

**Estudio de estimación
de talla poblacional,
encuesta de comportamiento sexual
y sero-prevalencia de VIH
en mujeres Trans de El Salvador, 2014.**

Informe elaborado por:
Flor de María Hernández Ayala
Jilmer Perén

Informe revisado por:
María Elena Guardado
José Salvador Sorto
Anabell Amaya
Mercedes García

Esta investigación ha sido financiada por el Fondo Mundial a través de Plan Internacional El Salvador con el Grupo de Trabajo para la Salud Global/TEPHINET en el marco del proyecto “Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador”.

Estudio de estimación de talla poblacional, encuesta de comportamiento sexual y sero-prevalencia de VIH en mujeres Trans de El Salvador, 2014.

Créditos

Equipo de campo

Carlos Antonio Gómez
Nathaly Maithe Hernández
Devora Gisel Palacios
Maucely Espinoza
Stacy Alejandra Araujo
Stacy Reyes
Rosemery Brigitte Abarca
María Elena Chávez
Elsa Marina Gavarreta
Wendy del Milagro González
Bellanube Rocío Cordón
Gustavo Misael Ramírez
Héctor Ovidio Parada
María Magdalena Benítez
Eulalio de Jesús Martínez
Rodolfo García
Julio Cesar Salazar

Apoyo en el trabajo de campo

Graciela Hernández
Barbie Ortiz
Francela Méndez

Equipo nacional

Ministerio de Salud

Ana Isabel Nieto
Humberto Andreu
Rocío del Carmen Costte
Lisette Esmeralda Ruiz

TEPHINET El Salvador

Carlos Mónico
Patricia Herrera
Vidal Dueñas
Daniel Vides

Oficina Regional - Guatemala

María Elena Guardado
Flor de María Hernández Ayala
Claudia García
Jilmer Perén

ONG

Colectivo Alejandría
COMCAVIS-TRANS
ASTRANS
ASPIDH Arcoiris San Salvador y San Miguel
Colectivo Estrellas del Golfo

Ministerio de Salud

Clínica VICITS Concepción
Clínica VICITS San Miguel
Clínica VICITS Sonzacate
Clínica VICITS La Libertad

ASPIDH

CCPI San Miguel

Plan International El Salvador

Gerardo Lara
Anabell Amaya
Francisco Lemus
Vinicio Guzmán

Investigadores principales

Ana Isabel Nieto¹
Flor Hernández²
María Elena Guardado²
Gerardo Lara³

Co-Investigadores

José Salvador Sorto¹
Anabell Amaya³

Instituciones:

1. Ministerio de Salud de El Salvador – Programa Nacional de ITS/VIH/Sida
2. TEPHINET/ The Task Force for Global Health Inc.
3. Plan International El Salvador

Ejecutores del proyecto

Ministerio de Salud de El Salvador

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud

Dra. Ana Isabel Nieto
Jefa del Programa Nacional de ITS/VIH

Plan International El Salvador

Lic. Pablo Rodrigo Bustos Gallardo
Director de país de Plan International El Salvador

Lic. Gerardo Lara
Gerente de Unidad de Proyecto Fondo Mundial

TEPHINET

Dra. María Elena Guardado Escobar
Directora Técnica Oficina Regional para Centroamérica

Dra. Flor de María Hernández Ayala
Epidemióloga

Diagramación

Vladimir Morales

PRIMERA EDICIÓN 2014

Este documento puede reproducirse total o parcialmente
previa autorización por escrito de las organizaciones
ejecutoras del proyecto

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. El Salvador,
Centro América Tel: (503) 2205 7000

Plan International El Salvador

Bulevard del Hipódromo No. 671,
Colonia San Benito, San Salvador. El Salvador,
Centro América Tel.: (503) 2246 6100

TEPHINET

Final Calle La Mascota, Edificio Sunset Plaza No. 38.,
San Salvador. El Salvador, Centro América
Tel: (503) 2264 9427

Cita sugerida:

Hernández Ayala, F.M., Nieto, A.I., Lara, G., Guardado, ME. (2014). Estudio de estimación
de talla poblacional, encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trans
de El Salvador, 2014. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador.

Indice

I. Presentación	13
II. Antecedentes	15
A. Situación de VIH/SIDA en El Salvador	15
B. Poblaciones en mayor riesgo frente al VIH en El Salvador	17
III. Estimaciones poblacionales de grupos en mayor riesgo frente al VIH	19
A. Métodos para la estimación de tamaños poblacionales.	20
B. Método multiplicador del objeto único basado en encuesta	20
C. Uso de estimaciones locales para un estimado nacional	21
D. Población mujeres trans	21
IV. La situación de los derechos humanos de gays, bisexuales, trans y poblaciones de mujeres trans	23
V. Objetivos	25
VI. Metodología	27
A. Etapa preparatoria	27
B. Método para estimar el tamaño de población de mujeres trans a nivel nacional	28
C. Tamaño de muestra y sitios para el estudio	32
D. Criterios de inclusión	33
E. Muestreo TLS	33
F. Procedimientos del estudio	34
G. Aspectos éticos	38
H. Organización del estudio	39
I. Análisis de datos	40
VII. Resultados	41
A. Muestreo en San Salvador, San Miguel, Sonsonate y La Libertad	41
B. Estimación de tamaño de población de mujeres trans en El Salvador	42
C. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencia de VIH	45
1. Características sociodemográficas	45
2. Acceso a información sobre VIH e ITS	46
3. Conocimiento sobre prevención y transmisión sobre el VIH	49
4. Acceso a condones y lubricantes	49
5. Antecedentes sexuales	51
6. Parejas estables	52
7. Parejas ocasionales	53
8. Trabajo sexual	54
9. Parejas durante los últimos 12 meses	56
10. Acceso a servicios de salud e ITS	57
11. Acceso a prueba de VIH	59
12. Uso de alcohol y drogas	60
13. Discriminación y estigma	61
14. Proceso de revelación de orientación sexual/identidad de género y feminización	62
15. Sero - prevalencia de VIH	64
VIII. Discusión	65
IX. Recomendaciones	73
X. Referencias	75
XI. Anexos	81

Acrónimos

CONASIDA	Comisión Nacional contra el SIDA El Salvador
CCPI	Centro Comunitario de Atención Integral
CRI	Comité de revisión institucional
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y prevalencia de VIH y ITS
FM	Fondo Mundial
HAPI	Entrevista asistida por computadora portátil (Hand-held Assisted Personal Interview)
HSH	Hombre que tiene sexo con hombre
IAP	Informa anual de progreso
UDI	Usuario de drogas inyectadas
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infección de transmisión sexual
MCP-ES	Mecanismo Coordinador de País – El Salvador
MS	Ministerio de Salud de El Salvador
MT	Mujer trans
N	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEN	Plan Estratégico Nacional
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief)
PI	Plan Internacional
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
RDS	Muestreo dirigido por el entrevistado (Respondent Driven Sampling)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TEPHINET	Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions
TLS	Muestreo de tiempo y lugar (Time Location Sampling)
TS	Trabajadora sexual
USD	Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica
VICITS	Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen Ejecutivo

Antecedentes

En El Salvador, estudios de vigilancia de segunda generación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en poblaciones clave [hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans (MT) y trabajadoras sexuales (TS)], han reportado las prevalencias más altas en las MT, seguidos por los HSH. Además, hasta la fecha no se cuenta con estimaciones del tamaño de la población de las MT que ayuden a la planificación de actividades de prevención dirigidos a MT. En 2014 se llevó a cabo el primer estudio de reclutamiento exclusivo para mujeres trans en El Salvador. Los objetivos fueron estimar el tamaño de la población de mujeres trans en El Salvador, describir los comportamientos de riesgo de MT en los departamentos de San Salvador y San Miguel, y estimar la prevalencia del VIH en los departamentos de San Salvador (SS), San Miguel (SM), Sonsonate (SN) y La Libertad (LL).

Métodos

El período del estudio fue de julio a septiembre de 2014. La estimación nacional se hizo mediante el método de extrapolación (simple y compleja). Para ello, primero se usaron los datos obtenidos del método multiplicador del objeto único de SS y SM para estimar el tamaño de la población de mujeres trans en los departamentos que no contaban con datos. Para la extrapolación simple los departamentos del país se separaron en 3 grupos según sus características sociodemográficas y posteriormente a cada grupo se le asignó una medida proporcional del porcentaje de población adulta que sería mujer trans. El método de extrapolación compleja usó las estimaciones disponibles además de una adicional (Santa Ana) consultada con líderes de ONG (n=3) y otras variables explicativas para predecir el tamaño de población en los demás departamentos (n=11). Las variables explicativas usadas debían caracterizar los departamentos y ser posibles predictoras del tamaño de la población de interés, luego con todos los datos se hizo un modelaje matemático. Este estudio incluyó una encuesta de comportamiento que se administró a las MT que se autoidentificaron como mujer en SS y SM. Para el reclutamiento se usó el muestreo de tiempo y lugar (Time Location Sampling - TLS por sus siglas en inglés). Las entrevistas fueron estructuradas y administradas por un entrevistador a las participantes, todas las respuestas se grabaron en tabletas electrónicas. A todas las participantes que aceptaron dar una muestra de sangre se les realizó la prueba de VIH. Para estimar la seroprevalencia de VIH se incluyeron además los resultados de una muestra de mujeres trans obtenida por conveniencia en SN y LL.

Para diagnosticar el VIH se usó Determine®, ELISA para VIH y Western Blot de acuerdo al algoritmo nacional. La información de la encuesta de comportamientos y los resultados de las pruebas de VIH se unieron en una sola base de datos. El análisis estadístico de TLS se ajustó usando el peso calculado con base a la probabilidad de selección del sitio, horario,

y de la participante. La base de datos se estratificó por municipios y se usó STATA 12.0 para calcular proporciones e intervalos de confianza del 95%. El análisis para la extrapolación simple se llevó a cabo en Excel. El modelaje de la extrapolación compleja se hizo con el programa *super learner* versión 2.0-15 en el software R 3.1.2. El programa prueba diferentes modelos como el modelo lineal generalizado, random forest y red neuronal para encontrar el modelo más adecuado dándole peso a los diferentes algoritmos según la bondad de ajuste. El protocolo de este estudio fue aprobado por el comité de ética del Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador. Previo al inicio del trabajo de campo, se realizaron reuniones de socialización del protocolo con representantes de todas las poblaciones involucradas y se implementó un estudio formativo para identificar factores que pudieran facilitar u obstaculizar el desarrollo del estudio.

Resultados

En total se reclutaron 224 MT en SS, 109 en SM, 43 en SN y 23 en LL en un período de 2.5 meses (23 de julio al 30 de septiembre 2014). La estimación de mujeres trans mediante el método multiplicador del objeto único fue de 600 MT en San Salvador y 194 en San Miguel. El tamaño de población de MT estimado a nivel nacional mediante el método de extrapolación simple fue de 1,835, mientras que el resultado de la extrapolación compleja fue de 2,011 (1,539-2,483).

El 47.1% y 43.8% de las participantes de SS y SM tenían entre 18 a 24 años. Aproximadamente una de cada cuatro participantes ha cursado secundaria. El 83.6% de SS y 94.2% de SM de las MT eran solteras.

La mayoría de las participantes iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años de edad, 76.8% para SS y 72.9% para SM; y el 60.7% y 61.0% tuvieron su primera relación sexual con un amigo en SS y SM respectivamente. La persona con la que sostuvieron su primera relación fue un hombre, 99.1% de SS y 96.6% de SM. El 29.4% y 20.3% usaron condón en la primera relación sexual y un 9.9% y 4.4% fueron forzadas durante su primera relación en SS y SM respectivamente. Del total de participantes, 41.0% y 29.8% fueron forzadas alguna vez a tener relaciones sexuales en SS y SM respectivamente. Un 42.7% y 62.1%, ha tenido una pareja estable en los últimos 12 meses en SS y SM respectivamente. El 36.5% y 46.6% utilizaron condón consistentemente con su pareja estable en los últimos 12 meses en SS y SM respectivamente. En SS el 36.4% y en SM el 27.4% tuvieron dos o más parejas ocasionales en los últimos 12 meses; el uso consistente de condón con estas parejas en este mismo periodo de tiempo fue de 65.8% para SS y 52.9% para SM. Un 74.8% de SS y 39.1% de SM han recibido dinero a cambio de relaciones sexuales alguna vez en la vida. El uso consistente de condón con clientes en los últimos 12 meses fue de 75.4% y 88.6% en cada ciudad.

Buscaron atención cuando presentaron síntomas de ITS, en las clínicas de vigilancia centinela de ITS (VICITS) 50.0% en San Salvador, y en un centro de salud público 85.8% en San Miguel. Las participantes que buscaron atención de ITS en VICITS, dijeron que se sintieron motivadas por tratarse de una clínica especializada, 68.4% de San Salvador y el 66.2% de San Miguel. La calidad de atención fue evaluada como muy buena por el 83.1% y 93.1% en SS y SM respectivamente. El 90.8% y 90.9% en SS y SM recomendaría las clínicas VICITS. El 78.7% de SS y 84.3% de SM se hicieron la última prueba de VIH en los últimos 12 meses y de ellas 95.0% y 89.1% recibieron su resultado.

Referente al consumo de alcohol y drogas en SS y SM en los últimos 30 días el 53.1% y 40.3% de las participantes habían consumido alcohol y 32.0% y 13.9% había consumido droga alguna vez en la vida. El último año el 56.7% y 52.7% de las participantes de SS y

SM han sido víctimas de discriminación por ser mujeres trans en los últimos 12 meses. Al consultarles quienes conocían su orientación sexual, la mayoría de los participantes informó que sus familiares y amigos en un 99.0% y 99.5% para SS y SM.

Un 58.9% y un 53.6% de las participantes buscaron información sobre VIH en las dos ciudades en el mismo orden. La mayoría buscó información en una ONG, SS 52.4% y 51.9% en SM. Las participantes vieron mensajes televisivos de prevención en VIH, 60.3% y 61.9% para SS y San Miguel. Participaron en actividades comunitarias de prevención del VIH, 34.6% en SS y 48.9% para SM. En los últimos 12 meses el 82.4% y 83.1% en SS y SM respectivamente recibieron condones gratuitos de organizaciones, hospitales y centros de salud.

La sero-prevalencia de VIH para SS 16.2% y para SM 11.5%, mientras que en SN fue de 25.0% y en La Libertad 15.4%.

Conclusiones

La prevalencia de VIH en la población de MT se mantiene elevada tanto en SS como en SM. La estimación de tamaño de población de MT a nivel nacional es inferior a los datos estimados según el marco del desempeño del FM (2,756 MT). El acceso a la información sobre VIH e ITS es moderado, al igual que el índice de conocimiento sobre formas de prevención y transmisión del VIH. Factores de riesgo como consumo de alcohol y drogas es elevado. Más de la mitad de las encuestadas ha sido víctima de maltrato por su condición de MT en el último año. El acceso a servicios de prevención y condones gratuitos es bueno. Cerca de la mitad de participantes conocen VICITS y entre ellas la mayoría opina que la atención es muy buena. El uso de condón con parejas estables y ocasionales es moderado. La práctica de trabajo sexual es alta en San Salvador y el uso de condón con clientes es sub óptimo. La cobertura de la prueba de VIH en los últimos 12 meses es alta.

Limitaciones: La entrega de objetos únicos no alcanzó las metas propuestas en cada departamento. El auto reporte de la información puede conllevar sesgo social. Puede haber sesgo de memoria. En los departamentos de SM hubo que hacer una búsqueda intensiva de participantes en múltiples sitios adicionales al listado inicial para alcanzar la muestra propuesta. En SN y LL no se logró la meta propuesta. Hubo alto rechazo a la prueba de VIH ya que otros organismos estaban haciendo estudios ofreciendo también el diagnóstico de VIH al mismo tiempo. Los métodos empleados para estimar el tamaño de poblaciones clave tienen ciertas limitaciones. Los resultados de la encuesta de comportamiento y prevalencia de VIH no son generalizables a todo el país.

Recomendaciones

Se deben mantener coberturas elevadas de prueba de VIH en mujeres trans, además sensibilizar continuamente al personal de salud y promover las clínicas VICITS como ambientes libres de estigma y discriminación. Debe promoverse el uso consistente de condón con todo tipo de parejas. Desarrollar programas de reducción del maltrato y discriminación, consejería para reducir consumo de alcohol y drogas. Trabajar en alianza con las ONG de MT para promover el cambio de comportamiento. Las estrategias deben ser adaptadas a las necesidades y características de la población de mujeres trans. Realizar un ejercicio de triangulación con los datos de estimación de tamaño de población disponibles.





I. Presentación

El proyecto “Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador” busca contribuir a la prevención del VIH-SIDA en población clave (mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras sexuales) a través de la prestación de un paquete de servicios integrales, incorporando metodologías innovadoras y armonizando los servicios de prevención/atención, todo, bajo un enfoque de derechos humanos libre de estigma y discriminación. Este proyecto está desarrollado en el marco de la propuesta de país financiada por el Fondo Mundial para la lucha contra el VIH Sida, la Tuberculosis y la Malaria en El Salvador en el cual Plan se desempeña como Receptor Principal de la Subvención para el trabajo en prevención con las poblaciones clave.

El proyecto “Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador” tiene como objetivo general reducir la prevalencia de VIH en poblaciones específicas en El Salvador. Dentro de los objetivos específicos se encuentran:

1. Contribuir a la prevención del VIH-SIDA en poblaciones de más alto riesgo de VIH a través de la prestación de un paquete de servicios integrales.
2. Brindar una atención integral a las personas con VIH en las diferentes Instituciones prestadoras de servicios para disminuir la morbilidad y mortalidad.
3. Fortalecer los sistemas comunitarios que promuevan el acceso de poblaciones en mayor riesgo a los diferentes servicios de prevención Primaria y atención precoz por VIH, bajo un enfoque de derechos humanos y participación multisectorial.

Este informe contiene la primera estimación de talla poblacional exclusiva de mujeres trans

(MT) que se hace en El Salvador, además se detallan los resultados de la encuesta de comportamiento sexual y seroprevalencia de VIH. El estudio fue realizado bajo el liderazgo de Plan Internacional en coordinación con el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida y su socio implementador TEPHINET. Se contó además, con el apoyo de las organizaciones de sociedad civil de mujeres trans e informantes clave. Todo el estudio fue realizado en el marco de la implementación de la subvención SLV-VIH-Plan, financiada por el Fondo Mundial.

Con los resultados de este estudio, El Salvador pasa a ser el primer país de la región en contar con información actualizada y exclusiva de mujeres trans. Este esfuerzo, debe ser visto como una actividad estratégica con el fin de aportar información vital para orientar las intervenciones de prevención de ITS y VIH, así como para la elaboración de políticas públicas en relación a la respuesta nacional al VIH a nivel nacional.





II. Antecedentes

A. Situación de VIH/SIDA en El Salvador

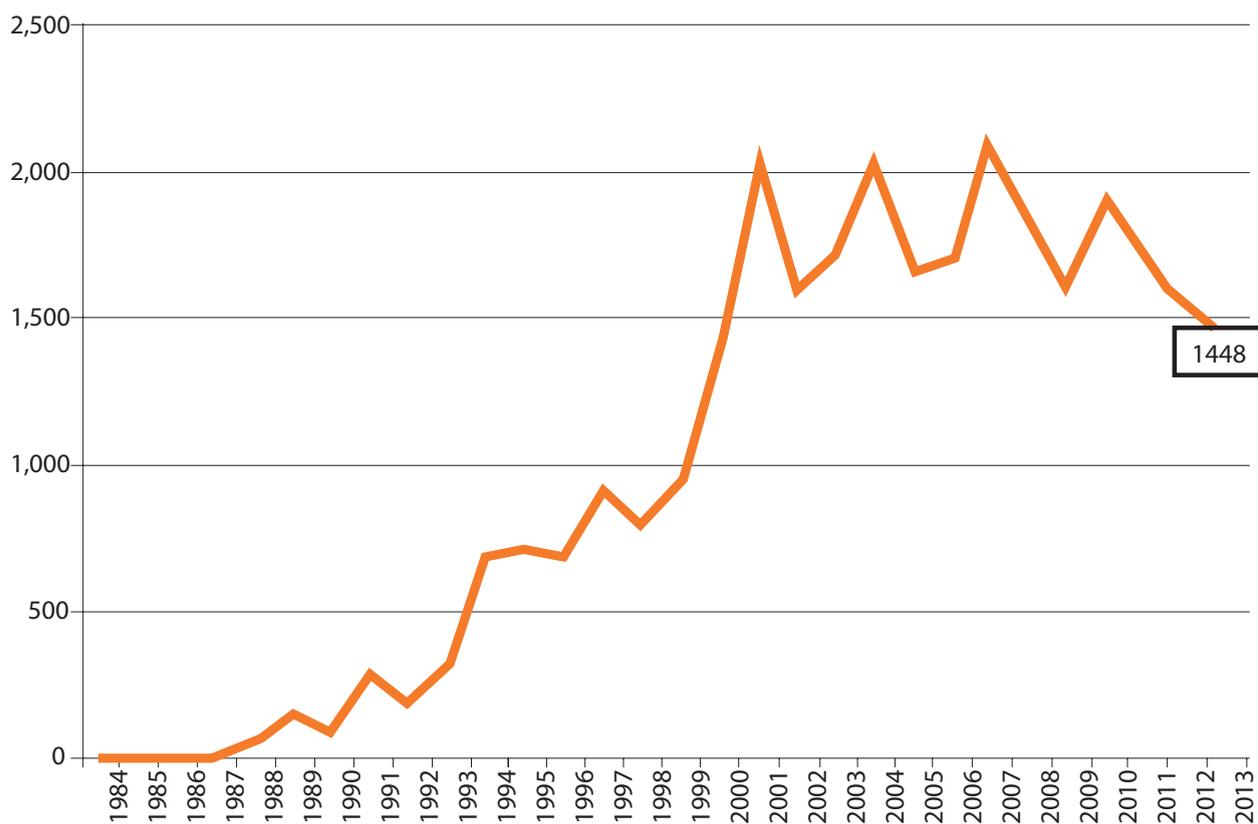
De acuerdo a la Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador (DIGESTYC), la población estimada del país para 2013 es de 6,288,899 personas, de las cuales 47% son hombres y 53% mujeres (1). El crecimiento anual de la población ha ido disminuyendo en los últimos años y para 2011 era de solo 0.6%, por lo que ahora los grupos etarios entre 0 y 9 años ya no son los más anchos, a diferencia de países vecinos, como Guatemala. Un tercio de la población salvadoreña la constituyen los menores de 15 años de edad, y la edad promedio de los habitantes es 24 años. Es un país con una tasa de migración de 9.3 por mil habitantes, fenómeno explicado por la guerra sufrida en los ochentas y la violencia actual por el fenómeno de las pandillas.(2)

Según datos del Banco Mundial, la esperanza de vida a es de 72.1 años en general, con una gran diferencia entre hombres (67.5 años) y mujeres (76.9 años) (3). El Índice de Desarrollo Humano para El Salvador está en el puesto 107, un nivel medio, similar a los de la región centroamericana (4). Para el año 2013, el producto interno bruto per cápita (PIB) fue de US\$3,720, mientras que el gasto público en salud fue del 6.8% del PIB y US\$251 per cápita. (3) La tasa de alfabetización para jóvenes entre 15 y 24 años en 2013 según era de 85.9%. (4) El nivel de pobreza indica que para 2013, casi un tercio de la población vivía en pobreza extrema, con un 22.48% de la población viviendo con menos de US\$2 al día y 7.11% con menos de US\$1.25.(5)

Han sido 30,699 casos nuevos y acumulados de VIH en el territorio desde que se diagnosticó el primer caso en 1984; de éstos 1,448 corresponden a 2013 (Gráfico 1). De acuerdo al PNS, en términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/Sida

había sido al alza progresivamente, pero en 2001 el comportamiento ha tendido a la estabilización con puntos máximos de 2,100 casos anuales y mínimos en 1,440, aunque declaran que el reto por mejorar la subnotificación de casos persiste.(6)

Gráfico 1. Casos totales de VIH y VIH avanzado en El Salvador 1984-2013



Fuente: Base de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE)

Del total de casos detectados más del 62.4 % (19,182) se concentran en hombres. La tendencia de los establecimientos del MINSAL de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido revirtiendo lentamente hasta los 4 casos diarios en diciembre de 2013. La relación de casos nuevos entre hombre- mujer para 2013 fue de 1.6 hombres por cada mujer. El análisis de nuevos casos por grupos de edad, evidencia que la mayor cantidad se concentra en las personas de 20 a 39 años (tasa de 46 por 100,000hab.), el segundo lugar lo ocupa el grupo de los adultos de 40 a 59 años (tasa de 39 por cada 100,000 hab.). A nivel departamental, son San Salvador y Sonsonate los que presentan tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de apareamiento de nuevos casos con 47% y 27% respectivamente. Los departamentos de San Miguel y La Libertad se encuentran en el sexto y séptimo lugar respectivamente.(6)

B. Poblaciones en mayor riesgo frente al VIH en El Salvador

Según datos del Reporte Global 2012, del Ministerio de Salud de El Salvador, la prevalencia en población general es de 0.09% con cifras de prevalencia elevadas en las subgrupos poblacionales que comparten ciertas características. Hay evidencia que en la región centroamericana, estos grupos en mayor riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres trans (MT) y las mujeres trabajadoras sexuales (TS). Por lo tanto, de acuerdo a los criterios definidos por ONUSIDA, es una epidemia concentrada.⁽⁶⁾ En el cuadro 1 puede observarse que en la región, el grupo de mujeres trans ha presentado siempre la prevalencia más alta de VIH en comparación con los HSH y TS.

Cuadro 1. Prevalencia de VIH en población de 15-49 años y en grupos en mayor riesgo en países de Centroamérica.

País	Prevalencia 15-49 años (%) ⁽⁷⁾	Mujeres trans (%)	Hombres que tienen sexo con hombres (%)	Mujeres trabajadoras sexuales (%)
El Salvador	0.6	25.8 ⁽⁸⁾	10.8 ⁽⁹⁾	5.7 ⁽⁹⁾
Guatemala	0.7	23.8 ⁽¹⁰⁾	8.9 ⁽¹⁰⁾	1.1 ⁽¹⁰⁾
Belice	1.4	ND	13.9*	0.9*
Honduras	0.5	13.3	6.9	3.3
Nicaragua	0.3	9.7 ⁽¹¹⁾	7.5 ⁽¹²⁾	1.8 ⁽¹³⁾
Costa Rica	0.3	ND	10.9 ⁽¹⁴⁾	ND
Panamá	0.7	ND	ND	ND

*Informe preliminar, *Ministry of Health of Belize 2013*.

En El Salvador no se ha realizado hasta ahora ningún estudio de prevalencia de VIH específico para MT, los datos con los que se cuentan son a partir de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento sexual (ECVC) 2010 de El Salvador, en la cual se hizo una separación y análisis de datos crudos de una pequeña muestra de mujeres trans capturadas en la población de HSH (8). Dicho informe contiene datos de 96 participantes que se autoidentificaron como transgénero, transexual o travesti en las ciudades de San Salvador y San Miguel, dos de las ciudades del país incluidas en el estudio. Entre los aspectos que se analizó información sociodemográfica, aspectos de conducta sexual y de riesgo, además de datos de prevalencia de VIH y otras ITS por contar en la encuesta con muestras biológicas. La prevalencia de VIH este sub análisis fue de 25.8%, además de altos índices de ITS en la población.





III. Estimaciones poblacionales de grupos en mayor riesgo frente al VIH

Según García Calleja, del departamento de VIH/SIDA de la OMS, el tamaño de los grupos clave, el nivel de prevalencia del VIH y la interacción con la población en general son los factores principales que determinan la propagación del VIH en los países de la región. Normalmente en nuestros países, los modelos de captura de datos epidemiológicos habían incluido a las mujeres trans en la amplia categoría de HSH, por lo que al momento existen muy pocos datos publicados referidos a esta población.

La estimación del número de mujeres trans es importante para llevar a cabo una buena planificación de estrategias de abordaje y de investigación. En El Salvador a la fecha no existe ningún estudio específico sobre la prevalencia de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo en la población general, aunque la literatura disponible indica que se estima que entre un 2-25% de la población de hombres de América Latina han tenido relaciones sexuales con otro hombre alguna vez en la vida y entre 1 y 8% lo han tenido en el último año.

En 2008, en las ciudades de San Salvador y San Miguel, como parte de la ECVC se realizó un ejercicio para estimar el tamaño de la población de HSH (incluyendo a las mujeres trans) que asisten a lugares públicos y el estimado fue de 12,500 HSH (IC 95% 7,235-17,725)(9).

El camino a: “Cero nuevas infecciones por el VIH. Cero discriminación. Cero muertes relacionadas con el sida.” requiere de programas implementados a la medida de las poblaciones más afectadas.(15) En El Salvador, las y los TS, las MT y los HSH son las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud recomiendan la estimación del tamaño de poblaciones clave para comprender mejor la epidemia de VIH, para

alcanzar el apoyo político para las poblaciones clave, para la planificación de programas de prevención y tratamiento de VIH y también para la evaluación de los programas de prevención. Además de métodos directos de estimar el tamaño de población, recomiendan la extrapolación de estimaciones de áreas geográficas específicas al nivel nacional (16)

A. Métodos para la estimación de tamaños poblacionales.

Existen diferentes métodos para estimar el tamaño de una población, en el cuadro 2 se hace una breve descripción de cada uno.

Cuadro 2. Descripción de métodos para la estimación de tamaños poblacionales.

	Método	Descripción
Basados en encuestas de poblaciones clave	Censo	Consiste en el conteo total de los miembros de la población de interés.
	Enumeración	Mapea una zona y cuenta una fracción de la población de áreas seleccionadas, luego este valor se infla para crear una estimación.
	Captura-recaptura	Calcula el tamaño total de una población basada en dos capturas o muestras independientes, el número de miembros capturados o traslapados en ambas muestras se utiliza para la estimación.
	Método multiplicador	Compara dos fuentes independientes de datos para las poblaciones, para poder estimar el número total en la población.
Basados en encuestas de la población general	Basado en encuestas	En este caso, se incluyen secciones específicas en las encuestas nacionales de salud u otros temas que permiten identificar a las poblaciones de interés y estimar su número.
	Network scale-up	Incluye preguntas sobre comportamientos de alto riesgo de conocidos de los encuestados durante una encuesta a la población general

Fuente: ONUSIDA

B. Método multiplicador del objeto único basado en encuesta

1. Ventajas

Es un método sencillo si las fuentes de datos están disponibles. Además se considera adaptable a diferentes circunstancias.

2. Desventajas

Las dos fuentes de datos deben ser independientes y definir a la población de la misma manera. En algunas ocasiones puede haber diferencia en los períodos de tiempo, los rangos de edad y las zonas geográficas de las dos fuentes de datos, y puede haber falta de exactitud en los datos recogidos.

C. Uso de estimaciones locales para un estimado nacional

Las estimaciones locales sirven en muchos casos para contar a nivel nacional con un estimado que represente al país completo. Según ONUSIDA (16) las estimaciones locales pueden usarse para extrapolar a un tamaño de población nacional. El propósito de la extrapolación será generalizar a partir de estudios locales ya sea de una forma simple o compleja. La extrapolación simple indica aplicar un porcentaje igual a todas las áreas que no tienen datos, mientras que la compleja intenta tomar en cuenta diversos factores (socioeconómicos, geográficos, subpoblacionales, etc.) para aplicar un porcentaje diferente a los sitios que no cuentan con data propia.

D. Población mujeres trans

1. Definiciones

Es necesario reconocer que una definición operativa en el marco de un proyecto de prevención de VIH puede tener limitaciones en cuanto al reconocimiento apropiado e inclusión de distintas identidades de géneros de grupos y sub grupos poblacionales que puedan auto identificarse bajo el gran término *trans* fuera del contexto de VIH.

La intención de querer “definir” a la población trans bajo un término representa distintos retos políticos, intelectuales y técnicos. Por esta razón, el protocolo fundamentará su marco teórico en el documento de referencia “Por la salud de las personas trans - Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe”, el cual define que “*La palabra trans es un término ampliamente utilizado para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer*”. La definición “mujeres trans” puede referirse también al término transgénero femenina: “*Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres).*”(17)

Bajo el término mujer trans se incluyen las siguientes definiciones:

- “*Transgénero (transgénera): adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer (Bockting, 1999). El término a veces se contrasta con “transexual”. En este caso, “transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres transgénero en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente.*”(17)
- “*Transexual: Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el papel de género.*”(17)

- *“Travesti: Este término es uno de los que más variaciones presenta en la región. En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital. En otros países, este término sencillamente es sinónimo de travestido.”(17)*



IV. La situación de los derechos humanos de gays, bisexuales, trans y poblaciones de mujeres trans

A partir de 2010, la situación de los derechos humanos de la comunidad gay, bisexual, transgénero y HSH comenzó a cambiar en El Salvador, y a pesar que la realidad siempre es compleja, en El Salvador no existe alguna ley que penalice la homosexualidad. Las principales organizaciones de mujeres trans son quienes velan por investigar y documentar las violaciones a los derechos humanos que se dan en diferentes áreas de la sociedad y a pesar de los esfuerzos de sensibilización, los hechos demuestran que aún la tolerancia con estas poblaciones está lejos de ser alcanzada.

Las violaciones perpetradas contra personas con orientación diferente a la heterosexual van desde discriminación en áreas de educación, trabajo, física y mental e incluso atentados contra la integridad física. Este hecho es aún más común contra aquellas personas que expresan su orientación e identidad de género de forma más externa, tales como las mujeres trans, quienes incluso suelen ser abusadas abiertamente por la comunidad y las autoridades. Generalmente, las mujeres trans son expulsadas de la escuela, el trabajo y hasta el hogar; lo que las empuja al trabajo sexual, trabajo en sitios nocturnos o dedicarse a algunas áreas de la belleza y moda.

Actualmente en El Salvador hay cuatro organizaciones que apoyan a este grupo de la diversidad sexual y quienes se dedican a luchar por una mejora de las condiciones sociales de esta población, estas son ASPIDH Arcoíris, ASTRANS, COMCAVIS Trans y Colectivo Alejandría. Desde el lado gubernamental, se ha creado la Secretaría de Inclusión Social y dentro de ella se encuentra la Dirección de Diversidad Sexual que trajo consigo la incorporación de estrategias adecuadas de atención a la salud o el fortalecimiento de la participación ciudadana, otorgando reconocimiento jurídico a organizaciones pertenecientes a la comunidad LGBTI.(18)

Un estudio realizado en San Salvador entre HSH y MT en 2011 demostró que es urgente abordar algunos factores dentro del sistema de salud con el fin de aumentar la utilización de estos por parte de las poblaciones clave. Se evidencio que la discriminación por parte del proveedor de servicios oscilaba entre un 55-62 %, y siempre era más alta en MT. Al hacer un análisis combinado, se concluyó que el uso de servicios de salud era menor entre quienes habían sido discriminados. Estos datos aportan una clara necesidad de conocer más la población de MT para que en un futuro cercano reciban el tratamiento adecuado y respetuoso que necesitan y merecen.(19)

De acuerdo a la información disponible, la estigmatización y la discriminación hacia los HSH en general y aún más a las personas transgénero, hacen que estos oculten su orientación sexual y tengan comportamientos de alto riesgo. Esto, junto con algunas actitudes discriminatorias dentro de los establecimientos de salud y de las comunidades, limita el acceso a los servicios de prevención, atención médica y apoyo. Por ende, los factores sociales y culturales son el eje conductor de la transmisión del VIH dentro de las comunidades de HSH de la región. El poco respeto por los derechos humanos, la discriminación estructural, las leyes restrictivas, la estigmatización y otros factores aumentan la vulnerabilidad de los HSH y las personas transgénero frente al VIH y otros problemas de salud.





V. Objetivos

1.	Realizar una estimación del tamaño poblacional de las mujeres trans en El Salvador
2.	Conocer los comportamientos sexuales, actitudes y prácticas de la población de mujeres trans de las ciudades de San Salvador y San Miguel.
3.	Conocer la sero-prevalencia específica de VIH en mujeres trans de las ciudades de San Salvador y San Miguel.
4.	Conocer la sero-prevalencia de VIH en una muestra por conveniencia de mujeres trans de las ciudades de La Libertad y Sonsonate.
5.	Proveer datos para evaluar estrategias de prevención orientadas a las MT de El Salvador





VI. Metodología

Esta investigación ha sido financiada por el Fondo Mundial a través de Plan Internacional El Salvador en coordinación con el Programa de ITS/VIH/sida del ministerio de salud y el Grupo de Trabajo de TEPHINET en el marco del proyecto “Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador”. Se planificaron y organizaron las actividades necesarias para la implementación del estudio. Se coordinaron acciones con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con las poblaciones de mujeres trans. También se coordinó con las Unidades Móviles, el Laboratorio Central, los laboratorios regionales y las clínicas de vigilancia centinela de ITS (VICITS) del Ministerio de Salud de El Salvador.

A. Etapa preparatoria

La preparación del trabajo de campo se inició desde el 2013 con reuniones de socialización para presentación del estudio a las autoridades del PNS, a las ONG de mujeres trans: ASPIDH ARCOIRIS, ASTRANS, Colectivo Alejandría y COMCAVIS Trans y a personas clave. El objetivo de las reuniones era que conocieran la metodología, reforzando la importancia del trabajo conjunto y apoyo interinstitucional necesarios para el éxito del mismo.

En julio de 2014 se realizó un estudio formativo en San Salvador y San Miguel, el cual incluía evaluación de datos epidemiológicos, entrevistas a profundidad con funcionarios de salud e informantes clave de la comunidad, grupos focales con ONG y personas expertas en el tema, y una encuesta en línea a través de Facebook®. El estudio cualitativo permitió conocer mejor los lugares y horarios de reunión de MT, conocer mejor a la población y estimar el tiempo requerido para llevar a cabo el estudio. Dentro del mismo se recolectó información sobre aspectos logísticos para el reclutamiento, el tipo de incentivos que consideraban más adecuados para las participantes y la validación de dos secciones acerca de la

etapa de descubrimiento o “*disclosure*” acerca de su identidad sexual que se incorporaron al cuestionario validado. El estudio cualitativo tuvo el asesoramiento de las organizaciones de mujeres trans y de técnicos del PNS.

Con el equipo de Unidades Móviles de PNS se hicieron las coordinaciones necesarias para que una unidad diera acompañamiento en cada visita de campo, para que la toma de muestras fuera dentro de un espacio seguro, con el equipo necesario para procesar las muestras in situ y dar resultados en el menor tiempo posible, además apoyaron en el almacenamiento de las muestras de laboratorio siguiendo las normas indicadas de cadena de frío mientras se transportaban a los laboratorios regionales o central. El PNS apoyo con parte de los profesionales de laboratorio y motoristas responsables de las unidades móviles.

El objetivo principal del estudio formativo fue identificar los escenarios o lugares posibles donde se congregaban las MT de San Salvador y San Miguel. Mediante los diferentes abordajes se conglomeró un listado de 30 escenarios y sus horarios en siete municipios de San Salvador y 10 escenarios con sus respectivos horarios en seis municipios de San Miguel. Entre los lugares se encontraron calles, discotecas, bares, negocios, ONG, parques y casas privadas donde se reúnen con periodicidad. Durante la fase de verificación de lugares para enumeración de la población, se fueron agregando algunos lugares sugeridos durante las visitas siendo 48 lugares en San Salvador y 10 en San Miguel, contabilizando 205 y 94 MT en el mismo orden de departamentos, para un total de 299 mujeres trans. Finalmente se construyó un marco muestral con sitios que “aprobaron” la verificación, que fueron 35 en San Salvador y 15 en San Miguel. Una vez concluida la fase de verificación, se llevó a cabo la fase de programación para iniciar el reclutamiento de las participantes. Una vez iniciada la recolección de datos, la programación fue modificándose de acuerdo a algunas necesidades, llegando a contar con un total de 44 sitios en San Salvador y 21 en San Miguel. Dichas programaciones se compartieron en todo momento con el PNS para que las unidades móviles la tuvieran en cuenta como propia, Plan Internacional y además se informaba a las ONG y socios clave.

B. Método para estimar el tamaño de población de mujeres trans a nivel nacional

Para estimar el número de mujeres trans que existen en El Salvador se utilizó el método de extrapolación descrito en las guías de ONUSIDA. (16) Esta metodología permitió hacer una estimación del tamaño de la población de MT a partir de los resultados del método multiplicador en San Salvador y San Miguel. A continuación se describen ambos métodos.

1. Método para estimar el tamaño de población de mujeres trans a nivel local

El método seleccionado para estimar el tamaño de la población de mujeres trans en dos departamentos (San Salvador y San Miguel) fue el del método multiplicador del objeto único, el cual mide el traslape entre dos muestras independientes. La primera muestra fue apoyada con trabajo voluntario de las ONG de ASPIDH Arcoiris, ASTRANS, Colectivo Alejandría y COMCAVIS Trans, quienes marcaron a la población con un “objeto único”, en este caso se distribuyó como objeto único un alcohol gel porta cartera. La segunda muestra independiente es la conformada por las participantes de la encuesta de comportamiento a quienes se les preguntó si las participantes habían recibido el alcohol gel.

Previo al inicio del estudio, voluntarias de las ONG antes mencionadas entregaron el objeto único a MT elegibles. Antes de la distribución, cada organización estimó cuantas MT podrían alcanzar y los lugares donde se reúnen, además se dividieron los municipios se-

leccionados de San Salvador y San Miguel para evitar traslape. Los objetos únicos fueron repartidos proporcionalmente a las organizaciones con base a sus estimaciones. ASPIDH recibió 206 alcoholes gel porta cartera, mientras que ASTRANS, Colectivo Alejandría y COMCAVIS Trans recibieron 80 objetos únicos cada una. Las voluntarias de las ONG distribuyeron los objetos únicos en diferentes lugares de San Salvador y San Miguel, en reuniones, actividades educativas y talleres que realizan de manera rutinaria. Cada MT recibió un solo objeto, las voluntarias completaron su registro para control de donde y cuando fueron distribuidos los alcoholes gel porta cartera y determinaron si previamente habían recibido el objeto único. Antes del inicio de la encuesta se solicitó a las ONG que informara del estado de objetos únicos entregados, siendo la cantidad total de objetos únicos entregados para San Salvador de 186 y San Miguel de 35 en diferentes lugares de reunión públicos, durante talleres o visitas de campo.

Durante la etapa de reclutamiento del estudio a todas las participantes se les preguntó si habían recibido un alcohol gel porta cartera de parte de una voluntaria de alguna ONG, luego se les pidió que mostraran o describieran. La proporción de las encuestadas que mostraron el llavero o lo describieron correctamente fue usada como multiplicador. Usando el número de alcoholes gel porta cartera y la proporción de quienes recibieron el objeto, fue posible estimar el tamaño de la población de MT. La fórmula para calcular el tamaño de la población usando el método multiplicador es la siguiente:

$$N = \frac{n}{p}$$

Dónde:

n= número de llaveros distribuidos

p= es la proporción en la segunda muestra que recibieron el llavero

N= estimación del tamaño de la población

Criterios e inclusión para distribución de objetos únicos a mujeres trans

- Auto identificarse como mujer trans
- Haber tenido al menos una relación sexual anal con un hombre biológico en los últimos 12 meses
- Tener 18 años cumplidos al momento de la entrevista
- Ser residente, estudiante o empleada de los municipios seleccionados de San Salvador o San Miguel
- No haber recibido previamente el alcohol gel

2. Métodos de extrapolación simple y compleja

ONUSIDA recomienda realizar una extrapolación (simple y/o compleja) para estimar el tamaño de poblaciones clave a nivel nacional con base en estimaciones en regiones específicas. La extrapolación debe tomar en cuenta las características de las áreas del país donde se realizó la estimación del tamaño de población y las otras áreas del país donde no se cuenta con un estudio. Se estimó el tamaño de las mujeres trans a nivel nacional en El Salvador por medio de ambas formas de extrapolación descritas a continuación.

Las estimaciones de tamaño de la población de mujeres trans disponibles provinieron de las obtenidas por método multiplicador del objeto único en los departamentos de San Salvador y San Miguel. Para la extrapolación simple se utilizaron ambos datos. Debido a que

el método de extrapolación compleja con modelaje matemático requiere de un mínimo de tres estimaciones, se realizó una consulta con las líderes de ONG de la comunidad trans quienes estimaron que en el departamento de Santa Ana pudieran haber 100 mujeres trans aproximadamente.

Al contar con tres datos de diferentes lugares (San Salvador, San Miguel y Santa Ana) y con base en las estimaciones disponibles, se calculó el porcentaje de la población adulta que es mujer trans en estos mismos departamentos. El denominador del cálculo provino de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, el Censo de Población y Vivienda de 2007 y las Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional 2005-2050 y Departamental 2005-2025 de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía, Gobierno de El Salvador.

Para la estimación nacional mediante extrapolación simple se conformaron tres grupos compuestos por los 14 departamentos. La agrupación se realizó de acuerdo a diferentes variables explicativas principalmente sociodemográficas. Posteriormente a cada grupo sin datos (grupos 1 y 2) se le asignó una medida proporcional del estimado que fuera mujer trans basados en la proporción de los departamentos que si tenían datos y que conformaban el grupo 3. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Agrupación departamental para extrapolación simple

Grupos	Departamentos
Grupo 1	Ahuachapán
	La Libertad
	La Paz
	La Unión
	San Vicente
	Santa Ana
	Sonsonate
	Usulután
Grupo 2	Cabañas
	Cuscatlán
	Chalatenango
	Morazán
Grupo 3	San Miguel
	San Salvador

Los datos de San Salvador y San Miguel, sirvieron como insumo para crear un modelo para estimar el tamaño de la población nacional de mujeres trans. Se utilizaron además el tamaño de la población de hombres y mujeres en cada departamento, número de hombres de 18 a 64 años, habitantes por km², razón hombre:mujer, tasa de analfabetismo y tasa de desempleo. Todos los datos que se utilizaron se tomaron de fuentes confiables como el censo nacional de población y de vivienda, así como la encuesta de hogares de propósitos múltiples de El Salvador 2013. Algunas variables que quisieron que contuviese el modelo no pudieron ser incluidas por no encontrarse datos disponibles al hacer la exhaustiva búsqueda.

El modelo complejo usó las estimaciones disponibles ($n=3$) junto a otras variables explicativas para predecir el tamaño de población en los demás departamentos ($n=11$). Las variables explicativas deben caracterizar los departamentos y ser posibles predictoras del tamaño de la población de interés. Para este análisis se utilizaron como variables explicativas: la cantidad de negocios, el número de zonas urbanas, el porcentaje de la población con acceso a internet, la proporción de la población total según municipio, el porcentaje que vive en área urbana, el porcentaje mayor de 16 años, el porcentaje no alfabetizado, el porcentaje desempleado, y el área geográfica, todas estas variables buscaban caracterizar de mejor manera los 14 departamentos que conforman la República de El Salvador (Anexo 1). Se recopiló la información de las variables independientes del Censo de Población y Vivienda de 2007, la Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples de 2013 y el Censo Económico de 2005 (Dirección general de Estadística y Censos), el Almanaque 262 de 2009 (Programa de las Naciones Unidas de Desarrollo), el Ministerio de Turismo y el Índice de Competitividad Municipal de 2013 (USAID). Se imputó el número de negocios en Cuscatlán, La Unión, San Miguel ya que no se dispuso de la información en las fuentes consultadas.

La extrapolación compleja uso los datos recopilados para modelar el porcentaje de la población adulta que sea mujeres trans sobre las variables explicativas en los departamentos sin datos ($n=11$) con el programa *super learner*. El programa prueba diferentes modelos como el modelo lineal generalizado, random forest (4.6-10) y red neuronal para encontrar el modelo más adecuado dándole peso a los diferentes algoritmos según la bondad de ajuste. El modelo super learner tiene validez para predecir el tamaño de población por las siguientes razones:

- Los modelos paramétricos, típicamente usados para predicción, tienen la limitante de que el número de variables explicativas tiene que ser menor que el número de observaciones. El modelo super learner permite un número ilimitado de variables predictoras.(20) Se usaron 13 variables para modelar el resultado en los 14 departamentos.
- El modelo super learner hace una validación de los diferentes modelos incluidos comparando cada uno contra los demás (cross-validation) lo que implica que no es necesario escoger un modelo a priori.
- El modelo super learner permite correr múltiples algoritmos, incluso aquellos flexibles de aprendizaje automático (machine learning) que captan mejor las características de los datos que una regresión paramétrica estándar.(20) La regresión normal, Poisson, exponencial, logística y lineal son ejemplos de la familia de modelos paramétricos, los cuales tienen supuestos más rígidos sobre la distribución de los datos a modelar que los modelos semi- o no-paramétricos.
- El modelo super learner predice el resultado de interés mejor que cualquiera de los algoritmos individuales incluidos.(21–23)
- Anteriormente, se ha utilizado el modelo super learner para predecir la susceptibilidad de antirretrovirales de un fenotipo de VIH basado en el genotipo del virus (23) y para predecir el riesgo de mortalidad (20–24)

C. Tamaño de muestra y sitios para el estudio

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

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

Dónde:

- D = efecto de diseño
- P1 = la proporción estimada en el momento de la primera investigación
- P2 = la proporción en una fecha futura, donde la figura (P2 - P1) es el tamaño de la magnitud del cambio deseado para ser detectado
- P = (P1 + P2) / 2
- Z1- α /2 = marcador de Z corresponde a la probabilidad deseada para poder llegar a la conclusión de que un cambio observado en el tamaño (P2 - P1) no podría haber sucedido por casualidad
- Z1- β = marcador de Z se corresponde con el grado de confianza deseado para estar seguro de detectar un cambio en el tamaño (P2 - P1), si un cambio fuera a ocurrir

$$\alpha = 0.05 \quad (Z_{1-\alpha/2} = 1.96) \quad \beta = 0.20 \quad (Z_{1-\beta} = 0.84)$$

Con la aplicación de la fórmula descrita, un efecto de diseño de 2 y un poder para detectar diferencias del 80%, se obtuvo una muestra de 200 en San Salvador y 110 en San Miguel. Estos tamaños de muestra permitirían detectar un cambio del 13% sobre un indicador de comportamiento seleccionado para un grupo de MT en San Salvador y un 16% en el grupo de MT en San Miguel. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Tamaño de la muestra por ciudad

Ciudad / Departamento	Estimación del tamaño de la población y encuesta de comportamiento
San Salvador	200
San Miguel	110
Sonsonate	40*
La Libertad	40*
Total	330

*Muestra por conveniencia solamente para conocer prevalencia de VIH

D. Criterios de inclusión

Se determinaron los siguientes criterios de inclusión para participar en el estudio:

- Auto identificarse como mujer (hombre biológico al momento de nacer) ya sea transexual, transgénero o travestí, independientemente si tiene o no expresión de género femenina
- Haber tenido al menos una relación sexual anal con un hombre biológico en los últimos 12 meses
- Tener 18 años cumplidos al momento de la entrevista
- Ser residente, estudiante o empleada de la ciudad de San Salvador, San Miguel, La Libertad o Sonsonate al momento de la entrevista
- Ser reclutada al azar en alguno de los lugares seleccionados
- Dar su consentimiento verbal para hacer la entrevista de comportamiento cara a cara o auto administrada
- Firmar el consentimiento escrito
- No estar bajo la influencia de alcohol, drogas u otras sustancias al momento de la entrevista.

E. Muestreo TLS

1. Plan de muestreo

Una vez finalizó el estudio formativo, se estableció un plan de muestreo según lo establece TLS, para cada departamento. El muestreo de TLS es recomendado para poblaciones minoritarias y está enfocado en concentrar los recursos en los escenarios posibles donde se pueden encontrar. A través de este muestreo es posible llegar a las participantes seleccionando al azar el día, hora y lugar para el reclutamiento así como la selección de las MT de una manera sistemática. Dentro de cada departamento incluido en el estudio y con apoyo de las ONG se seleccionaron los departamentos que serían incluidos para el muestreo, y que presentaban condiciones “amigables” para el equipo de campo. En el cuadro 5 se presentan los departamentos seleccionados.

Cuadro 5. Departamentos incluidos en el estudio

San Salvador	Muestreo
San Salvador	TLS
San Miguel	TLS
Sonsonate	NA
La Libertad	NA

El TLS funciona básicamente como un proceso de tres pasos en el que los actores principales son las unidades primarias de muestreo de muestreo. El primer paso fue seleccionar al azar entre un universo de lugares potenciales los lugares donde se congrega la población muestreo (centros comerciales, bares, parques, ONG, etc.) que previamente se enlistaron a través del estudio formativo. Posteriormente, se realizó una nueva selección al azar de los días y horas de visita asociados a la concentración de la población en cada lugar y como tercer paso se visitó los lugares seleccionados en el horario de mayor concentración, para abordar de manera sistemática a los participantes. Idealmente se estimó que cada MT objetivo tenía la probabilidad de ser seleccionada, pero en el abordaje se verificaba los criterios de elegibilidad que permitió asegurar la participante ideal para formar parte del estudio.

Una vez identificada y reclutada la participante se les asignaba un código único formado por números, el cual no era transferible, además se indicaba en la hoja de registro el lugar donde se estaba haciendo el reclutamiento, con el objetivo de reducir o evitar la posibilidad de que la MT participara dos veces en el mismo proceso en diferentes escenarios. Para evitar duplicidades también se entrenó al equipo para estar atento ante cada participación, el equipo fue el mismo en todos los sitios muestreados. Al final de cada entrevista a cada participante se le entregó un incentivo en especie como agradecimiento por su tiempo y colaboración.

El muestreo TLS puede ser un reto para la investigación en aspectos relacionados al VIH por el solo hecho de que los abordaje fueron en sitios públicos y a las participantes se le solicitó que respondiera preguntas sensibles acerca de sus prácticas sexuales, consumo de drogas, y otros factores de riesgo de VIH, además de brindar una muestra de sangre para procesar la prueba rápida de VIH.

F. Procedimientos del estudio

El estudio de estimación de población, sero-prevalencia de VIH, comportamiento, actitudes y prácticas sexuales de las mujeres trans en El Salvador contenía diferentes pasos voluntarios para cada una de las participantes: un cuestionario cara a cara utilizando una tableta electrónica, consejería pre prueba, toma de la muestra de sangre para procesar la prueba de VIH, consejería post prueba con entrega de resultado de VIH y entrega de incentivo. La figura 1 permite visualizar el proceso que siguieron las participantes.

Figura 1. Flujograma de los pasos del estudio

Contador/a	<ul style="list-style-type: none"> • Contaba a las participantes elegibles en cada sitio • Indicaba que participante debía ser reclutada
Entrevistadora	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado a participante
Consejería	<ul style="list-style-type: none"> • Brindaba consejería pre prueba
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Extracción y procesamiento de muestra de sangre para prueba rápida de VIH
Entrevistadora	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza entrevista en dispositivo electrónico
Consejería	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda entrega de resultados mediante consejería post prueba • Entrega de resultados confirmatorios en caso de ser necesario
Contador/a	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de incentivos • Reforzamiento de entrega de resultados confirmatorios en caso de ser necesario

1. Entrevista

Los cuestionarios fueron administrados a través de tabletas electrónicas. Este método ha sido usado en otros estudios en la región centroamericana ya que facilita la logística de la encuesta en el campo, eliminando la necesidad de cuestionarios en papel y la digitación de datos que puede incluir algún grado de error. Las entrevistas fueron administradas por la entrevistadora posterior a una breve y sencilla inducción, que incluía la firma del consentimiento informado, hecha por el contador y el coordinador de campo. Aunque la participación de un entrevistador puede introducir algún sesgo, la administración de la entrevista a través de la tableta electrónica se facilita ya que se utiliza un software especial que crea patrones de saltos de acuerdo a las respuestas de la entrevistada, además de que facilita el almacenamiento y gestión de datos.

Se utilizó un cuestionario validado en la región y previamente en el país durante la ECVC de 2008. Se incorporaron las secciones de procesos de feminización, revelación de su identidad de género y conocimiento de definiciones. Estas secciones fueron validadas con acompañamiento de las ONG de mujeres trans, para asegurar el uso adecuado y comprensible del lenguaje en las preguntas, teniendo en cuenta el contexto de poblaciones y ciudades. Las entrevistadoras fueron seleccionadas entre las organizaciones que trabajan con mujeres trans. Como el cuestionario utilizado se basó en estudios internacionales y de comportamiento realizados anteriormente en el país y la región centroamericana, se tendrá la ventaja que con los resultados se permitirán hacer comparaciones dentro del país, con otras encuestas en la región así como con otros estudios.

El cuestionario cuenta con las siguientes secciones:

- Antecedentes socio-demográficos
- Participación en organizaciones y actividades de información en VIH/Sida
- Conocimiento opiniones y actitudes respecto al VIH
- Acceso a condones y lubricantes
- Antecedentes sexuales
- Parejas estables
- Relaciones sexuales ocasionales
- Relaciones sexuales comerciales
- Trabajo sexual
- Últimas tres personas con la que tuvo relaciones sexuales
- Infecciones de transmisión sexual y asistencia a servicios VICITS
- Pruebas de VIH, tratamiento y seguimiento
- Uso de alcohol y drogas
- Discriminación, estigma y apoyos
- Proceso de revelación de su orientación sexual e identidad de género
- Proceso de feminización
- Conocimientos generales sobre terminologías y definiciones

2. Toma de muestra y pruebas de laboratorio

Después de aceptar participar en la encuesta mediante la firma del consentimiento informado, el personal capacitado proporcionaba consejería previa a la prueba de VIH, se obtenía la muestra de sangre y mientras esta estaba siendo procesada por cada profesional de laboratorio, la participante era entrevistada mediante la tableta electrónica.

a. Pruebas rápidas de VIH

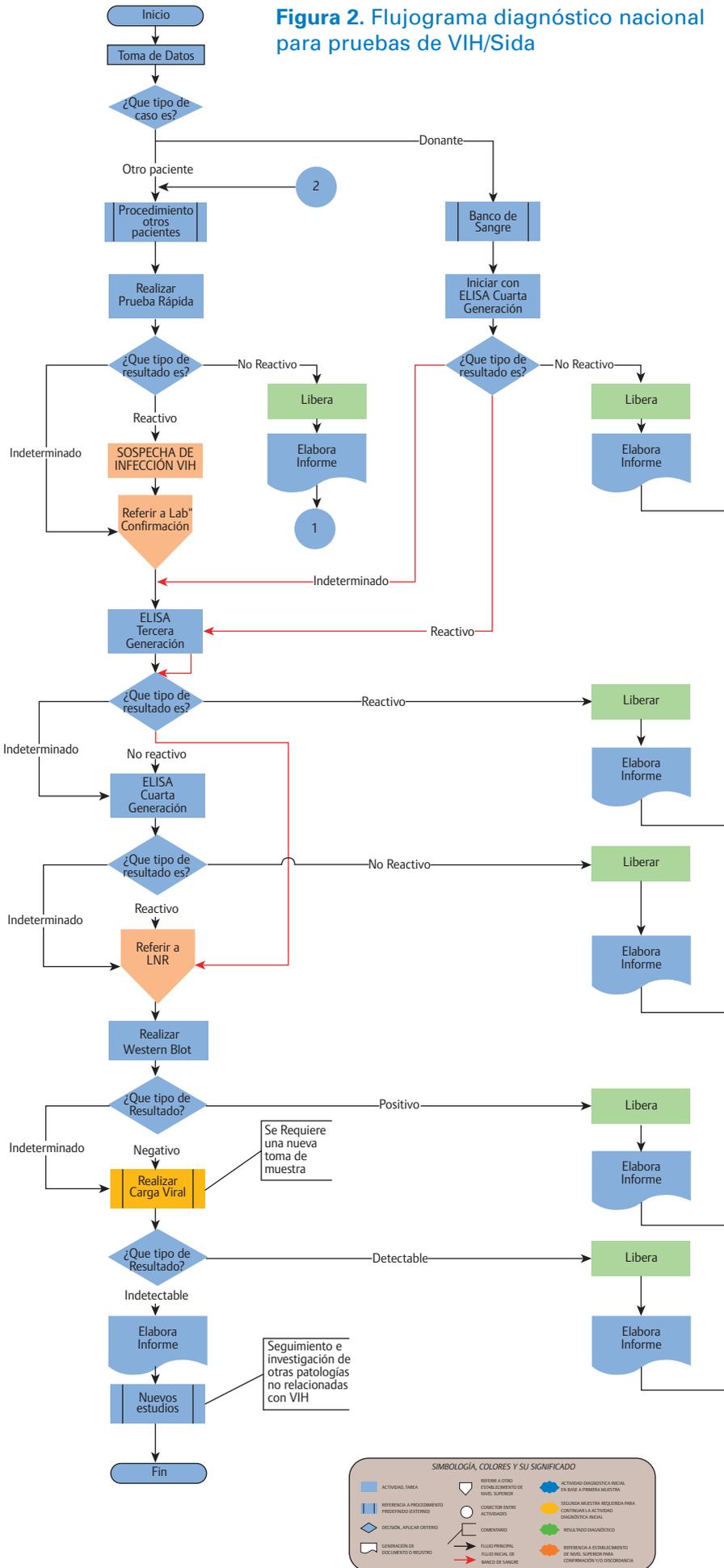
La prueba rápida de VIH Determine® (Abbott Laboratories, Abbott Park, IL) fue utilizada como primera prueba in situ. Determine es un método diagnóstico de procedimiento sencillo y fácil de utilizar, con una sensibilidad del 100% y especificidad general del 99.75%. A todas las participantes que aceptaron realizarse la prueba de VIH, se les extrajeron 12 ml. de sangre venosa. Para el diagnóstico de VIH se utilizó suero el cual fue obtenido luego de centrifugar la muestra. La confirmación de los casos positivos se realizó de acuerdo al algoritmo de diagnóstico de VIH establecido en El Salvador que incluye Elisa de 3ª y 4ª generación, además de Western Blot y Carga Viral (figura 2).

Un resultado negativo de la primera prueba rápida Determine® fue considerado un verdadero negativo y el resultado fue informado al participante durante la consejería post prueba. La prueba de Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) Biorad 3ª generación se realizó a las muestras de suero para las pruebas rápidas del VIH reactivas. Este proceso se realizó en los hospitales de referencia regionales.

Los resultados de las pruebas rápidas del VIH estuvieron disponibles después de 20-30 minutos y se registraban en formularios diseñados especialmente para esto. Los resultados de ELISA para los casos reactivos se entregaban en las clínicas VICITS dos semanas después. El algoritmo indica que pruebas reactivas a ELISA de 3ª generación pasan a realizarse ELISA de 4ª generación y si esta es reactiva pasa a Western Blot (VIH BLOT 2.2 MP Diagnostics) como prueba confirmatoria. En este estudio todas las pruebas fueron liberadas con ELISA 3ª generación.



Figura 2. Flujograma diagnóstico nacional para pruebas de VIH/Sida



b. Manipulación de muestras y procedimientos de laboratorio

Las muestras recolectadas durante las visitas fueron almacenadas en una caja fría con hielo congelado en paquetes durante el día. Al final de cada jornada los especímenes que se recolectaron en cada reclutamiento fueron transportados al Laboratorio Central del Ministerio de Salud y cada muestra lleva un formulario en original y copia para hacer constar la entrega de las mismas. Los viales con suero rotulado con el código único de cada participante, fue guardado en cajas especiales dentro de un congelador a -80°C.

3. Resultados de pruebas para los participantes

Los resultados de la prueba rápida del VIH se entregaron a los participantes a través de la post consejería el mismo día de la encuesta y según lo normado por el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida del Ministerio de Salud. Para este estudio, se dispuso que los resultados de VIH no se vincularan al nombre de los participantes, por lo que se utilizó un código único para identificar al participante en la encuesta. Este código también se usó en el consentimiento informado, toma de muestras, pre consejería, entrega de resultados y post consejería.

Las participantes con resultado positivo en la prueba rápida de VIH recibieron una referencia sin nombre, solamente con código único, para recibir su resultado confirmatorio y seguimiento en las clínicas VICITS. No hubo un esfuerzo independiente por el personal de las unidades móviles que participo en esta encuesta para tratar de contactar a la/s pareja/s (por teléfono o personalmente). Para asegurar la confidencialidad, ningún miembro del equipo del estudio podía contactar a los participantes del estudio o a sus parejas. La decisión de contactar a sus parejas sexuales para el seguimiento en un centro de salud fue voluntaria.

4. Incentivos por participar

A las participantes se les entregó un incentivo por participar con un valor equivalente a US\$6.00. El incentivo consistía en un bolso o cartera, un tubo de lubricante y una dotación de condones.

G. Aspectos éticos

El protocolo fue sometido para su aprobación ética local al Comité de Ética del Consejo Superior de Salud Pública y fue revisado por el Fondo Mundial y Plan Internacional. Además se revisó el contenido y el lenguaje del documento de consentimiento informado para que fuese de fácil comprensión para las participantes del estudio y también para asegurar que todos los aspectos de este estudio de investigación se explican adecuadamente a las MT antes de la participación. Con el fin de proteger la confidencialidad, los nombres de las participantes ni los datos de identificación personal no se adjuntaron a ninguno de los formularios de la encuesta.

En casos especiales, si la participante aceptaba que le tomaran la muestra de sangre y reportaba que conocía su estatus serológico positivo para VIH durante la consejería, por indicación del lineamiento del Ministerio de Salud, se solicitaba el nombre para contar con la evidencia documental en el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE) de casos confirmados. Esta medida, fue sugerida durante el inicio del trabajo de campo por la Coordinadora del Área de Laboratorio Clínico del PNS, quien indicó la necesidad de optimizar los reactivos, insumos y la notificación de casos.

Las bases de datos se encuentran protegidas por contraseña y sólo las personas que trabajan en el estudio tienen acceso a ellas. Todos los miembros del equipo de campo firmaron un compromiso sobre el uso de los datos y el acuerdo de confidencialidad antes de la fase de recolección de datos.

H. Organización del estudio

1. Equipo nacional

El equipo nacional participó en el proceso de coordinación, supervisión e implementación del estudio. Este equipo estaba formado por un coordinador nacional del estudio, personal técnico del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y técnicos del área de unidades móviles del Ministerio de Salud.

2. Equipo de campo

El equipo de campo estaba conformado por un enumerador de participantes y verificador de los criterios de elegibilidad, cuatro mujeres trans como entrevistadoras, dos consejeras para la toma de prueba de VIH y dos profesionales de laboratorio para el apoyo al personal técnico de la unidad móvil del Ministerio de Salud.

3. Capacitación

Todos los miembros del equipo que participaron en el trabajo de campo recibieron entrenamiento en los siguientes temas:

- Introducción a la metodología TLS
- Procedimientos y el flujo del estudio
- Consejería
- Toma y procesamiento de muestras de sangre
- Técnicas de entrevista sobre cómo obtener respuestas a preguntas sensibles y no sensibles
- Instrumentos de recolección de datos
- Gestión de los instrumentos electrónicos para la recopilación de datos
- Aspectos éticos de la investigación en seres humanos
- Problemas de estigma y discriminación que afectan a las MT
- Habilidades de comunicación
- Confidencialidad
- Seguridad de los datos

Los talleres se dividieron en dos partes: la primera contenía una presentación resumida del protocolo de la encuesta, criterios de inclusión, consentimiento informado, aspectos éticos, procedimientos, toma de muestras, flujograma de la encuesta, estructura del cuestionario, coordinación, envío de información de las tabletas electrónicas, envío de muestras y logística, la misma que fue dirigida a todos los miembros de cada equipo local para cada población. En la segunda parte del taller los participantes se dividían de acuerdo a su rol en la encuesta: los facilitadores de la encuesta trabajaron las 17 secciones del cuestionario realizando juego de roles con las tabletas electrónicas y conociendo cada una de las preguntas y sus saltos correspondientes.

I. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó en la oficina regional ubicada en Guatemala, con el acompañamiento del personal en El Salvador. La limpieza de la base de datos de comportamiento, controles de calidad y digitación de datos se realizó en la misma oficina. El análisis de los datos de comportamiento sexual y sero-prevalencia de VIH se realizó en el programa estadístico STATA 12.0 utilizando pesos tal y como lo describe TLS.

Los datos fueron ajustados según el peso que fue calculado en tres etapas, según la probabilidad de selección de: sitio, horario y reclutamiento, y están dados respectivamente por:

$prob1 = \text{número de sitios seleccionados} / \text{total de sitios en el departamento}$

$prob2 = 1 / \text{número de horarios en los que funciona el sitio}$

$prob3 = \text{número de entrevistados en sitio} / \text{conteo total de elegibles en sitio}$

Para eventos especiales o únicos que no estaban definidos en el muestreo la $prob1$ y $prob2$ son 1. Estos eventos especiales son aquellos que durante el periodo de muestreo, por afluencia de población trans se aprovecharon para visitarlos y reclutar participantes. En el análisis de datos se estratificó por municipio para cada ciudad y se tomó cada evento como unidad primaria de muestreo. Un evento está definido como una visita a un sitio en un horario específico. Posteriores visitas al mismo sitio en fechas y horarios distintos constituyen un evento diferente.

El análisis para la estimación nacional mediante extrapolación simple fue hecho en Excel. El modelaje matemático de la extrapolación compleja se realizó con el programa super learner versión 2.0-15 creado el 16/07/2014 en el software R 3.1.2. Dicho modelo calcula un porcentaje de la población que sea mujer trans por departamento y en seguida se multiplica este porcentaje por la población proyectada en 2013 por departamento para obtener el tamaño de población según esta división geográfica. Para la extrapolación compleja se calcularon intervalos de confianza de 95% con base en la diferencia entre la estimación del modelo y las estimación de los estudio previos. Se realizaron estimaciones según departamento y se validaron los resultados con expertos y con la sociedad civil.





VII. Resultados

A. Muestreo en San Salvador, San Miguel, Sonsonate y La Libertad

El muestreo de comportamiento se realizó en diferentes escenarios con diferentes actividades sociales, económicas y educativas. San Salvador a diferencia de San Miguel presentó un mayor número de espacios disponibles para el muestreo de la población.

Para aumentar la efectividad del muestreo se clasificó a estos espacios de acuerdo a su actividad, estructura y tamaño de la siguiente manera:

- Espacios cerrados pequeños (bar, casa de cita, cervecería, discoteca y ONG)
- Espacios cerrados amplios (mercados)
- Espacios abiertos amplios (centros comerciales, centros deportivos, parques y universidades)
- Espacios abiertos reducido (área de trabajo sexual)

Esto facilitó reclutar a participantes en diferentes lugares, horarios, días y con diferentes actividades individuales y grupales. En total, se reclutaron 406 participantes en las cuatro ciudades, de ellas 224 para San Salvador, 109 para San Miguel, 43 para Sonsonate y 23 para la Libertad. El muestreo en los últimos dos departamentos fue por conveniencia (Cuadro 6).

Cuadro 6. Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad, El Salvador 2014

	Ciudades			
	San Salvador	San Miguel	Sonsonate*	La Libertad*
Muestra propuesta	200	110	40	40
Total de participantes reclutadas	229	110	44	23
Total de participantes con entrevistas válidas	224	108	43	23
Número de participantes con prueba rápida de VIH	131	41	20	13

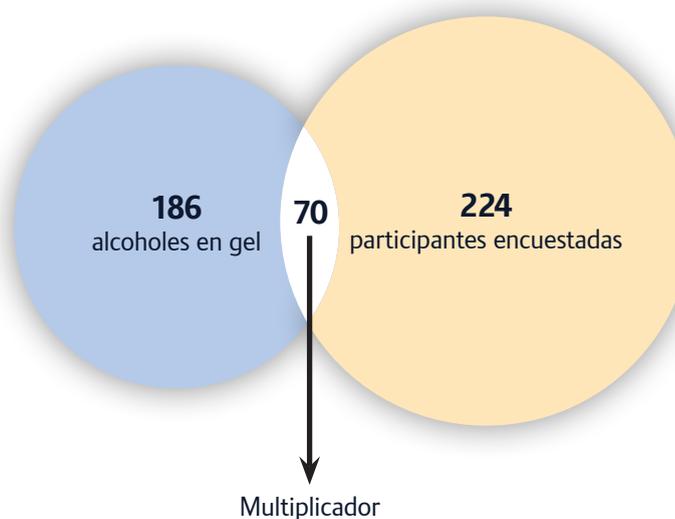
*Los departamentos de Sonsonate y La Libertad solamente estaban incluidos para prueba de VIH, algunas participantes aceptaban participar pero no hacerse la prueba.

B. Estimación de tamaño de población de mujeres trans en El Salvador

La muestra de participantes incluidas en el estudio de San Salvador fue de 224 mujeres trans elegibles y de ellas 70 afirmaron haber recibido el objeto único. En San Miguel la muestra de participantes elegibles fue de 109, de las cuales 20 recibieron el alcohol gel.

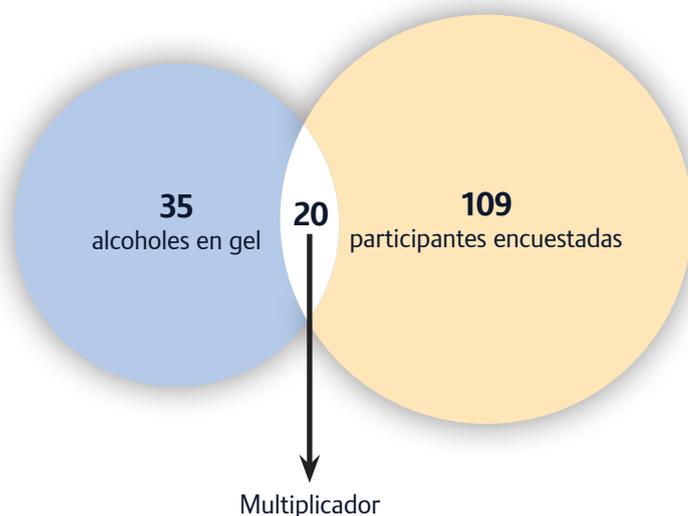
Una vez que utilizamos la fórmula del método multiplicador para estimar el tamaño de la población, se estimó que hay 600 mujeres trans en el departamento de San Salvador y 194 mujeres trans en el departamento de San Miguel. (Figuras 3 y 4)

Figura 3. Estimación del tamaño de población de mujeres trans en San Salvador usando el método multiplicador



- 186** mujeres trans captadas en la primera captura independiente mediante la entrega de alcoholes gel
 - 224** mujeres trans captadas en la segunda captura independiente – encuesta de comportamiento
 - 70** mujeres trans que participaron en la encuesta y recibieron un alcohol gel
- Se estima que hay 600 mujeres trans en San Salvador
Equivale al 0.15% de hombres entre 18-64 años de San Salvador

Figura 4. Estimación del tamaño de población de mujeres trans en San Miguel usando el método multiplicador



35 mujeres trans captadas en la primera captura independiente mediante la entrega de alcoholes gel

109 mujeres trans captadas en la segunda captura independiente – encuesta de comportamiento

20 mujeres trans que participaron en la encuesta y recibieron un alcohol gel

Se estima que hay 194 mujeres trans en San Miguel

Equivale al 0.2% de hombres entre 18-64 años de San Miguel

Cuadro 7. Estimación de la población de mujeres trans a nivel nacional mediante extrapolación simple, por departamento. El Salvador 2014

Grupos	Departamentos	Estimación por departamento
Grupo 1	Ahuachapán	76
	La Libertad	165
	La Paz	72
	La Unión	49
	San Vicente	37
	Santa Ana	132
	Sonsonate	107
	Usulután	77
Grupo 2	Cabañas	21
	Cuscatlán	38
	Chalatenango	29
	Morazán	26
Grupo 3	San Miguel	194
	San Salvador	811
Total		1,835

De acuerdo a la extrapolación simple (cuadro 7), se estimaron 1,835 mujeres trans en El Salvador.

Cuadro 8. Estimación de la población de mujeres trans mayor de 16 años a nivel nacional mediante extrapolación compleja, por departamento. El Salvador 2014

Departamento	Población total 2013	% población masculina	% población adulta*	% Trans**	Intervalo inferior	Intervalo superior	Estimación de mujeres trans	Intervalo inferior	Intervalo superior
Ahuachapán	333,406	47	67	0.085	0.062	0.108	90	66	115
Cabañas	164,945	47	65	0.085	0.062	0.107	43	31	54
Chalatenango	204,808	47	71	0.121	0.098	0.144	84	68	100
Cuscatlán	252,528	47	68	0.088	0.066	0.111	72	54	91
La Libertad	747,662	47	70	0.099	0.076	0.122	244	188	301
La Paz	328,221	47	67	0.104	0.081	0.127	107	83	131
La Unión	263,271	47	66	0.106	0.083	0.129	87	68	105
Morazán	199,519	47	65	0.113	0.090	0.136	69	55	83
San Miguel	478,792	47	68	0.112	0.089	0.135	172	137	207
San Salvador	1,740,847	46	74	0.099	0.076	0.122	584	449	719
San Vicente	174,561	47	68	0.086	0.063	0.109	48	35	61
Santa Ana	572,081	47	70	0.080	0.057	0.103	152	108	195
Sonsonate	463,739	47	69	0.087	0.064	0.110	131	96	165
Usulután	366,040	47	68	0.109	0.086	0.132	128	101	155
Total	6,290,420	—	—	—	—	—	2011	1539	2483

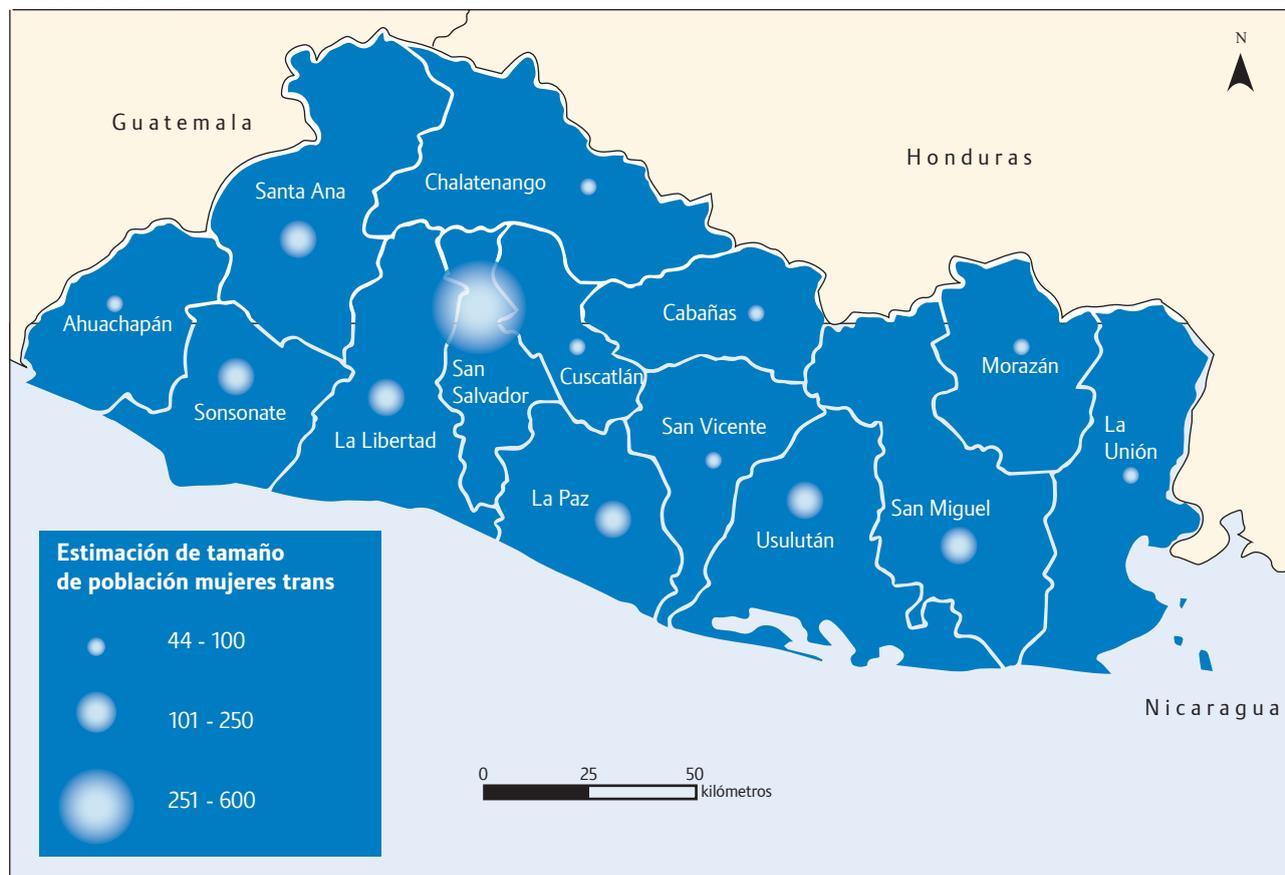
*mayor de 16 años

**De la población masculina mayor de 16 años

Con base en las estimaciones disponibles de los departamentos de San Salvador y San Miguel, además del uso de las variables de apoyo para la predicción, se estimaron 2,011 mujeres trans a nivel nacional siendo el departamento de San Salvador el que contiene el mayor número: 584 (29% del total), seguido del departamento de La Libertad con 244 (12% del total) y en los demás departamentos la estimación oscila entre 43 a 172 mujeres trans por departamento. A nivel nacional el intervalo de confianza de la estimación de la población trans es de 1,539 a 2,483 mujeres trans. (Cuadro 8 y Figura 5)



Figura 5. Estimación del tamaño de la población de mujeres trans, por departamento. El Salvador 2014



C. Resultados del estudio de comportamiento y prevalencia de VIH

1. Características sociodemográficas

La siguiente sección describe las características sociodemográficas de las participantes en los dos departamentos incluidos en el estudio. Un 47.1% de San Salvador y 43.8% de San Miguel se encuentran entre los 18 y 24 años de edad. La mediana de edad para las encuestas de San Salvador fue de 25 años (RIC: 21-31), mientras que en San Miguel fue de 27 años (RIC: 22-31.5). Las proporciones de escolaridad de las participantes son muy similares en ambas muestras, siendo el grupo más grande quienes han llegado hasta bachillerato, con un 35.4% para San Salvador y un 47.8% para San Miguel. El 37.6% y 49.9% reportaron que su ingreso mensual era menor de \$225 o no percibían ningún ingreso.

El 83.6% y el 94.2% de las participantes se encontraban solteras, separadas, divorciadas o viudas en San Salvador y San Miguel, respectivamente. Cerca de un tercio de las participantes de San Salvador y dos tercios de San Miguel indicaron que no tienen personas que dependan económicamente de ellas, mientras que un 28.4% y 18.9% de cada ciudad respectivamente, reportaron que entre 2-3 personas dependen económicamente de ellas. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Características sociodemográficas, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Grupos de edad (años)						
18-24	224	111	47.1 (38.5-55.7)	108	45	43.8 (34.4-53.3)
25-34		79	36.3 (29.6-43.0)		46	40.2 (29.6-50.7)
≥35		34	16.6 (8.2-25.0)		17	16.0 (10.6-21.5)
Escolaridad						
No asistió a la escuela	224	10	6.6 (1.9-11.3)	108	4	3.4 (0.0-8.2)
Primaria incompleta/ completa		21	10.0 (4.6-15.4)		13	13.1 (8.8-17.4)
Secundaria incompleta/completa		72	31.6 (24.0-39.2)		22	22.2 (9.6-34.7)
Bachillerato incompleto/ completo		83	35.4 (29.2-41.6)		55	47.8 (39.1-56.6)
Universidad/técnico		38	16.4 (10.5-22.3)		14	13.4 (4.0-22.9)
Ingreso mensual aproximado (US dólares)						
No tiene ingresos/ Menos de \$225	222	86	37.6 (28.3-46.8)	108	55	49.9 (37.3-62.5)
\$225-\$449		83	38.2 (30.8-45.6)		36	32.3 (18.7-45.9)
≥\$450		53	24.2 (17.1-31.2)		17	17.8 (7.8-27.9)
Actividades laborales a las que se dedica*						
Belleza/arte	224	25	11.4 (4.1-18.7)	108	29	24.6 (16.2-33.1)
Trabajo sexual		90	47.2 (31.0-63.4)		10	10.6 (1.8-19.4)
Empleada/negocio propio/otro		89	37.7 (26.0-49.3)		48	43.2 (20.2-66.2)
No trabaja		32	9.6 (3.7-15.4)		24	24.3 (10.9-37.8)
Estado civil						
Soltera/sola	224	190	83.6 (78.7-88.5)	108	102	94.2 (90.9-97.6)
Casada/unión libre		34	16.4 (11.5-21.3)		6	5.8 (2.4-9.1)
Número de personas de dependientes económicamente						
Ninguno	223	79	34.0 (25.2-42.8)	108	66	63.2 (47.6-78.8)
1		57	24.6 (17.3-32.0)		17	13.4 (3.9-22.8)
2-3		61	28.4 (20.6-36.3)		19	18.9 (9.6-28.3)
≥4		26	12.9 (6.1-19.6)		6	4.4 (0.3-8.6)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

2. Acceso a información sobre VIH e ITS

En esta sección se describe el acceso que tienen las participantes a la información sobre VIH e ITS.

La búsqueda de información sobre VIH es similar para las participantes de San Salvador y San Miguel, con un 58.9% y un 53.6% respectivamente. Entre quienes buscaron información, un 52.4% y el 51.9% para San Salvador y San Miguel lo hicieron en proyectos u organizaciones, mientras que un 13.6% y 6.2% buscaron información en las clínicas VICITS. Las participantes que han visto y escuchado mensajes sobre VIH representan un 60.3% para San Salvador y un 61.9% para San Miguel, siendo la televisión el medio más frecuente.

Las participantes que refieren haber recibido información sobre VIH a través de material impreso conforman un 44.0% en San Salvador y 50.7% en San Miguel, y entre quienes lo recibieron, la proporción más grande es la que informo que lo recibió de parte de organizaciones. Un 34.6% de San Salvador y 48.9% de San Miguel participaron en actividades comunitarias sobre el VIH. Solamente un 11.9% y 1.6% en el mismo orden de ciudades, trabajan en alguna ONG que apoya a mujeres trans o a la comunidad LGBTI. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Actividades de información o educación sobre VIH en los últimos 6 meses, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Participantes que buscaron información sobre VIH – últimos 6 meses	223	126	58.9 (48.8-69.1)	108	58	53.6 (40.1-67.0)
Donde busco la información*						
VICITS		12	13.6 (0.0-27.1)		3	6.2 (0.0-16.7)
Proyectos/ONG	126	64	52.4 (37.2-67.6)	58	29	51.9 (35.4-68.4)
Otros ^φ		57	39.3 (21.0-57.5)		28	46.0 (25.6-66.4)
Participantes que vieron o escucharon mensajes sobre VIH en medios de comunicación – últimos 6 meses	223	139	60.3 (49.7-70.9)	108	66	61.9 (52.3-71.5)
Donde vio/escucho esta información*						
Televisión		114	79.4 (65.1-93.6)		55	81.9 (65.1-98.7)
Radio		25	20.7 (13.3-28.1)		10	15.2 (6.0-24.4)
Periódicos/revistas/ Posters/vallas	139	27	22.5 (12.3-32.7)	66	8	12.6 (1.7-23.5)
Internet		50	31.8 (21.2-42.4)		17	30.3 (14.0-46.6)
Participantes que recibieron material impreso sobre VIH – últimos 6 meses	223	103	44.0 (37.1-50.8)	108	54	50.7 (38.6-62.9)
Donde recibieron la información*						
VICITS		6	4.4 (0.0-9.6)		2	4.4 (0.0-9.9)
Proyectos/ONG	103	56	57.9 (42.3-73.5)	54	29	56.1 (28.2-84.0)
Otros ^φ		48	42.4 (26.2-58.6)		23	39.5 (11.4-67.6)
Participó en actividades comunitarias sobre VIH – últimos 6 meses	223	79	34.6 (26.5-42.8)	108	52	48.9 (37.2-60.6)
Actividad comunitaria a la que asistió*						
Charlas/talleres		62	82.2 (61.2-100)		45	83.8 (61.2-100)
Video foros/ visitas domiciliarias /ferias de salud/ marchas	79	29	29.8 (5.1-54.5)	52	19	39.1 (22.9-55.2)
Participantes que hablaron sobre VIH con alguien – últimos 3 meses	223	123	54.0 (45.9-62.1)	108	67	60.4 (51.7-69.0)
Persona con quién habló sobre VIH/SIDA*						
Pareja hombre o mujer		19	13.3 (4.3-22.3)		6	9.2 (0.5-17.9)
Familiares/ amigos/otros	123	103	87.4 (80.1-94.7)	67	59	88.0 (77.0-99.0)
Personal de centro de salud u ONG		13	8.9 (2.0-15.8)		4	5.5 (0.0-12.7)
Participantes que trabajan en alguna organización de apoyo a mujeres trans	223	27	11.9 (5.0-18.7)	108	2	1.6 (0.0-4.9)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

φ Otros incluye: unidad de salud, hospital público, establecimiento de salud privado, iglesias y lugares de esparcimiento públicos.

e Otros incluye: unidad de salud, hospital público, establecimiento de salud privado, grupos de apoyo, calle, mercado, centro penal y lugares de esparcimiento públicos.

La búsqueda de información sobre ITS por parte de las participantes fue de 46.3% en San Salvador y 44.0% en San Miguel. Las participantes que han visto o escuchado mensajes sobre ITS en San Salvador fueron un 40% de San Salvador y similar en San Miguel, siendo la televisión el medio más reportado. Aproximadamente un cuarto de las participantes de San Salvador y un tercio de San Miguel recibieron información sobre ITS a través de un material impreso. Un 11.0% de las participantes de San Salvador y 16.0% de San Miguel habían participado en un estudio similar en el 2008, en referencia a la ECVC que se llevó a cabo en ese año. (Cuadro 11)

Cuadro 11. Búsqueda de información sobre ITS y participación en actividades comunitarias por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Participantes que buscaron información sobre ITS – últimos 6 meses	223	106	46.3 (40.5-52.1)	108	48	44.0 (34.0-54.0)
Donde busco la información*						
VICITS		15	17.7 (0.0-36.6)		3	5.1 (0.0-10.9)
Proyectos/ONG	106	44	45.8 (32.3-59.3)	48	15	35.6 (6.5-64.8)
Otros ^φ		56	44.9 (24.6-65.2)		33	64.4 (35.1-93.6)
Participantes que vieron o escucharon mensajes sobre ITS en medios de comunicación – últimos 6 meses	223	92	40.5 (33.1-47.8)	108	44	40.4 (26.5-54.2)
Donde vio/escucho esta información*						
Televisión		67	70.7 (57.8-83.6)		28	63.4 (36.8-90.0)
Radio		18	19.3 (7.3-31.2)		8	17.9 (1.1-34.7)
Periódicos/revistas / Posters/vallas	92	10	11.7 (2.1-21.4)	44	4	9.7 (0.0-25.0)
Internet		37	35.2 (24.5-45.9)		21	49.2 (11.9-86.4)
Participantes que recibieron material impreso sobre ITS – últimos 6 meses	223	68	25.9 (16.9-34.9)	108	38	35.4 (22.9-47.9)
Donde recibió la información*						
VICITS		6	8.6 (0.0-24.0)		1	3.2 (0.0-12.0)
Proyectos/ONG	68	30	48.6 (7.7-89.5)	38	13	41.2 (0.0-84.0)
Otros ^φ		36	48.7 (6.8-90.5)		25	58.8 (16.0-100)
Porcentaje de participantes que habló sobre ITS con alguien – últimos 3 meses	223	95	42.8 (35.5-50.1)	108	52	47.9 (36.9-58.9)
Persona con quién habló sobre otras infecciones de transmisión sexual*						
Pareja hombres o mujer		19	16.8 (2.6-31.0)		5	9.7 (0.0-23.9)
Familiares/ amigos / otros	95	80	85.8 (74.8-96.8)	52	49	93.8 (84.4-100)
Personal de centro de salud u ONG		7	6.8 (0.0-14.4)		0	0.0-0.0
Participantes que recuerdan haber participado en un estudio similar a este en 2008	223	26	11.0 (4.9-17.0)	108	21	16.0 (6.6-25.5)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

^φ Otros incluye: unidad de salud, hospital público, establecimiento de salud privado, internet y redes sociales.

^e Otros incluye: unidad de salud, hospital público, establecimiento de salud privado, grupo de apoyo, calle, mercado y lugar de trabajo.

3. Conocimiento sobre prevención y transmisión sobre el VIH

La siguiente sección describe el conocimiento para la prevención y transmisión sobre el VIH. Para este estudio se utilizó el indicador de conocimiento y comportamiento del informe GARPR de ONUSIDA, es decir las personas que contestaron correctamente a las cinco preguntas siguientes, se consideraron con índice correcto de conocimientos:

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

Las participantes de San Salvador y San Miguel presentaron un índice de conocimientos en medidas de prevención de transmisión de VIH de 65.3% y 59.1% respectivamente. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Índice de conocimiento de medidas de prevención y transmisión del VIH y prueba de VIH, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Índice conocimientos	223	148	65.3 (58.9-71.7)	108	64	59.1 (49.9-68.4)

4. Acceso a condones y lubricantes

Es esta sección se describe el acceso a condones y lubricantes que las participantes tiene en San Salvador y San Miguel. El 100% de participantes de ambas ciudades indicaron que alguna vez ha escuchado del condón, datos similares indicaron que alguna vez han usado condón. Aproximadamente la mitad de participantes de San Salvador y San Miguel, al momento de la entrevista, portaban entre 1 a 10 condones. El 82.4% y 83.1% de las participantes de cada ciudad habían recibido condones gratis durante los últimos 12 meses en su mayor parte de organizaciones y establecimientos de salud. (Cuadro 13)

Un 76.1% en San Salvador y el 64.7% para San Miguel refieren que no existe ninguna razón para dejar de utilizar condón, aunque un 14.3% y 23.0% en el mismo orden de ciudades, dejan de utilizarlo cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol, drogas o por solicitud de un cliente que le paga más por el servicio. Las participantes que han utilizado lubricante representan un 89.9% y 87.4% en San Salvador y San Miguel, respectivamente, siendo el más utilizado el lubricante a base de agua.



Cuadro 13. Acceso a condones y lubricantes, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Participantes que han escuchado acerca del condón	223	223	100.0 (ND)	108	108	100.0 (ND)
Participantes que han usado un condón – alguna vez	223	222	99.8 (99.2-100)	108	108	100.0 (ND)
Condomes que tiene la participante al momento de la entrevista						
Ninguno		33	12.6 (6.8-18.3)		18	17.9 (9.0-26.9)
1-10	223	112	52.0 (41.3-62.7)	108	59	54.9 (41.2-68.5)
≥11		78	35.5 (25.0-45.9)		31	27.2 (17.4-37.0)
Numero de condones que ha comprado – últimos 30 días						
Ninguno		192	84.6 (77.3-91.9)		92	86.3 (76.3-96.3)
1-10	223	18	8.2 (1.9-14.5)	108	9	8.1 (0.3-15.8)
≥11		13	7.2 (2.9-11.6)		7	5.7 (0.2-11.2)
Lugar dónde compró condones la última vez						
Farmacia		16	48.8 (18.3-79.4)		12	78.7 (49.2-100)
Tienda/ vendedoras ambulantes / clínicas / amigos/ <i>night club</i> / bar/ disco/ hoteles o moteles/ promotor/ gasolineras / ONG/ lugar de trabajo /otros	31	15	51.2 (20.6-81.7)	16	4	21.3 (0.0-50.8)
Cantidad de dinero que pago la última vez que compro un paquete de condones (US\$)						
1		7	24.5 (0.0-49.2)		5	30.3 (0.0-67.8)
≥2	31	24	75.5 (50.8-100)	16	11	69.7 (32.2-100)
Participantes que han recibido condones gratis a través de un hospital, centro de salud u ONG – últimos 12 meses	223	180	82.4 (75.0-89.8)	108	89	83.1 (76.5-89.7)
Número de condones que recibió gratis – últimos 30 días						
<10		46	25.9 (17.5-34.4)		24	31.4 (10.9-51.9)
10-20	164	43	24.0 (14.8-33.3)	74	20	29.5 (11.9-47.0)
≥21		75	50.0 (37.6-62.5)		30	39.2 (17.6-60.7)
Lugar dónde consiguió condones gratis – última vez						
Establecimiento de salud		64	39.4 (30.9-47.9)		36	44.1 (28.7-59.5)
Proyectos u ONG/educador de pares o promotores/as	164	95	57.9 (50.2-65.6)	74	37	54.3 (40.4-68.2)
Amigos/ <i>night club</i> /bar/disco/ hotel/motel/hospedaje		5	2.7 (0.0-5.5)		1	1.6 (0.0-4.9)
Participantes que piensan que obtener un condón es muy fácil/ fácil	223	191	83.1 (77.4-88.9)	108	101	93.8 (85.9-100)
Motivo principal por el cual no usaría un condón						
No existe ningún motivo para dejar de usarlo		170	76.1 (66.9-85.2)		71	64.7 (54.5-75.0)
Cuando tiene relaciones con pareja estable	222	18	9.6 (2.7-16.5)	108	14	12.3 (0.6-23.9)
Esta bebida/ drogada/ sexo oral / no eyacula dentro/ le pagan más/ otras razones		34	14.3 (10.0-18.7)		23	23.0 (13.4-32.6)
Participantes que han utilizado lubricantes alguna vez	223	203	89.9 (85.0-94.8)	108	94	87.4 (76.7-98.1)
Tipo de lubricantes utiliza usualmente en sus relaciones sexuales						
A base de agua		195	95.0 (91.3-98.7)		92	98.1 (95.7-100)
Otros (saliva, vaselina, cremas)	203	8	5.0 (1.3-8.7)	94	2	1.9 (0.0-4.3)

5. Antecedentes sexuales

A continuación se describen los antecedentes sexuales de las participantes de San Salvador y San Miguel. La mediana de inicio de relaciones sexuales en San Salvador fue de 14 años (RIC: 11-15) y en San Miguel también fue de 14 años (RIC: 12-16). Un 76.8% de San Salvador y 72.9% de San Miguel indicaron haber iniciado las relaciones sexuales antes de los 16 años; y un 60.7% y 61.0% afirmo que esta relación sexual fue con un amigo. Un 99.1% y 96.6% de San Salvador y San Miguel, respectivamente, tuvieron su primera relación sexual con un hombre biológico, mientras que el 10.0% de San Salvador y 3.9% de San Miguel recibieron dinero por su primera relación sexual.

Al preguntar sobre la voluntariedad de la primera relación sexual, el 9.9% de San Salvador y 4.4% de San Miguel indicaron que esta fue forzada. Un 41.0% y 29.8% para San Salvador y San Miguel manifestaron haber tenido relaciones sexuales forzadas alguna vez en la vida, y entre ellas quienes fueron forzadas en los últimos 12 meses, y en el mismo orden, fueron 25.8% y 21.2%. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Antecedentes sexuales, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Edad de primera relación sexual (años)						
≤15	223	170	76.8 (71.3-82.4)	108	76	72.9 (63.2-82.5)
≥16		53	23.2 (17.6-28.7)		32	27.1 (17.5-36.8)
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
Amigo	222	130	60.7 (52.8-68.7)	107	68	61.0 (50.7-71.3)
Pareja/novio		36	13.6 (7.0-20.2)		14	14.0 (7.2-20.8)
Desconocido		23	10.0 (6.3-13.8)		10	8.9 (0.0-18.4)
Familiar/otro		33	15.6 (10.1-21.2)		15	16.1 (8.3-23.9)
Persona con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez						
Hombre	223	220	99.1 (97.3-100)	108	105	96.6 (92.5-100)
Mujer		3	0.9 (0.0-2.7)		3	3.4 (0.0-7.5)
Uso condón – primera relación sexual	223	68	29.4 (22.8-36.0)	108	26	20.3 (11.5-29.2)
Primera relación a cambio de dinero	223	20	10.0 (4.7-15.3)	108	4	3.9 (0.0-8.0)
Relaciones con mujeres – alguna vez	223	38	17.8 (12.4-23.2)	108	24	22.2 (13.4-31.0)
Primera relación sexual forzada	223	23	9.9 (6.3-13.6)	108	6	4.4 (0.5-8.4)
Relaciones sexuales forzadas – alguna vez	223	94	41.0 (33.0-49.1)	108	32	29.8 (21.6-38.0)
Relaciones sexuales forzadas – últimos 12 meses	94	23	25.8 (10.8-40.9)	32	6	21.2 (1.4-40.9)
Persona que la forzó a tener relaciones sexuales – últimos 12 meses*						
Pandillero / desconocido	23	14	55.5 (11.8-99.2)	6	4	62.2 (0.0-100)
Pareja estable/ocasional/ comercial/ cliente/familiar/ policía / amigo/vecino		11	54.0 (17.2-90.8)		3	55.8 (0.0-100)
Participantes que reportan estar circuncidados	223	41	17.6 (10.5-24.7)	107	22	19.7 (8.7-30.8)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

6. Parejas estables

En esta sección se describen las características de las parejas estables de las participantes. Por parejas estables se refiere a las personas con quien ha tenido relaciones sexuales en el marco de una relación sentimental o de afecto sin intercambiar dinero a cambio, por ejemplo: novio/a, marido o esposo.

En San Salvador el 42.7% de las participantes refieren haber tenido una pareja estable en los últimos 12 meses, mientras que en San Miguel este grupo fue del 62.1%. El uso consistente de condón durante los últimos 12 meses con este tipo de pareja fue de 36.5% y el 46.6%, en San Salvador y San Miguel, respectivamente. Entre quienes tuvieron pareja estable, el 67.3% de las participantes de San Salvador y el 58.6% de San Miguel, tuvo una pareja de este tipo en los últimos 30 días. El uso consistente del condón con pareja estable en los últimos 30 días fue 49.3% para San Salvador y el 54.5% para San Miguel. El uso de condón en la última relación sexual con su pareja estable fue reportado por el 58.0% de San Salvador y el 63.8% de San Miguel. Un 3.5% de las participantes de San Salvador tuvieron al menos una pareja estable mujer en los últimos 12 meses. (Cuadro 15)

Cuadro 15. Características de parejas estables, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Número de parejas estables hombres – últimos 12 meses						
0		98	43.4 (36.2-50.5)		28	26.2 (15.9-36.5)
1	223	96	42.7 (33.1-52.3)	108	65	62.1 (49.9-74.3)
≥2		29	13.9 (7.3-20.6)		15	11.7 (5.7-17.6)
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas estables – últimos 12 meses	125	52	36.5 (22.4-50.6)	80	36	46.6 (25.2-68.0)
Número de parejas estables – últimos 30 días						
0		31	26.1 (14.9-37.4)		33	41.4 (56.8-0.0)
1	125	89	67.3 (49.1-85.5)	80	47	58.6 (74.1-0.0)
≥2		5	6.6 (0.0-18.7)		0	0.0-0.0
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas estables – últimos 30 días	94	47	49.3 (34.8-63.7)	47	25	54.5 (23.0-86.1)
Uso de condón con pareja estable – última relación sexual	125	77	58.0 (42.9-73.1)	80	53	63.8 (47.7-79.9)
Número de parejas estables mujeres – últimos 12 meses						
0		36	96.5 (90.1-100)		24	100.0 (ND)
≥1	38	2	3.5 (0.0-9.9)	24	0	0.0-0.0
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas estables mujeres – últimos 12 meses	2	2	100.0 (ND)	0	0	0.0-0.0
Número de parejas estables mujeres – últimos 30 días						
0		1	54.5 (0.0-100)		0	0.0-0.0
≥1	2	1	45.5 (0.0-100)	0	0	0.0-0.0
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas estables mujeres – últimos 30 días	1	1	100.0 (ND)	0	0	0.0-0.0
Uso de condón con pareja estable mujer – última relación sexual	2	2	100.0 (ND)	0	0	0.0-0.0

7. Parejas ocasionales

A continuación se describe las características de las parejas ocasionales. En el marco de este estudio se definió una pareja ocasional como las relaciones sexuales con una persona sin estar en una relación sentimental o de afectividad y sin intercambiar dinero.

En San Salvador el 36.4% y San Miguel el 27.4% reportaron tener dos o más parejas ocasionales en los últimos 12 meses. Las participantes que usaron consistentemente el condón con sus parejas ocasionales este mismo período de tiempo representan el 65.8% de San Salvador y el 52.9% de San Miguel. Entre quienes tuvieron al menos una pareja ocasional, el 52.4% y 30.6% en cada ciudad, tuvo dos o más parejas de este tipo en los últimos 30 días, siendo el uso consistente del condón en este período de tiempo del 68.0% y 56.7% en el mismo orden de ciudades. El 82.4% de San Salvador y 76.4% de San Miguel usaron condón en la última relación sexual con una pareja ocasional. En San Salvador un 5.5% ha tenido dos o más parejas ocasionales mujeres, mientras que en San Miguel este grupo es del 7.4%. (Cuadro 16)

Cuadro 16. Características de parejas ocasionales, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Número de parejas ocasionales hombres o mujeres trans – últimos 12 meses						
0		130	57.7 (45.0-70.4)		62	57.6 (49.2-66.0)
1	223	15	5.9 (2.7-9.1)	107	15	15.0 (7.5-22.5)
≥2		78	36.4 (23.6-49.2)		30	27.4 (19.8-34.9)
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas ocasionales – últimos 12 meses	93	59	65.8 (48.8-82.9)	46	24	52.9 (19.7-86.1)
Número de parejas ocasionales – últimos 30 días						
0		26	25.1 (10.1-40.2)		19	40.7 (17.8-63.6)
1	93	25	22.5 (5.9-39.1)	45	13	28.7 (12.0-45.4)
≥2		42	52.4 (29.8-74.9)		13	30.6 (13.6-47.6)
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas ocasionales – últimos 30 días	67	45	68.0 (37.1-98.8)	27	15	56.7 (0.0-100)
Uso de condón con pareja ocasional – última relación sexual	93	75	82.4 (65.6-99.1)	46	34	76.4 (58.1-94.7)
Número de parejas ocasionales mujeres – últimos 12 meses						
0		35	91.5 (76.7-100)		22	92.6 (62.1-100)
1	38	2	3.0 (0.0-8.3)	24	0	0.0-0.0
≥2		1	5.5 (0.0-19.6)		2	7.4 (0.0-37.9)
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con las parejas ocasionales mujeres – últimos 30 días	3	3	100.0 (ND)	2	1	66.7(ND)
Número de parejas ocasionales mujeres – últimos 30 días						
0		1	18.9 (0.0-100)		0	0.0-0.0
1	3	1	16.2 (0.0-100)	2	2	100.0 (ND)
≥2		1	64.9 (0.0-100)		0	0.0-0.0

8. Trabajo sexual

Los siguientes datos están relacionados con el trabajo sexual. Por trabajo sexual se definieron aquellas relaciones sexuales a cambio de dinero. En San Salvador el 74.8% y en San Miguel el 39.1% recibieron dinero a cambio de relaciones sexuales alguna vez en la vida. Un 59.7% y 54.3% en las mismas ciudades tuvieron la primera relación sexual a cambio de dinero antes de los 18 años, siendo 17 años la mediana de edad de inicio de trabajo sexual en ambas ciudades, en San Salvador con un rango intercuartílico de 15 a 19 años y en San Miguel de 15 a 20 años. El 74.6% de San Salvador y el 51.5% de San Miguel han recibido o reciben dinero por relaciones sexuales hace tres o más años. Entre ellas, el 81.0% de San Salvador y el 50.1% de San Miguel recibieron dinero a cambio de relaciones sexuales en los últimos 12 meses, siendo el sexo anal receptivo el servicio más común con sus clientes. El uso consistente del condón en los últimos 12 meses en las relaciones sexuales a cambio de dinero fue reportado por el 75.4% de San Salvador y el 88.6% para San Miguel.

El 77.8% de las participantes de San Salvador y el 39.8% de San Miguel recibieron dinero por relaciones sexuales ocho días o más durante el último mes. El uso consistente del condón en las relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 30 días fue del 68.4% en San Salvador y el 66.6% en San Miguel, mientras que el uso de condón con el último cliente fue del 93.8% y 82.8%. Un 80.1% y 51.2% de participantes en el mismo orden de ciudades, indicaron que tienen cuatro o más clientes durante cada semana. (Cuadro17)



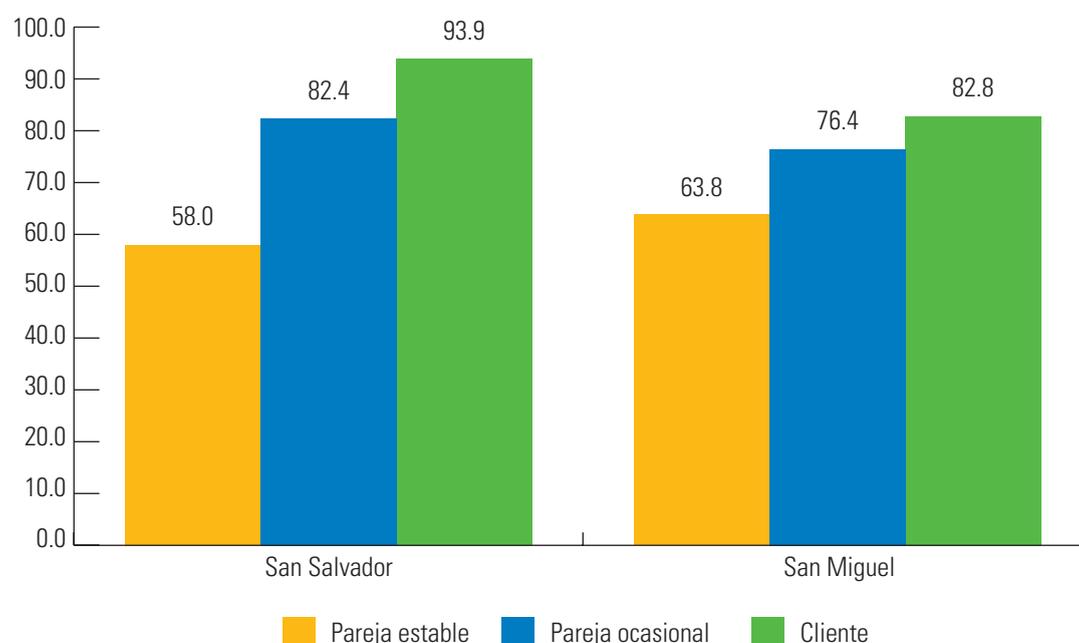
Cuadro 17. Características de trabajo sexual, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Recibió dinero a cambio de relaciones sexuales – alguna vez en la vida	223	152	74.8 (64.4-85.3)	108	40	39.1 (19.3-58.9)
Edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales (años)						
≤17	152	91	59.7 (49.1-70.2)	40	21	54.3 (39.5-69.0)
≥18		61	40.3 (29.8-50.9)		19	45.7 (31.0-60.5)
Tiempo en el cual recibió o ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales						
< 6 meses	151	16	9.5 (3.2-15.8)	40	5	14.2 (0.0-32.2)
6 meses - 3 años		25	15.9 (6.6-25.3)		16	34.3 (18.5-50.1)
> 3 años		110	74.6 (66.3-82.9)		19	51.5 (30.4-72.7)
Ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales – últimos 12 meses	152	120	81.0 (70.4-91.5)	40	20	50.1 (30.3-70.0)
Usted tiene relaciones sexuales a cambio de dinero con*						
Hombres / mujeres trans	120	120	100.0 (ND)	20	20	100.0 (ND)
Mujeres		11	7.9 (1.0-14.7)		2	8.4 (0.0-38.0)
Tipo de servicios que provee a las personas que le pagan dinero a cambio de relaciones sexuales*						
Sexo anal penetrativo/activo	120	34	28.5 (12.6-44.4)	20	1	2.8 (0.0-8.9)
Sexo anal receptivo/pasivo		81	72.3 (60.8-83.9)		14	68.6 (45.3-91.8)
Versátil		50	37.2 (28.5-46.0)		8	42.8 (17.1-68.5)
Oral		61	49.6 (37.2-62.0)		10	51.4 (17.2-85.6)
Vaginal		3	2.7 (0.0-6.3)		0	0.0-0.0
Uso consistente de condón en las relaciones sexuales a cambio de dinero – últimos 12 meses	120	96	75.4 (64.0-86.7)	20	18	88.6 (65.4-100)
Número de días que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales – últimos 30 días						
Ningún día	119	15	12.2 (3.7-20.7)	20	4	22.8 (0.0-48.7)
1-7 días		18	10.1 (2.6-17.5)		8	37.4 (0.0-78.4)
≥8 días		86	77.8 (65.4-90.2)		8	39.8 (3.8-75.8)
Uso consistente de condón en las relaciones sexuales a cambio de dinero – últimos 30 días	104	77	68.4 (54.5-82.4)	16	11	66.6 (34.5-98.7)
Uso condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con cliente	119	114	93.9 (86.6-100)	20	17	82.8 (58.7-100)
Número de clientes con los que tiene relaciones sexuales a cambio de dinero en una semana						
1-3	119	29	19.9 (7.5-32.3)	20	9	48.8 (4.4-93.1)
≥4		90	80.1 (67.7-92.5)		11	51.2 (6.9-95.6)
Dinero que recibió la última vez que tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero (US\$)						
< \$20	118	56	54.1 (35.5-72.7)	20	11	57.2 (33.5-80.9)
\$20-\$39		42	30.1 (16.9-43.3)		5	22.8 (0.0-49.2)
≥\$40		20	15.8 (7.2-24.3)		4	20.0 (2.7-37.3)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

En el gráfico 2 puede observarse una comparación del uso de condón en la última relación sexual por tipos de pareja.

Gráfico 2. Uso de condón en la última relación sexual según tipos de pareja, por ciudad. El Salvador 2014.



9. Parejas durante los últimos 12 meses

En la siguiente descripción se hace referencia a los diferentes tipos de parejas con las que cada participante ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. En San Salvador, un 51.1% de las participantes indicó que tuvo 11 o más parejas durante este periodo de tiempo, mientras que en San Miguel este mismo grupo representa el 14.0%. El uso del condón en la última relación sexual la última pareja de las participantes fue del 72.8% para San Salvador y 73.4% para San Miguel. (Cuadro 18)

Cuadro 18. Historia de parejas sexuales durante los últimos 12 meses, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Total de personas con las que ha tenido relaciones sexuales – últimos 12 meses						
1		68	28.1 (18.5-37.7)		58	54.5 (42.8-66.2)
2-10	222	53	20.8 (12.7-28.9)	108	36	31.5 (23.1-40.0)
≥11		101	51.1 (38.1-64.1)		14	14.0 (4.4-23.5)
Uso de condón con pareja No. 1 – última vez	222	164	72.8 (66.7-78.9)	108	80	73.4 (62.4-84.5)
Uso consistente de condón con pareja No. 1 – últimos 12 meses	222	137	62.1 (52.7-71.6)	108	51	47.7 (28.0-67.4)
Uso de condón con pareja No. 2 – última vez	154	129	80.1 (68.0-92.2)	50	40	77.9 (69.9-86.0)
Uso consistente de condón con pareja No. 2 – últimos 12 meses	154	108	67.6 (55.0-80.2)	50	29	59.3 (45.3-73.3)
Uso de condón con pareja No. 3 – última vez	139	122	88.5 (81.9-95.0)	37	32	84.8 (65.0-100)
Uso consistente de condón con pareja No. 3 – últimos 12 meses	139	102	72.3 (62.7-81.9)	37	22	59.3 (41.2-77.4)

10. Acceso a servicios de salud e ITS

A continuación se describen algunas características del acceso de las participantes a los servicios de salud generales y clínicas VICITS.

El 86.1% y el 87.9% de participantes de San Salvador y San Miguel, respectivamente han escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual, mientras que un 79.0% y 72.9% en el mismo orden de ciudades, conocen los síntomas y signos de ITS en el hombre. El autoreporte de ITS alguna vez en la vida fue de 19.2% y el 18.4% de San Salvador y San Miguel; cuando se les pregunto por historia de ITS en los últimos 12 meses un 9.3% y 5.0% indicó que había presentado síntomas; de ellas, quienes buscaron tratamiento, la mayoría lo hicieron en una clínica VICITS.

Entre todas las participantes, un 46.6% de San Salvador y 57.8% de San Miguel conocen la atención de las clínicas VICITS, y entre quienes habían consultado, alrededor del 75% en cada ciudad indicaron que el tiempo de atención fue menor o igual a una hora. Al preguntarles a las participantes sobre el motivo para asistir a la clínica VICITS, el 68.4% de San Salvador y el 67.2% de San Miguel refirieron que asisten por ser una clínica especializada. El 83.1% de San Salvador y un 93.1% de San Miguel considera muy buena o buena la calidad de atención en VICITS y el 90% de participantes en cada ciudad recomendaría asistir a VICITS. Entre las ventajas por las que recomendaría las clínicas VICITS se encuentran el fácil acceso y el trato del personal. (Cuadro 19)



Cuadro 19. Acceso a servicios de ITS - VICITS, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Ha escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual	222	191	86.1 (80.2-92.0)	108	95	87.9 (83.2-92.7)
Conocen signos y síntomas de ITS en la mujer	222	145	67.3 (59.0-75.6)	108	65	59.2 (52.7-65.6)
Conocen signos y síntomas de ITS en el hombre	222	178	79.0 (69.2-88.7)	108	80	72.9 (63.9-82.0)
Diagnosticada con ITS – alguna vez en la vida	222	40	19.2 (13.2-25.1)	108	18	18.4 (7.3-29.5)
Síntoma de ITS – últimos 12 meses	222	18	9.3 (4.2-14.5)	108	5	5.0 (0.2-9.8)
Cuando tuvo ITS buscó tratamiento	18	11	69.6 (38.1-100)	5	4	77.4 (24.3-100)
Participantes que luego de buscar tratamiento para ITS recibieron una receta para medicamento	11	11	100.0 (ND)	4	4	100.0 (ND)
Participantes que consiguieron todos los medicamentos indicados	11	11	100.0 (ND)	4	3	71.7 (0.0-100)
Lugar donde busco tratamiento para recibir atención la última vez que tuvo síntomas de ITS						
VICITS		6	50.0 (1.8-98.3)		0	0.0-0.0
Unidad comunitaria de salud familiar	11	5	50.0 (1.7-98.2)	4	3	85.8 (34.3-100)
Clínica privada/lugar de trabajo/farmacia		0	0.0-0.0		1	14.2 (0.0-65.7)
Conoce clínica VICITS	222	108	46.6 (36.2-57.0)	108	58	57.8 (46.1-69.4)
Ha consultado en la clínica VICITS	108	55	54.3 (37.5-71.1)	58	24	41.6 (10.0-73.2)
Tiempo que se tomaron en la atención en VICITS (horas)						
≤1		41	70.4 (44.1-96.7)		18	74.5 (59.1-90.0)
1-2	55	6	12.4 (0.0-34.6)	24	6	25.5 (10.0-40.9)
>2		8	17.2 (0.0-35.8)		0	0.0-0.0
Motivos para asistir a VICITS [¥]						
Diagnóstico y tratamiento de ITS		8	15.6 (0.0-35.2)		3	11.7 (0.9-22.6)
Diagnóstico de VIH		12	22.1 (0.0-45.0)		6	23.3 (7.7-38.9)
Consejería para ITS y VIH	55	5	7.9 (0.0-17.4)	24	4	16.2 (1.9-30.4)
Clínica especializada		38	68.4 (47.7-89.0)		16	67.2 (45.4-89.1)
Otro		1	2.9 (0.0-13.4)		1	4.7 (0.0-10.6)
Calidad de atención en VICITS [¥]						
Buena/ muy buena		47	83.1 (61.1-100)		22	93.1 (78.6-100)
Muy mala/mala/regular	55	8	16.9 (0.0-38.9)	24	2	6.9 (0.0-21.4)
Participantes que recomendarían asistir a VICITS [¥]	55	51	90.8 (74.0-100)	24	22	90.9 (73.6-100)
Razones por las cuales recomendarían asistir a VICITS ^{**¥}						
Fácil acceso		36	70.5 (44.2-96.7)		16	74.5 (58.6-90.4)
Los horarios de atención		17	28.7 (0.0-59.8)		8	35.9 (24.0-47.8)
El trato del personal		33	66.5 (46.5-86.5)		12	56.4 (35.9-76.9)
Hay medicamentos	51	4	5.7 (0.0-15.3)	22	2	5.0 (0.0-15.8)
Hay pruebas de VIH e ITS		4	5.5 (0.0-15.1)		2	5.0 (0.0-15.8)
La consejería		2	8.0 (0.0-32.4)		1	5.0 (0.0-18.5)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible
[¥] Entre quienes han asistido a VICITS

11. Acceso a prueba de VIH

La siguiente sección describe la cobertura de la prueba de VIH. El 99.2% de las participantes de San Salvador y el 100% de San Miguel Saben dónde realizarse la prueba de VIH; el 93.4% y 94.1% en el mismo orden de ciudades, se han realizado esta prueba alguna vez. Las proporciones de quienes indicaron haberse hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses fueron de 78.7% en San Salvador y 84.3% en San Miguel, de ellas el 87.5% de San Salvador y el 90.0% recibieron consejería al hacerse la prueba y el 95.0% y 89.1% conocieron su resultado. Un 59.5% y 53.6% de cada ciudad se habían realizado la última prueba con un periodo menor a 6 meses, siendo hospitales o centros de salud públicos el lugar más frecuente donde se la realizan. Alrededor del 10% en cada ciudad refirieron ser personas con VIH; y de ellas el 74.6% y 76.4% fueron diagnosticadas hace más de un año. (Cuadro 20)

Cuadro 20. Prueba voluntaria con consejería y recibieron resultados de VIH en los últimos 12 meses, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Participantes que saben dónde realizarse la prueba de VIH	222	220	99.2 (97.7-100)	108	108	100.0 (ND)
Participantes que se han realizado la prueba de VIH alguna vez	222	207	93.4 (90.0-96.7)	108	102	94.1 (87.8-100)
Participantes que se han realizado la prueba de VIH – últimos 12 meses	207	161	78.7 (70.9-86.5)	102	86	84.3 (75.9-92.8)
Recibieron consejería cuando se hizo la prueba – últimos 12 meses	161	143	87.5 (78.7-96.4)	86	77	90.0 (81.1-99.0)
Participantes que conocieron el resultado de la prueba de VIH – últimos 12 meses	161	155	95.0 (90.6-99.5)	86	76	89.1 (81.0-97.3)
Motivo para no hacerse la prueba – últimos 12 meses						
No quiso hacérsela		28	54.7 (31.9-77.5)		13	77.4 (44.2-100)
No tenía dinero/temor al resultado/ nadie se la solicitó/otro	46	10	29.7 (12.8-46.7)	16	2	15.1 (0.0-44.7)
Es una persona con VIH		8	15.6 (1.2-29.9)		1	7.4 (0.0-34.6)
Hace cuánto tiempo se realizó la última prueba de VIH						
0-6 meses		122	59.5 (48.8-70.3)		53	53.6 (43.8-63.3)
7-12 meses	207	29	15.1 (9.1-21.0)	102	23	20.5 (12.1-29.0)
1 años o mas		56	25.4 (16.6-34.3)		26	25.9 (16.9-34.9)
Lugar donde se realizó la última prueba de VIH						
VICITS		33	18.5 (10.0-27.0)		10	9.5 (3.1-15.9)
Hospital o centro de salud público	207	98	46.3 (37.8-54.7)	102	61	57.7 (42.4-72.9)
Clínica o laboratorio privado/ banco de sangre/ Cruz Roja		27	14.7 (8.8-20.7)		4	4.2 (0.0-8.6)
Proyecto/ ONG		49	20.5 (14.3-26.7)		27	28.7 (12.4-44.9)
Autoreporte de VIH+	206	22	10.9 (4.5-17.3)	101	10	10.2 (2.8-17.5)
Hace cuánto tiempo fue diagnosticada						
Menos de 6 meses		4	25.4 (0.0-60.3)		1	12.0 (0.0-44.6)
De 7 a 12 meses	22	0	0.0	10	1	11.6 (0.0-56.8)
Más de 1 año		18	74.6 (39.7-100)		8	76.4 (33.8-100)
Actualmente se encuentra en control médico por ser una persona con VIH	22	18	84.3 (65.6-100)	10	9	94.2 (88.6-99.7)
Hace cuanto asistió a control médico la última vez por ser una persona con VIH (meses)						
< 3		16	73.6 (42.9-100)		6	65.1 (0.0-100)
3-6	22	3	15.7 (0.0-38.8)	10	2	17.4 (0.0-65.0)
7-12		1	2.4 (0.0-9.3)		1	5.8 (0.3-11.4)
>12		2	8.3 (0.0-21.0)		1	11.6 (0.0-56.8)
Actualmente está tomando ARV	22	13	62.5 (33.5-91.5)	10	8	82.2 (54.8-100)

12. Uso de alcohol y drogas

Entre las participantes, un 53.1% en San Salvador y un 40.3% en San Miguel consumieron alcohol en los últimos 30 días, y de este grupo, aproximadamente un tercio de cada ciudad refirió tener un consumo de seis o más tragos o bebidas en este período de tiempo. El uso de drogas en la vida fue del 32.0% en San Salvador y 13.9% en San Miguel. Entre las participantes que consumieron drogas en los últimos 12 meses, fueron la cocaína o heroína inhaladas las más frecuentes. (Cuadro 21)

Cuadro 21. Uso de drogas en los últimos 12 meses, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Consumo de alcohol – últimos 30 días	222	121	53.1 (45.4-60.9)	108	44	40.3 (30.4-50.2)
Cantidad de vasos de cerveza, vino, licor u otras bebidas alcohólicas consumidas – últimos 30 días						
≤5		84	68.1 (57.3-78.9)		29	66.8 (53.5-80.2)
≥6	121	37	31.9 (21.1-42.7)	44	15	33.2 (19.8-46.5)
Uso de drogas – alguna vez en la vida	222	70	32.0 (26.4-37.6)	108	14	13.9 (5.3-22.4)
Uso de drogas – últimos 12 meses	70	51	75.7 (64.3-87.1)	14	13	92.1 (52.7-100)
Drogas consumidas – últimos 12 meses**						
Fumado/Inhalado marihuana/ piedra o crack		25	51.9 (23.4-80.5)		8	60.5 (0.0-100)
Inhalado cocaína/heroína		43	86.0 (70.9-100)		10	78.2 (36.7-100)
Inyectado cocaína/heroína	51	3	4.9 (0.0-13.4)	13	1	8.6 (0.0-47.7)
Consumido éxtasis o anfetaminas		1	2.7 (0.0-10.3)		0	0.0-0.0
Uso de drogas – últimos 30 días**						
Fumado/inhalado marihuana/ piedra o crack		16	34.0 (13.6-54.5)		7	51.9 (0.0-100)
Inhalado cocaína/heroína		28	53.1 (27.1-79.1)		9	69.6 (43.5-95.7)
Inyectado cocaína/heroína	51	2	3.7 (0.0-11.8)	13	1	8.6 (0.0-47.7)
Consumido éxtasis o anfetaminas, diazepam		1	2.7 (0.0-10.3)		0	0.0-0.0

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible
 † Entre quienes consumieron drogas en los últimos 12 meses



13. Discriminación y estigma

En esta sección se describe aquellas participantes que indicaron haber sido víctimas de discriminación y/o maltrato. Por discriminación entendemos el trato desfavorable o desprecio que puede haber recibido por ser una mujer trans, mientras que por maltrato o abuso nos referimos al maltrato físico (golpes, puñetazos, patadas, etc.), verbal (ofensas o humillaciones) o psicológico (amenazas, degradación, intimidación, etc.).

Un 56.7% y 52.7% de las participantes de San Salvador y San Miguel han sufrido discriminación en los últimos 12 meses por ser mujeres trans. Los tipos de discriminación más reportados fueron la extorsión o chantaje, la negación de oportunidades laborales o educativas y el rechazo familiar. Más de un cuarto de participantes en cada ciudad fueron víctimas de abuso o maltrato durante los últimos 12 meses, y entre quienes fueron maltratadas, la mayoría indicó que este maltrato provenía de un pandillero o desconocido. El 28.5% en cada ciudad tuvo que ocultar su identidad de género para buscar trabajo. (Cuadro 22)

Cuadro 22. Discriminación en servicios de salud, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Participantes que han sido víctimas de algún tipo de discriminación por ser mujeres trans – últimos 12 meses	222	124	56.7 (47.4-66.1)	108	55	52.7 (44.5-60.8)
Tipo de discriminación sufrida*						
Extorsión/chantaje		53	38.4 (26.3-50.4)		37	67.7 (50.1-85.3)
Negación oportunidad laboral/educativa		61	47.3 (41.4-53.2)		29	54.5 (40.7-68.2)
Rechazo familiar		46	37.4 (24.8-50.0)		19	34.6 (3.2-66.1)
Negación servicios públicos/privados/religiosos, rechazo ONG/otro		49	43.3 (34.6-51.9)		12	19.1 (2.4-35.8)
Participantes que han sido víctimas de algún tipo de abuso o maltrato por ser una mujer trans – últimos 12 meses	222	54	25.6 (18.4-32.7)	108	27	28.3 (11.4-45.2)
Persona que la maltrato*						
Pandillero/policía/soldado/desconocido		43	75.5 (60.7-90.3)		20	72.0 (16.9-100)
Pareja estable/ocasional/familiar /cliente/otro		20	43.5 (14.7-72.4)		8	32.0 (0.0-96.9)
Persona que conocen su orientación o identidad sexual*						
Pareja estable		165	73.3 (62.1-84.5)		90	83.3 (74.2-92.3)
Familiares /amigos	222	220	99.0 (96.9-100)	108	107	99.5 (98.1-100)
Personal de salud/otros		108	46.6 (37.2-56.1)		50	47.8 (41.1-54.5)
Desprecio, rechazo u ofendido de parte de familia por mujer trans	222	93	41.7 (34.4-49.0)	108	40	38.8 (25.4-52.1)
Discriminación o maltrato en servicios de salud por ser una mujer trans	221	57	27.6 (18.8-36.4)	108	20	18.4 (6.3-30.5)
Participantes que ocultaron que son mujer trans al buscar trabajo	222	67	28.5 (20.1-37.0)	108	29	28.5 (18.2-38.9)
Negación de trabajo por ser mujer trans alguna vez	221	90	40.9 (31.2-50.5)	108	36	33.7 (24.7-42.7)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

14. Proceso de revelación de orientación sexual/identidad de género y feminización

A continuación se describe como las participantes del estudio en San Salvador y San Miguel revelaron su orientación sexual y su expresión de género a sus familiares, amigos, etc. El 99.8% de las participantes de San Salvador y el 100% de San Miguel indicaron que tienen un nombre femenino, mientras que las participantes con expresión de género femenina representan el 93.3% de San Salvador y el 70.0% de San Miguel. Un 66.4% y el 71.9% en San Miguel afirmaron que se dieron cuenta o pensaron que eran una mujer entre los 11 y 18 años de edad. En San Salvador, la mediana de edad al darse cuenta o pensar que eran mujeres fue de 15 años (RIC: 12-17), mientras que en San Miguel fue de 14.5 años (RIC: 17-17). El 86.6% de las encuestadas de San Salvador y 79.4% de San Miguel, iniciaron la fase de transición de mujer trans hace más de un año.

El 45.0% de San Salvador y un 37.2% de San Miguel revelaron en primer lugar a su madre acerca de su identidad de género u orientación sexual. Un 51.3% en San Salvador y un 45.7% de las participantes de San Miguel indicaron que el primer cambio que adoptaron cuando revelaron su orientación sexual fue utilizar ropa femenina. (Cuadro 23)

Cuadro 23. Proceso de revelación de su orientación sexual e identidad de género, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Participantes que tienen nombre femenino	222	221	99.8 (99.2-100)	108	108	100.0 (ND)
Participantes que tienen expresión de género femenina	222	200	93.3 (88.4-98.2)	108	76	70.0 (63.9-76.1)
Edad cuando se dio cuenta o pensó que era una mujer trans (años)						
5-10		44	19.8 (11.8-27.7)		18	14.8 (10.8-18.7)
11-18	222	148	66.4 (58.9-73.9)	108	77	71.9 (63.0-80.8)
≥19		30	13.9 (7.1-20.6)		13	13.4 (5.3-21.4)
Tiempo de haber iniciado el proceso de transición						
≤1 año		29	13.4 (7.6-19.2)		16	20.6 (6.7-34.4)
>1 año	200	171	86.6 (80.8-92.4)	76	60	79.4 (65.6-93.3)
Sentimientos al momento de hacer la revelación de su orientación sexual e identidad de género*						
Temor/ inseguridad		92	48.4 (39.2-57.6)		36	46.8 (36.0-57.6)
Dudosa/confundida/culpable	200	28	13.1 (6.6-19.7)	76	16	21.9 (9.7-34.2)
Orgullosa/valiente/aliviada		111	52.5 (44.4-60.5)		41	52.3 (38.7-66.0)
Persona a quien le revelaron primero su orientación sexual e identidad de género						
Madre		89	45.0 (35.3-54.8)		28	37.2 (11.2-63.2)
Padre	199	19	12.1 (6.4-17.7)	76	2	3.1 (0.0-10.7)
Otro (familiares, vecinos, otra mujer trans)		91	42.9 (34.8-51.0)		46	59.7 (36.6-82.7)
Primer cambio con el que decidió comenzar su proceso de revelación de su orientación sexual e identidad de género						
Utilizar ropa femenina		103	51.3 (43.6-59.0)		36	45.7 (33.9-57.5)
Tratamiento hormonal		31	14.5 (7.7-21.4)		13	18.5 (6.5-30.4)
Dejar crecer su cabello, uñas o depilar cejas	199	53	29.7 (19.4-40.0)	76	21	28.2 (15.7-40.8)
Otros (ejercicio, pedir ser llamada por nombre femenino, someterse a alguna modificación de su cuerpo)		12	4.4 (1.1-7.8)		6	7.6 (0.0-22.1)
Reacción de las personas cuando reveló su orientación sexual e identidad de género						
Enojo, llanto, vergüenza		152	76.7 (68.2-85.2)		41	56.6 (37.7-75.5)
Negación, autoculpabilidad	195	29	15.8 (9.0-22.6)	75	23	30.9 (13.6-48.2)
Otro (tenía sospechas, sugirieron llevarla a la iglesia o psicólogo.)		14	7.5 (3.4-11.7)		11	12.5 (0.6-24.3)

*Nota: para algunas variables los porcentajes no suman 100 % ya que más de una respuesta era posible

El 67.5% de las participantes de San Salvador y el 30.1% de San Miguel se han realizado algún tratamiento con inyecciones, hormonas o cirugías para feminizar su cuerpo. Un 41.3% y 13.4% de las participantes de San Salvador y San Miguel están utilizando hormonas actualmente, y entre ellas, el 83.0% y 74.9%, en el mismo orden de ciudades, comenzaron a utilizar hormonas después de los 15 años. El 92.2% de entrevistadas de San Salvador y el 100% de San Miguel afirmaron que las hormonas han sido automedicadas o recomendada por una compañera. Un 44.3% y 12.5% de las participantes de San Salvador y San Miguel ha presentado efectos secundarios por el uso de hormonas. (Cuadro 24)

Cuadro 24. Procesos de feminización, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Han realizado algún tratamiento para feminizar su cuerpo (inyecciones, hormonas o cirugía)	222	147	67.5 (58.2-76.8)	108	32	30.1 (15.6-44.6)
Utiliza hormonas para feminizar el cuerpo actualmente	222	91	41.3 (33.5-49.1)	108	14	13.4 (2.2-24.7)
Edad de inicio de utilización de hormonas (años)						
≤15	91	18	17.0 (7.1-27.0)	14	3	25.1 (0.0-52.3)
≥16		73	83.0 (73.0-92.9)		11	74.9 (47.7-100)
Persona que le indicó o recomendó usar hormonas						
Médico	91	6	7.8 (0.0-16.5)	14	0	0.0-0.0
Automedicada/compañeras		85	92.2 (83.5-100)		14	100.0 (ND)
Efectos secundarios por utilizar hormonas	91	38	44.3 (16.0-72.7)	14	2	12.5 (5.9-19.2)
Utiliza inyecciones para feminizar el cuerpo	222	22	13.2 (8.0-18.4)	108	2	2.3 (0.0-6.3)
Se ha sometido a procesos quirúrgicos para feminizar el cuerpo	222	5	1.9 (0.0-4.5)	108	0	0.0-0.0

A continuación se describe los conocimientos generales sobre identidad de género y orientación sexual de las participantes de San Salvador y San Miguel. Un 90.4% y el 81.7% definieron correctamente el significado de travestí. La definición de mujer transexual fue respondida acertadamente por el 76.9% de San Salvador y 63.1% de San Miguel. El término orientación sexual era conocido por el 79.5% y 61.2% de ambas ciudades, mientras que un 66.2% y 43.4% definieron exactamente la expresión de género. (Cuadro 25)

Cuadro 25. Conocimientos generales sobre definiciones de identidad de género y orientación sexual, por ciudad. El Salvador 2014

Conocimiento correcto de las definiciones	San Salvador			San Miguel		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)
Travesti	222	199	90.4 (84.5-96.3)	108	89	81.7 (74.5-88.8)
Mujer transgénero	222	163	74.1 (66.4-81.8)	108	66	63.0 (48.8-77.2)
Mujer transexual	222	167	76.9 (68.7-85.1)	108	65	63.1 (51.9-74.4)
Expresión de género	222	149	66.2 (58.2-74.1)	108	45	43.4 (35.0-51.8)
Identidad de género	222	143	63.2 (56.6-69.8)	108	56	54.5 (47.3-61.8)
Orientación sexual	222	175	79.5 (74.7-84.3)	108	63	61.2 (47.5-74.8)

15. Sero- prevalencia de VIH

La sero-prevalencia de VIH (cuadro 26) en las participantes de San Salvador fue de 16.2% (95% IC: 6.6-25.9), San Miguel 11.5% (95% IC: 0.0-32.6), Sonsonate 25.0% (95% IC: 9.9-50.3) y La Libertad 15.4% (95% IC: 3.1-51.0).

Cuadro 26. Sero-prevalencia de VIH, por ciudad. El Salvador 2014

	San Salvador			San Miguel			Sonsonate*			La Libertad*		
	N	n	%a (95% IC)	N	n	%a (95% IC)	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
VIH	131	23	16.2 (6.6-25.9)	41	4	11.5 (0.0-32.6)	20	5	25.0 (9.9-50.3)	13	2	15.4 (3.1-51.0)

*Datos no ajustados



VIII. **Discusión**

Este estudio contiene evidencia científica valiosa para las mujeres trans de El Salvador y de la región, ya que brinda información específica para conocer mejor a esta población a través de la estimación de tamaño de población y la seroprevalencia específica del VIH incluyendo los comportamientos sexuales, lo que ayuda en gran manera a generar recomendaciones que puedan beneficiar al país.

Las mujeres trans figuran como el grupo más vulnerable ante el VIH en todo el mundo, por lo que es vital contar con información para la prevención de VIH. Entre las necesidades de información destacan las estimaciones del tamaño de población, los comportamientos de riesgo, prevalencia de relaciones sexuales bisexuales, conocimientos y creencias sobre el VIH, además de datos sobre la participación comunitaria y prevalencia del VIH.

Hasta hace poco, en Latinoamérica, las mujeres trans habían sido incluidas en la categoría epidemiológica de HSH pero sin integrar sus necesidades específicas en torno al VIH/Sida, este estudio es una rica fuente de información para comparar con otros países de la región y del mundo que se están uniendo a este esfuerzo. En revisiones especializadas se ha determinado que debido a la alta prevalencia del VIH en mujeres trans esto las coloca en una necesidad urgente de servicios de prevención, tratamiento y atención. (25) Se conoce que existen diferencias en las conductas de riesgo y que diversos elementos tales como la estigmatización y otros factores psicosociales las ponen en mayor vulnerabilidad ante el VIH. (26) En un estudio hecho en mujeres trans en Nueva York, se determinó que el abuso psicológico y físico es endémico entre la población de mujeres trans, lo que tiene graves consecuencias para la salud mental. (27) Todos estos factores unidos a la discriminación, la falta de reconocimiento de su género por parte de la sociedad, la falta de oferta laboral y la escasa oportunidad de educación debido a la expresión de género son algunos de los componentes que las colocan en un mayor riesgo.

En el presente estudio se encontraron elevadas sero-prevalencias de VIH en las cuatro ciudades, datos similares a otros países el cono sur (28,29), lo que informa acerca de la necesidad de una intervención dirigida a promover el cambio de comportamiento para reducir el riesgo de transmisión del VIH en esta población. Los datos del presente estudio demuestran que la prevalencia del VIH en mujeres trans de San Salvador es 18 veces superior a la prevalencia entre la población general (16.2% en trans y 0.9 % en población en general), y hasta 1.6 veces más que la prevalencia de HSH de la misma ciudad (10.4 % en HSH para el año 2012), según datos del Informe Nacional sobre el estado de situación del VIH (6).

Comparación con datos de la ECVC El Salvador 2008

En el año 2008 se llevó a cabo la primera ECVC en El Salvador la cual incluyó las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y personas con VIH. Dentro de la muestra de HSH se reclutó un grupo de mujeres trans, quien posteriormente, y debido a la urgente necesidad de datos propios, requirieron un análisis específico de esta población. Ante esta solicitud se realizó un sub análisis de los datos de 96 mujeres trans de San Salvador y San Miguel.

Al hacer esta comparación, debemos tener en cuenta que existe una gran limitante ya que los estudios contaron con diferentes metodologías de muestreo, pero debido a la solicitud de las ONG de mujeres trans se realiza esta comparación.

Dentro de la encuesta actual, se les consultó a las participantes si habían participado en una encuesta similar en el 2008, en referencia a la ECVC, ante lo que el 11.9% de San Salvador y un 1.6% de San Miguel respondieron afirmativamente; estos datos nos hacen pensar en que probablemente se capturó a una población diferente que en la ECVC 2008.

En general, las muestras de los dos estudios son relativamente similares en cuanto a algunas características sociodemográficas tales como edad y escolaridad, aunque en el estudio actual, el grupo entre 25-34 años ha crecido a expensas, probablemente, del grupo entre los 18 a 24 años. Estos datos además son comparables con un estudio de utilización de servicios de salud que se hizo en 2012 entre HSH y MT bajo la metodología de RDS.(19) Aunque en el informe del 2008 no se reportó el índice de conocimientos según GARPR de ONUSIDA, pareciera que el conocimiento ha tenido una ligera tendencia a la baja (75.0% vs. 65.3%). En relación a la edad de la primera relación sexual parece haber disminuido el grupo que reporta que fue antes de los 12 años (40.0% vs. 25.2%), mientras que el grupo entre 12 y 17 años ha aumentado (52.2% vs. 65.5%); esta misma tendencia se observa en la edad de primera relación sexual a cambio de dinero.

Acerca del tema de uso consistente de condón en los últimos 12 meses con diferentes tipos de parejas, se mantiene la tendencia ascendente desde parejas estables, pasando por ocasionales y llegando a clientes, aunque, las proporciones de uso con parejas estables y clientes tienen menores cifras en el estudio actual y las de clientes se mantienen.

La cobertura de prueba de VIH alguna vez fue reportada por el 79.6% en el 2008, mientras que en el 2014 se obtuvo el 93.4%. La prevalencia cruda para la ECVC fue del 25.8%, en tanto que la obtenida en San Salvador en el presente estudio fue de 16.5% (IC 95%: 6.6-25.9).

Estimación del tamaño de población

Para poder atender a una población debe tenerse un conocimiento suficientemente cercano a la realidad para poder brindarle las condiciones y servicios necesarios, además de permitir hacer una planificación a nivel departamental siendo parte vital durante este proceso. Hasta ahora las personas trans estaban incluidas en una sola categoría o habían sido excluidas, lo que las pone en mayor riesgo de ser desatendidas. Aunque el conteo de poblaciones como la de mujeres trans sigue siendo un reto en todos los sentidos, debe tenerse al menos una estimación con bases científicas adecuadas para poder diseñar estrategias sobre metas “reales”, mientras llegan avances en los censos nacionales que permitan incluir secciones como la orientación sexual y otras preguntas sobre identidad de género.

Mientras tanto, las estimaciones de tamaño de poblaciones más vulnerables al VIH siguen siendo la mejor ayuda para que los tomadores de decisiones puedan comprender el alcance de la epidemia y destinar los recursos necesarios para este fin y son esenciales para la promoción, planificación de programas y vigilancia de las epidemias. Estos datos representan un gran apoyo al PNS de El Salvador y otros organismos que trabajan en esta temática. Aunque se conocen varios métodos para estimar el tamaño de una población, pueden al final utilizarse los diferentes resultados para hacer una triangulación.(30,31)

La población de mujeres trans en San Salvador concuerda con los hallazgos en el campo y datos de informantes clave. No debe dejarse a un lado el hecho de que la distribución de los objetos únicos estuvo a cargo de las ONG quienes tuvieron algunas limitaciones logísticas para entregar el número de frascos del alcohol gel predeterminado, esto además de la escalada en la ola de violencia, lo que conlleva migración de la población hacia otras ciudades dentro y fuera del país e incluso auto reclusión para evitar ser víctima de actos que pongan en riesgo su vida. Otro factor que influye en la movilización de las poblaciones son los actos de discriminación y acoso que sufren a diario, incluyendo provenientes de cuerpos uniformados.(32,33)

El ejercicio de extrapolación de los datos a nivel nacional es un esfuerzo conjunto para poder tener un dato del número de mujeres trans estimado para el país. No debe olvidarse que los métodos para estimar el tamaño de poblaciones clave tienen ciertas limitaciones y que dependen en alto grado de la calidad de los datos usados y de las variables seleccionadas. Al comparar los datos obtenidos mediante la extrapolación nacional (cuadro 27), con la meta del Fondo Mundial, basada en SPECTRUM (6), observamos que la diferencia es casi del mil personas más (2,756 mujeres trans). Por lo mismo, esta información debe ser manejada con cautela y un ejercicio de triangulación será importante para la planificación. Ante lo anterior y debido a que los datos tienen ciertas limitaciones, lo recomendable es comparar los datos con otras fuentes locales actualizadas.

La estimación del tamaño de poblaciones clave es un ejercicio útil para planificar programas de prevención, las cuales deberían establecer metas de cobertura para la población meta. ONUSIDA recomienda realizar estudios para estimar el tamaño de las poblaciones clave, tanto en ciudades o regiones específicas como a nivel nacional.(16)

Las estimaciones de tamaño de población empiezan y se rigen por la definición establecida para la población de interés y la metodología implementada en los estudios realizados. Las estimaciones del tamaño de poblaciones clave a través de encuestas usando el método multiplicador o captura-recaptura son típicamente más altas e incluyen una población invisible o difícil de alcanzar, mientras otros métodos como enumeración en sitios de encuentro reportan estimaciones más bajas ya que son de personas más fáciles de alcanzar con actividades de prevención. A partir de las estimaciones disponibles, se asume una distribución de la población de interés en el territorio nacional y se estima el tamaño de población basándose en características de cada departamento.

Cuadro 27. Cuadro comparativo de las diferentes fuentes de estimación de tamaño de población de MT en El Salvador

Fuente	Dato estimado de MT
Estimación nacional mediante extrapolación simple – Estudio 2014	1,835
Estimación nacional mediante extrapolación compleja – Estudio 2014	2,011
Estimación presentada al país por FM basada en SPECTRUM	2,756

Comportamientos de riesgo y acceso a información sobre VIH e ITS

Los hallazgos de este estudio demuestran una población joven en edad económicamente activa, con escolaridad promedio, que vive sola y dedicada en gran parte al trabajo sexual. Una población joven demanda una forma de abordaje diferente que integre un mensaje que tenga impacto en esa etapa, y una forma de entrega del mensaje que debe incluir las redes sociales y aprovechamiento de la tecnología. En un estudio realizado por Andrinopoulos y colaboradores en El Salvador en 2012, se evidenció que entre quienes no perciben ningún ingreso económico mensual hay una menor tendencia al uso de servicios de salud. (19) El inicio de relaciones sexuales es mayormente antes de los 15 años, lo que implica prematuridad para este hecho y seguramente incluye falta de conocimientos adecuados sobre prevención y transmisión del VIH e ITS. Además, el reporte del uso del condón con parejas estables y ocasionales se encuentra en rangos que van desde el 35% hasta el 70% aproximadamente por lo que la promoción del uso del condón con todo tipo de parejas debe ser una estrategia principal, reforzando los múltiples beneficios protectores que conlleva el usar condón, incluyendo la reducción en las tasas de incidencia del VIH.(34–36)

A pesar de que el acceso a la información es moderado, este puede reorientarse para que las intervenciones de prevención lleguen a las poblaciones que las necesitan. Estudios recientes demuestran que herramientas como el internet, teléfonos celulares y otra tecnologías de información, así como redes sociales son utilizadas por toda la población, incluyendo las MT, por lo que deben ser utilizadas para informar y comunicar los mensajes que sean necesarios y apropiados. Esta forma de comunicación debe tener las fortalezas necesarias conociendo bien a la población objetivo, tratándola con respeto e incluir a los proveedores de servicios de salud como usuarios. (37–40) Aunque la información está disponible en las clínicas especializadas como VICITS, pocos la reciben por este medio. La estrategia VICITS combina un sitio amigable para consultar y es además una fuente de información confiable que ofrece condones, consejería para la prevención de ITS/VIH y el diagnóstico y tratamiento de las ITS. Existe suficiente evidencia acerca del beneficio de la prevención combinada en poblaciones clave, siempre que cuente con la aceptación por parte de las poblaciones y de diferentes sectores de la sociedad y estado para tener un impacto poblacional positivo. (41–44)

El índice de conocimientos en este grupo es inferior al 70% en ambas ciudades, lo que demuestra la necesidad de difundir de mejor forma la información para que se alcance un nivel de conocimientos que pueda traducirse en prácticas sexuales más seguras. La educación puede hacerse eficaz de múltiples formas, desde la prevención combinada, la educación por pares hasta las diferentes expresiones artísticas que han probado ser eficaces. (44,45) de pares debe enfocarse en brindar conocimientos correctos y desmitificar aquellas creencias populares que están arraigadas en la mente de la comunidad.

Debido a la alta tasa de negación de oportunidades laborales hacia las mujeres trans junto al rechazo o expulsión del núcleo familiar, muchas se ven forzadas a realizar trabajo sexual para obtener ingresos, estos factores las sitúan de nuevo en mayor riesgo de contraer el VIH. Por lo mismo, es prioridad el empoderamiento de las mujeres trans trabajadoras sexuales incluyendo la promoción del uso del condón con todos los clientes y en todas las situaciones. Esta tarea debe hacerse a corto plazo en conjunto con las ONG y la comunidad para logara un control personal y grupal mejorando así la calidad de vida.(46) En el 2008 un grupo de investigadores llevaron a cabo un meta análisis comparando la prevalencia de VIH entre mujeres trans que se dedican al trabajo sexual y aquellas que no lo hacen. En dicho análisis se concluyó que las mujeres trans trabajadoras sexuales estaban en mayor riesgo de infección por VIH en relación al otro grupo y que se necesitan intervenciones estructurales que reduzcan su dependencia al trabajo sexual para poder así disminuir el riesgo de contraer o de transmitir el VIH; además debe tenerse en cuenta a sus clientes, de quienes se conoce muy poco pero habrá que diseñar intervenciones que los alcancen e impacten. (47,48)

La ingesta de alcohol y el consumo de drogas son factores de riesgo por si solos y que unidos con las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres trans pueden ser detonantes de otros más fuertes. Existen estudios que han demostrado una probable correlación entre relaciones sexuales anales desprotegidas y el consumo de alcohol y drogas, factores de alto riesgo para adquirir una ITS. (49)

Aunque el autoreporte de ITS en esta encuesta fue bajo, debe tenerse en cuenta el sesgo social que puede conllevar esta variable. Desde el punto de vista de atención, encontramos una población que cerca de la mitad de ellas conoce las clínicas VICITS, pero que solamente una de cada cuatro mujeres hace uso de este servicio especializado, lo que demuestra el potencial que puede encontrarse en estas clínicas si son promocionadas adecuadamente.

Relaciones sexuales heterosexuales

En nuestra sociedad aun es extraño pensar en mujeres trans bisexuales, pero los datos encontrados acerca de relaciones sexuales de mujeres trans con mujeres biológicas deben hacernos pensar un paso más adelante. A pesar de que son pocas las mujeres trans que reportaron sexo con mujeres biológicas, el dato no es nulo y por lo mismo deben incluirse estos factores en el diseño de las estrategias de prevención, de tal forma que ninguna arista quede por fuera. Además si consideramos a estas mujeres trans como bisexuales, también podemos pensar en ellas como población puente. Es importante que en las clínicas especializadas se indague acerca de este tema para que se brinden las acciones de prevención y educación necesarias en cada caso. Debe reforzarse al personal de salud y consejería para que evalúe minuciosamente los factores de riesgo que pueda presentar cada paciente.

Acceso a condones

Si bien es cierto que el estudio demuestra que la población tiene un alto acceso a condones gratuitos y de fácil alcance, es paradójico que haya una brecha en el uso de condón con los diferentes tipos de pareja e incluso que afirmen que dejan de utilizar el condón cuando están bebidas, drogadas, tienen sexo oral o los clientes les pagan más. Por lo anterior, es crucial, que se busquen y personalicen las mejores estrategias para promocionar el uso correcto y consistente del condón con todo tipo de parejas (estables, ocasionales y clientes), además puede optimizarse la disponibilidad de los mismos en los establecimientos de salud además de las clínicas VICITS, todo con el fin de tener consistencia en el uso de este método de protección para disminuir la incidencia de VIH. Cada una de las estrategias debe ser orientada a las diferencias que hay entre las mujeres trans y apoyarse de las experiencias de mercadeo social descritas en la literatura.(50)

Acceso a la prueba de VIH

Los lugares para realizarse la prueba de VIH son plenamente conocidos por las participantes y aunque la cobertura de la prueba alguna vez en la vida es alto, este va en ligero declive cuando se pregunta por la prueba durante los últimos 12 meses, lo que demuestra que es necesario continuar promoviendo la prueba con consejería y hacer énfasis en el conocimiento del estatus serológico como un factor positivo. En la población de mujeres trans, hay además una renuencia a hacerse la prueba por el miedo anticipado al diagnóstico. Existe evidencia que demuestra que el temor previo está asociado negativamente con la percepción de riesgo, por lo que campañas dedicadas especialmente a evitarlo pueden ser de impacto para la prevención del VIH (51).

Violencia sexual

Los datos en la encuesta reflejan que las mujeres trans son objeto de violencia sexual en alto grado, lo que implica aun mayor riesgo de infección por VIH. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador (FESAL 2008), el 12% de las mujeres alguna vez cada o acompañadas reporto violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja. Los datos en mujeres trans son cerca de tres veces más en comparación con mujeres biológicas. Debido a estas altas tasas de victimización y a que los servicios de medicina legal en casos de violaciones son dirigidos casi siempre a mujeres biológicas, las mujeres trans van poco a poco acostumbrándose ante todo el abuso que experimentan, lo que las vuelve más renuentes a buscar servicios de denuncia o de atención.

Discriminación y estigma

La discriminación es un hecho transversal en la vida de las mujeres trans, quienes desde el proceso de revelación comienzan a experimentar rechazo incluso de sus familiares. La discriminación pasa por casi todos los sectores de la sociedad, sin excluir a los servicios médicos, por lo que se ven influenciados el tratamiento y cuidado de la salud. Un estudio con 230 mujeres trans de Nueva York demostró que el tener experiencias nuevas o continuas de abuso psicológico y físico estas asociadas a una depresión mayor y por lo mismo puede influenciar negativamente en la búsqueda y utilización de servicios para el cuidado de la salud. (27) La discriminación y el estigma pueden ser los factores que llevan a las mujeres trans a realizar actividades de alto riesgo, incluyendo el trabajo sexual, junto a esto encontramos la barrera en los servicios de salud, por lo que es necesario que se desarrollen estrategias enfocadas en la salud pública para darle solución a esta barrera. (52–54)

Proceso de revelación de su identidad de género

Para las personas cuya identidad de género es discordante con el sexo asignado al nacer, el proceso de revelación o “disclosure” puede ser una etapa difícil y que muchas veces conlleva más riesgos y dificultades. Los datos de este estudio nos demuestran que dos de cada tres mujeres trans se dieron cuenta de su identidad de género entre los 11-18 años. Si combinamos ambos procesos, revelación y adolescencia, sin tener una orientación adecuada, podemos encontrarnos con resultados negativos para la salud física, psicológica e incluso para la seguridad personal. (55) El proceso de revelación en las mujeres trans incluye no solo aspectos de expresión de género femenina, sino también la propia feminización del cuerpo, lo cual está reflejado en el alto uso de hormonas automedicadas, especialmente en San Salvador. Está documentado que el uso de terapia hormonal para inducir la feminización puede tener efectos secundarios médicos importantes, por lo que la vigilancia médica es necesaria. (56) El uso de inyecciones y cirugías están presentes en una proporción relativamente baja de la población.

Prevalencia de VIH

La sero-prevalencia elevada de VIH demuestra que es la población de mujeres trans es la población más afectada en El Salvador, lo que coincide con los hallazgos a nivel internacional, que estima la prevalencia de VIH en mujeres trans de países de bajo y mediano ingreso en 17.7% (IC 95%: 16.6-19.8). (25) Esto significa un reto para los tomadores de decisiones, ya que implica el diseño de intervenciones conductuales desarrolladas especialmente para esta población con la participación de diversos sectores de la sociedad incluyendo a las mismas mujeres trans.

Limitaciones

La principal limitación de este análisis es que algunos datos de comportamientos, especialmente en San Miguel, pueden ser muy pequeños por lo que genera intervalos de confianza muy amplios. Aunque los datos de prevalencia de VIH y comportamiento son ajustados por peso, los resultados no son generalizables a todo el país.

La entrega de objetos únicos no alcanzó las metas propuestas lo que pudo influenciar sobre los datos de estimación de tamaño de población. La estimación nacional presentada en este informe es el resultado de un modelo matemático, el cual representa una simplificación del mundo real y complejo. Entre las variables explicativas usadas pueden no encontrarse aquellas que se piense que predicen mejor el tamaño de la población trans en El Salvador

(por ejemplo: prevalencia de VIH). No existe información sobre todos los departamentos para algunas de las variables explicativas propuestas y no existen estudios que determinen las variables o características de áreas del país que mejor predicen el tamaño de población de mujeres trans u otras poblaciones clave. La estimación es básicamente de mujeres trans mayores de 18 años.

Hubo un elevado rechazo a la prueba de VIH entre las participantes, siendo las principales causas: conocimiento del estatus serológico, temor ante el resultado, temor a la divulgación del resultado en caso que fuera positivo o que había sido hecha recientemente por una ONG. Por esta misma causa, a pesar de que la sero-prevalencia de VIH es elevada, los datos no son representativos de toda la población ya que en los departamentos de San Miguel, Sonsonate y La Libertad, muy pocas participantes accedieron a hacerse la prueba.

En algunos sitios, el equipo de campo y las participantes se encontraron en situaciones de riesgo, lo que limitó la participación.

El autoreporte de algunas preguntas sensibles puede incluir sesgo social y/o de memoria.





IX. Recomendaciones

Se recomienda promover el monitoreo continuo de los comportamientos de riesgo a través de la vigilancia de segunda generación del VIH en la población de mujeres trans en los servicios de salud donde se ofrecen los servicios de VICITS. Así como fortalecer la toma de decisiones para incrementar coberturas de servicios de prevención de las ITS, consejería para cambio de comportamiento, acceso a la prueba de VIH así como la referencia de las mujeres trans positivas al VIH a una clínica de terapia antirretroviral. Por lo anterior, la primera recomendación debe incluir la importancia de crear estrategias de abordaje y de atención en salud, personalizadas para las mujeres trans de acuerdo a sus características propias que incluyen su orientación sexual e identidad de género.

La promoción de los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH, como las clínicas VICITS, junto con la sensibilización del personal médico y administrativo de los centros de salud en general, son clave para mejorar el flujo de las mujeres trans a estos servicios. Deben monitorearse la reducción de las barreras que producen el estigma y la discriminación por parte del personal. Las ONG deben apoyar el trabajo del Ministerio de Salud en aras de reforzar el cambio de comportamiento en todos los niveles. Es importante que se sensibilice a otros sectores de la sociedad y del estado (Cuerpos de Seguridad, Procuraduría de Derechos Humanos, Fiscalía General, Secretaría de Inclusión Social, Ministerio de Trabajo, etc.) para que se disponga de servicios de denuncia confiables para las mujeres trans violentadas, además de que se puedan brindar oportunidades laborales a esta población.

Se recomienda realizar diferentes tipos de validación y estudios para mejorar la exactitud de la estimación del tamaño de población de mujeres trans. La estimación del presente informe es el primer intento de estimar el tamaño de mujeres trans a nivel nacional a través de actividades de prevención y estudios sobre la población trans en diferentes partes

del país y debe tenerse en cuenta las futuras oportunidades para refinar la estimación del tamaño poblacional. Ya que los datos de estimación tienen ciertas limitaciones, se debe procurar realizar un ejercicio de triangulación y comparación con los datos de tamaño de población disponibles de las diferentes fuentes existentes para planificar programas de intervención basados en las estimaciones de tamaño de población. Un estudio de seguimiento es además recomendable en un periodo no mayor a cinco años.

Es necesario que se eduque continuamente sobre la necesidad de usar el condón con todo tipo de parejas, incluyendo las estables y ocasionales, y sobre todo con clientes. Esta acción debe ser combinada con la entrega de condones con el apoyo de las ONG y educadores pares, y fomentar el autocuidado integral de la salud. Al mismo tiempo, es importante integrar en la asistencia sanitaria una consejería dirigida a la reducción del consumo de alcohol y drogas.

Se requiere la intervención de otros sectores además del sector salud, para que se apoye el desarrollo y autocuidado de las mujeres trans en El Salvador.





X. Referencias

1. Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador (DIGESTYC). Estimaciones y proyecciones municipales de población 2005-2020 El Salvador. 2009.
2. Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Ficha estadística de El Salvador [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 17]. Available from: <http://www.bcie.org/uploaded/content/article/1312013223.pdf>
3. Banco Mundial. Indicadores de desarrollo de El Salvador [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 17]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GAP2/countries>
4. PNUD El Salvador. Informe sobre Desarrollo Humano 2013 deja importantes lecciones para El Salvador [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 17]. Available from: <http://www.pnud.org/sv/2007/content/view/1566/168/>
5. Gobierno de la República de El Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador (DIGESTYC). Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2013. 2013.
6. Programa Nacional de ITS/VIH/Sida del Ministerio de Salud de El Salvador. Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial-Año2013. 2014 p. 38.
7. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. 2013.
8. Hernandez F de M, Guardado ME, Paz-Bailey G. Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables - subpoblación transexual, travestí y transgénero de El Salvador, 2010. 2010.
9. Ministerio de Salud de El Salvador. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables de El Salvador, 2010. 2008.

10. Morales S, Alvarez B, Arambú N, Aguilar J, Huamán B, Figueroa W, et al. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en poblaciones vulnerables y en poblaciones clave (ECVC) Capítulo Guatemala. 2013.
11. Ministerio de Salud de Nicaragua. Presentación Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables en Nicaragua 2009 - Población travesti, transexual y transgénero.
12. Ministerio de Salud de Nicaragua. Presentación Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables ECVC Nicaragua 2009 - Población hombres que tienen sexo con hombres y perso.
13. Presentación Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables ECVC Nicaragua 2009.
14. Ministerio de Salud de Costa Rica. Prevalencia de VIH, sífilis y comportamiento de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres en la gran área metropolitana de Costa Rica. 2010.
15. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Getting to zero: 2011-2015 strategy [Internet]. Geneva: UNAIDS. 2010 [cited 2015 Feb 26]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
16. ONUSIDA - OMS. Guidelines on Estimating the Size of Most at Risk Populations to HIV. 2010.
17. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.
18. PNUD El Salvador. Estudio sobre los derechos de las mujeres trans en El Salvador [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 17]. Available from: <http://www.pnud.org/sv/2007/content/view/1619/122/>
19. Andrinopoulos K, Hembling J. Utilización de los servicios de salud entre hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero, San Salvador 2011-2012 [Internet]. USAID report. 2011 [cited 2014 Feb 20]. p. 122. Available from: http://www.pasca.org/sites/default/files/UTILIZACION_SERVICIOS_SALUD_HSHS_MT_MEASURE.pdf
20. Rose S. Mortality risk score prediction in an elderly population using machine learning. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2015 Feb 26];177(5):443–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23364879>
21. Van der Laan M, Dudoit S. Unified Cross-Validation Methodology For Selection Among Estimators and a General Cross-Validated Adaptive Epsilon-Net Estimator: Finite Sample Oracle Inequalities and Examples [Internet]. U.C. Berkeley Division of Biostatistics Working Paper Series. 2003 [cited 2015 Feb 26]. Available from: <http://biostats.bepress.com/ucbbiostat/paper130>
22. Van der Laan M, Dudoit S, Vaart A van der. The Cross-Validated Adaptive Epsilon-Net Estimator [Internet]. U.C. Berkeley Division of Biostatistics Working Paper Series. 2004 [cited 2015 Feb 26]. Available from: <http://biostats.bepress.com/ucbbiostat/paper142>
23. Sinisi SE, Polley EC, Petersen ML, Rhee S-Y, van der Laan MJ. Super learning: an application to the prediction of HIV-1 drug resistance. *Stat Appl Genet Mol Biol* [Internet]. 2007 Jan [cited 2015 Feb 26];6:Article7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2473869&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. Pirracchio R, Petersen ML, Carone M, Rigon MR, Chevret S, van der Laan MJ. Mortality prediction in intensive care units with the Super ICU Learner Algorithm (SICULA): a population-based study. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Jan

- 19];3(1):42–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25466337>
25. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2013 Mar [cited 2014 Feb 20];13(3):214–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23260128>
 26. Sanchez T, Finlayson T, Murrill C, Guilin V, Dean L. Risk behaviors and psychosocial stressors in the new york city house ball community: a comparison of men and transgender women who have sex with men. *AIDS Behav* [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 Feb 13];14(2):351–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19763812>
 27. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender Abuse and Major Depression Among Transgender Women: A Prospective Study of Vulnerability and Resilience. *Am J Public Health* [Internet]. 2013 Dec 12 [cited 2014 Feb 20]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24328655>
 28. Silva-Santisteban A, Raymond HF, Salazar X, Villayzan J, Leon S, McFarland W, et al. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS Behav* [Internet]. 2012 May [cited 2014 Feb 19];16(4):872–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21983694>
 29. Transgender Women in Latin America and Asia - compilaion of epidemiological dta [Internet]. [cited 2014 Nov 26]. Available from: http://www.msmsgf.org/files/msmgf/Latin America/ART_EN_010808_HID.pdf
 30. Okal J, Geibel S, Muraguri N, Musyoki H, Tun W, Broz D, et al. Estimates of the size of key populations at risk for HIV infection: men who have sex with men, female sex workers and injecting drug users in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Apr 14];89(5):366–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23761166>
 31. Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. *Curr Opin HIV AIDS* [Internet]. 2014 Mar [cited 2014 Oct 17];9(2):107–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393694>
 32. Diagnóstico situacional del estigma y discriminación relacionado a la homofobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica [Internet]. [cited 2014 Dec 11]. Available from: http://www.pasca.org/userfiles/Diag_Estigma_Discriminacion_CA_2011b.pdf
 33. Estigma y discriminación hacia PMAR y PCV en Centroamérica [Internet]. [cited 2014 Dec 11]. Available from: http://www.pasca.org/sites/default/files/es_estigma_y_disc_pmar_pcv_pasmo.pdf
 34. Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, Sokal DC. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* [Internet]. 1994 Jul 23 [cited 2014 Apr 3];344(8917):243–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7913163>
 35. Wilson EC, Garofalo R, Harris DR, Belzer M. Sexual risk taking among transgender male-to-female youths with different partner types. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 Aug [cited 2014 Feb 20];100(8):1500–5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2901273&tool=pmcentrez&render-type=abstract>
 36. Operario D, Nemoto T, Iwamoto M, Moore T. Unprotected sexual behavior and HIV risk in the context of primary partnerships for transgender women. *AIDS Behav* [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 Feb 20];15(3):674–82. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3049202&tool=pmcentrez&render-type=abstract>

37. Bertozzi SM, Laga M, Bautista-Arredondo S, Coutinho A. Making HIV prevention programmes work. *Lancet* [Internet]. 2008 Sep 6 [cited 2014 Mar 30];372(9641):831–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18687457>
38. Curioso WH, Kurth AE. Access, use and perceptions regarding Internet, cell phones and PDAs as a means for health promotion for people living with HIV in Peru. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 Apr 3];7:24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2048945&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Alexanderson L, Repsina Chintalova-Dallas, Helen Cornman. Innovative Uses of Communication Technology for HIV Programming for MSM & TG Populations: May 2-3, 2013, Washington, DC. Arlington, VA; 2013.
40. Ramos RL, Ferreira-Pinto JB, Rusch MLA, Ramos ME. Pasa la voz (spread the word): using women's social networks for HIV education and testing. *Public Health Rep* [Internet]. [cited 2014 Oct 28];125(4):528–33. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2882603&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
41. Celum C, Baeten JM, Hughes JP, Barnabas R, Liu A, Van Rooyen H, et al. Integrated strategies for combination HIV prevention: principles and examples for men who have sex with men in the Americas and heterosexual African populations. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Feb 19];63 Suppl 2:S213–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23764638>
42. Jukes M, Simmons S, Bundy D. Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa. *AIDS* [Internet]. 2008 Dec [cited 2014 May 26];22 Suppl 4:S41–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19033754>
43. Carvalho FT, Gonçalves TR, Faria ER, Shoveller JA, Piccinini CA, Ramos MC, et al. Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Apr 3];(9):CD007844. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901711>
44. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet* [Internet]. 2008 Aug 23 [cited 2014 Apr 3];372(9639):669–84. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2702246&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Hovey JD, Booker V, Seligman LD. Using theatrical presentations as a means of disseminating knowledge of HIV/AIDS risk factors to migrant farmworkers: an evaluation of the effectiveness of the Infórmate program. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2007 Apr [cited 2014 May 26];9(2):147–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17186369>
46. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promot Int* [Internet]. 2001 Jun [cited 2014 Mar 23];16(2):179–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11356756>
47. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2008 May 1 [cited 2014 Feb 21];48(1):97–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18344875>
48. Operario D, Burton J, Underhill K, Sevelius J. Men who have sex with transgender women: challenges to category-based HIV prevention. *AIDS Behav* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 Feb 21];12(1):18–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17705095>
49. Pham QD, Nguyen TV, Nguyen PD, Le SH, Tran AT, Nguyen LT, et al. Men who have sex with men in southern Vietnam report high levels of substance use and sexual risk behaviours but underutilise HIV testing services: a cross-sectional study. *Sex Transm*

- Infect [Internet]. 2014 Sep 2 [cited 2014 Oct 22]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25182158>
50. Wei C, Herrick A, Raymond HF, Anglemeyer A, Gerbase A, Noar SM. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Feb 17];(9):CD009337. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901734>
 51. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Feb 21];27(11):621–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138486>
 52. Poteat T, Reisner SL, Radix A. HIV epidemics among transgender women. *Curr Opin HIV AIDS* [Internet]. 2014 Mar [cited 2014 Feb 20];9(2):168–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24322537>
 53. Kennedy CE, Baral SD, Fielding-Miller R, Adams D, Dlodlu P, Sithole B, et al. “They are human beings, they are Swazi”: intersecting stigmas and the positive health, dignity and prevention needs of HIV-positive men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2013 Jan 12 [cited 2014 Feb 10];16 Suppl 3(4):18749. Available from: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18749/3350>
 54. Newman PA, Lee S-J, Rongprakhon S, Tepjan S. Demographic and behavioral correlates of HIV risk among men and transgender women recruited from gay entertainment venues and community-based organizations in Thailand: implications for HIV prevention. *Prev Sci* [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 Feb 19];13(5):483–92. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3430740&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 55. Foundation HRC. *Transgender Visibility Guide* [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 27]. Available from: <http://www.hrc.org/resources/entry/transgender-visibility-guide>
 56. Futterweit W. Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Arch Sex Behav* [Internet]. 1998 Apr [cited 2014 Nov 28];27(2):209–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9562902>





XI. Anexos

Anexo 1. Variables predictoras utilizadas para método de extrapolación nacional

Variable	Fuente
No. de negocios	Censo Económico, 2005, DIGESTYC
Porcentaje de población urbana	Almanaque 262, 2009, PNUD
No. de zonas urbanas	Almanaque 262, 2009, PNUD
Población total 2013	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Área km ²	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Habitantes por km ²	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Razón hombre: mujer	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Porcentaje población adulta, mayor de 16 años	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013
Municipios	Almanaque 262, 2009, PNUD
Tasa de desempleo	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Tasa de Analfabetismo	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Porcentaje población económicamente activa	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Porcentaje de la población con acceso a Internet	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC
Porcentaje de la población departamental del total nacional	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, DIGESTYC

**Estudio de estimación
de talla poblacional,
encuesta de comportamiento
sexual y sero-prevalencia
de VIH en mujeres Trans
de El Salvador, 2014.**

**Innovando servicios,
reduciendo riesgos,
renovando vidas en
El Salvador.**



Oficina Central
Boulevard del Hipódromo No. 671,
Colonia San Benito, San Salvador.
PBX (503) 2246-6100/2252-9440
FAX (503) 2252-9444

Oficina de Plan Fondo Mundial
Calle La Ceiba No. 256,
Colonia Escalón, San Salvador.
Teléfono (503) 2207-3205

www.plan.org.sv
www.plan-international.org

 **Plan El Salvador**

 **@PlanElSalvador**