uso del condón, nivel de riesgo de las diferentes prácticas sexuales que se dan entre los HSH, autocuidado para las personas viviendo con VIH y otros aspectos relacionados con la vida sexual, la salud sexual y los derechos sexuales que atañen a esta población.

Se proyectaron películas se exhibieron videos de sexo más seguro de la Liga Sida y se llevaron acabo conversatorios.

7.4. Cajeros del Sexo Más Seguro CSMS

El cajero es un Instrumento creado por el equipo de la Liga Sida, con el fin de percibir los conocimientos individuales sobre VIH o ITS, se quiere que exista una relación interactiva con el usuario; consiste en que la persona que lo utiliza debe responder a cinco interrogantes acerca de VIH o ITS en una pantalla con “touch screen”, sensible al tacto, al contestar correctamente las cinco preguntas el cajero arroja un premio, dos condones y un lubricante a base da agua, las persona que no contesten correctamente deben reiniciar el procesos para lograr el premio. Cada pregunta tiene un refuerzo en el que se le explica porque es correcta o incorrecta su respuesta.

La receptividad del publico a los Cajeros del Sexo, ubicados en la universidad de los Andes, frente a la Secretaria Distrital de Salud fue buena.

7.4.1. Instrumentos y manuales

Se diseñaron tres instrumentos para la recolección de datos: un cuestionario con 82 preguntas para recolectar los datos socio -demográficos y de comportamiento; un cuestionario para colectar datos de antecedentes clínicos y del examen físico; y

una identificación especial para registrar el tipo de muestras biológicas obtenidas y anotar los resultados de las pruebas de laboratorio.

El cuestionario fue validado por los entrevistadores capacitados, se recolectaron datos sobre características sociodemográficas, comportamientos sexuales y vínculos con diferentes tipos de parejas, comercio sexual, experiencias relacionadas con ITS/VIH, conductas de prevención de salud relacionados con ITS/VIH, conocimientos y actitudes acerca de ITS/VIH, uso de drogas incluyendo alcohol y tabaco, actitudes hacia las personas afectadas por el VIH, así como exposición a mensajes de prevención.

Este instrumento fue construido y adaptado a partir de cuestionarios utilizados en estudios previos realizados a nivel internacional, regional y local, incluyendo aquellos desarrollados por la Universidad de Washington y Family Health International (Guías para las encuestas de vigilancia de comportamientos).

El cuestionario clínico fue aplicado por un médico capacitado en la técnica de aplicación del mismo y en la recolección de muestras.

7.5. Fase de Campo

En reunión de comité técnico, realizado en Liga Sida, se determinó que durante el abordaje se hiciera énfasis en los sitios de encuentro gay ubicados en zonas que no fueron incluidas, por baja densidad o inexistencia, en estudios anteriores (sitios de encuentro en estratos 1, 2 y 3.) Se determinaron las zonas a visitar de la siguiente manera:

- Zona sur
- Zona sur occidente
- Zona centro
- Zona centro internacional
- Zona Chapinero

Se realizaron visitas a 70 sitios de homosocialización en donde se solicitó permiso a los administradores para publicar los afiches y plegables. Se hizo entrega además de un video flash que los dueños y administradores de los sitios se comprometieron a pasarlo por lo menos tres veces por noche. Además del trabajo de campo se determinó realizar convocatoria por medios escritos como revistas y página web especializadas para población gay y debido a la dificultad de convocatoria del subgrupo bisexual se determina la publicación en periódico nacional. El subgrupo de Travestís se convocó en repetidas ocasiones haciendo visitas a sitios de trabajo y bares y discotecas, sin embargo la afluencia de estos no fue significativa para el estudio.

7.6.Procedimientos del Laboratorio

El procesamiento de la muestra definido por el comité bajo los lineamientos del laboratorio fue el siguiente: Se recuperó la alícuota de suero de las muestras rutinarias de laboratorio y su almacenamiento en un nuevo tubo, tapa roja, rotulado con un nuevo código no ligado a la información de identificación, siguiendo las recomendaciones internacionales.

7.6.1. Pruebas

Las muestras fueron procesadas inicialmente por quimioluminiscencia indirecta amplificada (HIV 1-2 de 5ª Generación Biomereux®) y luego, de ser positiva, por Western Blot (INNO LIA HIV I/II SCORE Western Blot Assay Biomereux®). A las pruebas de tamizaje se les realizó control de calidad con una prueba Elisa de antígeno-anticuerpo (HIV Bioemreux ®). Además se procesó la muestra para VBH con Antígeno de Superficie (Biomereux ®), confirmación de Ag (Biomereux ®) y para las pruebas con resultado no reactivo para Antígeno de Superficie se les realizó Core (Biomereux ®), para las pruebas con resultado positivo se confirmaron con ACS AG Superficie (Biomereux ®). Para Sífilis se contó con la Prueba RPR (Biogenix®) y confirmatoria con prueba treponémica TPPA (Biogenix®).

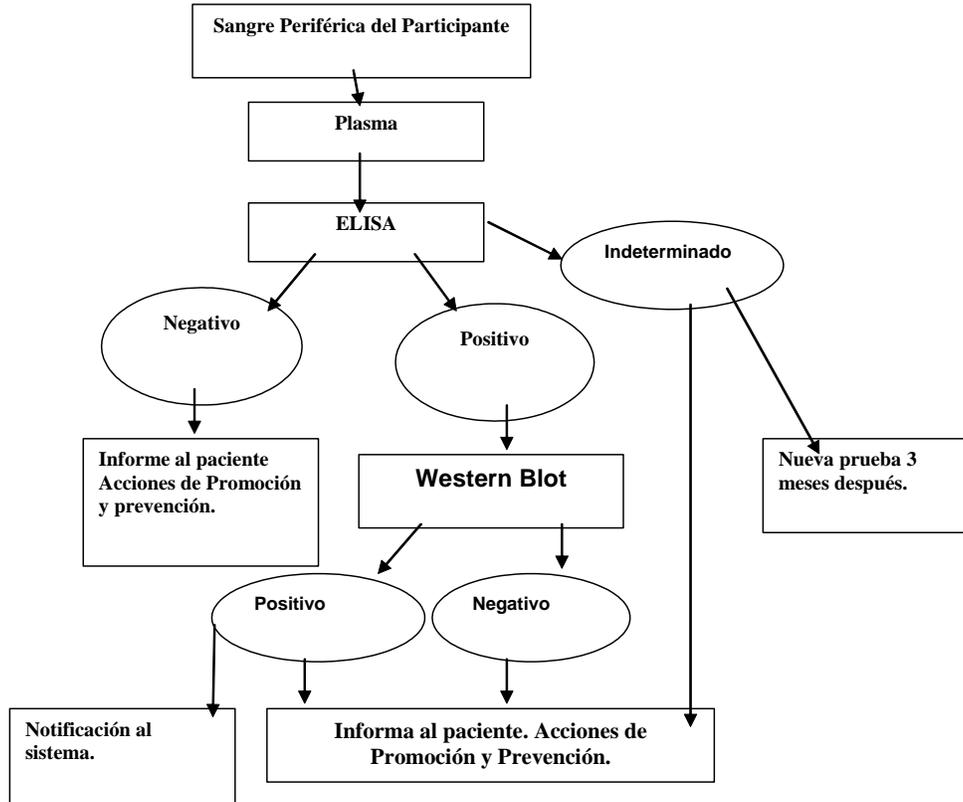
7.6.2. Manejo y almacenamiento de especimenes en el laboratorio

Se recolectaron 10 ml de sangre total en dos tubos tapa amarilla Veno Ject par garantizar los 5 ml del suero que se requerían en el Laboratorio para realizar la totalidad de pruebas para VIH, VHB y Sífilis. Después de tomada la muestra se dejó reposar por 30 minutos antes del centrifugado para la separación del suero. Las pruebas se centrifugaron por 15 minutos a 25.000 revoluciones por minuto. Luego las muestras fueron recolectadas en tubos tapa roja de plástico de 5 ml y congeladas a -20° C en el sitio de recepción de muestras, para ser enviadas al laboratorio de salud pública de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

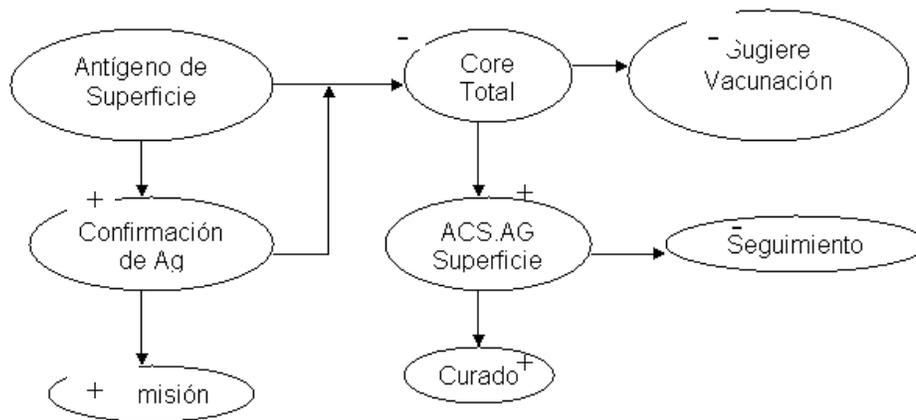
7.6.3. Algoritmo para prueba de VIH

ALGORITMO PARA VIH

Asesoría Pre test, firma de consentimiento informado
Diligenciamiento de cuestionario



7.6.7. Algoritmo para Hepatitis B



7.6.8. Transporte de muestras y manejo residuos

Para el manejo de residuos se usó el MANUAL DE BIOSEGURIDAD, Tercera Edición, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Ginebra, 2005 y los lineamientos sugeridos por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud. Para el transporte de desechos patógenos se hizo contrato con la empresa ECOCAPITAL.

7.6.9. Análisis de los datos

Los datos se transcribieron a una base de datos en EXCEL, se depuraron y se analizaron en el programa SPSS®, la base de datos fue supervisada por la Secretaría Distrital de Salud.

8. RESULTADOS

El estudio se realizó en dos etapas, la primera consistió en el diligenciamiento de una encuesta tipo CAP y la segunda en la toma de muestra de sangre para

identificar los seroprevalentes; la muestra poblacional estuvo constituida por 630 hombres que tienen sexo con hombres, todos residentes en Bogotá, identificados y/o auto identificados como gay el 84,6%(N=533), bisexual 11,7%(N=74), heterosexual 0,3%(N=2), no definido 1,6%(N=10) y no informan 1,7%(N=11), concentrados en los estratos 1,2 y 3, con edades entre los 18 y 70 años, de los cuales todos diligenciaron la encuesta y se tomaron la muestra de sangre para el análisis en el laboratorio.

8.1 Análisis de Conocimientos Actitudes y Practicas en HSH de los entrevistados

8.1.1 Características sociodemográficas.

Los participantes en el estudio de HSH tienen en su mayoría edades entre los 20-29 años, que corresponden al 51,9%(P=326/630), los mayores de 40 representan apenas el 10,5%(P=66/630). (Tabla No. 1).

Tabla 1. Participantes por grupos de edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 20	67	10.6	10.6
20 a 24	175	27.8	38.4
25 a 29	151	24.0	62.4
30 a 34	94	14.9	77.3
35 a 39	77	12.2	89.5
40 a 44	37	5.9	95.4
45 a 49	15	2.4	97.8
50 y más	14	2.2	100
Total	630	100	

Fuente: Base de datos Liga Sida.

El promedio de edad en el total de los HSH fue de 27 años y el valor más frecuente, o moda fue 20. Los participantes para hacer parte del estudio centinela debían tener mínimo 18 años.

Al relacionar el nivel educativo, la mayoría registro niveles educativos superiores, ya sean universitarios (48,4%, P=305/630) o técnicos (14,3%, P=90/630), seguido del 21,7% (P=137/630) de nivel secundario completo. Solo el 1,7% (P=11/630) reporto como nivel educativo primaria.

Tabla 2. Participantes según nivel educativo.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Universitario	305	48.4	48.4
Técnico	90	14.3	62.7
Secundaria completa	137	21.7	84.4
Parte de la secundaria	32	5.1	89.5
Primaria	11	1.7	91.3
Sin información	55	8.7	100
Total	630	100	

Fuente: Base de datos Liga Sida

Al revisar el estrato social (tabla No 3) al cuál pertenecen las personas entrevistadas del estudio centinela, se encuentra que un poco mas de la mitad de los participantes, 53,3% (N=336) pertenece al estrato 3, el 27% (N=170) corresponde a los estratos 1 y 2 y el 19,7% (N=124) se ubican dentro de los estratos 4 y 5.

Tabla 3. Participantes por estrato

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 y 2	170	27.0	27.0
3	336	53.3	80.3
4 y 5	124	19.7	100

Fuente: Base de datos Liga Sida.

Con respecto a la ocupación de los HSH entrevistados, un 52,9% (P=333/630) trabaja, algunos lo combinan con el estudio 19,4%(P=122/630). El

17,6%(P=111/630) de los HSH solo estudia, y el 8,9%(P=56/630) no tiene ninguna ocupación.

Tabla 4 Participantes según dedicación actual.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabaja	333	52.9	52.9
Estudia y Trabaja	122	19.4	72.2
Estudia	111	17.6	89.8
No hace nada	56	8.9	98.7
No informa	4	0.6	99.4
Pensionado	4	0.6	100
Total	630	100	

Fuente: Base de datos Liga Sida.

Al considerar a aquellos que trabajan con los que estudian y trabajan, 72,2%(P=455/630), que representan la tercera parte del total, están generando algún tipo de ingreso.

Tabla 5. Participantes según seroprevalencias.

ITS	Frecuencia	Prevalencia
VIH	68	10.8
SIFILIS	76	12.1
VHB	19	3.0

Fuente: Base de datos Liga Sida

En relación a los exámenes realizados en los participantes de este estudio la prevalencia más alta fue la de sífilis que se diagnosticó en el 12%(N=76) de total de personas. El 10,8% (N=68) fueron positivos para VIH, y el 3%(N=19) para hepatitis B. Llama la atención la presencia de sífilis con el mayor porcentaje, teniendo en cuenta que es de fácil tratamiento y manejo médico.

Tabla 6. Participantes según Afiliación a Seguridad Social

Seguridad Social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EPS	389	61.7	61.7
ARS	37	5.9	67.6
SISBEN	66	10.5	78.1
No afiliado	113	17.9	96.0
No informa	17	2.7	98.7
Otro	8	1.3	100
Total	630	100	

Fuente: Base de datos Liga Sida

Del total de participantes en el estudio, están afiliados a EPS el 61,7% (P=389/630) y tienen carnés de SISBEN el 10,5% (P=66/630), el 5,9 % (P=37/630) están afiliados al régimen subsidiado y no están afiliados a ningún sistema de seguridad social el 17,9% (P=113/630).

En relación al estado civil se encontró que el 90% (P=567/630) son solteros, el 1,4% (P=9/630) casados y el 4,44%(P=28/630) vive en unión libre.

Tabla 7. Prevalencia de ITS por grupo etáreo.

Edad	VIH	%	VHB	%	Sífilis	%
Menos de 20	7	10.4	1	1.5	4	6.0
20 a 24	16	9.1	5	2.9	15	8.6
25 a 29	19	12.6	7	4.6	21	13.9
30 a 34	13	13.8	1	1.1	15	16.0
35 a 39	6	7.8	5	6.5	12	15.6
40 a 44	6	16.2	0	0.0	6	16.2
45 y más	1	3.4	0	0.0	3	10.3
Total	68	10.8	19	3.0	76	12.1

Fuente: Base de datos Liga Sida

Al revisar la distribución de los diagnosticados con ITS de acuerdo a la edad de los participantes, se observa que de las 630 muestras tomadas por el LSP se encontró en relación con la infección del VIH que la mayor prevalencia, estaba en el grupo de edad de 40 a 44 años con el 16,2%(P=6/37) seguido de los hombres de 25 a 34 años, Aún así se observa una alta prevalencia en los menores de 20 años (10,4%, N=7/67). Para verificar si existe una diferencia significativa entre

grupos de edad en la prevalencia de VIH, se realiza una prueba de diferencia de proporciones con un $\alpha=0,05$, para poder aplicarla en necesario tomar como un solo grupo a los mayores de 40 debido a los bajos tamaños de muestra (40 a 44, N=37 y mayores de 45 N=29); la prueba dio como resultado que no existen diferencias significativas por grupo de edad.

Al 3,0%(N=19) del total de los entrevistados se les diagnosticó hepatitis B, la mayor prevalencia por grupo etareo fue en los de 35 a 39 años con el 5,2%(P=4/77). En los mayores de 40 años no se presentó ningún caso.

El 12%(N=76) del total de entrevistados resultaron positivos para sífilis, la mayor prevalencia se encontró en los grupos de 30 a 34, 35 a 39 y 40 a 44 años con un valor cercano al 16%. Se debe resaltar el comportamiento similar para las infecciones por VIH y sífilis, en las edades de 20 a 35 años, en donde se concentra la mayoría de los casos.

8.1.2 Comportamiento sexual de riesgo de Los Entrevistados

8. 1. 2.1 Accesibilidad y Disponibilidad de condones y uso de lubricantes

Para propósitos de este estudio se consideraron dos tipos de compañeros sexuales, **las parejas estables y las no estables** teniendo en cuenta el tiempo de convivencia con el compañero sexual, 226 reportaron tener este tipo de pareja, con hombres fueron el 93,4%(N=211) y con mujer el 5,3% (N=12), los tres casos restantes no informan el género de su pareja. Casi la mitad de los que reportan una pareja estable llevan alrededor de un año o menos con su pareja (49,6%, P=112/226), el 32,3%(P=73/226) lleva entre 2 y 5, 14,2%(P=32/226) lleva más de 5 años con su pareja. El (4%, P=9/226) no reporta el tiempo que lleva con su pareja.

De los 630 entrevistados HSH el 52,1%(N=328) contestaron haber tenido relaciones sexuales con mujer y el 47,6% (N=300) contestaron no haber tenido relaciones sexuales con mujer, en los 6 meses anteriores al momento de la encuesta 68 HSH refirieron haber tenido relaciones sexuales con mujeres. Con lo que respecta al uso de condón en la última relación sexual con mujer en ese mismo periodo, las principales razones **para no utilizar condones** fueron: estaban muy excitados (N=27), no pensaron en el uso del condón (N=35), las demás respuestas valorativas, no indican indiferencia ante la posibilidad de contagio por su baja frecuencia, respuestas como: la compañera con la cual mantiene las relaciones sexuales no tiene VIH, el uso de condón no es seguro y la pareja es estable.

Los lugares definidos por los entrevistados HSH para conseguir compañeros sexuales fueron: Internet 31,9%(N=201), discotecas 33,5%(N=211), bares 46,5%(N=293), videos 22,4(N=141) saunas 23,5%(N=148), centros comerciales 17,6%(N=111), bibliotecas 5,1%(N=32), parques 10,6%(N=67), cines porno 6,6%(N=42).

En general 609 entrevistados HSH han **tenido relaciones sexuales con** hombres en los últimos 6 meses. El 19%(P=116/609) ha estado solo con un hombre, el 15,6%(N=95) con dos hombres, 31,8%(N=194) de 3 a 5 hombres, el 14,8%(N=90) no informan con cuantos hombres han estado, y los restantes estuvieron con 6 hombre o más. Referente a las relaciones sexuales con diferentes hombres en el ultimo mes contestaron que con solo un hombre el 57,9%(N=282/487), con dos hombres el 19,3%(N=94), con 3 hombres 9,0%(N=44), el 0,8%(N=4) no informa con cuantos hombres, y el 12,9 estuvo con 4 o mas hombres.

En lo referente al **uso de condón con la pareja**, el 24,3%(N=55/226) reportaron usar el condón siempre, el 37,2%(N=84) lo usa de manera irregular y 36,3%(N=82) nunca utilizan condón, no contestaron el 2,2%(N=5). Entre los 166

que no usa el condón, o que lo usan de manera irregular, alguna de las razones para no usarlo en la relación sexual con la pareja están: Acuerdo entre la pareja y el para no usarlo 5,4%(N=9), no les gusta 10,2%(N=17), la pareja esta sana 35,5%(N=59), no es necesario 9,6%(N=16), disminuye la sensibilidad 8,4%(N=14), por ser la pareja estable 36,7%(N=61), por confianza en la pareja 31,3%(N=52); por que no tiene VIH 6%(N=10), No pensaron 9%(N=15), estaban excitados 19,9%(N=33) y estaban bajo el efecto del alcohol y/o drogas 3%(N=5). La razones más frecuentes residen en el hecho de la seguridad que les da lo que denominan estabilidad con su pareja.

473 de los participantes reporto haber tenido parejas casuales en los últimos seis meses, al hacer referencia al uso de condón con este tipo de parejas, siempre usan condón 38,5%(N=182), el 53,3%(N=252) de forma irregular y el 8,2%(N=39) nunca utiliza condón.

Las razones por las cuales **no usaron condón en la última relación sexual con una pareja casual** fueron: Acuerdo entre la pareja 4,5%(P=13/291), no les gusta 5,2%(N=15), la pareja está sana 20,3%(N=59), no es necesario 10,3%(N=30), disminuye la sensibilidad 4,5%(N=13), por confianza 15,1%(N=44), por que no tiene VIH 2,7%(N=8), No pensaron 16,5%(N=48), estaban excitados 37,5%(N=109) y estaban bajo el efecto de alcohol y/o drogas 10,3%(N=30).

En referencia a la pregunta, **sí alguna vez de manera intencional ha tenido relaciones sexuales penetrativas sin usar condón?** (tirar a pelo o Barebacking), el 69,7% (N=439) afirmar realizar esta practica, el 4,8(N=30) no dio información.

Las prácticas sexuales que realizan con más frecuencia los HSH entrevistados indican que una gran parte de los entrevistados tienen comportamientos de alto riesgo con respecto al uso y a la frecuencia de uso del condón como método de barrera. Estas practicas son:

Tabla 8. Entrevistados según prácticas sexuales y uso de barreras.

Prácticas Sexuales		Frecuencia	Porcentaje
Penetrar sin condón	A veces	312	49.5
	Siempre	54	8.6
Ser Penetrado sin condón	A veces	250	39.7
	Siempre	40	6.3
Mamar sin condón	A veces	237	37.6
	Siempre	304	48.3
Ser Mamado sin condón	A veces	199	31.6
	Siempre	341	54.1
Lamer ano sin Barrera	A veces	191	30.3
	Siempre	142	22.5
Recibir Semen Boca	A veces	211	33.5
	Siempre	31	4.9
Depositar Semen Boca	A veces	273	43.3
	Siempre	31	4.9
Lluvia Dorada	A veces	53	8.4
	Siempre	2	0.3
Sexo en grupo	A veces	188	29.8
	Siempre	7	1.1
Intercambio de Parejas	A veces	71	11.3
	Siempre	3	0.5

Fuente: Base de datos Liga Sida

Del total de HSH que tienen **relaciones sexuales con hombres usan el condón solo en la eyaculación** el 7,9%(N=50) y lo usan todo el tiempo durante la penetración el 78,8%(N=497) y el 10,6%(N=67) no usan condón durante toda la relación.

El uso de lubricantes en las relaciones anales tiene la siguiente frecuencia: Siempre 27,5%(N=173), a veces el 34,8%(N=219), casi siempre 21,7%(N=137), y nunca usan 12,2%(N=77).

Los entrevistados HSH utilizaron el condón en las practicas sexuales por las siguientes razones: para prevenir el VIH lo realiza 79,8% (N=503), para prevenir enfermedades venéreas 39,2%(N=247), usan condón para proteger a su pareja 22,7%(N=143), comodidad 5,4%(N=34) y disfrutar plenamente 8,9%(N=56).

Uno de los accidentes mas comunes se pensaría que es la ruptura de un condón, referente a este hecho, 345 (54,8%) ha tenido este tipo de percance, de los cuales; el 95,4%(N=329) algunas veces, el 4,6%(N=16) muchas veces.

En relación a los sitios donde consiguen los lubricantes para las relaciones sexuales, más del 70% recurre a droguerías o supermercados, y casi el 15% en sex shop. Otro lugar mencionado son las residencias o moteles.

8.1.2.2 Compartir agujas, uso de drogas, consumo de alcohol antes o durante las relaciones sexuales

La practica **de compartir agujas** fue mínima, apenas el 0,8% (N=5) comparte agujas para el uso de drogas farmacéuticas o alucinógenas.

Dinámica general en cuanto al **uso de drogas**: el 29,5%(N=186) del total de los participantes HSH refirieron consumir algún tipo de droga; las sustancias que consumen son las siguientes: **heroína** 9 casos, **morfina** 3 casos, **marihuana** 131 casos, **cocaína** 95 casos, **Bazuco** 16 casos, **éxtasis** 43 casos, **rubinol** 21 casos, **inhales** 6 casos **hongos** 17 casos, **SpecialK** 11 casos, **poppers** 50 casos y **Cristal** 8 casos.

Los 442 entrevistados HSH contestaron afirmativamente con relación a la pregunta del **consumo de bebidas alcohólicas** (70,2%), de los cuales 29% (N=128) afirmaron que les facilita el contacto sexual y el 31,7% (N=140) reconocieron que a veces afecta la capacidad de tener sexo seguro.

8.1.2.3 Conocimientos De La Prevención Del VIH

En relación a la difusión de la de la información sobre el VIH, el estudio nos mostró ante la pregunta sobre, de quien recibió información sobre el uso del

condón y la prevención del VIH-ITS, si de la familia, la escuela, los amigos o los profesionales de la salud? Se evidenció que el medio nombrado con mayor frecuencia como fuente de información fueron los profesionales de la salud con el 58,8%(N=371), seguido de la escuela con el 47%(N=296), de los amigos con el 39,8%(N=251) y de la familia el 17,1%(N=108).

El 98,1%(N=618) de los entrevistados, han oído sobre VIH/SIDA y de los seropositivos de VIH el 100%.

Tabla 9. Conoce a alguien que tenga VIH o haya muerto por SIDA

Conoce alguien VIH /SIDA	Frecuencia	Porcentaje
Si	399	63.3
No	223	35.4
No sabe	8	1.3
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Casi la tercera parte de los entrevistados refiere conocer a alguien con VIH o que ha muerto por sida, esta proporción es 13,2% superior (76,5%, N=52) en los diagnosticados con VIH en este estudio.

Tabla 10. Pueden protegerse las personas a si mismas del VIH usando correctamente condón

Pueden protegerse las personas a si mismas del VIH usando correctamente condón	Frecuencia	Porcentaje
Si	550	87,3
No	32	5,1
No sabe	48	7,6
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Con respecto a la pregunta: las personas se protegen usando correctamente el condón?, el 87,1(N=549) respondió afirmativamente. Los HSH seroprevalentes se comportan de la misma forma, 89,7(N=61) respondió de forma afirmativa. Existe una alta percepción de que el uso correcto del condón si protege de la infección por VIH. Entre los motivos que se asocian al no uso de preservativo, está la pareja estable en donde debe existir el dialogo y se debe concretar el compromiso y la fidelidad mutua.

Tabla 11. Puede una persona infectarse con VIH por la picadura de un mosquito

Puede una persona infectarse con VIH por la picadura de un mosquito	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	6.0
No	454	72.1
No sabe	138	21.9
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Casi el 28% de los participantes no saben o afirman que la picadura de mosquito transmite el virus, el porcentaje en los diagnosticados es apenas un 1,4% inferior. Aún existe poca información y escasos medios de difusión sobre los aspectos relacionados con la transmisión del VIH.

Tabla 12. La fidelidad de la pareja protege de la Infección por VIH

La fidelidad de la pareja protege de la Infección por VIH	Frecuencia	Porcentaje
Si	417	66.2
No	141	22.4
No sabe	72	11.4
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Tanto en los seroprevalentes como en todo el grupo de estudio la fidelidad como fuente de protección contra el virus es aceptada aproximadamente por el 65%.

Tabla 13. La abstinencia protege de la Infección por VIH

La abstinencia protege de la Infección por VIH	Frecuencia	Porcentaje
Si	282	44.8
No	291	46.2
No sabe	57	9.0
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

En relación a la abstinencia como medio de prevención, no se observa una tendencia afirmativa o negativa. En el grupo de seropositivos los que toman la abstinencia como medio preventivo se reducen a 25%(P=17/68).

Tabla 14. Se sabe que una persona tiene VIH por su aspecto físico

Se sabe que una persona tiene VIH por su aspecto físico	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	7.8
No	487	77.3
No sabe	94	14.9
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Alrededor del 80% en el total de encuestados y de los diagnosticados, saben que no es posible identificar a una persona con VIH solo por su aspecto. Estas respuestas nos demuestran que existe una conciencia de que existe riesgo de adquirir la infección de VIH en las relaciones ocasionales, debido a la dificultad de tener signos probables o presumibles para el diagnostico de VIH especialmente por su aspecto físico.

Tabla 15. Posibilidad de infectarse donando Sangre

Posibilidad de infectarse donando Sangre	Frecuencia	Porcentaje
Si	315	50.0
No	258	41.0
No informa	57	9.0
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Hay 9 puntos de diferencia entre los que consideran que el VIH se transmite por donar sangre y los que no, esta diferencia es de 7,4% entre los diagnosticados con VIH.

Tabla 16. Considera que ha estado en riesgo de infectarse con VIH

Considera que ha estado en riesgo de infectarse con VIH	Frecuencia	Porcentaje
SI	524	83.2
NO	106	17.1
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 83,2%(N=524) de las personas considera que si ha estado en riesgo de infectarse. Entre los seropositivos el 82,4%(N=56) también lo consideran. Esto puede relacionar al no uso de condón con pareja estable y la falta de frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales. Hay que tener en cuenta que de todos modos existe una alta percepción del riesgo y además hay conciencia de los diferentes mecanismos de transmisión de la enfermedad por VIH.

Tabla 17. Alguna vez le han diagnosticado infección de transmisión sexual

Alguna vez le han diagnosticado infección de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
SI	180	28.6
NO	450	71.4
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Entre los seropositivos el porcentaje de diagnosticados con infecciones de transmisión sexual pasa al 35,3%(P=24/68). Se puede pensar en una aparente asociación de infección por VIH y otro tipo de enfermedades de transmisión sexual, a pesar de no ser tan alto sigue teniendo una prevalencia importante en este tipo de infecciones asociadas a VIH.

9.1.2.3.4 Entrevistados según abuso sexual, Discriminación social y violencia conyugal.

Tabla 18. Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual

Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual	Frecuencia	Porcentaje
SI	109	17.2
NO	521	82.4
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 17,2% del grupo ha sido víctima de abuso sexual. Considerando solo el grupo de seroprevalentes este valor es de 26,1%.

Tabla 19. Quién lo abusó sexualmente?

Quien abusó sexualmente	Frecuencia
Familiar	48
Amigo	30
Jefe	1
Religioso	3
Desconocido	26
No informa	1
Total	109

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 72,5%(N=79) fue abusado sexualmente por personas cercanas (amigos o familiares) y un 23,9%(N=26) por un desconocido. Las estadísticas demuestran que el 75% de los abusos sexuales son realizados por una persona del núcleo familiar.

Tabla 20. Discriminación

Lugares en los que consideran que has sido víctimas de	
Trabajo	53
Lugar de Estudio	98
Ejercito	8
Circulo Social	75
Familia	80
Otro	13

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 32,4%(N=204) de los HSH entrevistados consideran que han sido víctima de discriminación, y como se puede observar, los lugares en los que mas presenta este fenómeno es en los ambientes mas cercanos a la persona, como son su lugar de ocupación y su familia.

9.1.2. .3 .5 Conocimientos sobre Derechos

Tabla 21. Legalidad de la homosexualidad en Colombia

Legalidad de la homosexualidad en Colombia	Frecuencia	Porcentaje
Si	334	53.0
No	143	22.7
No sabe/No informa	153	24.3
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 53% (N=334) dicen que si es legal la homosexualidad en el país. Al realizar una clasificación por edad no se encuentran diferencias significativas entre los que afirman que la homosexualidad no es legal en Colombia. Por estrato tampoco se observan diferencias significativas.

Tabla 22. Conoce sus derechos

Edad	Conoce sus derechos		Total
	NO	Porcentaje	
18-19	43	64.2	67
20-24	105	60.0	175
25-29	70	46.1	152
30-34	40	42.6	94
35-39	42	54.5	77
40-44	20	54.1	37
45 y Mas	13	44.8	29
Total	333	52.9	630

Estrato	Conoce sus derechos		Total
	no	Porcentaje	
1 y 2	103	60.2	171
3	177	52.7	336
4 y 5	53	42.7	124
Total	333	52.9	630

Fuente: Base de datos Liga Sida

En cuanto a derechos, aquellos que los desconocen están levemente por encima de los que si. Visto por grupo de edad, se presentan diferencias significativas entre los menores de 24 y los de 25 a 34, el desconocimiento de derechos en el primer grupo esta alrededor del 62% mientras que en el segundo es cercano al 46%. Por estrato socioeconómico la diferencia es significativa entre los más altos y los más bajos, para los estratos 1 y 2 los que no conoces sus derechos son el 60,2% y los de 4 y 5 son el 42,7%.

Tabla 23. Conoce alguna Ley que proteja los derechos de personas con VIH

Conoce alguna Ley que proteja los derechos de personas con VIH	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	12.7
NO	550	87.0
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

La mayoría de los participantes desconoce la existencia de leyes que protejan los derechos de las personas con VIH. Considerando solo el grupo de seropositivos del estudio los resultados son similares (85,5%).

Tabla 24. Ha hablado con profesionales de la salud acerca de su orientación sexual

Ha hablado con profesionales de la salud acerca de su orientación sexual	Frecuencia	Porcentaje
SI	240	38.0
NO	390	61.7
Total	630	100

Fuente: Base de datos Liga Sida

Casi el 40% del grupo ha buscado orientación profesional, esto demuestra interés por parte de ellos en el buen manejo de su sexualidad, hecho que ayuda a prevenir los riesgos para salud como lo son las ITS.

8.2 Análisis de Conocimientos Actitudes y Practicas En HSH Con Diagnostico VIH Positivos

8.2.1 Características Sociodemográficas De Los Seropositivos

Tabla 25. Diagnósticos de VIH por estrato

Estrato	VIH	Prevalencias
1 y 2	20	11.8
3	36	10.7
4 y 5	12	9.7
Total	68	10.8

Fuente: Base de datos Liga Sida

Del 10,8 % de los entrevistados seropositivos para VIH, la mayor prevalencia del virus se encontró en los estratos 1 y 2, con el 11,8%. Realizando una prueba de diferencia de proporciones, no se presentan diferencias significativas de las prevalencias entre estos tres grupos.

Tabla 26. Nivel educativo por grupo de edad y diagnostico de VIH

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Universitario	27	8.9
Tecnico	14	15.2
Secundaria completa	17	12.4
Parte de la Secundaria	5	15.6
Primaria	1	9.1
Sin informacion	4	7.3
Total	68	10.8

Fuente: Base de datos Liga Sida

La mayor prevalencia se observa en aquellos con estudio técnico, pero con una prueba de diferencia de proporciones estas diferencias no son significativas.

Tabla 27. Seropositivos para VIH, Afiliación Seguridad Social

Afiliación	VIH	Prevalencia
EPS	39	10.0
ARS	4	10.8
SISBEN	8	12.1
No afiliado	16	14.0
No informa	0	0.0
Otro	1	12.5
Total	68	10.8

Fuente: Base de datos Liga Sida

De los Positivos para VIH están afiliados a EPS el 10,0 % (N=39) y tienen carnés de SISBEN el 12,1% (N=8), el 10,8 % (N=4) están afiliados al régimen subsidiado y no están afiliados a ningún sistema de seguridad social el 14% (N=16).

8.2.2 Análisis De Conocimientos Actitudes Y Practicas En HSH Con Diagnostico VIH Positivos

8.2.2.1. Actividad sexual y tipos de pareja sexual

En los hallazgos referentes a relaciones sexuales con mujeres, el 51,5%(N=35) afirma haber tenido relaciones sexuales con ellas alguna vez en su vida.

Nueve de los participantes han tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos seis meses y solo dos de ellos reportan relaciones con varias mujeres, esto permite disminuir el riesgo de contagio en mujeres.

Al analizar si la relación sexual tuvo como razón o propósito el recibir drogas, dinero o comida se observa que en la mayoría la respuesta de los seropositivos fue negativa (97% N=66, 86,8% N=59, 97% N=66 respectivamente), lo que significa que no tienen la relación sexual como medio de subsistencia es decir, como trabajadores sexuales.

En relación a la pregunta si ha tenido relaciones sexuales con hombres, en los últimos seis meses previos a la aplicación de la encuesta, respondieron afirmativamente el 98,5%(N=67). La mayoría de los infectados con VIH tienen entre 1 y 3 hombres en este período, siendo 1 la respuesta más frecuente, 45,6%(N=31).

De la muestra, 38,3 % (N=26) refieren que no tienen una pareja estable, 15 no informan si la tienen, y de los que la reportan, el 96,3%(N=26) refieren que tiene una pareja estable con hombre, solo uno reporta pareja estable femenina. Sin embargo, la mayoría de las personas con pareja que define este vínculo como estable, tienen relaciones de un año o menos (40,7%(P=11/27). De acuerdo con esta información y al bajo subregistro, el período de tiempo no marca la estabilidad de la pareja para los HSH.

La presencia de extranjeros y practica de relaciones sexuales en las parejas HSH en el presente estudio mostró que el 39,7%(N=27) de estas personas tuvieron relaciones sexuales con personas de otros países.

Como última observación, este estudio nos presenta que el número de parejas sexuales para este grupo de HSH oscila entre 1 y 4 (89,7%).

8.2.2.2 Conocimientos, antecedente y conductas de búsqueda de atención médica. Antecedentes clínicos, signos clínicos y diagnósticos de ITS

Tabla 28. Seroprevalentes según síntomas ITS en los últimos 12 meses

Sintomas	Frecuencia	Porcentaje
Ha tenido salida de pus o materia en genitales en los últimos 12 meses	6	8.7
Ha tenido salida de ulveras o llagas o en el ano en los últimos 12 meses	8	11.6

Fuente: Base de datos Liga Sida

De los HSH seropositivos entrevistados presentaron algún síntoma de ITS como: salida de pus o materia en genitales en los últimos 12 meses el 8,8%(P=6/68) y salida de úlceras o llagas en genitales o en el ano, el 11,7% (P=8/68). Ante la presencia de estos síntomas, nueve de ellos acudieron al médico, dos a la droguería y tres le consultaron a un amigo o familiar.

Tabla 29. Diagnostico previo de Infecciones de Transmisión Sexual

ITS	Si	No
Hepatitis B	1	67
Sífilis	3	62
Herpes	2	66
Gonorrea	9	59
Condiloma	7	61
Clamidia	2	66

Fuente: Base de datos Liga Sida

En los 24 HSH entrevistados seropositivos con diagnósticos de ITS, la gonorrea fue la más frecuente, seguido de condiloma y en tercer lugar la sífilis.

8.2.2.3 Acceso a la prueba de VIH y sus resultados

Tabla 30. Se ha realizado la prueba de VIH anteriormente

Se ha realizado la prueba de VIH anteriormente	Frecuencia
SI	35
NO	33
Total	68

Fuente: Base de datos Liga Sida

Cuando se indaga sobre si se han hecho la prueba de VIH en otra ocasión, un poco mas de la mitad de este grupo contesto afirmativamente. Parece que hay una percepción de riesgo frente a la infección por VIH.

Tabla 31. Seropositivos según quien sugirió la prueba

Quien sugirió la Prueba	Frecuencia	Porcentaje
Voluntaria	23	63.9
Médico	8	22.2
Trabajo o Estudio	2	5.6
Otro	2	5.6
Total	35	97

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 63,9% de los HSH entrevistados seropositivos que se realizaron anteriormente la prueba, contestaron que fue voluntaria, el 22,2%(N=8) dice que el medico le sugirió hacerse la prueba.

8.3 Indicadores para los entrevistados

Los indicadores que se presentan a continuación, son los propuestos en el documento de la Encuestas de Vigilancia Del Comportamiento: Directrices para Encuestas del Comportamiento Repetidas en Poblaciones en Riesgo al VIH, capítulo 9, indicadores para HSH.

Estos indicadores están sujetos a la información disponible en la encuesta realizada, por ello, de los 12 indicadores propuestos en el documento antes mencionado, solo fue posible obtener 8, y algunos de estos con ajustes.

Los indicadores se presentan por grupo de edad y por estrato socioeconómico de la vivienda en la que habita el entrevistado. Muchos de los indicadores que se quisieron retomar, hacen distinción entre las relaciones sexuales y las relaciones sexuales anales, desafortunadamente la mayoría de las preguntas formuladas en la encuesta solo hacen referencia a relaciones sexuales, por ello los indicadores están ajustados a este limitante.

Indicador 1: Conocimiento De La Prevención Del VIH

Para el cálculo de este indicadores se considero a las personas que dieron respuesta afirmativa a las preguntas: ¿Pueden las personas protegerse a sí mismas de la infección por VIH, el virus que causa el sida, utilizando un condón de manera correcta, cada vez que tengan relaciones sexuales penetrativas?(P 57) Y ¿Pueden las personas protegerse de la infección del VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?(P 60) Estos fueron los resultados:

Tabla 32. Conocimiento De La Prevención Del VIH

Edad	Respuesta afirmativa en las dos preguntas	Total	%
18-19	23	67	0.34
20-24	73	175	0.42
25-29	53	151	0.35
30-34	39	94	0.41
35-39	39	77	0.51
40-44	17	37	0.46
45 y Más	21	29	0.72
Total	265	630	0.42

Estrato	Respuesta afirmativa en las dos preguntas	Total	%
1 ó 2	68	170	0.40
3	126	336	0.38
4 ó 5	69	124	0.56
Total	263	630	0.42

Fuente: Base de datos Liga Sida

El indicador de conocimiento parece presentar un incremento con el aumento de la edad, este presenta el mejor resultado para los mayores de 45 años y el peor para los de 18 y 19 años.

Con una prueba de diferencia de proporciones se observa que el indicador para los mayores de 40 es significativamente diferente a los grupos menores de 35 años. El indicador de los de 35 a 39 años es también diferente estadísticamente de los de 18 a 19 y de los de 25 a 29. Los demás pares de grupos no presentan diferencias significativas.

Por estrato el comportamiento creciente es claro, los de mayores estratos muestran más conocimiento en el tema, el indicador es estadísticamente diferente a los de los estratos 1-2 y 3

Indicador 2: Creencias Correctas Con Relación A La Transmisión Del VIH

Para este indicador se consideran las personas que rechazan los dos conceptos equivocados más comunes de transmisión o prevención y saben que una persona que se ve aparentemente sana puede transmitir el VIH (P 61). Se tomaron como conceptos equivocados más comunes la fidelidad de la pareja (P 59) y la donación de sangre (P62).

Tabla 33. Creencias Correctas Con Relación A La Transmisión Del VIH

Edad	Respuesta negativa a las tres preguntas	Total	%
18-19	5	67	0.07
20-24	11	175	0.06
25-29	16	151	0.11
30-34	8	94	0.09
35-39	10	77	0.13
40-44	2	37	0.05
45 y Más	0	29	0.00
Total	52	630	0.08

Estrato	Respuesta negativa a las tres preguntas	Total	%
1 ó 2	10	170	0.06
3	32	336	0.10
4 ó 5	10	124	0.08
Total	52	630	0.08

Fuente: Base de datos Liga Sida

En general los resultados son bastante bajos. Los mejores resultados se presentan entre los 25 y 39 años. Este indicador solo presenta diferencias estadísticas significativas por edad entre los mayores de 40 y los grupos de 25 a 29 y 35 a 39.

Indicador 3: Relación Sexual Con Parejas Múltiples en los Últimos Seis Meses

Este indicador se analiza de manera inversa a los anteriores, su incremento se toma como un factor negativo. Para este se tomo la pregunta 26, ¿Con cuántos hombres ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos seis meses? y se consideraron aquellos hombres que han tenido relaciones sexuales con más de un hombre.

Tabla 34. Relación Sexual Con Parejas Múltiples En Los Últimos Seis Meses

Edad	Relaciones sexuales con mas de un hombre	Total	%
18-19	51	67	0.76
20-24	106	175	0.61
25-29	94	151	0.62
30-34	55	94	0.59
35-39	54	77	0.70
40-44	23	37	0.62
45 y Más	20	29	0.69
Total	403	630	0.64

Estrato	Relaciones sexuales con mas de un hombre	Total	%
1 ó 2	89	170	0.52
3	229	336	0.68
4 ó 5	85	124	0.69
Total	403	630	0.64

Fuente: Base de datos Liga Sida

Los de 18 y 19 presentan mas este comportamiento, que verificado con una prueba estadística es diferente a los resultados de los indicadores de los grupos de 20 a 34 años. De igual forma los estratos altos (3, 4 y 5), son significativamente diferentes al indicador de los estratos 1 y 2.

Indicador 4: Número De Parejas Que Tienen Relaciones Sexuales En Los Últimos Seis Meses

Este indicador utiliza la mediana del total de parejas sexuales masculinas entre los que registraron haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses (P 26).

Tabla 35. Número De Parejas Que Tienen Relaciones Sexuales En Los Últimos Seis Meses

Edad	Mediana
18-19	3
20-24	3
25-29	3
30-34	3
35-39	4
40-44	3
45 y Más	3
Total	3

Estrato	Mediana
1 ó 2	3
3	3
4 ó 5	3.5
Total	3

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador no presenta variaciones considerables por ninguna de las dos variables de clasificación, considero solo presentar el valor total que fue 3, este se interpreta así: El 50% de los encuestados que tuvo relaciones sexuales en los últimos seis meses tuvo entre 1 y 3 parejas.

Los indicadores 5, 6, 8 y 9 presentados en el documento “Encuestas de Vigilancia Del Comportamiento: Directrices para Encuestas del Comportamiento Repetidas en Poblaciones en Riesgo al VIH” hacen distinción entre parejas comerciales y no comerciales, con la encuesta realizada para este trabajo no es posible hacer esta distinción, a cambio se realizan los siguientes dos indicadores.

Indicador 5: Utilización Del Condón En La Última Relación Sexual

Para este indicador nuevamente se utilizo para el denominador la pregunta 26 en la opción de cuantos hombres en los últimos seis meses, y para el numerador se consideraron los individuos que dieron respuesta afirmativa a la pregunta 38, ¿En la última relación de penetración anal, con personas de su mismo sexo, se usó condón?

Tabla 36. Utilización Del Condón En La Última Relación Sexual

Edad	Usó condón en la última relación de penetración anal	Reportan relaciones sexuales con por lo menos un hombre	%
18-19	30	59	0.51
20-24	85	144	0.59
25-29	88	127	0.69
30-34	46	72	0.64
35-39	41	64	0.64
40-44	21	29	0.72
45 y Más	17	25	0.68
Total	328	520	0.63

Estrato	Usó condón en la última relación de penetración anal	Reportan relaciones sexuales con por lo menos un hombre	%
1 ó 2	72	127	0.57
3	172	283	0.61
4 ó 5	84	110	0.76
Total	328	520	0.63

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador tiene un comportamiento ascendente al interior de las dos variables de clasificación, siendo significativamente diferente entre los de 18-19 años que presentan el menor valor y los de 25 a 29 y mayores de 40 que presentan los mayores indicadores. El resultado del indicador en los estratos 4-5 es diferente significativamente a los estratos 1-2 y 3.

El siguiente indicador estaba planteado solo para parejas masculinas, pero con la encuesta no es posible hacer la distinción de género.

Indicador 6: Utilización Regular Del Condón En La Relación Sexual

Este indicador toma a los individuos que siempre utilizaron con su pareja y con parejas casuales (P 29 y P 31) en los últimos seis meses.

Tabla 37. Utilización Regular Del Condón En La Relación Sexual

Edad	Siempre utilizaron condón	Reportan relaciones sexuales con por lo menos un hombre	%
18-19	4	59	0.07
20-24	16	144	0.11
25-29	21	127	0.17
30-34	6	72	0.08
35-39	11	64	0.17
40-44	8	29	0.28
45 y Más	7	25	0.28
Total	73	520	0.14

Estrato	Siempre utilizaron condón	Reportan relaciones sexuales con por lo menos un hombre	%
1 ó 2	13	127	0.10
3	37	283	0.13
4 ó 5	23	110	0.21
Total	73	520	0.14

Fuente: Base de datos Liga Sida

Los grupos de edades más bajas presentan los menores indicadores, el uso constante de condón parece incrementarse con la edad, estos indicadores son significativamente diferentes entre los de 18-19 con los de 25 a 29 y los mayores de 40. Lo mismo ocurre con el estrato socioeconómico siendo significativamente diferente el indicador de los estratos 4-5 con los otros.

Indicador 7: Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales De Riesgo Con Hombres Y Mujeres

Para este indicador se tomaron los individuos que han tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos seis meses, que no utilizaron condón en su última relación, y que han tenido relaciones sexuales no protegidas con hombres en el mismo periodo (P 19, P 20, P 29 y P 31).

Tabla 38. Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales De Riesgo Con Hombres Y Mujeres

No uso condon en su última relación sexual con una mujer y ha tenido relaciones sexuales no protegidas con otro hombre	Total	%
31	630	0.05

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador muestra una conducta positiva si es cercano a 0, pero en este caso su bajo valor puede deberse a la baja frecuencia de hombres que tuvo relaciones con mujeres en ese periodo (68 casos).

Indicador 8: Hombres Que Solicitan Voluntariamente Las Pruebas De VIH

En este caso se consideran los individuos que se realizaron la prueba de VIH (P 68), obtuvieron el resultado (P 69, se omiten los que marcaron la opción “no obtuvo el resultado”) y que se realizaron la prueba de forma voluntaria (p 70).

Tabla 39. Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales De Riesgo Con Hombres Y Mujeres

Edad	Ha solicitado voluntariamente la prueba y ha recibido sus resultados	Total	%
18-19	7	67	0.10
20-24	29	175	0.17
25-29	57	151	0.38
30-34	57	94	0.61
35-39	40	77	0.52
40-44	25	37	0.68
45 y Más	17	29	0.59
Total	232	630	0.37

Estrato	Ha solicitado voluntariamente la prueba y ha recibido sus resultados	Total	%
1 ó 2	51	170	0.30
3	132	336	0.39
4 ó 5	49	124	0.40
Total	232	630	0.37

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador tiene un fuerte incremento con la edad, realizando una prueba de diferencia significativa, estos indicadores no son significativamente diferentes entre los grupos de los mayores de 30 (30- 34, 35-39 y 40-44), ni para los de 18 y 19 con los de 20 a 24 años. Para las pruebas de diferencia significativa en toda la sección de indicadores se agruparon los de 40-44 con 45 y más para poder realizarlas, el resultado de este indicador para los mayores de 40 fue de 0,63. El indicador de los estratos 1-2 es diferente estadísticamente de los otros estratos.

8.4 Indicadores para los Seropositivos VIH

Indicador 1: Conocimiento De La Prevención Del VIH

Tabla 40. Conocimiento De La Prevención Del VIH

Personas que consideran que el condón y la abstinencia los protege de la infección por VIH	Total	%
15	68	0.22

Fuente: Base de datos Liga Sida

El indicador es bajo, solo el 22% presenta mas conocimiento respecto a VIH/SIDA y uso de condón.

Indicador 2: Creencias Correctas Con Relación A La Transmisión Del VIH

Para este indicador se consideran las personas que rechazan los dos conceptos equivocados más comunes de transmisión o prevención y saben que una persona que se ve aparentemente sana puede transmitir el VIH (P 61).

Tabla 41. Creencias Correctas Con Relación A La Transmisión Del VIH

Rechazan los dos conceptos equivocados más comunes de transmisión o prevención y saben que una persona que se ve aparentemente sana puede transmitir el VIH.	Total	%
7	68	0.10

Fuente: Base de datos Liga Sida

Los resultados son bajos, el conocimiento en VIH y la percepción de riesgo es del 10%.

Indicador 3: Relación Sexual Con Parejas Múltiples En Los Últimos Seis Meses

Para este se tomo la pregunta 26, ¿Con cuántos hombres ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos seis meses?

Tabla 42. Relación Sexual Con Parejas Múltiples En Los Últimos Seis Meses

Relación sexual con parejas múltiples en los últimos seis meses	Total	Indicador
43	68	0.63

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador es alto por lo tanto nos esta indicando que el tener mas de un hombre como compañero sexual no está siendo considerado como un factor de riesgo.

Indicador 4: Número De Parejas Que Tienen Relaciones Sexuales En Los Últimos Seis Meses

Tabla 43. Número De Parejas Que Tienen Relaciones Sexuales En Los Últimos Seis Meses

Mediana de las parejas con relación sexual en los últimos 6 meses	3
--	---

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador presenta el mismo comportamiento que en el total de los participantes sin variaciones considerables por ninguna de las variables de clasificación, El 50% de los seroprevalentes del estudio mostraron que tuvieron entre 1 y 3 parejas sexuales en los últimos seis meses.

Indicador 5: Utilización Del Condón En La Última Relación Sexual

Tabla 44. Utilización Del Condón En La Última Relación Sexual

Reportan la utilización del condón en su última relación sexual anal	Reportan relaciones sexuales anales con por lo menos una pareja en los últimos 6 meses	%
32	57	0.56

Fuente: Base de datos Liga Sida

Este indicador tiene un comportamiento alto. Significa que más del 50% tienen una frecuencia de uso de condón y más del 80% tuvieron por lo menos una pareja sexual anal.

Indicador 6: Utilización Regular Del Condón En La Relación Sexual

Este indicador toma a los individuos que siempre utilizaron con su pareja y con parejas casuales (P 29 y P 31) en los últimos seis meses.

Tabla 45. Utilización Regular Del Condón En La Relación Sexual

Utilizaron un condón cada vez que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 6 meses	Reportan relaciones sexuales anales con por lo menos una pareja en los últimos 6 meses	%
8	57	0.14

Fuente: Base de datos Liga Sida

El valor de este indicador nos muestra el bajo uso de condón en las relaciones sexuales por parte de este grupo.

Indicador 7: Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales De Riesgo Con Hombres Y Mujeres

Para este indicador se tomaron los individuos que han tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos seis meses, que no utilizaron condón en su última relación, y que han tenido relaciones sexuales no protegidas con hombres en el mismo periodo (P 19, P 20, P 29 y P 31).

Tabla 46. Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales De Riesgo Con Hombres Y Mujeres

No usó condon en su última relación sexual con una mujer en los últimos 6 meses y ha tenido relaciones sexuales no protegidas con otro hombre en el mismo periodo	Total	%
3	68	0.04

Fuente: Base de datos Liga Sida

El resultado que se observa en este indicador es muy similar al obtenido considerando a todos los participantes del estudio, con ello nuevamente se concluye que su bajo valor no está asociado a la alta percepción del riesgo sino a la poca cantidad de hombres que registraron relaciones sexuales con mujeres en el total de participantes.

Indicador 8: Hombres Que Solicitan Voluntariamente Las Pruebas De VIH

En este caso se consideran los individuos que se realizaron la prueba de VIH (P 68), obtuvieron el resultado (P 69, se omiten los que marcaron la opción “no obtuvo el resultado”) y que se realizaron la prueba de forma voluntaria (p 70).

Tabla 47. Hombres Que Solicitan Voluntariamente Las Pruebas De VIH

Ha solicitado voluntariamente una prueba de VIH, ha recibido la prueba y sus resultados	Total	%
20	68	0.29

Fuente: Base de datos Liga Sida

El 30% de los participantes seropositivos VIH se realizó la prueba de manera voluntaria y reclamo los resultados en una ocasión previa al estudio.

8.5 Análisis comparativo, de casos de la infección de VIH con los no casos de VIH

Para lograr identificar posibles factores que se considera aumentan el riesgo de contraer VIH, se seleccionaron algunas preguntas del formulario diligenciado por

los HSH incluidos en el estudio, y se consideraron como variables de exposición para realizar el cálculo del Odds Ratio (medida de riesgo) tomando como variable de caso el tener VIH, de manera previa se realiza la prueba de asociación Chi cuadrado.

A continuación se presentan los factores de exposición considerados, el valor del OR (Odds Ratio) y el p-valor de la prueba Chi.

Tabla No 48 Factores de Exposición y mayor nivel de asociación con la infección del VIH, estudio centinela Bogota 2006.

Factor de exposición	OR	p-valor
No usó condón en su última relación sexual con la pareja	1.53	0.4140
Personas que consideran que el condón y la abstinencia no los protege de la infección por VIH	2.79	0.0005
Han tenido más de una pareja en el último mes	1.23	0.4311
Han tenido más de una pareja en los últimos 6 meses	0.83	0.4854
Su primera relación sexual fue a los 16 años o menos	1.11	0.6903
No tiene pareja estable	0.83	0.4854
No usa condón con la pareja siempre	1.53	0.4140
No usó el condón siempre con parejas casuales en los últimos 6 meses	0.90	0.6970
Fue víctima de abuso sexual	1.70	0.0756
Fue víctima de violencia por parte de la pareja	0.65	0.3732
Ha sido víctima de discriminación	1.16	0.5867
Ha tenido infecciones venéreas previas	1.53	0.1133
Se le ha roto un condón	0.98	0.9510
Realiza prácticas como:		
Penetrar sin condón	1.16	0.6269
Ser penetrado sin condón	1.73	0.0616
Ser mamado sin condón	1.18	0.7865
Recibir semen en la boca	1.07	0.8111
Sexo en grupo	1.35	0.2875
Intercambio de parejas	1.35	0.4160

Fuente: Base de datos Liga Sida

Según la tabla anterior los factores de exposición que presentan mayor asociación con la infección del VIH se consideran los siguientes:

- Las personas que consideran que el condón y la abstinencia no los protegen del VIH, tiene una asociación significativa con la presencia de VIH

con un nivel de confianza del 95%, y el riesgo de tener VIH para una persona sin estos conocimientos es 2,79 veces el de una persona que si los tiene.

- El haber sido víctima de abuso sexual y el ser penetrado sin condón están asociadas con el virus con un nivel de confianza del 90%, y las víctimas de abuso tienen 70% más riesgo que aquellas que no lo fueron, y aquellos que realizan la práctica de ser penetrado sin condón tienen 73% más riesgo que los que utilizan el condón.
- La asociación entre el haber tenido infecciones venéreas previas y la presencia del virus es significativa con un nivel de confianza del 85%, el riesgo es 53% superior para los que han tenido infecciones previas.
- Los otros factores de exposición no presentaron asociaciones significativas, las tablas de contingencia utilizadas para estos cálculos se presentan a continuación.

Tabla No 49 Factores de Exposición y menor nivel de asociación con la infección del VIH, estudio centinela Bogota 2006.

Uso del condón parejas casuales en los últimos 6 meses	VIH		Total
	Si	No	
Si	29	225	254
No	37	318	355
Total	66	543	609

Victima de abuso sexual	VIH		Total
	Si	No	
No	51	470	521
Si	17	92	109
Total	68	562	630

Violencia por parte de la pareja	VIH		Total
	Si	No	
No	63	501	564
Si	5	61	66
Total	68	562	630

Discriminación	VIH		Total
	Si	No	
No	44	382	426
Si	24	180	204
Total	68	562	630

Infecciones venéreas previas	VIH		Total
	Si	No	
No	43	407	450
Si	25	155	180
Total	68	562	630

Se les ha roto un condón	VIH		Total
	Si	No	
No	31	254	285
Si	37	308	345
Total	68	562	630

Penetrar sin condón	VIH		Total
	Si	No	
No	17	152	169
Si	42	324	366
Total	59	476	535

Ser penetrado sin condón	VIH		Total
	Si	No	
No	19	212	231
Si	39	252	291
Total	58	464	522

Ser mamado sin condón	VIH		Total
	Si	No	
No	3	29	32
Si	59	482	541
Total	62	511	573

	VIH		Total
	Si	No	
Lamer el ano sin barrera			
No	26	190	216
Si	35	298	333
Total	61	488	549

	VIH		Total
	Si	No	
Recibir semen en la boca			
No	34	289	323
Si	27	215	242
Total	61	504	565

	VIH		Total
	Si	No	
Sexo en grupo			
No	34	327	361
Si	24	171	195
Total	58	498	556

	VIH		Total
	Si	No	
Intercambio de parejas			
No	49	424	473
Si	10	64	74
Total	59	488	547

Fuente: Base de datos Liga Sida

9. Conclusiones

- El método utilizado, convocando a la comunidad de HSH para el estudio fue alta, posiblemente debido a que la publicación fue realizada en los sitios donde se concentra más este grupo específico.
- De los 630 participantes salieron infectados por VIH el 10,9% (N=68), para Sífilis el 12%(N=76) y para VHB el 3,0%(N=19).
- El comportamiento de los entrevistados y de los seropositivos según las variables de clasificación de edad, nivel educativo, ocupación, estrato, seguridad social son muy similares. Encontrando que se concentran en el estrato 3, pertenecen a un nivel educativo alto, tienen una ocupación y por lo tanto generan ingresos, según la seguridad social el 14% en los

seropositivos no tienen afiliación a seguridad social y los entrevistados el 18% no están afiliados a ningún sistema de seguridad social.

- En los dos grupos tuvieron relaciones sexuales sin uso de condón en más del 60%, reportando que factores como pareja estable, confianza en la pareja, pareja sana fueron las razones por las cuales no usaron el condón.

- Aproximadamente el 30% de la población ha tenido un diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual. El mismo comportamiento se presenta en los dos grupos analizados.

- Las personas que consideran que el condón y la abstinencia no los protegen del VIH, tiene una asociación significativa (95% de confianza) con la presencia de VIH, el riesgo de tener VIH para una persona sin estos conocimientos es 2,79 veces que la mayor al de una persona que si los tiene

- El haber sido víctima de abuso sexual y el ser penetrado sin condón están asociadas con el virus (90% de confianza), las víctimas de abuso tienen 70% más riesgo que aquellas que no lo fueron, y aquellos que realizan la práctica de ser penetrado sin condón tienen 73% más riesgo que los que utilizan el condón.

- La asociación entre el haber tenido infecciones venéreas previas y la presencia del virus (85% de confianza), el riesgo es 53% superior para los que han tenido infecciones previas. Los otros factores de exposición no presentaron asociaciones significativas.

10. Recomendaciones

- Revisar y analizar la encuesta CAP para que queden incluidos todos los indicadores
- Disminuir el tiempo de entrega de los resultados
- Promover la capacitación en VIH, derechos humanos, SGSSS, enfatizando en los niveles 1 y 2 pero sin excluir al nivel 3.
- Capacitar en uso correcto de condón, sexo mas seguro e ITS a HSH entre los 18 y 34 años principalmente.
- Promover la creación de servicios de salud sexual dirigida a HAH y hombres Gay en la EPS, ESEs y entidades privadas.
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud en aspectos relacionados con la discriminación y homofobia.
- De acuerdo a los factores de riesgo asociados es necesario trabajar estos riesgos asociados a la pareja estable mediante intervenciones directas como son el uso del condón durante el tiempo de duración de la relación.
- Es necesaria la inversión de mayores recursos para generar investigaciones e intervenciones directas en la población Gay y HSH pues la epidemia sigue presentándose con mayor frecuencia con una prevalencia de 12%, siendo esta la mayor de todos los grupos vulnerables.

11. BIBLIOGRAFIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C., plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá d.c. 2004-2008 Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión.

AMON J BROWN T HOGLE J MACNEIL J *et al.* Guías para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. Financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) a través del Proyecto IMPACT, implementado por Family Health International. Convenio Cooperativo HRN-A-00-97-00017-00, EEUU 2000.

ARDILA, H, , STANTON, J, Encuesta Cap Deconocimientos Actitudes y Practicas para Hombres Gay y Hombres Que Tienen Sexo Con Otros Hombres, Liga Colombiana de lucha Contra El Sida, Bogotá 1996

FLEMING DT, WASSERHEIT JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 3-17.

FAUCI A, LANE C. Transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. En: Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J, Fauci A, Kasper D. Ed. Principios de Medicina Interna 13a. Ed. Interamericana. México. Mc Graw Hill 1994.p. 1802-58.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, El Sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México. 1999. p. 21-46

GARCÍA, R, LUQUE, R, Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005, ONUSIDA, Bogotá 2006.

IDEMYOR, V. Promising microbicide approach for prevention of human immunodeficiency virus transmission needs more support. *Pharmacotherapy* 2002; 22: 1074-6.

IZAZOLA, J.A., ASTARLOA L, BELOQUI J, BROFMAN M, CHEUQUER P, ZACARÍAS F. Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria. En: J.A. Izazola Ed. 1999.

KREISS J, COOMBS R, PLUMMER F, et al. Isolation of human immunodeficiency virus from genital ulcers in Nairobi prostitutes. *J Infect. Dis.* 1989; 160: 380-384.

LAGA M, ALARY M, NZILA N, MANOKA AT, TULIZA M, BEHETS F *et al.* Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet* 1994; 344: 246-8.

LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA, Instituto Nacional de Salud, NMRC. Seroprevalencia de infección por VIH y factores asociados en HSH de la ciudad de Bogotá. LCLS, Bogotá, 2000.

LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA. Proyecto, Prevención del VIH-Sida en HSH y hombres Gay en Bogotá 2000.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1543 de 1997. Bogotá, Colombia, 1997.

MONTANO SM ET AL. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.

ONU. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Consulta Regional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA a

hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra, Suiza, 1999: p: 1-24.

ONUSIDA, Ministerio de Salud de Colombia. Infección por VIH-Sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance Histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, 1999.

ONUSIDA, Ministerio de Salud de Colombia. Infección por VIH-Sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance Histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, 1999.

ONUSIDA, Ministerio de Salud de Colombia. Infección por VIH-Sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance Histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, 1999.

ONUSIDA. El Sida y las relaciones sexuales entre varones. Documento de actualización técnica. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Ginebra, Suiza, Mayo de 2000. p. 1-

ONUSIDA. El Sida y las relaciones sexuales entre varones. Actualización técnica. Ginebra, 2000.

ONUSIDA. El Sida y las relaciones sexuales entre varones. Actualización técnica. Ginebra, 2000.

ONUSIDA. Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA. 2002.

ONUSIDA. Situación de la epidemia del SIDA. 2004.

ONUSIDA. Trabajo sexual y Sida. Actualización técnica. Ginebra, 2003.

ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. ONUSIDA/05.19S, diciembre 2005.

ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. ONUSIDA/05.19S, diciembre 2005.

ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. ONUSIDA/05.19S, diciembre 2006.

TORO-ALFONSO, J. Trabajo en la promoción de salud en una comunidad de trabajadores sexuales en San Juan, Puerto Rico y la prevención del VIH. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana 1995; 13:55-70.

VALLEJO, F, LEAL L, MEJÍA A, PRIETO, F. Estudio de Seroprevalencia de VIH. En Has En Bogota, Instituto Nacional de Salud, Instituto de Enfermedades Tropicales de la Naval de USA (NMRCD), Liga Colombiana relucha Contra el Sida, Bogotá, 2000

