

Artículos

El SIDA en El Salvador Creencias, actitudes y prácticas sexuales¹

*Departamento de Salud Pública de la Universidad
Centroamericana "José Simeón Cañas"*

Resumen

La vía sexual es la principal forma de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Consecuentemente, es necesario indagar sobre los conocimientos, las actitudes y las creencias en relación con la sexualidad y la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como su expresión en los comportamientos sexuales, a fin de identificar necesidades de información de la población y encontrar maneras culturalmente aceptables para informar, educar sobre los mismos y contribuir así a la prevención de dichas enfermedades.

Introducción

En septiembre de 1998, como parte de un estudio descriptivo transversal dirigido por el Departamento de Salud Pública de la UCA (DSP-UCA), y mediante la administración de un cuestionario a una muestra de 1 229 personas entre los 13 y 55 años de edad, se exploró el nivel de conocimientos, las actitudes, creencias y prácticas sexuales de la población salvadoreña; se establecieron relaciones entre ellos y con las variables sociode-

mográficas de los participantes, como el nivel educativo y socioeconómico, la zona geográfica, el género, la edad y otras.

Entre los resultados se encontró que más de la mitad de las personas entrevistadas (55.7 por ciento) poseen un nivel "bueno" de conocimientos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las enfermedades de transmisión sexual; el 16.8 por ciento posee un nivel "excelente"; el 2.1 por ciento tiene un nivel "nulo" o "deficiente" y el res-

1. Este artículo fue elaborado por los doctores Ernesto A. Selva Sutter (coordinador), Carolina Castillo, Ana Carolina Paz Narváez y Lorena Rivas de Mendoza.

to posee un nivel de conocimientos "regular". Este último grupo posee menor conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, en comparación con la información que tiene sobre VIH/SIDA. Los conocimientos sobre VIH/SIDA/ETS descienden a medida que disminuye el nivel socioeconómico y educativo de las personas, y resultó bajo en el sexo femenino.

En relación con los mitos y las creencias erróneas en torno al VIH/SIDA, éstos son compartidos por gran parte de la población. Podemos citar, por ejemplo, que se piensa que la enfermedad se puede curar si se descubre en sus inicios (44.5 por ciento); que un buen aseo antes y después de la relación sexual puede evitar que una persona con este síndrome contagie a otra (36.5 por ciento). Ello podría conducir a prácticas sexuales riesgosas. Otros mitos comunes en cuanto a la transmisión del VIH/SIDA pueden explicar actitudes de rechazo o distanciamiento hacia las personas con SIDA, por ejemplo, el pensar que éste se transmite a través de la tos o los estornudos (46.6 por ciento), a través de tasas y platos cuando se comparten (46.5 por ciento), por usar el mismo sanitario (43.6 por ciento) o por bañarse en piscinas (42.8 por ciento).

En cuanto a las prácticas sexuales, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 16.5 años, siendo más temprana entre los hombres (15 años) que entre las mujeres (18.4 años). Entre las personas entrevistadas que ya habían iniciado relaciones sexuales, el 12.7 por ciento no había tenido parejas sexuales en el último año; el 59.7 por ciento había tenido una sola pareja sexual y el resto (27.4 por ciento) había tenido dos parejas o más. En contraste con haber tenido más de una pareja sexual en el último año entre gran parte de los participantes, el uso del condón parece no haberse implementado en forma consistente —es decir, en todas las ocasiones en que se tuvo una relación sexual—.

Entre quienes refirieron tener una pareja sexual no fija, el 60.9 por ciento no usa condón o lo usa en forma inconsistente ("no siempre") con dicha pareja sexual. Además, el 15 por ciento de los individuos sexualmente activos han mantenido relaciones sexuales ya sea con desconocidos (9.8 por ciento), trabajadoras del sexo (8.9 por ciento) o con personas que se inyectan drogas (2.6 por ciento). De ellos, sólo el 41 por ciento refirió haber utilizado el condón en todas esas ocasiones. Si to-

mamos en cuenta todos estos factores, encontramos que a pesar de que el nivel de conocimientos sobre SIDA/ETS que muestra la población no es bajo, existe una serie de mitos sobre la transmisión del SIDA. Estas actitudes son negativas en tanto que no favorecen las conductas preventivas; además, constituyen prácticas sexuales inseguras, ya que ponen a la población en riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana-síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras enfermedades de transmisión sexual. Es importante, entonces, que los aspectos propios de nuestra población relacionados con la sexualidad —detectados en este estudio—, sean tomados en cuenta en la implementación de programas educativos sobre SIDA y ETS dirigidos al control de los mismos.

1. Epidemiología del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)

La epidemiología de las llamadas enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) se caracteriza y distingue porque en ella influyen decididamente factores variables e interactuantes, los cuales podemos identificar —para los fines de este trabajo— como conductuales y biológicos. Se puede añadir que otra característica de la epidemiología de las ETS es que tradicionalmente no han sido objeto de una adecuada respuesta social organizada, representada por las acciones de los sistemas de salud, en términos de programas e intervenciones de salud, hecho que ha facilitado su prevalencia y propagación. Tal respuesta está afectada por la falta de reconocimiento del componente decisivo en el mecanismo de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual: la clase de conducta involucrada, la cual es resistente al cambio porque es altamente motivada, a menudo oculta y porque es variable dentro y entre grupos étnicos y sociales.

Podríamos decir que la respuesta está afectada por el hecho de que hemos querido y seguimos queriendo entender la transmisión y la propagación del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, sin reconocer la importancia de comprender las determinantes y las expresiones reales de la sexualidad humana. Es obvio que la estructura de atención de salud debe ser fortalecida, entre otros factores, con conocimiento nuevo en materia de las conductas involucradas para el diagnóstico, el tratamiento y la promoción de salud, en relación con el VIH/SIDA y otras ETS.

1.1. Características distintivas y su relación

El componente conductual de la contagiosidad y la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual —el cual involucra

conocimientos, creencias, actitudes y prácticas particulares—, no se desliga de los factores llamados comúnmente biológicos, entre los que destacan, en primer lugar, la especial y a menudo exclusiva “adaptación” al humano de los microorganismos y partículas infecciosas que participan en ellas. Es decir, el hecho de que el reservorio de tales elementos infecciosos sea exclusivamente el huma-

no, en la práctica, y que como parte de esa “adaptación”, el principal modo de transmisión sea a través del contacto de mucosa con mucosa, mucosas genitales y mediante actividad sexual (Benenson, 1997; Selva, 1989, 1990). Este factor nos obliga a considerar que la transmisibilidad principalmente de una enfermedad sexual en una población, es un proceso que no depende sólo de las características que reconocemos como propias de los agentes, sino, además, de condiciones ambientales concebidas en un sentido amplio y de condiciones o factores conductuales (Fauci, 1999).

Es obvio que la característica de los componentes del complejo VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual de presentar largos períodos de latencia antes que los síntomas y signos característicos de su desarrollo se vuelvan aparentes (pero durante los cuales la transmisión de agentes y la propagación de la enfermedad pueden ocurrir), favorece la participación de factores conductuales y ambientales en su propagación eficiente y dificulta la orientación adecuada de la respuesta social organizada (Bartlett y Finkbeiner, 1996; Benenson, 1997; Selva, 1989).

Cuando la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual es analizada desde el punto de vista de los factores de riesgo, tales factores aparecen directamente relacionados con patrones de conducta sexual e incluyen heterosexualidad riesgosa, gran número de compañeros sexuales en particular vía prostitución femenina o masculina

(que puede implicar heterosexualidad riesgosa, bisexualidad y homosexualidad), historia de ETS, residencia urbana, soltería, juventud, preferencia por múltiples compañeros sexuales de ambos

sexos (bisexualidad) o del mismo sexo (actuando pasiva o activamente) especialmente en el caso de los hombres, y preferencia por la actividad sexual con quienes abusan de las drogas, particularmente por la vía intravenosa (Benenson, 1997; Ryan, 1994). Por otra parte, se ha sostenido que la presencia e historia de ETS clásicas inductoras de ulceraciones o inflamacio-

nes genitales, que facilitan el contacto con sangre o exudaciones patológicas, permiten que el VIH entre al flujo sanguíneo, lo cual favorece la transmisión del virus del SIDA (Bartlett y Finkbeiner, 1996; Benenson, 1997; Jamison, *et al.*, 1993; Ryan, 1994).

En El Salvador, la epidemia de SIDA va adquiriendo cada vez más las características generales de una epidemia de enfermedades de transmisión sexual clásica; sin embargo, ésta se desarrolla en el marco de una epidemia de ETS con las consecuencias asociadas a ello (Instituto Panos [IP], 1999).

Tampoco es posible obviar que la urbanización acelerada y desordenada, acompañada del trastorno de estructuras sociales tradicionales, así como de un incremento de la movilidad por razones políticas y económicas, la pobre presencia de facilidades médicas o la desorganización acelerada de las mismas, relacionada con procesos de reforma mal conducidos (Selva, 1999b, 2000), la proporción elevada de adolescentes y adultos jóvenes en la población —quienes presentan las tasas de incidencia más altas de ETS— y las tasas altas de desempleo o de subempleo, están contribuyendo a la alta incidencia de ETS y de SIDA, así como a la incidencia elevada de sus complicaciones y secuelas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS], 1999a). Además, otros factores que favorecen un enfoque conjunto del SIDA y de las ETS clásicas son que estas enfermedades se pre-

... hemos querido y seguimos queriendo entender la transmisión y la propagación del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, sin reconocer la importancia de comprender las determinantes y las expresiones reales de la sexualidad humana.



sentan, a menudo, simultáneamente en la misma persona y que algunas medidas de prevención de la transmisión pueden ser comunes para ambos tipos de entidades (Bartlett y Finkbeiner, 1996; Benenson, 1997; Ryan, 1994).

Comprender adecuadamente la epidemiología del complejo SIDA-otras ETS exige reconocer la existencia —en la sociedad salvadoreña, así como en muchas otras sociedades— de una jerarquización patriarcal androcéntrica, la cual se identifica como uno de los elementos determinantes de la particular situación vital de la población femenina y dentro de ésta como uno de los elementos determinantes del particular estado de salud que tal población posea. Según esta concepción, a partir de una diferencia fundamentada en lo estrictamente biológico o fisiológico se constituye una diferencia social, de manera que la definición de ser mujer lleva implícita una clara subordinación discriminante de ésta frente a los hombres (Olivera, de Montis y Meassik, 1992). Aun en los países desarrollados existen diferencias sociales y económicas entre el hombre y la mujer, como por ejemplo, en las oportunidades de educación. En los países po-

bres, la situación de la mujer en un ambiente de pobreza, ignorancia y marginación se vuelve aún más crítica, aumentando su susceptibilidad a la infección del VIH (Bautista, 1997).

En las condiciones en que la mujer se desempeña, han estado presentes situaciones que le son particularmente adversas a su salud y a la de su descendencia, lo cual puede ser advertido en la relación entre la experiencia de subordinación vivenciada por la mujer y la carga de enfermedades predominantemente transmitidas sexualmente. Cabe agregar que en El Salvador se está ejecutando un proceso de reforma del sistema de salud, dentro del cual las propuestas de reforma y ciertas acciones derivadas de ellas permiten pensar que están orientadas por la idea de dejar la prestación de atención de salud en manos del sector privado y a merced de las fuerzas del mercado. Este hecho puede agravar la situación precaria de los servicios de salud que ofrecen atención a la población desposeída del país. Si a ello agregamos, además, otras medidas conducentes a la liberalización de la economía, a la modificación del sistema de prestaciones sociales y a la modernización y reducción del Estado, es posible anticipar el aumento de presiones económicas sobre los sectores subordinados de la población salvadoreña (Homedes, *et al.*, 2000; Selva, 1999b, 2000).

La institucionalidad de la concepción patriarcal androcéntrica del mundo se expresa también en el sistema de atención de salud, de manera que las mujeres en edad reproductiva (aproximadamente entre 15 y 44 años) son consideradas biológicamente vulnerables, porque tienen el riesgo agregado de la preñez, riesgo al que el resto de la población no se expone. En tal sentido, esta concepción, unida a la noción de que la mortalidad materna es la principal causa de muerte en la mujer, conduce a atender la morbilidad y la mortalidad de la mujer a través de los servicios de salud materna, que usualmente forman parte de programas de salud de la madre y del niño. Esto refleja, en cierta manera, que la problemática de salud de la mujer no es objeto de atención en sí misma, sino cuando está ligada a su función reproductiva y a la salud del posible producto. En esta forma, el estado de salud de la población femenina en El Salvador no es objeto de estudio o atención integral, y existen razones para creer que, contrario a lo que se asume usualmente, la mujer, además de encarar un riesgo mayor de enfermar y/o morir asociado a la repro-

ducción, enfrenta, en general, mayor riesgo de enfermar y/o morir que el hombre, por el hecho de ser mujer.

Con lo expresado no pretendemos negar que durante la vida de la mujer uno de los mayores riesgos para su salud sea la experiencia del embarazo, o que este riesgo aumente con el efecto de embarazos repetidos. Lo que enfatizamos es que otras experiencias —también de carácter socionatural— representan riesgos particulares de malestar, enfermedad y muerte para la población femenina antes, durante y después de su edad reproductiva, y que ello debe ser objeto de indagación científica (Jamison, *et al.*, 1993; Selva, 1989, 1990; UNICEF, 1998).

Incluso, en algunos países subdesarrollados, podemos comprobar que las causas de muerte asociadas con la preñez y el puerperio no son las que aportan más a la mortalidad de la mujer en la edad reproductiva, aunque sean de suma importancia. Las enfermedades infecciosas y parasitarias y los “accidentes” continúan contribuyendo en mayor proporción, también las causas mal definidas y aun, en ciertos segmentos de la población en edad reproductiva (15 a 44 años), las enfermedades circulatorias, que compiten en importancia con la mortalidad materna al igual que ciertos tipos de cáncer (FNUAP, 1999; World Health Organization [WHO], 1998, 1999). Ciertamente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las ETS clásicas se cuentan entre esas enfermedades infecciosas y parasitarias que, incluso, se asocian a ciertos tipos de cáncer prevalentes en la población femenina (Benenson, 1997; Ryan, 1994).

Por otra parte, contamos con la evidencia científica suficiente para sostener que existen al menos tres grandes complejos de factores interactuantes, que influyen en que el estado de salud femenino sea bajo: la condición nutricional de la mujer, en general; la utilización de los servicios médicos, que es un complejo en que cabe destacar la importancia de la respuesta de la profesión médica a los problemas de salud en la población femenina y, finalmente, la condición social de esta población, que es reconocida por muchos como el complejo de mayor capacidad determinante de su problemática de salud. De igual manera, contamos con evidencias como para sostener que todos estos complejos tienen una causa estructural en la que el machismo dominante y la subordinación de la mu-

jer, por razones de género, se constituyen en factores etiológicos socionaturales (FNUAP, 1999; Jamison, *et al.*, 1993; Selva, 1999a; WHO, 1998).

Estos tres complejos tienen relación interactuante con la determinación y las tendencias del complejo VIH/SIDA-otras ETS. No es posible desligar la condición social de la mujer de los demás problemas específicos señalados. La condición nutricional puede ser determinada y determinar la presencia y las consecuencias del SIDA, de las ETS clásicas y otras infecciones, así como el nivel de utilización de los servicios médicos (UNICEF, 1998).

La relación entre la subordinación de la mujer y el complejo SIDA-otras ETS está claramente sugerida, entre otros factores, por las determinantes y tendencias de la prostitución femenina, de la fertilidad excesiva o por la importancia del complejo VIH/SIDA-otras ETS sobre la salud de la mujer durante la preñez, la preñez, el parto y el período posparto y sus efectos sobre la morbilidad y la mortalidad maternas, el bajo peso al nacer y sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales. Además, por la heterogeneidad de la conducta sexual femenina y la influencia que sobre ella tiene el machismo prevalente, el cual, además, puede estimular conductas desviadas que conduzcan al sometimiento sexual de la mujer.

El abuso sexual de la mujer y el niño a menudo los convierte en miembros del reservorio del SIDA y otras ETS. No es posible aislar de este contexto el abuso sexual al que está expuesta la mujer subordinada en el hogar, puesto que ello la puede exponer a relaciones sexuales de alto riesgo con su pareja si ésta practica sexo de riesgo extramaritalmente.

No es posible obviar que los efectos negativos del complejo VIH/SIDA-otras ETS muestran un sesgo hacia la enfermedad del binomio madre-niño. Tampoco que el círculo vicioso de subnutrición-infección-estrés se comporta de manera similar, ya que la infección subclínica o clínica es un estado de deficiencia nutricional en sí misma y la subnutrición constituye un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aunque no SIDA propiamente, en particular cuando se encuentra combinada con el estrés (Selva, 1978, 1985, 1998; UNICEF, 1998). La vaginitis y la descarga vaginal, asociada a hongos, parásitos y bacterias sexualmente transmitidas, son trastornos propios de la mujer, que pue-

den contribuir a la elevación del riesgo de adquirir la infección por VIH (Benenson, 1997; Jamison, *et al.*, 1993; Ryan, 1994).

Las mujeres preñadas o parturientas y los niños son los principales consumidores de transfusiones de sangre en los países subdesarrollados, debido a la alta incidencia de anemia relacionada con problemas obstétricos y con enfermedades parasitarias. Si consideramos la limitada seguridad con la que se realizan las transfusiones en nuestro medio, podemos observar cómo la condición de ser mujer, particularmente en estado de subordinación, puede aumentar el riesgo de infección por SIDA en la población femenina por la vía de exposición parenteral a sangre.

Es importante mencionar también que, dada la asociación existente entre SIDA y tuberculosis, se considera que dicha epidemia traerá además un aumento en los casos de tuberculosis pulmonar y sistémica, cuya incidencia es ya alta entre las personas con SIDA (WHO, 1998). Cabe señalar, sin embargo, que no queremos decir que el aumento mundial de la tuberculosis sea principalmente relacionable a la infección con el VIH.

Finalmente, señalaremos que los factores conductuales que afectan la propagación del SIDA y otras ETS no se circunscriben a aquellos que reconocemos durante el desarrollo de prácticas sexuales y otras que influyen directamente en su transmisión y propagación. Los conocimientos, las creencias, actitudes y prácticas existentes y prevalentes, expresados como la experiencia de grupos totales, tienen injerencia en la orientación, la concepción, la construcción, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas de salud, a la vez determinantes de la respuesta social organizada.

1.2. Contagiosidad del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual y su dinámica de transmisión sexual

El hecho de que el SIDA y las demás ETS sean contagiosas, es decir, transmisibles principalmente de persona a persona con la mediación de contactos íntimos, las más de las veces durante el desarrollo de actividades sexuales, nos enfrenta tanto a problemas como a oportunidades. En efecto, por una parte, son obvias muchas de las consecuencias negativas de la contagiosidad; pero, por la otra, la prevención o la curación de un caso de

estas dolencias a menudo prevee muchos otros casos de infección y de enfermedad.

Este último hecho también nos enfrenta, a su vez, a la necesidad de hacer un análisis más profundo con el fin de elegir medidas prioritarias, en términos de prevención y de curación; nos enfrenta a la necesidad de perseguir con ellas "beneficios dinámicos", o sea, beneficios que no se circunscriben a los individuos inmediatamente afectados. Justamente, en un marco de limitación de recursos ya no basta pesar contra el costo de prevenir, o acaso curar un caso, sólo los beneficios de prevenir o curar ese caso individual y por ello es útil, si no necesario, penetrar en la intimidad de los contactos. En este contexto, es clave el concepto de tasa o velocidad de reproducción de la enfermedad en cuestión, definido como el número de casos nuevos (o secundarios) infectados por un caso original promedio.

Es claro que la atención que merece, en la actualidad, la prevención del SIDA está íntimamente relacionada al temor que inspira su alta tasa de reproducción. Por otra parte, es posible argumentar que el no comprender la importancia de la tasa de reproducción de otras ETS, ha contribuido a que su prevención no haya sido prioritaria en nuestros países.

Para cualquier enfermedad contagiosa en los estados tempranos de la epidemia, el valor de su tasa de reproducción es el producto de tres parámetros: la probabilidad de infección en cada contacto, el número de contactos por período de tiempo entre el infectado y el susceptible o los susceptibles, y la duración de la infectividad de la persona afectada. Hay que destacar que el segundo de estos valores es primariamente conductual, mientras que el primero es primariamente determinado por características de la enfermedad, en tanto que el tercero es afectado tanto por las características de la enfermedad, como por el impacto de las estrategias de salud pública, tendientes a curar o a aislar al infectante y, en cierta manera, por la conducta de los afectados ante la enfermedad (Bartlett y Finkbeiner, 1996; Jamison, *et al.*, 1993).

Debe señalarse, además, que las inequidades socioeconómicas repercuten en la epidemiología del SIDA. A pesar de la existencia de los antirretrovirales, éstos no son económicamente accesibles para la mayoría de la población a quienes podrían ayudar. De acuerdo con el *Wall Street Journal*

(Winslow, Langreth y Waldholz, 1999), desde 1996, en Estados Unidos y otros países desarrollados el índice de muertes por año debidas al VIH decreció en casi un 70 por ciento con la introducción de los antirretrovirales. No obstante, de los 27 millones de infectados con el VIH, en países subdesarrollados, pocos pueden costearse el tratamiento antirretroviral (Winslow, *et al.*, 1999).

De acuerdo con el Banco Mundial (The World Bank [WB], 2000), el costo del tratamiento de una persona con SIDA durante un año —en un país típico— es 2.7 veces el producto nacional bruto per cápita, lo cual constituye más del costo anual de la educación de diez estudiantes de escuela primaria (estos datos no incluyen los costos de tratamientos antirretrovirales) (WB, 2000). En el mismo sentido, Decosas (2000), al revisar la asociación entre el índice de desarrollo humano (IDH) y las infecciones por el VIH, encontró un riesgo aumentado de infección entre las personas de sociedades pobres, en comparación con aquellas con IDH altos, y diferencias en seroprevalencia entre sociedades con IDH diferentes, que no se explican sólo por el comportamiento sexual, lo cual indica la presencia de factores culturales, biológicos (que incluye la prevalencia de ETS) y estructurales. Ante tal situación, los esfuerzos por prevenir la enfermedad resultan críticos para su control (Decosas, 2000).

Existen diferentes teorías sobre el comportamiento relacionadas con la prevención del VIH/SIDA y otras ETS (cognoscitivas, de aprendizaje, de motivación, etc.). Una de las más frecuentemente utilizadas en los programas de prevención del VIH/SIDA, en países occidentales desarrollados, es el Modelo de Creencias de Salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 1990). Tomando como base ésta y otras expresiones teóricas de la realidad, se intenta determinar las relaciones existentes entre los conocimientos, las creencias y las actitudes con la conducta sexual —que no necesariamente ocurren de manera secuencial—, en el entendido de que en ello participa, además, toda una estructura socionatural, cuyos elementos interactúan en un proceso dinámico (Selva, 1990).

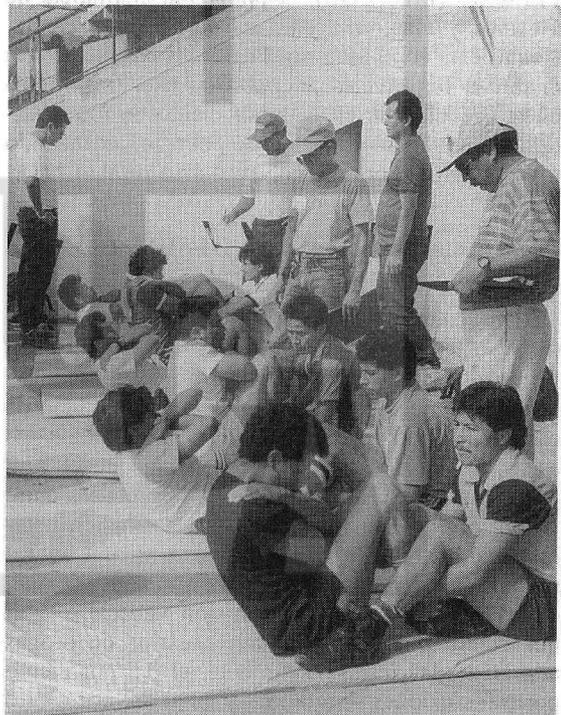
Otra distinción clave entre la epidemia de ETS y otras epidemias es, pues, la importancia de comprender la heterogeneidad de la conducta sexual para entender el proceso de enfermedad, lo cual ya ha conducido al reconocimiento de otro concepto

que no puede desligarse del concepto de tasa de reproducción. Nos referimos al concepto de grupo central (*core group*) para identificar a agrupamientos de individuos altamente activos sexualmente y para diferenciarlos de aquellos menos activos, que conforman el grupo no central. Los grupos centrales pueden estar conformados por individuos promiscuos, por agrupamientos de individuos dedicados a la prostitución, por practicantes de la homosexualidad, etc., entre los cuales, por supuesto, se pueden encontrar subgrupos en función de la frecuencia y el tipo de actividad sexual (Benenson, 1997). Es obvio que este concepto de grupo central tiene importancia en la expresión de la tasa de reproducción de las ETS y del SIDA, pues modifica el número de contactos por período de tiempo entre una persona infectada y otra susceptible.

1.3. Epidemiología del VIH/SIDA en El Salvador

1.3.1. Perfil poblacional

De acuerdo con estadísticas oficiales, la población estimada para 1998 en El Salvador fue de 6 millones de habitantes, distribuidos en una extensión territorial de 20 742 km², con una densidad



poblacional de 289 habitantes por Km², lo que lo convierte en el país más densamente poblado de la región centroamericana (Ministerio de Economía [ME], 1998).

Se estima que la población urbana constituye el 53 por ciento y la rural el 47 por ciento. La capital concentra el 30 por ciento de la población nacional. El 37.4 por ciento de la población es menor de 15 años, el 58 por ciento tiene de 15 a 64 años y el 4.6 por ciento es mayor de 64 años. Actualmente la edad mediana es de 20 años. La población de mujeres equivale al 51 por ciento y la de hombres, el 49 por ciento (ME, 1998).

Otras estadísticas señalan que la tasa bruta de mortalidad, en 1997, fue de 6.0 por 1000 habitantes, con una esperanza de vida al nacer de 69.5 años, variando de 66.5 para los hombres a 72.5 para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil, estimada para el período 1993-98, fue de 35 defunciones por 1 000 nacidos vivos, y para los menores de 5 años fue de 43 por 1 000 nacidos vivos (Asociación Demográfica Salvadoreña [ADS], 1999). La tasa bruta de natalidad fue del 27.5 por 1 000 y la de fecundidad de 3.2. hijos/mujer (MSPAS, 1998a, 1999b).

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (ME, 1998), la población analfabeta de 10 años y más, en 1997, era de 20.1 por ciento, siendo ésta en el área rural del 31.8 por ciento. En cuanto a los niveles de pobreza, esta misma encuesta revela que el 48.1 por ciento de los salvadoreños viven en situación de pobreza, alcanzando niveles de 61.6 por ciento, en el área rural.

1.3.2. Situación actual del VIH/SIDA en El Salvador

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud (MSPAS, 1999a), desde 1984 —año en que se informó el primer caso de SIDA en El Salvador— hasta diciembre de 1998, el número acumulado de casos en el país es de 2 544. En El Salvador, las estadísticas (MSPAS, 1999a) señalan que el 77.8 por ciento de los casos de SIDA, reportados entre 1984 y 1998, han resultado por transmisión heterosexual, el 6.5 por ciento por transmisión homosexual, el 5.1 por ciento por transmisión bisexual, el 4.4 por ciento por transmisión vertical, el 1.3 por ciento por contactos con usuarios de drogas administradas intravenosamente, el 0.5 por ciento por transfusiones sanguíneas y en el 4.2 por ciento

de los casos no pudo documentarse la vía de transmisión. Es decir, en el 89.4 por ciento de los casos, la transmisión ocurrió por la vía sexual.

Estos datos muestran la importancia que tiene determinar —con la mayor exactitud posible— las características de la conducta sexual de la población salvadoreña sexualmente activa, particularmente en cuanto a lo que de ella influye en la propagación del SIDA y otras ETS. De un total de 2 544 casos de SIDA —que entre 1984 y 1998 han sido oficialmente reconocidos en El Salvador—, 1 902 (74.8 por ciento) pertenecen al sexo masculino y 642 (25.2 por ciento) al femenino. Sin embargo, este predominio no se mantenía en todos los grupos etarios, por ejemplo, en el grupo de 10 a 19 años, en el cual se registraron 237 casos entre 1991 y 1998, 122 (51.5 por ciento) pertenecían al sexo femenino y sólo 237 (48.1 por ciento) al masculino. No obstante, en el grupo de 20 a 24, el predominio masculino representaba el 61.2 por ciento.

Una estadística particularmente alarmante, que concuerda con la noción sobre el predominio de la transmisión heterosexual del SIDA en El Salvador, es la que corresponde a casos de SIDA y de infección por VIH entre mujeres salvadoreñas en edad fértil (15-44 años), en el período comprendido entre 1991 y 1998, en el cual se registraron 473 casos de SIDA y, además, 663 de infección por VIH en este grupo etario (MSPAS, 1999b). Aunque no en forma absoluta, la estadística anterior se relaciona con otra que indica que —en el mismo período— se detectaron 131 casos en niños y niñas de entre <1 año a 14 años, siendo estos casos, quizá, producto de transmisión vertical predominantemente (MSPAS, 1999b).

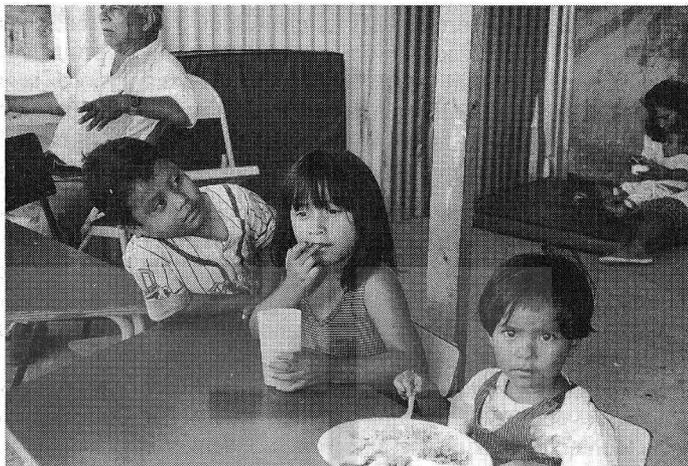
Según las estadísticas oficiales, el número de casos nuevos como las tasas anuales de incidencia (x 100 000 h) de SIDA han ido en aumento entre 1984 y 1998. La tasa de incidencia más alta (7.61) se registró en 1996, cuando se registraron 417 casos nuevos (MSPAS, 1999b). Con ligeras variantes de un año a otro, pero con una marcada tendencia al incremento, el número de muertos por año ha ido en aumento entre 1984 y 1998. La máxima cifra de fallecimientos se obtuvo en 1994 (56 fallecidos), cuando fueron registrados, a la vez, 387 casos nuevos, cifras que representan un marcado aumento con respecto a las correspondientes al año anterior, en el momento en que se registraron 176 casos nuevos y un total de 26 falleci-

dos. El número de fallecimientos registrados, en 1995 y 1996, fueron de 38 y 33, respectivamente. La información a nuestro alcance no permite especificar cuántos de los fallecimientos corresponden a casos registrados en años anteriores y cuántos a los casos nuevos, detectados el año en que se reporta el fallecimiento (MSPAS, 1999b).

Aparte de las personas clasificadas como casos de SIDA, en el período entre 1984 y 1998 han sido detectados 2 469 portadores del VIH en El Salvador. Tanto el número de reactores nuevos como la tasa de incidencia anual de reactores, ha venido mostrando una marcada tendencia al aumento en ese período, aunque sea posible detectar aumentos y disminuciones intermitentes año con año (MSPAS, 1999b).

Así, según las estadísticas oficiales (MSPAS, 1999b), entre 1984 y 1987 no se registraron portadores de VIH, pese a que en cada uno de estos años se informaron casos de SIDA y fallecimientos a causa de la enfermedad. No obstante, a partir de 1988, el número de reactores a la prueba serológica para detectar anticuerpos contra el VIH ha mostrado una tendencia general al aumento, aunque se detecten aumentos y disminuciones de un año a otro. De esta manera, por ejemplo, en 1988 fueron registrados 21 nuevos reactores (tasa = 0.39); 77, en 1989, y 42, en 1990. Luego se incrementaron las cifras a 148 y 172, en 1991 y 1992, respectivamente, y después se redujo a 155, en 1993. En 1994 y 1995 se detectó un nuevo aumento de reactores (308 y 327, respectivamente) y en 1995 es cuando se registra la más alta tasa de incidencia de reactividad del período, 6.1 por 100 000 habitantes (MSPAS, 1999a).

Aunque estas cifras sean epidemiológicamente significativas y apunten la razón de ser de nuestro enfoque al problema, es necesario señalar que adolecen de grandes limitantes y difícilmente pueden ser un reflejo fiel del patrón epidemiológico del SIDA, en El Salvador. La probabilidad de que estén afectadas por subregistro y otros sesgos es alta.



1.3.3. Situación de otras enfermedades de transmisión sexual en El Salvador

Una situación similar ocurre con otras ETS, algunas de las cuales pueden ocasionar severos daños a la salud, como es el caso de la hepatitis B —entre otras—, de la cual se reportaron 83 casos al MSPAS, en 1998. En ese mismo año, hubo 59 casos de sífilis congénita, en menores de 1 año, mientras que la infección gonocócica del tracto génito-urinario, para el mismo año, se detectó en 3 165 casos (MSPAS, 1998c). En cuanto a la sífilis, se presentaron 25.6 casos por 100 000 habitantes, en 1995, el chancro blando en 14.7, el linfugranuloma venéreo en 4.2, gonorrea en 79.5, herpes genital en 23, y tricomoniasis urogenital en 296 casos por 100 000 habitantes, en 1995 (OPS, 1998). Particularmente alarmante es el caso de las vaginitis en El Salvador, las cuales, en 1998, fueron la décima causa más frecuente de morbilidad con 55 008 casos (MSPAS, 1998a).

1.4. Enfoque general de la investigación y metodología

El mismo carácter limitado de las estadísticas oficiales nos dice mucho acerca de cuánto hay por conocer sobre SIDA y otras ETS en El Salvador, con el fin de diseñar medidas efectivas para contrarrestar los efectos de esta dolencia. Por supuesto, es necesaria la investigación de los aspectos biológicos, médicos y epidemiológicos clásicos del problema, al igual que la investigación condu-

cente a establecer formas más eficientes de respuesta social organizada de corte tradicional. Sin embargo, creemos que es de similar importancia abordar la intimidad del componente decisivo en el mecanismo de transmisión del SIDA y otras ETS: la clase de conducta involucrada.

La investigación se enfocó en abordar el estudio de la intimidad de la conducta involucrada en la contagiosidad, transmisión y propagación del SIDA y otras ETS, en El Salvador, por la vía de encuestar a una muestra de la población sexualmente activa del grupo etario de 13 a 55 años, extendiendo el procedimiento a la realización de grupos focales a grupos de población con mayor riesgo de sufrir estas dolencias. En el presente artículo damos a conocer los resultados de la encuesta realizada.

La información diana la constituyeron los datos concretos, confiables, de corte clínico, epidemiológico, social, demográfico y económico que concretaron el contexto y, sobre todo, aquella información acerca de los conocimientos, las creencias, actitudes y prácticas o costumbres prevalentes en la población diana, que son determinantes en el proceso de mantenimiento y propagación del SIDA y otras ETS, en El Salvador. Asimismo, nos aproximamos a conocer las relaciones existentes entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, y algunas características sociodemográficas de la población; así como explorar sobre los medios de información, a través de los cuales los salvadoreños se informan sobre el SIDA y las ETS. Todo ello a fin de contribuir al control del SIDA/ETS por medio de propuestas, que puedan ser de utilidad en las intervenciones preventivas de los programas informativo/educativos. Como parte de la investigación, se aplicó, en septiembre de 1998, un cuestionario a través de entrevistas personales cara a cara a una muestra de la población salvadoreña, comprendida entre los 13 y 55 años de edad, que exploraba los aspectos mencionados.

El cuestionario utilizado constaba de cuatro partes: en la primera se recopilaban los datos demográficos de las personas encuestadas —edad, estado civil, nivel de estudios, y otras características—. La segunda contenía preguntas que pretendían medir el nivel de conocimientos de los participantes sobre SIDA y otras ETS: formas de transmisión, características o síntomas de las enfermedades y sus secuelas. Se indagó, además, respecto a ciertas creencias sobre éstas. La tercera parte permitía explorar las actitudes de los participantes

frente a las relaciones fuera del matrimonio, la promiscuidad y el uso del condón, además de conocer las actitudes de marginación del hombre hacia la pareja femenina y las actitudes de los participantes hacia las personas con SIDA o con otras ETS.

Finalmente, la última parte permitía explorar las prácticas sexuales de los participantes, como por ejemplo, la edad en que tuvieron relaciones sexuales por primera vez, el número de parejas sexuales que tuvieron en el lapso de un año, o si en un período de cinco años tuvo relaciones sexuales con diversas personas. Se preguntó, además, sobre el uso del condón y su frecuencia, y si el participante había tenido acceso a información sobre su uso, el SIDA y otras ETS, así como los medios por los que la recibió, entre otros aspectos.

Se tomó una muestra de la población entre los 13 y 55 años, tomando como base el censo poblacional de 1992 y el último informe disponible de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del Ministerio de Relaciones Exteriores. A fin de obtener una muestra representativa de la población salvadoreña, se usó un método combinado en donde la selección de la misma se llevó a cabo en etapas múltiples. La cuota muestral incluyó 38 municipios de los 14 departamentos del país. En cada departamento, la muestra se dividió en dos sectores: urbano y rural. Posteriormente, el sector urbano fue separado en 5 niveles de posición socioeconómica. Finalmente se tomaron cuotas muestrales para cada uno de los géneros y se obtuvieron cuotas de los participantes de cada uno de tres grupos etarios, previamente determinados. Las zonas específicas para tomar muestra de hogares se seleccionaron en forma aleatoria, para finalmente seleccionar los hogares mediante aproximación no sistemática.

Se entrevistó únicamente a una persona por hogar, aquella que deseara responder a las preguntas y cumpliera con los requisitos de cuota muestral, indicados en la boleta (zona, estrato social, sexo y edad). Para facilitar las respuestas de los participantes, de tal forma que respondiesen cómoda y verazmente a las preguntas, los encuestadores trabajaron sólo con personas de su mismo género. Además, las encuestas se realizaron en privado y en forma anónima. Previo a la realización de las encuestas, se llevó a cabo una prueba piloto del cuestionario por usar en las entrevistas y, a partir de esa experiencia, se le hicieron mejoras al instrumento utilizado.

A fin de lograr los objetivos de la investigación, la información obtenida de la encuesta fue procesada y analizada usando el programa SPSS, versiones 6 y 7 para Windows. Los datos de algunas de las variables fueron agrupados en categorías. Además, se obtuvieron los promedios pertinentes y se realizaron cruces, recodificaciones y transformaciones a partir de algunas variables. También se realizaron algunas pruebas de inferencia estadística, a fin de poder generalizar los resultados. Se elaboraron modelos de regresión logística multivariable para aproximarnos mejor al conocimiento de las determinantes del no uso del condón. Los datos fueron resumidos y presentados en cuadros y gráficos para su mejor visualización.

Para fines de esta investigación, comprendemos el conocimiento como el proceso en virtud del cual el humano refleja y reproduce la realidad en su pensamiento; como el proceso en el que adquiere el saber, asimila conceptos veraces sobre fenómenos verdaderos que utiliza en su actividad práctica. En este caso, comprenderemos el conocimiento como el resultado del reflejo de los conceptos veraces y particularmente los científicamente establecidos, que tienen relación con el fenómeno de infección por VIH y otros agentes etiológicos de las ETS y con el fenómeno de enfermar de SIDA y de otras ETS; es decir, lo que corresponde al saber científico internalizado por la población salvadoreña sexualmente activa, en relación con la prevención, la transmisión, la propagación, la gravedad, el diagnóstico y el tratamiento del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Las creencias, en cambio, se comprenden como aquello que las personas tienen como cierto o que asumen en calidad de conocimiento acerca de algún fenómeno y que está impregnado de ideología. Se puede comprender como "la forma de pensar" en un grupo social. Por ejemplo, la forma de pensar del grupo social de salvadoreños en edad fértil y sexualmente activos, en relación con la problemática del SIDA y otras ETS. Como actitud comprendemos las formas de conducta que reflejan o demuestran la forma de pensar de la persona; la forma de conducta que se puede manifestar explícita o implícitamente y determinar la forma de ser de la persona en términos de conformismo, solidaridad, colaboración, desafío, etc.

Las prácticas o costumbres se comprenden como las formas de actuar de las personas o los

grupos sobre tópicos determinados, que sirven como mecanismos sociales de rechazo o aceptación de algo determinado socialmente. Las prácticas están determinadas por los conocimientos, las creencias y actitudes, son además formas de actuar de aceptación generalizada por parte al grupo social al que se pertenece.

La información obtenida podrá facilitar el desarrollo de metodologías participativas con posible impacto positivo sobre las intervenciones enfocadas al control del SIDA y otras ETS, facilitando la planeación y el desarrollo de intervenciones enfocadas a modificar conductas determinantes de la frecuencia y del tipo de prácticas sexuales individuales, en un sentido salutogénico.

2. Resultados

2.1. Características sociodemográficas de la muestra encuestada

La distribución según departamento, estrato socioeconómico, grupo etario y género de las personas en la muestra, obedece a las cuotas muestrales determinadas con base en la información demográfica disponible (ME, 1992, 1996). La muestra total está formada por un 33 por ciento de personas residentes en el área rural, y un 77 por ciento de personas residentes en las áreas urbana y suburbana —distribuidas en cinco categorías de estrato socioeconómico—. El 50.9 por ciento de los participantes pertenece al género femenino y el 49.1 por ciento restante, al masculino (Cuadro 1).

El nivel educativo —encontrado en la muestra seleccionada— mostró que el 63.4 por ciento de ellos se encuentra al menos a nivel de tercer ciclo de educación primaria (plan básico), mientras que el resto se encuentra en niveles inferiores. La distribución por ocupación indica que la cuarta parte de la muestra está formada por estudiantes (25.3 por ciento), el 45.7 por ciento por trabajadores (66.3 por ciento por hombres y 45.6 por ciento por mujeres), el 4.5 por ciento por personas desempleadas, el 0.8 por ciento por jubilados, el 0.3 por ciento por otros y el resto (23 por ciento) por amas de casa. En cuanto al estado civil, la proporción mayor de la muestra correspondió a personas solteras (47.5 por ciento), seguida por casados (26.4 por ciento), acompañados (19.6 por ciento), separados (3.4 por ciento), divorciados (1.6 por ciento) y viudos (1.5 por ciento).

Al indagar sobre la religión, se encontró que el 21.7 por ciento de personas refirieron no pertenecer a ningún grupo religioso; el 37.5 por ciento dijo ser católico practicante; el 19.9 por ciento, ca-

tólico no practicante; el 18.9 por ciento profesaba la religión evangélica, y el 2 por ciento pertenecía a otros grupos religiosos.

Cuadro 1
Distribución sociodemográfica de las personas encuestadas

<i>Género del participante</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Femenino	626	50.9
Masculino	603	49.1
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Grupo de edad</i>		
13 a 24 años	554	45.1
25 a 39 años	425	34.6
40 a 55 años	250	20.3
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Estado civil</i>		
Soltero	582	47.4
Casado	323	26.3
Acompañado	240	19.5
Divorciado	19	1.5
Viudo	18	1.5
Separado	42	3.4
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Estrato socioeconómico</i>		
Alto	83	6.8
Medio alto	164	13.3
Medio bajo	157	12.8
Obrero	249	20.3
Marginal	171	13.9
Rural	405	33
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Ocupación</i>		
Estudiante	310	25.2
Trabajador	559	45.5
Ama de casa	286	23.3
Desempleado	55	4.5
Jubilado	10	.8
Otro	4	.3
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Departamento</i>		
Ahuachapán	66	5.4
Santa Ana	109	8.9
Sonsonate	86	7
La Libertad	128	10.4

Cuadro 1 (continuación)

Chalatenango	42	3.4
San Salvador	369	30
Cabañas	36	2.9
Cuscatlán	42	3.4
San Vicente	32	2.6
La Paz	57	4.6
Usulután	72	5.9
San Miguel	90	7.3
Morazán	41	3.3
La Unión	59	4.8
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Zona del país</i>		
Central	136	21.2
Metropolitana	403	11.1
Paracentral	167	32.8
Oriental	262	13.6
Occidental	261	21.3
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Religión</i>		
Catól. practicante	459	21.6
Cat. no practicante	244	37.3
Evangélica	232	19.9
Otra	24	18.9
Ninguna	266	2
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>
<i>Nivel de estudios</i>		
Primaria	346	28.2
Plan básico	245	19.9
Bachillerato	289	23.5
Técnico	26	2.1
Superior	220	17.9
Ninguno	103	8.4
<i>Total</i>	<i>1 229</i>	<i>100.0</i>

2.2. Conocimientos sobre SIDA y ETS

De acuerdo con la opinión de los expertos (OPS-OMS, 1990), los conocimientos sobre el tema son necesarios para que la persona tome conciencia de las razones por las que debe adoptar una determinada conducta. Los conocimientos explorados, en el presente estudio, corresponden tanto a aquellos conocimientos básicos sobre el tema SIDA/ETS (prueba de conocimientos), como a aspectos que reflejan la conciencia de la existencia y valoración del SIDA y las ETS por parte de la población.

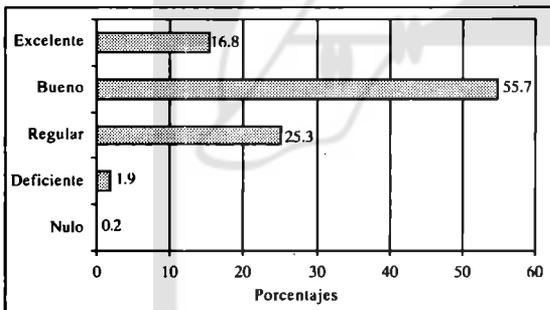
La prueba de conocimientos sobre SIDA y ETS abordó aspectos básicos especialmente relevantes para la prevención, que el equipo investigador delimitó como objeto de medición (las principales características, formas de transmisión y prevención del SIDA; y las principales características, consecuencias y prevención de las ETS). Se elaboró una escala de nivel de conocimientos con base únicamente en los conocimientos básicos sobre el tema, en tanto que constituyen datos factuales; mientras que la información sobre aspectos referentes a la conciencia de la existencia y valoración

ción del SIDA/ETS, se evaluó fuera de dicha escala, a fin de obtener mayor claridad en los resultados.

En promedio, del total de preguntas sobre conocimientos sobre SIDA/ETS se obtuvo un 67.8 por ciento de respuestas correctas (puntaje medio). Al obtener un puntaje medio para cada una de las dos áreas por separado, se obtuvo un puntaje medio más alto en el área de conocimientos sobre SIDA (70.2 por ciento), en relación con el puntaje en el área de conocimientos sobre las ETS (61.9 por ciento).

Se establecieron categorías o niveles de conocimientos sobre SIDA/ETS utilizando la siguiente escala: 0-20 por ciento = "nulo", 21-40 por ciento = "deficiente", 41-60 por ciento = "regular", 61-80 por ciento = "bueno" y 81-100 por ciento = "excelente". Dicha categorización mostró que más de la mitad de las personas entrevistadas (55.7 por ciento) poseen un nivel "bueno" de conocimientos sobre SIDA/ETS, 16.8 por ciento posee un nivel "excelente" y sólo el 2.1 por ciento de los participantes posee un nivel de conocimientos "deficiente" o "nulo" acerca de SIDA/ETS (Gráfica 1).

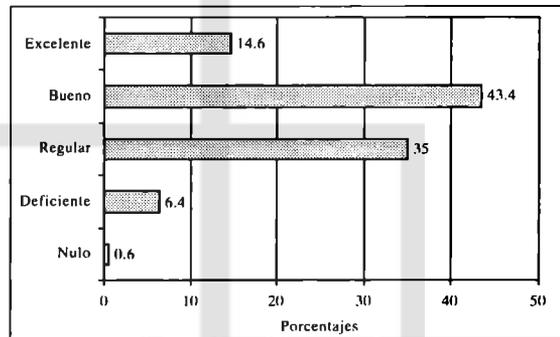
Gráfica 1
Distribución del nivel de conocimientos sobre SIDA/ETS en la muestra de la población salvadoreña entre 13 y 55 años



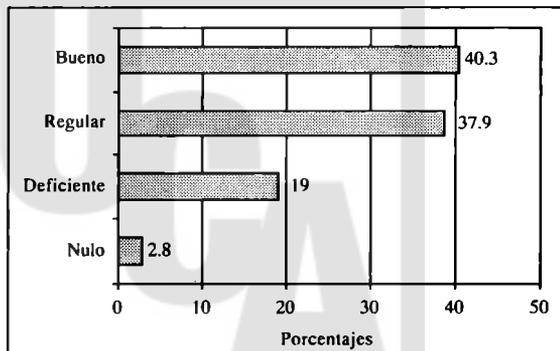
Al analizar por separado la distribución en niveles, según el puntaje en la prueba de conocimientos en las áreas de SIDA y ETS, se encontró —al evaluar conocimientos sobre SIDA— un 14.6 por ciento de personas en el nivel de "excelente", 43.4 por ciento en el nivel "bueno", 35 por ciento en el nivel "regular" y el resto en niveles inferior-

res. Por su parte, la proporción de personas en los niveles "nulo" o "deficiente" fue mayor en el caso de conocimientos sobre las ETS (21.8 por ciento) (Gráficas 2 y 3). Lo anterior sugiere que el impacto de la información y la educación sobre dichas enfermedades, ha sido menor en comparación con el de aquellas referentes al VIH/SIDA, en los últimos años.

Gráfica 2
Distribución del nivel de conocimientos sobre SIDA en la muestra de la población salvadoreña entre 13 y 55 años



Gráfica 3
Distribución del nivel de conocimientos sobre ETS en la muestra de la población salvadoreña entre 13 y 55 años



De acuerdo con la opinión de expertos (OPS-OMS, 1990), si una persona responde correctamente la pregunta referente a la posibilidad de contagio con el VIH durante el período de incubación, se considera que ésta posee un nivel medio

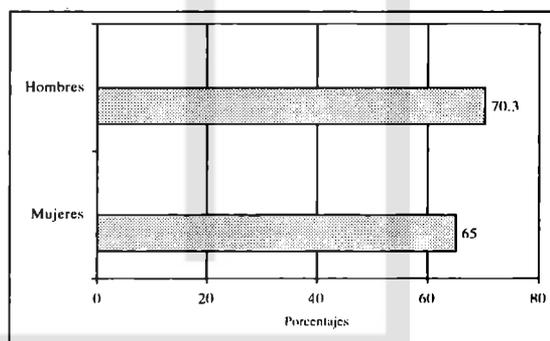
de conocimientos; si además responde apropiadamente una pregunta acerca del nombre o la abreviatura del virus del SIDA, posee un nivel alto de conocimientos; y si no responde apropiadamente a ninguna de las dos, se considera que tiene un nivel bajo de conocimientos sobre SIDA. Si tomamos dos preguntas equivalentes en contenido a las dos anteriores y aplicamos el mismo análisis a los resultados del presente estudio, encontramos un 62.2 por ciento de las personas en la muestra que respondieron correctamente la primera de las preguntas (lo que sugeriría un nivel medio de conocimientos); un 31.8 por ciento de personas que respondieron satisfactoriamente ambas preguntas, lo que las ubicaría en un nivel alto de conocimientos; y sólo un 4.7 por ciento que no respondió satisfactoriamente a ninguna de las dos preguntas, lo que las ubicaría en un nivel bajo de conocimientos sobre SIDA. Lo anterior nos permite concluir que el nivel de conocimientos sobre SIDA en la muestra, si bien no es alto en la mayoría de las personas, tampoco es bajo. En el caso de las ETS, el nivel de conocimientos sobre los aspectos evaluados resultó más bajo que en el área del SIDA. Es importante puntualizar que sólo el 46.2 por ciento de los participantes conoce que la hepatitis puede transmitirse sexualmente. Esto implica que la mayoría de las personas entrevistadas desconoce sobre la transmisión sexual de algunas de las hepatitis virales y, por ende, desconocerá también sobre la magnitud del problema que la hepatitis viral representa.

A fin de obtener más detalles, se realizaron comparaciones en los puntajes medios obtenidos en la prueba de conocimientos sobre SIDA/ETS entre las distintas categorías de las variables antecedentes (sexo, estado civil, grupo de edad, zona, departamento, estrato socioeconómico, ocupación, religión y nivel de estudios) utilizando la prueba t para muestras independientes (en el caso de la variable sexo) o ANOVA (para el resto de variables antecedentes, por tener más de dos categorías) y realizando comparaciones múltiples, mediante el método de Tukey para indagar cuáles combinaciones de dos categorías o grupos difieren significativamente entre sí.

En síntesis, los resultados obtenidos a partir de las pruebas realizadas mostraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel medio de

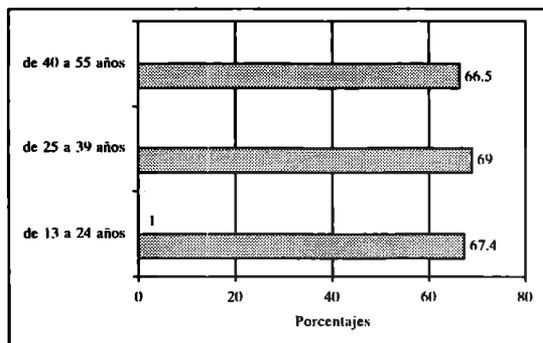
conocimientos entre al menos dos de las categorías de todas las variables antecedentes (aquellas con valores extremos y, en algunos casos, entre varias de las categorías de dichas variables) al nivel de alpha del 5 por ciento. Ello sugiere que la probabilidad de obtener los resultados obtenidos en la prueba aplicada a la muestra si en la realidad dichas diferencias en puntajes no existiesen en la población es pequeña (del 5 por ciento o menor); es decir, que la hipótesis nula (la cual plantea que la diferencia media en puntaje existente entre las diferentes categorías es igual a cero) es rechazada. Por tanto, se concluye, en cada caso, que dichas diferencias en el puntaje obtenido en la prueba son estadísticamente significativas. A continuación se describen los principales resultados obtenidos.

Gráfica 4
Puntaje medio en prueba de conocimientos sobre SIDA/ETS, según género

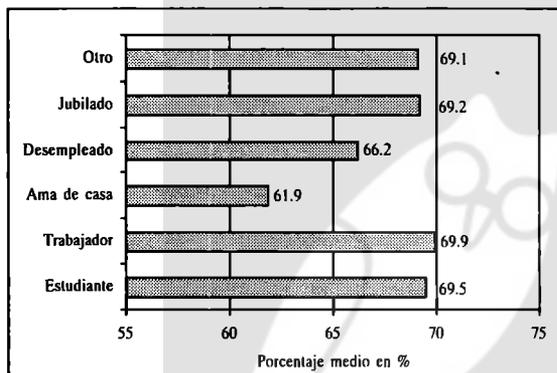


Al comparar los puntajes medios obtenidos en la prueba de conocimientos sobre SIDA/ETS entre *hombres y mujeres* se obtuvo una diferencia media en puntaje de 4.9 por ciento a favor de los hombres (puntaje medio de 70.3 por ciento), en relación con las mujeres (puntaje medio de 65.4 por ciento) (Gráfica 4). Cuando comparamos los puntajes medios obtenidos en la prueba de conocimientos sobre SIDA/ETS entre las distintas categorías del resto de variables antecedentes (grupo de edad, ocupación, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de estudios, zona, departamento y religión), se encontró lo siguiente (Gráficas del 5 al 12).

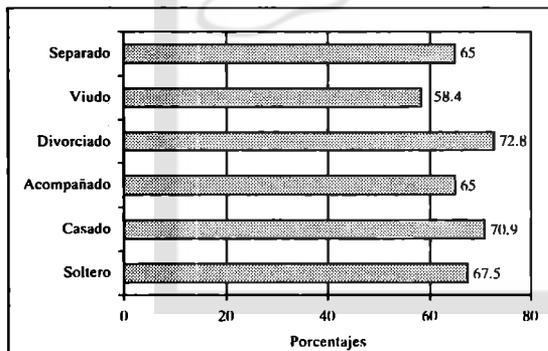
Gráfica 5
Puntaje medio en prueba de conocimientos
sobre SIDA/ETS, según grupo etario



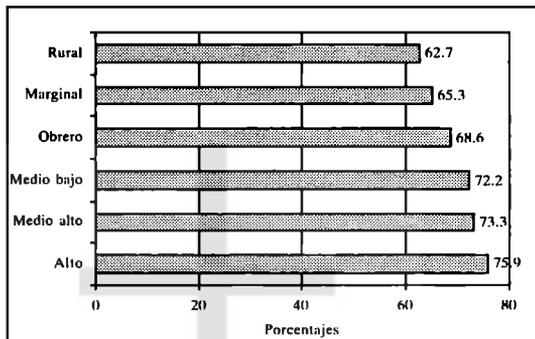
Gráfica 6
Puntaje medio en prueba de conocimientos
sobre SIDA/ETS, según ocupación



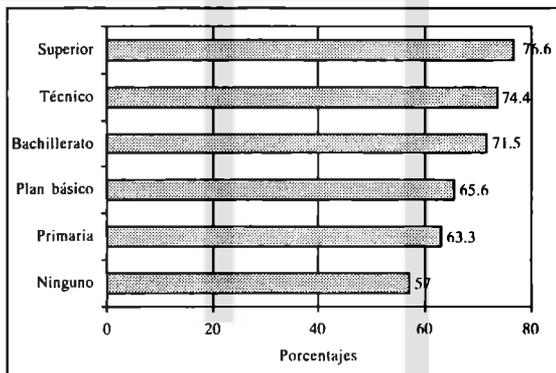
Gráfica 7
Puntaje medio en prueba de conocimiento
sobre SIDA/ETS, según estado civil



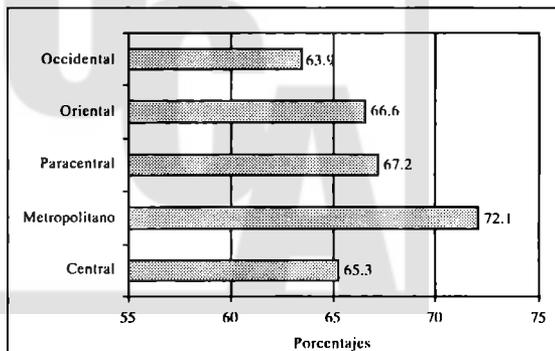
Gráfica 8
Puntaje medio en prueba de conocimiento
sobre SIDA/ETS, según estrato socioeconómico



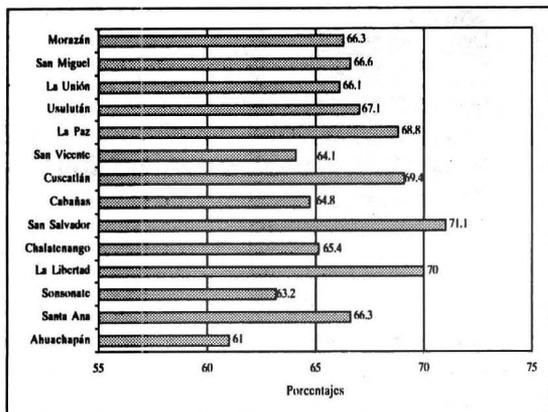
Gráfica 9
Puntaje medio en prueba de conocimiento
sobre SIDA/ETS, según nivel de estudios



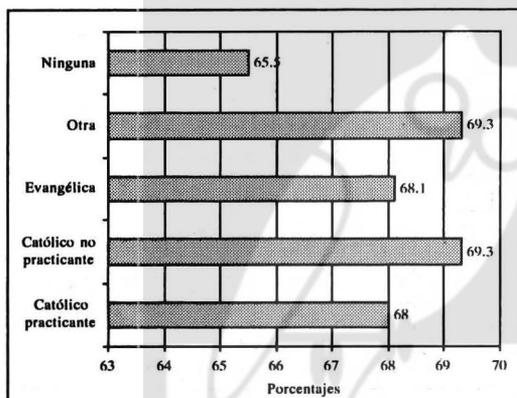
Gráfica 10
Puntaje medio en prueba de conocimiento
sobre SIDA/ETS, según zona del país



Gráfica 11
Puntaje medio en prueba de conocimiento sobre SIDA/ETS, según departamento



Gráfica 12
Puntaje medio en prueba de conocimiento sobre SIDA/ETS, según religión



En cuanto a la *edad* de los participantes, se obtuvieron, en promedio, porcentajes más altos en el grupo de 25 a 39 años (69 por ciento) y el más bajo en el grupo de 40 a 55 años (66.5 por ciento), lo que indica que los jóvenes, en general, conocen más sobre SIDA/ETS que las personas de mayor edad.

Al revisar la relación entre la *ocupación* del participante con el puntaje obtenido en la prueba, se encontró que el puntaje medio más alto se observó en el rubro de los trabajadores (69.9 por ciento) y el menor, en las amas de casa (61.9 por ciento).

En relación con el *estado civil*, el puntaje medio más alto se observó en el sector de los divorciados (72.8 por ciento), seguido por el de los casados (70.9 por ciento); en tanto que el más bajo se detectó en los viudos (58.4 por ciento).

En cuanto al *estrato socioeconómico* de los participantes, el puntaje medio más alto correspondió al estrato alto (75.9 por ciento), seguido por el medio alto (73.3 por ciento); mientras que el puntaje medio más bajo correspondió al estrato rural (62.7 por ciento).

Al comparar los puntajes medios entre personas de diferentes *niveles de estudio*, se encontraron los puntajes medios más altos entre los participantes que cuentan con un nivel de educación superior (76.6 por ciento); mientras que el promedio más bajo se detectó entre aquellos que no tenían ningún grado de educación formal (57 por ciento).

En relación con la *zona* del país donde reside el participante, el puntaje más alto se encontró en la zona metropolitana (72.1 por ciento), seguido de la zona paracentral (67.2 por ciento); mientras que el más bajo se observó en la zona occidental (63.9 por ciento).

En cuanto al *departamento* en donde residía el participante, el puntaje medio más alto se encontró en el departamento de San Salvador (71.1 por ciento), seguido por La Libertad (70 por ciento), en tanto que los más bajos se localizaron en Ahuachapán (61 por ciento) y Sonsonate (63.2 por ciento).

Al comparar los puntajes medios entre diferentes grupos de *religión*, se encontró el puntaje medio más alto entre los católicos no practicantes (69.3 por ciento) y el más bajo entre las personas que no practican ninguna religión (65.5 por ciento).

Al analizar por separado los resultados obtenidos en áreas específicas del conocimiento sobre SIDA/ETS, el área de conocimiento mejor conocida por los participantes es aquella que trata sobre las características del SIDA (mediana²: 83.3 por ciento), y la menos conocida es el área que trata sobre las características y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual y prevención de SIDA/ETS (medianas: 66.7 y 60 por ciento, respectivamente) (Cuadro 2).

2. Dada la forma asimétrica (sesgada) de las distribuciones, la mediana y los cuartiles constituyen medidas de resumen más apropiadas que la media.

Cuadro 2
Medianas, cuartiles 1 y 3, mínimo y máximo de puntajes en prueba de conocimientos en áreas específicas sobre SIDA y ETS

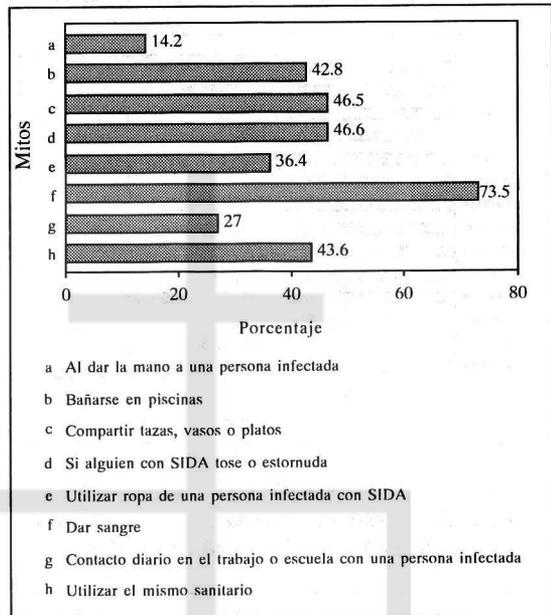
Área	Mínimo	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Máximo
Características del SIDA	0	83.3	83.3	100	100
Transmisión del SIDA	0	52.9	70.5	88.0	100
Características y consecuencias de las ETS	0	55.5	66.7	77.8	100
Prevención SIDA/ETS	0	60.0	60.0	80.0	100

2.3. Información errónea o mitos en relación con el SIDA y las ETS

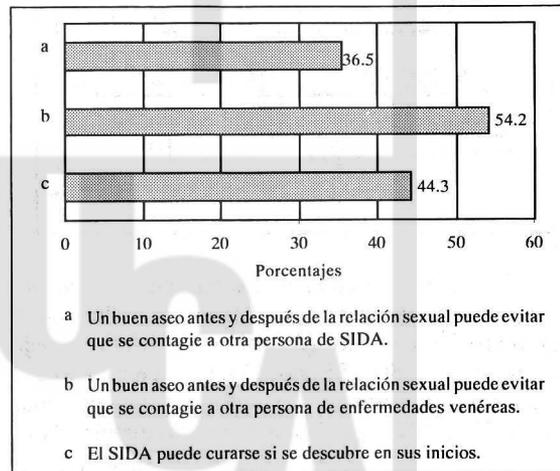
Existe información errónea en relación con el SIDA y las ETS, que merece mucha atención. Una proporción importante de la población (44.5 por ciento) considera que el SIDA puede curarse si se descubre a tiempo. Por otra parte, muchas personas consideran que un buen aseo antes y después de la relación sexual puede evitar que una persona se contagie de SIDA (36.5 por ciento). Un 54.2 por ciento considera que dicho aseo puede evitar a las personas el contagiarse de ETS. Esto podría crear falsas expectativas en cuanto a la prevención y a la cura.

Por otra parte, existe desinformación en relación con las formas en que el SIDA no se transmite. Muchas personas manifestaron —durante la entrevista— que el SIDA se transmite al dar la mano a una persona infectada (14.2 por ciento), al utilizar el mismo sanitario que una persona infectada (43.6 por ciento), a través del contacto diario en el trabajo o la escuela con una persona infectada con SIDA (27.0 por ciento), al utilizar la ropa de una persona infectada (36.4 por ciento), al dar sangre (73.5 por ciento), si alguien con SIDA tose o estornuda (46.6 por ciento), o al bañarse en piscinas (42.8 por ciento). Esto podría llevar a actitudes de rechazo o distanciamiento hacia las personas que padecen la enfermedad o a temores injustificados (Gráficas 13 y 14).

Gráfica 13
Mitos en torno a la transmisión del SIDA



Gráfica 14
Algunas creencias erróneas en relación con el SIDA y las ETS



2.4. Preocupación y valoración otorgada al SIDA y a las ETS como problema

La gran mayoría de las personas reconoce al SIDA como una de las enfermedades más peligro-

sas que hay actualmente. No obstante, las opiniones están divididas en cuanto a si la enfermedad es vista con la preocupación que merece³ (47 por ciento), o si ésta no es poco frecuente en el país (57 por ciento). *La valoración otorgada al SIDA*, en general, aumenta a medida que aumenta el nivel educativo y el estrato socioeconómico de las personas entrevistadas. Así, el 66.3 por ciento de las personas de estrato alto y el 76.4 por ciento de las personas con educación superior, opinaron que el problema del SIDA no es visto con la preocupación que merece (con suficiente preocupación), contra sólo un 26.4 por ciento de las personas de estrato rural y un 14.6 por ciento de las personas sin ninguna educación formal, que opinaron lo mismo.

En general, las personas del género masculino, de la zona metropolitana y de niveles educativos y estratos socioeconómicos altos, son quienes consideran en mayores proporciones que el SIDA no es poco frecuente en el país. Inversamente, las personas del género femenino, las personas de las zonas oriental y central del país, de los estratos marginal y rural, así como de bajo nivel educativo coinciden en considerar a la enfermedad como poco frecuente en el país.

Una situación similar ocurre cuando nos referimos a las ETS: proporcionalmente, los hombres otorgan mayor valoración que las mujeres hacia las ETS, y los niveles educativos y estratos socioeconómicos altos, en general, lo hacen más que los bajos. Al comparar las diferentes ocupaciones, las amas de casa consideran, en mayor proporción, que las ETS son poco frecuentes en el país. No obstante, la mayoría de las personas entrevistadas considera que éstas últimas son frecuentes en el país. Dicha proporción es mayor que la proporción que opina que el SIDA es frecuente.

2.5. Actitudes y creencias sobre el SIDA y las ETS

Siendo las creencias, actitudes, en lo sucesivo, en este apartado hemos prescindido del término, en el entendido de que dicho componente de las actitudes está especialmente presente en su contenido.

Se realizaron pruebas de Chi-cuadrada para explorar las relaciones existentes entre las variables antecedentes conocidas por los participantes y ciertas actitudes expresadas hacia diferentes aspectos

3. Con suficiente preocupación.

que se abordaron en la entrevista. A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en relación con las actitudes exploradas. Para obtener una mejor visión sobre las actitudes en estudio, éstas fueron agrupadas en seis categorías como sigue.

2.5.1. Actitudes ante las relaciones de pareja

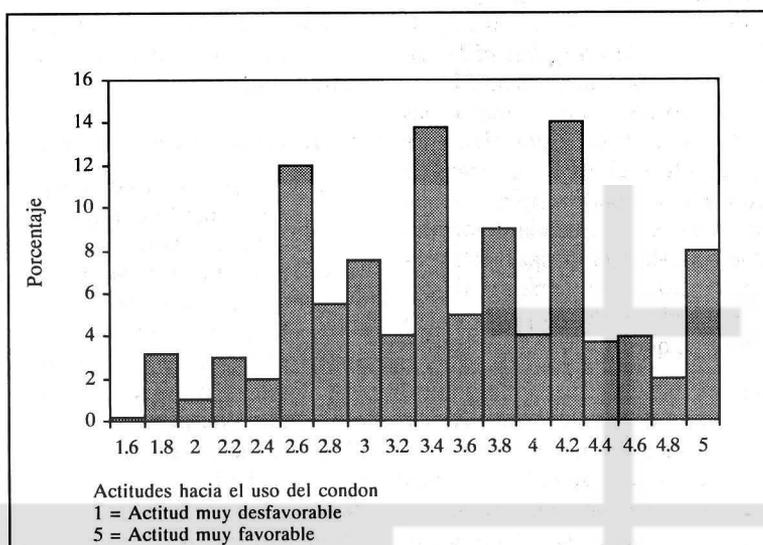
El 73.4 por ciento de los participantes manifestó estar de acuerdo con que el hombre debe evitar las relaciones sexuales prematrimoniales. Cuando se trata de que sea la mujer quien las evite, el porcentaje de participantes, de acuerdo con la aseveración, subió a un 84.3 por ciento. De forma similar, EL 21.7 por ciento de las personas entrevistadas estuvo de acuerdo con la aseveración de que el hombre, por su naturaleza, debe tener relaciones sexuales con varias mujeres (21.7 por ciento). Estos hallazgos son consistentes, en el sentido de que existen diferencias en la valoración de las conductas, que depende de si éstas involucran a uno u otro género.

Las personas entrevistadas, en general, muestran actitudes positivas hacia tener una sola pareja sexual. Así, por ejemplo, la mayoría de ellos manifestó que es incorrecto tener varias personas con las cuales se mantengan relaciones sexuales (83.1 por ciento). Asimismo, la gran mayoría (90.1 por ciento) manifestó estar de acuerdo con la aseveración de que toda relación sexual debe llevarse a cabo únicamente con aquella persona con la cual nos hemos acompañado o casado. Por otra parte, el 78.8 por ciento de los participantes opinó que, en la pareja, ambos deben llevar la iniciativa en la relación sexual, aunque el 19.3 por ciento opinó que el hombre y sólo el 1.9 por ciento opinó que la mujer.

2.5.2. Actitudes ante el uso del condón

Las actitudes hacia el uso del condón van desde muy favorables hasta muy desfavorables (Gráfica 15). El 32.2 por ciento de las personas entrevistadas opina que sólo las personas con SIDA o ETS deberían usar preservativo, mientras el 43 por ciento refirió que le desagradaría usar el condón en las relaciones sexuales. La mayoría de los participantes (95.5 por ciento) afirmó que un hombre que mantiene relaciones sexuales con trabajadoras del sexo debe usar condón siempre.

Gráfica 15
Actitudes hacia el uso del condón



Al indagar sobre el uso del condón, enfocado en las relaciones de pareja, el 64 por ciento de los participantes estuvieron de acuerdo con la aseveración "su pareja debe resignarse a no usar condones si Ud. así lo decide". El 68.8 por ciento de las mujeres estuvieron de acuerdo con dicha aseveración, contra un 59.1 en el caso de los hombres. De la misma manera, las mujeres están de acuerdo, en una proporción aún mayor que la de los hombres (mujeres, 59.1 por ciento; hombres, 55.2 por ciento) en que la mujer debe resignarse a no usar condón si su pareja así lo decide.

En forma similar, el 39.5 por ciento de los participantes refirió estar de acuerdo con la aseveración "se disgustaría si su pareja permanente le pidiese que use condón en las relaciones sexuales", siendo las amas de casa quienes estuvieron de acuerdo en un porcentaje mayor (43.5 por ciento). Lo anterior refleja actitudes más negativas hacia el uso del condón por parte de las mujeres, independientemente de si fuese ella o su pareja quien tuviese el control.

La mayoría de las mujeres y hombres niegan la efectividad del condón para prevenir el SIDA. Es

de hacer notar el hecho de que son las mujeres quienes, en mayor proporción que los hombres, niegan la efectividad del condón (60.1 por ciento de las mujeres lo considera efectivo⁴, contra un 69.8 por ciento de hombres que lo considera efectivo). Por otra parte, la proporción de personas que se disgustaría si su pareja le pidiese que usara condón disminuye a 35.3 por ciento, si lo pidiese el compañero fuera del hogar. Estas actitudes de negación al uso del condón en situaciones 'de confianza' podrían resultar en un incremento del riesgo de infección.

2.5.3. Actitudes hacia el SIDA y las ETS

En general, *las actitudes hacia las personas con SIDA* son positivas o favorables, y son un tanto menos favorables cuando se trata de saludarlas con un abrazo (63.3 por ciento refirieron que lo harían), y más favorables si se trata de visitar a una persona enferma (74.4 por ciento) o de cuidar de su mejor amigo si tuviera SIDA (81.9 por ciento).

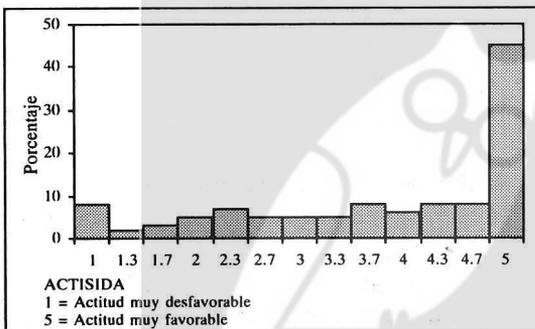
Las actitudes hacia las personas con ETS fueron menos positivas. Así, por ejemplo, el 63 por

4. El término fue empleado en el cuestionario para referirse a la prevención de la transmisión del SIDA y las ETS —es decir, que el método "no falla"—, aun cuando el término "eficacia" sea más apropiado.

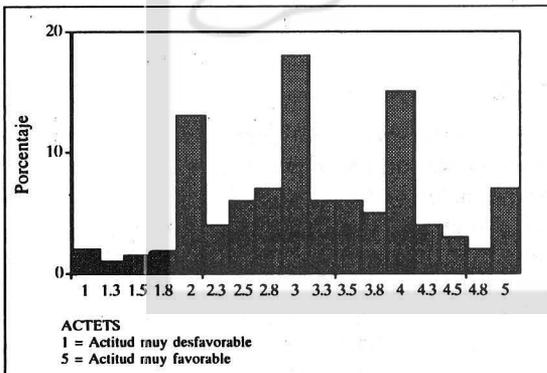
ciento de los participantes estuvo de acuerdo con la aseveración de que dichas enfermedades son un justo castigo para las personas promiscuas, mientras que el 69.3 por ciento considera que el gobierno no debería emplear más recursos en atender a las personas con ETS.

Las Gráficas 16 y 17 muestran la distribución de la muestra, en escalas Likert, de las actitudes hacia personas con SIDA y ETS, respectivamente, en donde los puntajes cercanos a 1 corresponden a actitudes negativas o desfavorables, y los cercanos a 5 corresponden a actitudes favorables. Dichas escalas fueron construidas a partir de aseveraciones al respecto del objeto estudiado. Nótese que las actitudes hacia las personas con SIDA resultaron, en general, favorables; no así las actitudes hacia las personas con ETS, donde hay mayor divergencia en las actitudes.

Gráfica 16
Actitudes hacia personas con SIDA



Gráfica 17
Actitudes hacia personas con ETS

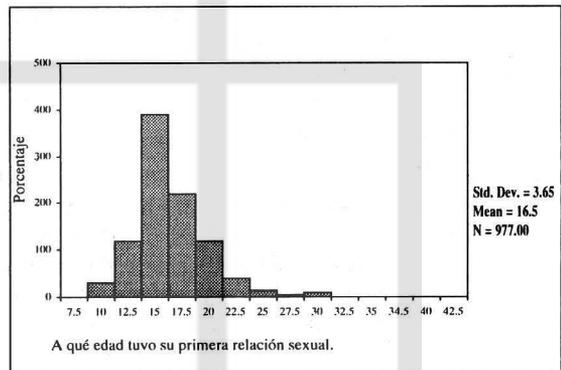


2.6. Prácticas sexuales

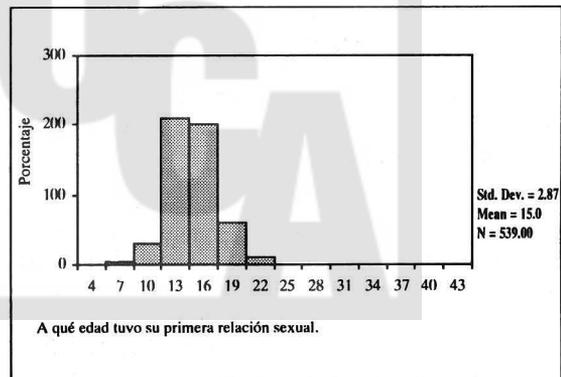
Los datos absolutos y en porcentajes que se presentan en este apartado, corresponden a las personas que ya iniciaron relaciones sexuales (977) y no al total de personas entrevistadas (1 229).

La edad media en que los participantes iniciaron sus relaciones sexuales (79.6 por ciento del total de participantes) fue de 16.5 años, siendo, en promedio, más baja en los hombres (15 años) y más alta en las mujeres (18.4 años) (Gráficas 18 al 20).

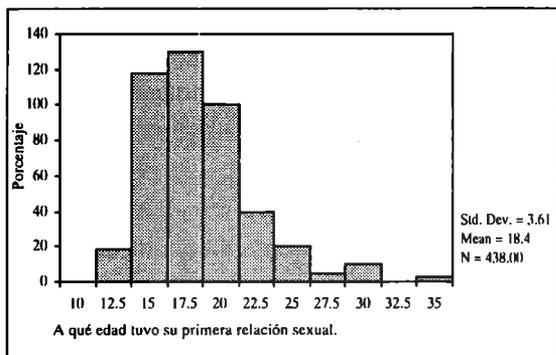
Gráfica 18
Edad a la que tuvo su primera relación sexual



Gráfica 19
Edad a la que tuvo su primera relación sexual (sexo masculino)



Gráfica 20
Edad a la que tuvo su primera relación sexual
(sexo femenino)



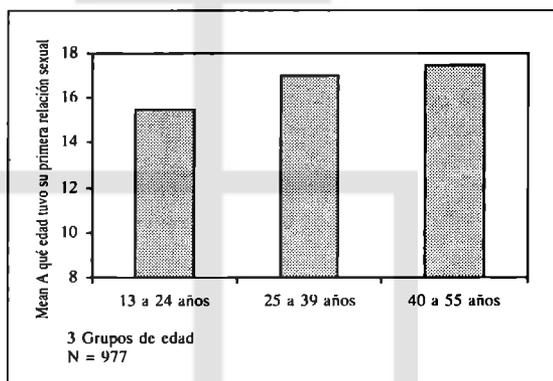
El 46.6 por ciento de los hombres y el 8.2 por ciento de las mujeres iniciaron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años. Al cumplir los 18 años de edad, las proporciones de hombres y mujeres que ya comenzaron sus relaciones sexuales aumentó a un 85.2 y 44.3 por ciento, respectivamente.

Si consideramos los 3 grupos de edad: de 13 a 24 años, de 25 a 39 años, y de 40 a 55 años, y comparamos la edad media de inicio de relaciones sexuales entre estos tres grupos, encontramos que la edad media más baja de inicio es a los 15.5 años de edad, en el grupo de 13 a 24 años, y la edad media más alta es a los 17.2 años, en el grupo de mayor edad (Gráfica 21). Esto podría sugerir un cambio en el patrón de conducta sexual, en el que se está acortando la edad de inicio de estas relaciones en los últimos años. Además, al correlacionar ambas variables numéricas (edad de inicio de las relaciones sexuales y edad actual) se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.5, con un valor $p = 0.00$, lo que sugiere que hay una correlación moderada estadísticamente significativa entre dichas variables. Ello confirmaría que a menor edad actual, menor es la edad a la cual se comenzó a tener relaciones sexuales.

Es importante señalar que el 7.2 por ciento de las personas que ya iniciaron relaciones sexuales tuvo su primera relación con una trabajadora del sexo. Todos los participantes que refirieron haberlo hecho son del género masculino, lo que constituye el 11.6 por ciento de los hombres encuestados. Nuevamente, si comparamos los tres grupos de edad encontramos que el 7.9 por ciento de los hombres, en el grupo de 13 a 24 años, ini-

ció relaciones sexuales con una trabajadora del sexo, práctica que fue reportada por un 12.4 por ciento de los hombres entre 25 y 39 años, y por un 18.8 por ciento de los del grupo de 40 a 55 años. Esto podría sugerir la disminución de dicha práctica "de iniciación" en los últimos años; aunque ello no implica necesariamente que la práctica de la prostitución haya disminuido.

Gráfica 21
Edad promedio a la que tuvo su primera
relación sexual según su edad actual



2.6.1. Relaciones contra su voluntad

El 8.3 por ciento de los participantes refirió haber mantenido relaciones contra su voluntad. Dicha situación, además de las implicaciones para la salud mental de las personas, constituye una agresión a su integridad física y puede constituir un factor de riesgo importante para la transmisión de SIDA/ETS. En este rubro encontramos el 9.3 por ciento de las mujeres y el 7.3 por ciento de los hombres.

2.6.2. Parejas sexuales

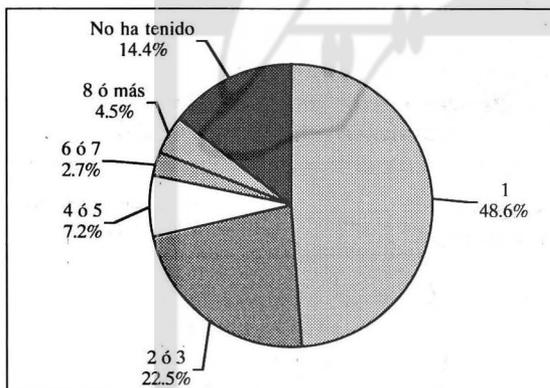
Se indagó sobre el género de la(s) persona(s) con quien(es) el participante ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 5 años. Los hallazgos refieren un 95.1 por ciento de personas que refirieron haber tenido relaciones sólo con personas del género opuesto, un 2.1 por ciento que refirió no haber tenido pareja en los últimos 5 años, un 0.2 por ciento que ha tenido relaciones con personas del mismo género y un 0.2 por ciento de personas que han tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres por igual. El 2.3 por ciento restante no

respondió a la pregunta. Ahora bien, entre quienes ya iniciaron relaciones sexuales, el 66.7 por ciento tiene una pareja fija actualmente. Entre las mujeres, el 74 por ciento informó tener una pareja fija, mientras que en el caso de los hombres, sólo el 61 por ciento.

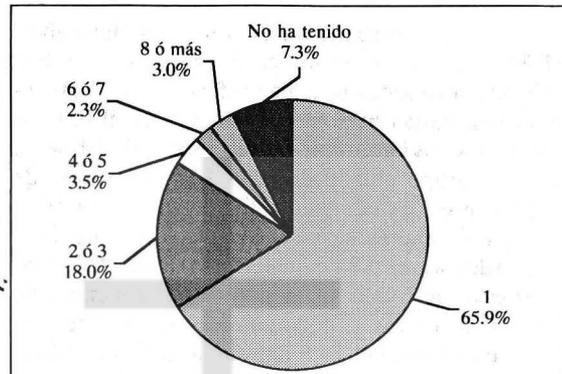
El 12.7 por ciento de quienes ya iniciaron actividad sexual no han tenido pareja sexual en el último año; el 59.9 por ciento de ellos ha tenido una sola pareja y el resto (27.4 por ciento) manifestó haber tenido dos parejas o más. De hecho, el 10 por ciento del total ha tenido más de cuatro parejas en el último año. Esto constituye un factor de riesgo para la transmisión de SIDA/ETS, especialmente si a esto se le agrega la falta de medidas de protección, como el uso del condón en forma consistente. El 45.3 por ciento de los hombres y el 5.5 por ciento de las mujeres han tenido más de una pareja sexual, en el último año.

Al comparar los tres grupos de edades, observamos mayor número de parejas sexuales a menores edades. Así, la proporción de personas entre los 13 y 24 años que ha tenido más de una pareja sexual es de 36.9 por ciento. Dicha proporción disminuye al 15.3 por ciento entre el grupo de 40 a 55 años (Gráficas 22 a 24).

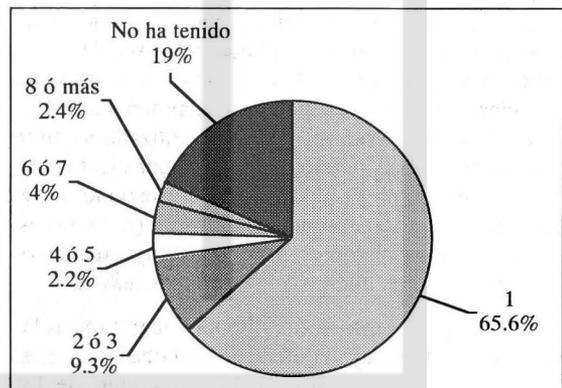
Gráfica 22
Número de parejas sexuales entre los participantes de 13 a 24 años de edad



Gráfica 23
Número de parejas sexuales entre los participantes de 25 a 39 años de edad



Gráfica 24
Número de parejas sexuales entre los participantes de 40 a 55 años de edad



En cuanto a otras variables, el mayor porcentaje de personas que ha tenido más de una pareja sexual en el último año se encuentra entre los desempleados (60.9 por ciento) y los estudiantes (35.4 por ciento). En cuanto al estado civil, la mayor proporción de personas con más de un compañero sexual, en el último año, se encuentra entre los solteros (45.3 por ciento). En relación con la religión, la mayor proporción corresponde al grupo que no pertenece a ninguna (37.2 por ciento), seguido por los católicos no practicantes (34.2 por

ciento). En cuanto al nivel de estudio, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo que posee bachillerato (35.5 por ciento).

En el mismo sentido, en los últimos cinco años, el 36.9 por ciento de los participantes que ya han iniciado relaciones sexuales refirieron haberlas tenido con varias personas, mientras que el 8.9 por ciento las tuvieron con trabajadoras(es) del sexo. En este grupo se encuentra el 15.7 por ciento de los hombres sexualmente activos y el 0.5 por ciento de las mujeres sexualmente activas entrevistadas. Además, el 9.8 por ciento manifestó haber tenido estas actividades con personas totalmente desconocidas, en los últimos cinco años. En este grupo se encuentran el 16.8 por ciento de los hombres y el 1.1 por ciento de las mujeres, que ya han iniciado actividad sexual. En tanto que el 2.6 por ciento las mantuvo con personas que se inyectan drogas.

Por su parte, el uso del condón no ha sido adoptado por personas que tienen prácticas sexuales de riesgo. De las 147 personas que han mantenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo, desconocidos o drogadictos en los últimos cinco años (15 por ciento de los participantes sexualmente activos), sólo el 41 por ciento refirió haber utilizado siempre el condón en esas ocasiones, el 24.5 por ciento refirió que nunca, el 19.7 por ciento no respondió y el resto lo ha usado en algunas ocasiones (raras veces, a veces o casi siempre). Esto constituye un factor más de riesgo en cuanto a la conducta sexual.

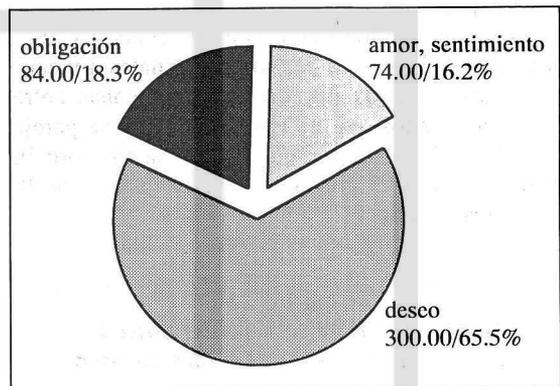
El 21 por ciento refirió haber mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. Entre ellos se encuentra el 32 por ciento de los hombres y el 6.9 por ciento de las mujeres sexualmente activas entrevistadas. El 51.5 por ciento del grupo refirió no haber usado preservativo en esas ocasiones y sólo el 22.5 por ciento refirió haberlo usado en todas esas ocasiones. El 90 por ciento de las mujeres manifestó no haberlo usado en ninguna de tales ocasiones, contra un 44.8 por ciento de los hombres.

2.6.3. Razones para tener relaciones sexuales

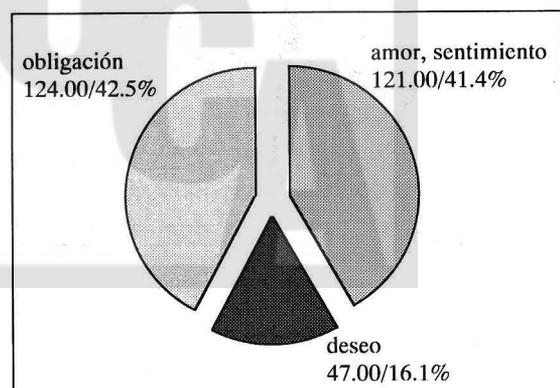
El 25.3 por ciento de los participantes refirió mantener relaciones sexuales principalmente por amor o pasión; el 38.1 por ciento por naturaleza o deseo; el 17.5 por ciento porque está casado y el 4.6 por ciento por complacer a la pareja. Las motivaciones para mantener relaciones sexuales difieren al comparar ambos géneros. En general, los

hombres manifestaron razones más hedonistas (por naturaleza o deseo 65.5 por ciento), en comparación con las mujeres (por naturaleza o deseo, 16 por ciento) (Gráficas 25 y 26). El 41.1 por ciento de las mujeres, por su parte, expresaron que el amor o la pasión fue su principal motivación para mantener relaciones sexuales; el 42.2 por ciento expresó como razones el hecho de estar casada o querer complacer a su pareja. Esto refleja la interiorización que las personas hacen de las características culturalmente aceptadas como deseables o aceptables de la persona, según su género, así como la posición de sometimiento que tiene la mujer en nuestra sociedad y su negación al goce de la sexualidad.

Gráfica 25
Principal razón por la cual los hombres mantienen relaciones sexuales



Gráfica 26
Principal razón por la cual las mujeres mantienen relaciones sexuales



2.6.4. Uso del condón

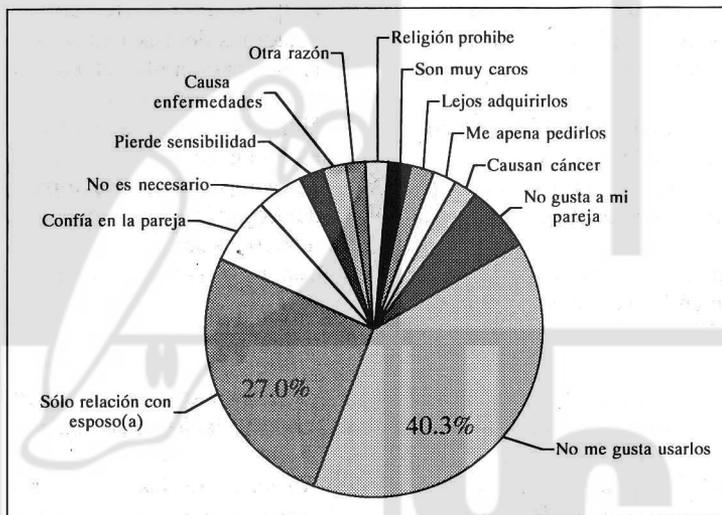
En general, el uso del condón en las relaciones con una pareja fija es muy bajo, mientras que cuando se hace con varias parejas es un poco mayor. No obstante, el uso consistente (siempre) del mismo es bajo.

De las personas entrevistadas que manifestaron tener una pareja fija, sólo el 4.6 por ciento refirió usar siempre el condón durante sus relaciones sexuales, mientras que el 67.9 por ciento expresó que nunca lo usaba. El resto refirió diversas frecuencias de uso inconsistente (no siempre). Sin embargo, cuando se tienen relaciones con otras parejas (no con su pareja fija), el 33.1 por ciento de los participantes manifestaron que lo usaban siempre, el 32 por ciento expresó que nunca lo usaba, el 6 por

ciento no respondió y el resto refirió diversas frecuencias de uso en forma inconsistente.

El uso consistente del condón durante las relaciones con parejas no fijas se observa más entre personas del género masculino (38.4 por ciento) que en el femenino (4.5 por ciento). La proporción de personas que lo usan consistentemente se incrementa a medida que aumenta el nivel educativo de las personas, y es mayor en el grupo de 13 a 24 años en relación con el resto. Las razones principales que citan quienes no usan condón ($n=588$)⁵ fueron: “no me gusta usarlo” (40.3 por ciento) y “sólo se relaciona con su esposo(a)” (27.0 por ciento). Otras razones fueron el hecho de que se pierde sensibilidad, la vergüenza para pedirlos, la falta de acceso económico y geográfico a ellos, la creencia de que causa enfermedades —entre ellas cáncer— y razones religiosas (Gráfica 27).

Gráfica 27
Principal razón para no usar el condón



Se utilizaron modelos de regresión logística multivariable⁶, a fin de determinar cuáles factores, entre los estudiados, contribuyen a determinar la

falta de uso del condón, tanto con la pareja fija (entre las personas que tienen una pareja fija, $n = 654$) como con otras parejas (entre los participan-

- Entre las personas sexualmente activas entrevistadas se excluyó al 6.9 por ciento, porque no respondió a la pregunta, y al 10.4 por ciento, que manifestó usar otro método (refiriéndose a métodos de planificación familiar), ya que en esta investigación nos enfocamos en el uso del condón a fin de prevenir el SIDA y otras ETS.
- Una vez creado el modelo, pueden predecirse, a partir de la ecuación de regresión generada, las probabilidades de ocurrencia del evento en estudio (en este caso, el no uso del condón), a partir de las variables incluidas en el modelo.

tes que tienen otras parejas —no fijas o casuales— (n = 406). Así, para cada grupo se construyó un modelo de regresión en el que la variable dependiente es el uso del condón. Dado que las preguntas incluidas en el cuestionario indagaban sobre la frecuencia de uso del condón, las opciones de respuesta —“siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca” y “nunca”— se recodificaron a fin de obtener una variable dicotómica (“nunca” = “no”,

y el resto = “sí”)⁷. De manera que la variable dependiente en cada una de las dos situaciones (con pareja fija y con otras parejas) se refiere al uso del condón y no a su uso consistente. En cada caso se construyeron diferentes modelos, incluyendo diversas variables independientes, observando que algunas de las variables importantes coincidían en ambos modelos. Las variables incluidas en el modelo para cada grupo se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3
Variables incluidas en los 2 modelos de regresión logística multivariable

Uso del condón con su pareja fija o permanente	Uso del condón con otras parejas (casuales)
<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Género. • Nivel de estudios. • Haber recibido orientación sobre el uso del condón. • Haber mantenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo en los últimos 5 años. • Haber mantenido relaciones bajo el efecto de alcohol o drogas. • Número de parejas sexuales en el último año. • Zona del país donde reside. • Se disgustaría si su pareja permanente le pidiese que usara condón en las relaciones sexuales. • Su esposa(o) o compañera(o) se disgusta si Ud. le pide usar condón en las relaciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Género. • Nivel de estudios. • Haber recibido orientación sobre el uso del condón. • Haber mantenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo en los últimos 5 años. • Haber mantenido relaciones bajo el efecto de alcohol o drogas. • Número de parejas sexuales en el último año. • Estado civil. • Se disgustaría si su compañero(a) sexual fuera del hogar le sugiriese que usara condón en las relaciones sexuales. • Tener pareja fija actualmente.

De acuerdo con los resultados, las variables independientes que más información aportan sobre las probabilidades de *uso del condón*⁸ con la *pareja fija* son: edad, nivel de estudios, zona del país, “se disgusta si su pareja permanente le pidiese que usara condón en las relaciones” y “su esposa(o) o

compañera(o) se disgusta si Ud. le pide usar condón en las relaciones sexuales”.

Por su parte, las variables independientes que más información aportan sobre las probabilidades de *uso del condón con otras parejas* son: edad,

7. La agrupación se hizo en esa forma, dado el bajo número de personas que hacen uso del condón en forma consistente.

8. En el modelo de Regresión Logística se construye una función Z, la cual permite estimar las probabilidades de pertenecer a cada uno de los dos grupos de la variable dependiente y, en función de las mismas, predecir el grupo al que pertenece cada persona (usa o no usa el condón). De manera que para construir dicha función, se ha seleccionado al grupo de variables independientes que aporta más información sobre las probabilidades de pertenecer a cualquiera de los dos grupos de valores establecidos por la variable dependiente. El lector interesado puede consultar Ferrán A., M. SPSS para Windows, *Programación y Análisis Estadístico*, Mc Graw Hill de Informática, México, 1996.

género, nivel de estudios, "ha recibido orientación sobre el uso del condón" y "se disgustaría si su compañero(a) sexual fuera del hogar le sugiriese que usara condón en las relaciones sexuales"⁹. Es decir, que dichas variables contribuyen mejor a determinar la falta de uso del condón.

Para tener una mejor idea de la relación existente entre las características o variables incluidas en los modelos de regresión, creados para el uso del condón durante las relaciones sexuales¹⁰, a continuación se presentan los resultados de la comparación de la frecuencia en el uso del condón entre las diferentes categorías de dichas variables, mismas que expresaron tanto los participantes que tenían una pareja fija, como los que tenían varias.

En cuanto al uso del condón *con la pareja fija*, los hombres manifestaron usarlo con mayor frecuencia que las mujeres; en tanto que los jóvenes lo usaron con más frecuencia que las personas de mayor edad. La frecuencia de uso del condón aumentó a medida que se incrementó el nivel de estudio de los participantes. Por su parte, los que radicaban en la zona metropolitana manifestaron una mayor frecuencia en cuanto a su uso, en comparación con el resto de las zonas del país. Además, dicha frecuencia fue mayor entre las personas que habían recibido alguna orientación sobre el uso del mismo, en comparación con quienes no la habían recibido, y entre las personas que habían tenido estas relaciones con trabajadoras(es) del sexo o bajo el efecto de alcohol o drogas. La frecuencia de uso del condón con la pareja fija también fue mayor entre quienes habían tenido un mayor número de parejas en el último año. Asimismo, las personas que refirieron que se disgustarían si su pareja permanente le pidiese que usara condón durante las relaciones sexuales informaron menor frecuencia en el uso del condón, que las personas que manifestaron que no se disgustarían.

En forma similar, al explorar la relación entre las características o variables incluidas en el modelo de regresión respectivo y el uso del condón durante las relaciones sexuales *con otras parejas*,

los hombres mostraron una mayor frecuencia en su uso que las mujeres; los jóvenes más que las personas de mayor edad; y más las personas con un nivel educativo alto que quienes poseían un nivel bajo. Además, la frecuencia de uso del condón fue mayor entre los solteros en comparación con el resto de participantes. Asimismo, las personas que recibieron alguna orientación sobre su uso expresaron una frecuencia mayor en su uso, en comparación con aquellos que no la habían tenido. La frecuencia de uso del condón fue también mayor entre las personas que habían tenido relaciones con trabajadoras(es) del sexo o bajo el efecto de alcohol o drogas, así como entre aquellas personas que habían tenido un mayor número de parejas en el último año.

Del mismo modo, las personas que refirieron que se disgustarían si su pareja sexual fuera del hogar le pidiese que usara condón durante las relaciones sexuales, manifestaron una menor frecuencia en el uso del condón. Contrario a lo esperado, las personas que refirieron tener una pareja fija manifestaron en mayor proporción que no usan condón con su pareja fuera del hogar, durante las relaciones sexuales, en comparación con aquellas que manifestaron no tener una pareja fija, quienes, en una proporción ligeramente mayor, expresaron que sí lo usan durante las relaciones sexuales con su pareja no fija. Esto último sugiere que las personas promiscuas que tienen una pareja fija, podrían ponerla en riesgo de contraer SIDA o ETS.

A fin de evaluar la efectividad del modelo en la clasificación de las personas, se seleccionó aleatoriamente al 90 por ciento de la muestra (en cada una de las dos situaciones) y se estimó la función Z para poder evaluar su utilidad en las personas no seleccionadas. Luego se realizó el procedimiento estadístico sobre el total de la muestra. El porcentaje de casos correctamente clasificados en el caso del uso del condón con la pareja fija, entre los casos seleccionados, fue del 73.0 por ciento, y para los no seleccionados fue de 75.8 por ciento. (Antes de considerar la información de las variables dependientes, los porcenta-

9. Tanto los valores p asociados a los estadísticos Ji cuadrado, como los asociados a los estadísticos de mejora, resultaron estadísticamente significativos al nivel de 0.05. Las mejoras obtenidas se traducen en un aumento de los porcentajes de personas correctamente clasificadas al ir introduciendo la información de las distintas variables.

10. Tanto para el uso del condón con la pareja fija, como con otras parejas, se tomó la información de las respectivas preguntas sobre frecuencia de uso del condón, en donde las respuestas están en una escala de cinco posibles frecuencias que van desde "nunca" hasta "siempre".

jes respectivos fueron de 66.7 y 69.7 por ciento, respectivamente.) Por su parte, el porcentaje de casos correctamente clasificados en el caso del uso del condón con otras parejas, entre los casos seleccionados, fue del 76.6 por ciento, y para los no seleccionados fue de 79.3 por ciento. (Antes de considerar la información de las variables independientes, los porcentajes respectivos fueron de 65.7 y 62.1 por ciento, respectivamente).

Como puede observarse, el incremento en el porcentaje de casos correctamente clasificados es mayor con el segundo modelo, realizado en relación con el uso del condón con otras parejas.

2.7. Información sobre SIDA/ETS y sobre el uso del condón

Los medios¹¹ que más se mencionaron y a través de los cuales los participantes recibieron información sobre el SIDA, en los últimos dos meses, fueron la televisión (27.2 por ciento), las charlas educativas (25.7 por ciento) y los periódicos o boletines (10.9 por ciento). El 17.7 por ciento de los participantes refirieron no haber recibido información al respecto en los dos últimos meses. En el área rural, las charlas educativas (25.4 por ciento) fueron citadas con una frecuencia ligeramente mayor que la televisión (22 por ciento).

La información recibida sobre el SIDA es considerada útil por el 89 por ciento de los participantes. No obstante, el 23 por ciento considera que ésta se entiende poco, el 25 por ciento la percibe un poco amenazante y el 32.6 por ciento la percibe muy amenazante.

La información recibida acerca del uso del condón es mayor entre las personas que residen en la zona metropolitana, quienes pertenecen al estrato medio alto o alto, quienes pertenecen al género masculino, aquellos que pertenecen al grupo etario de entre los 13 a 24 años, los que poseen nivel educativo superior o bachillerato, quienes profesan la religión evangélica o católica practicante, y los que tienen el estado civil de soltero y divorciado. Por otra parte, la desinformación sobre el uso del condón es mayor entre las personas que residen en las zonas paracentral y central del país, quienes pertenecen al estrato marginal o rural, los que per-

tencen al género femenino, aquellos que pertenecen al grupo etario de entre los 40 y 55 años, los que no poseen ningún nivel de estudio, quienes son viudos y aquellos que no pertenecen a ningún grupo religioso.

Por otra parte, el 53 por ciento de la muestra refirió tener conocimiento de algún centro que proporciona información sobre SIDA/ETS, siendo esta proporción más alta entre las personas del área metropolitana y entre los estratos y niveles educativos altos. El restante 47 por ciento de la muestra refirió no conocer ningún centro que proporcione dicha información. La distribución por variables antecedentes fue muy similar a la aseveración anterior sobre haber recibido información sobre el uso del condón.

2.8. Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales

2.8.1. Actitudes hacia el uso del condón en relación con los conocimientos al respecto

El 95.5 por ciento de los participantes conoce que una posible forma de contagio con el SIDA es mediante relaciones sexuales sin el uso del condón, pero la efectividad del condón para prevenir la infección del SIDA no es reconocida por toda la población, ya que existe un 29.6 por ciento que considera que éste no es efectivo.

Además, entre las personas que saben que el SIDA se transmite por relaciones sexuales, el 30 por ciento considera que sólo las personas con SIDA o con ETS deberían usar condón. Esto sugiere que a las personas con ETS/SIDA se les percibe como "responsables" de la enfermedad y al resto, como "inocentes", y consideran que no es justo que tengan que tomar la prevención en sus manos. Esto podría traer como consecuencia la negación del uso del condón por quienes se perciben a sí mismos como "sanos". Además, el 43 por ciento refiere que le desagradaría usar condones durante las relaciones sexuales; el 32.5 por ciento está en desacuerdo con el hecho de que las relaciones sexuales puedan disfrutarse utilizando un condón; y el 37.7 por ciento refirió que le desagradaría interrumpir los juegos sexuales para colocarse un condón.

11. Se pidió al entrevistado que mencionase el medio más importante.

De forma similar, entre las personas que consideran que el condón puede ser una protección efectiva contra el SIDA, el 32 por ciento considera que sólo las personas con SIDA o con ETS deberían usar preservativo; el 43.2 por ciento refiere que le desagradaría usar condones durante las relaciones sexuales; el 29.3 por ciento está en desacuerdo con el hecho de que las relaciones sexuales pueden disfrutarse utilizando un condón; y el 38.5 por ciento refirió que le desagradaría interrumpir los juegos sexuales para colocarse un condón. Aun cuando se ha observado cierta correspondencia entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tema, lo anterior denota que las actitudes hacia la prevención del SIDA y las ETS son un tanto menos favorables que los conocimientos sobre la misma.

Por otra parte, cuando se plantea la situación de que un hombre sostenga relaciones sexuales con trabajadoras del sexo, el 97 por ciento de los participantes considera que se debe usar condón siempre. Pero esto no sucede en la práctica.

2.8.2. Uso del condón en relación con los conocimientos que se tienen sobre el mismo

Entre las personas que tienen pareja fija, que además saben que el SIDA se transmite por relaciones sexuales sin el uso del condón y consideran que el condón puede ser una protección efectiva contra el SIDA, el 4.4 por ciento refirió usarlo siempre contra el 66.5 por ciento que expresó que no lo usa nunca.

Por otra parte, entre quienes tienen otras parejas sexuales (independientemente de que tengan o no pareja fija), el 35.9 por ciento usa el condón siempre, mientras que el 33.8 por ciento no lo usa nunca. Estos porcentajes no difieren mucho de aquellos obtenidos por el total de personas que mantienen relaciones sexuales con otras personas (independientemente de sus conocimientos sobre el condón), entre quienes el 33.1 por ciento refirieron usar el condón siempre y 32.4 por ciento que manifestó no usarlo nunca. En síntesis, a pesar de que muchas personas poseen el conocimiento sobre la utilidad del condón, su utilización en la práctica es baja.

3. Conclusiones

Los tratamientos con antirretrovirales reducen la morbimortalidad debida al SIDA (Steinbrook, 1998). Gracias a la terapia antirretroviral, la infec-

ción por el VIH podría ser vista, en la actualidad, como una enfermedad crónica manejable (Gallant, 2000). No obstante y lamentablemente, sólo algunos pocos de los infectados, los más ricos, tienen acceso económico a estos tratamientos, de modo que el curso y las consecuencias de la enfermedad son diferentes para ricos y pobres. Según Kraus (1999), mientras que para los ricos el SIDA constituye actualmente una enfermedad crónica, para los pobres es devastadora. La magnitud del problema es, entonces, enorme, ya que, además, los más desposeídos—quienes constituyen la mayoría de la población— son quienes poseen el mayor riesgo de infectarse (Decosas, 2000).

El costo directo para el cuidado de los pacientes con SIDA, atendidos en los primeros dos meses de 1996, fue de aproximadamente \$20 000 por paciente por año (Bozzette, *et al.*, 1998). Este alto costo hace que tales tratamientos no sean accesibles para muchos. Las consideraciones económicas continúan teniendo prioridad en el pensamiento cotidiano a la hora de asignar recursos para este problema de salud. De acuerdo con el Banco Mundial, el deseo por destinar recursos hacia la atención integral de los pacientes con SIDA, está lejos de ser una prioridad, especialmente en los países subdesarrollados (WB, 2000).

Dada esta situación, los esfuerzos en torno a la prevención del SIDA y de otras ETS deben maximizarse, favoreciendo el desarrollo de conductas sexuales seguras. Al ahondar sobre los conocimientos sobre el tema, las actitudes, creencias y prácticas de la población salvadoreña como determinantes del comportamiento de estas enfermedades, se obtienen elementos que servirán de base para contribuir a su control a través de la prevención de conductas de riesgo.

Sin embargo, debemos esforzarnos para lograr que los tratamientos antirretrovirales estén disponibles para las mayorías desposeídas afectadas. Particularmente en el caso de las enfermedades que tienen como reservorio exclusivo al humano, el tratamiento del afectado se vuelve una forma de prevenir, al menos, el desarrollo de las peores consecuencias de las mismas (Selva, 1989, 1990) y, ante tal conocimiento, es poco ético mantener tratamientos de efectividad suficiente como para cambiar a una enfermedad de un estatus de invariablemente mortal a un estatus de enfermedad crónica manejable alejados de la porción de la población que constituye la mayor parte de la población afectada.

Entre los hallazgos de nuestro estudio se encontró que el *nivel de conocimientos sobre SIDA/ETS* no resultó bajo entre la mayoría de los participantes, siendo dicho nivel deficiente sólo en una pequeña proporción. El nivel medio medido resultó más alto en el área de SIDA en relación con el área de las ETS. Las áreas en que se encontró mayor deficiencia fueron las que exploraban sobre la prevención de SIDA/ETS y las características y consecuencias de las ETS.

Al relacionar las características sociodemográficas estudiadas con el nivel de conocimientos sobre SIDA/ETS, se encontró que los hombres conocen más sobre SIDA/ETS que las mujeres; los jóvenes, más que las personas de mayor edad; y las personas de los estratos socioeconómicos y niveles educativos altos, más que aquellas de los estratos y niveles bajos —las personas del área rural poseen el nivel más bajo de conocimientos sobre el tema, comparado con los otros estratos—. Al comparar las diferentes ocupaciones, se encontró al grupo de los trabajadores con un nivel medio de conocimientos más alto que el resto de ocupaciones, siendo las amas de casa quienes poseen el nivel medio de conocimientos más bajo. En forma similar, las personas residentes en la zona metropolitana poseen un nivel medio de conocimientos más alto, en comparación con las que residen en el resto de las zonas del país, siendo la zona occidental la que reflejó los niveles más bajos. Puede observarse que los grupos con niveles bajos de conocimientos sobre SIDA/ETS son, en general, aquellos menos favorecidos social y económicamente, los cuales han sido señalados a nivel mundial como poseedores de un mayor riesgo de infección por estas enfermedades (Decosas, 2000).

A pesar de que el nivel de conocimientos sobre SIDA/ETS, medido en el presente estudio, en general, no resultó bajo entre la mayoría de la población, prevalecen ciertos mitos, especialmente en relación con la transmisión y prevención del SIDA y de las ETS, que deben ser eliminados, en tanto que podrían contribuir a prácticas sexuales riesgosas y a actitudes y conductas negativas, las cuales, además de no contribuir a la prevención de las enfermedades, tienden al aislamiento social de las personas infectadas o que padecen de la enfermedad —esto último especialmente en el caso del VIH/SIDA—.

Por otra parte, vemos que las deficiencias en conocimientos y la falta de información son más marcadas entre los grupos más desposeídos, los cuales ya han sido señalados, a nivel global, como los poseedores del mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA —a saber, en América Latina y el Caribe, la epidemia del VIH/SIDA se propaga entre las personas de los sectores más empobrecidos, menos instruidos y entre las mujeres (UCSF, 1999)—. Así, por ejemplo, la información recibida sobre el uso del condón es mayor entre personas que residen en la zona metropolitana de San Salvador, pertenecen al estrato socioeconómico medio alto o alto, son del género masculino, pertenecen al grupo etario de entre los 13 a 24 años (los participantes más jóvenes), y poseen un nivel de educación superior o bachillerato. Inversamente, el grado de desinformación es mayor entre personas de las zonas paracentral y central del país, entre aquellas que pertenecen al estrato marginal o rural, son del género femenino, pertenecen al grupo etario de entre los 30 y 45 años (grupo de mayor edad) y no poseen ningún nivel de educación formal.

Las deficiencias en los conocimientos sobre SIDA/ETS coinciden, en alguna medida, con poseer actitudes que no favorecen la prevención de dichas enfermedades. No obstante, las prácticas sexuales de riesgo —que constituyen el aspecto primordial en el control de estas enfermedades— no necesariamente coinciden con actitudes negativas o con la falta de conocimientos. Es decir, las personas con niveles altos de conocimiento sobre SIDA/ETS y actitudes primordialmente positivas hacia la prevención, no necesariamente realizan prácticas sexuales “seguras”. Por otra parte, las prácticas sexuales riesgosas son relativamente frecuentes entre la población sexualmente activa.

Por otra parte, la valoración otorgada al SIDA y a las ETS como problemas —considerando, por ejemplo, en el caso del SIDA, que la enfermedad es frecuente en el país, que es una de las enfermedades más peligrosas existentes y que no es vista con la preocupación que merece¹²— es mayor entre las personas del género masculino, de la zona metropolitana y entre aquellas pertenecientes a los niveles educativos y estratos socioeconómicos altos, e inversamente es menor entre las personas del género femenino, de las zonas oriental y cen-

12. Lo cual, en este caso, sugiere que merece una mayor preocupación de la que recibe.

tral del país, y de bajos niveles educativo y socioeconómico.

Además, es importante tener en cuenta que existen patrones culturales que, sin lugar a duda, aumentan la vulnerabilidad de grandes sectores de la población —o de toda ella— para convertirla en blanco del VIH/SIDA y de las ETS, a través de prácticas sexuales de riesgo. En este estudio se indagó primordialmente sobre *el patrón cultural de la inequidad genérica o "machismo"*, que sitúa tanto al hombre como a la mujer en mayor riesgo, ya que limita la capacidad de negociación de la mujer, la coloca en una posición de pasividad ante la toma de decisiones y acciones, avala la promiscuidad masculina e induce a ambos —hombre y mujer— al descuido de las medidas de protección.

Tanto los hombres como las mujeres que han estudiado valoran las conductas sexuales en forma diferente, dependiendo de si éstas involucran a uno o al otro género, otorgando mayores libertades a los hombres en su conducta en el hogar y fuera de él. Además del derecho a la promiscuidad, muchas mujeres otorgaron la libertad de usar o no el condón a sus parejas del género masculino. Consecuentemente, aun cuando las mujeres, como grupo, no sean promiscuas, constituyen un grupo de alto riesgo, dada su posición de desventaja. Además de ello, existe entre ellas un mayor rechazo hacia el uso del condón.

Asimismo, las razones dadas para mantener relaciones sexuales son más hedonistas entre los hombres (por deseo) que entre las mujeres (por amor, por obligación porque está casada o acompañada) y deja al descubierto, una vez más, la posición de sometimiento de la mujer, así como la interiorización que ambos hacen de las conductas que "se espera de ellos y ellas", dado el género al que pertenecen.

El hecho de que las relaciones sexuales sean consideradas por la mujer como una obligación, negándose a buscar y aceptar el goce sexual, en

tanto que, según su criterio y el de muchos otros, dichas relaciones sexuales son aceptables sólo para poder tener hijos, puede hacer que la mujer se resista a buscar información sobre el SIDA. Además, de acuerdo con Vásquez (1997), la manera en cómo la mujer concibe el amor implica dependencia de su pareja y de que ésta tome decisiones por ella, lo cual impide a la mujer el poder negociar la prevención o el uso del condón (Vásquez, 1997).

Nuestros hallazgos son consistentes también con los que han informado otros estudios. Por ejemplo, en un estudio cualitativo, realizado entre amas de casa del gran San Salvador, se identificó a los roles del género como factor importante en la

habilidad para negociar sexo protegido. Los hombres gozan de una mayor permisibilidad para tener otras parejas (hombres y mujeres), mientras que las madres solteras son más vulnerables al sexo inseguro (Bautista, *et al.*, 1999). En el mismo sentido, Paternostro (1999) encontró que, en Latinoamérica, las mujeres casadas corren un mayor riesgo que las trabajadoras del sexo de contraer el SIDA, muy probable-

mente debido a la subordinación de la mujer hacia el hombre, que hace que ésta renuncie a las medidas de prevención de estas enfermedades (Paternostro, 1999).

El condón es poco aceptado entre la población. Su uso es muy bajo con la pareja fija y mayor con otras parejas. No obstante, el uso consistente del mismo es bajo. Las principales razones para no utilizarlo han sido que a ellos o a su pareja no les gusta usarlos y el hecho de tener una sola pareja sexual y confiar en ella. Otras razones fueron que se pierde sensibilidad, la vergüenza para obtenerlos, la falta de acceso económico y geográfico a ellos, la creencia de que causa enfermedades —entre ellas cáncer— y razones religiosas.

Por su parte, *la efectividad del condón* para prevenir la infección con el VIH no es reconocida por una proporción importante de la población

Según Kraus (1999),
mientras que para los ricos el SIDA
constituye actualmente una enfermedad
crónica, para los pobres es devastadora.
La magnitud del problema es, entonces,
enorme, ya que, además, los más
desposeídos —quienes constituyen
la mayoría de la población—
son quienes poseen el mayor
riesgo de infectarse (Decosas, 2000).

(29.6 por ciento). Además, en muchos casos en que se reconoce su efectividad, no se pone en práctica su uso: el 65 por ciento de los participantes que consideran al condón una protección efectiva no lo usan nunca.

Por otra parte, *las actitudes hacia las personas con SIDA*, en general, son favorables. En cambio, aquellas en relación con las personas que sufren de enfermedades de transmisión sexual están más divididas: van desde muy favorables hasta muy desfavorables.

En torno a las prácticas sexuales indagadas, es importante tener en mente que la edad media de inicio de relaciones sexuales en la población es temprana: 15 años en hombres y 18.4 años en mujeres. Este hallazgo es consistente con otros. Por ejemplo, en un estudio realizado por FUNDASIDA (1997), entre estudiantes de tercer ciclo de educación básica, realizado en dos departamentos del país, se encontró que el 36.3 por ciento de ellos ya había iniciado relaciones sexuales y lo había hecho entre los 10 y 15 años. En los estudios de Zelmít (OPS-OMS, 1990), en mujeres adolescentes estadounidenses, en 1980, la edad media de inicio de relaciones sexuales fue de 16 años. Ello implica que el riesgo de la transmisión sexual del VIH y de las ETS —y el de embarazos precoces— amenaza a nuestra población a muy temprana edad. Ello sería compatible con los datos que reportan proporciones importantes de infecciones por VIH que ocurren en adolescentes y jóvenes.

Las principales prácticas sexuales reportadas que sitúan a la población salvadoreña en riesgo para la propagación del SIDA y las ETS son: el haber tenido varias parejas sexuales (en este caso se indagó el último año y los últimos 5 años), el tener parejas sexuales casuales, el tener relaciones con trabajadoras(es) del sexo o personas que se inyectan drogas, el tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, y el no hacer uso del condón en forma consistente (“siempre”) durante las relaciones sexuales, en tales situaciones de riesgo.

Muchas personas mantienen relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas (21 por ciento de los participantes sexualmente activos lo han hecho). Aunque la frecuencia de uso del condón informada en tales ocasiones es relativamente alta, es importante investigar más a fondo esta situación, ya que el uso de alcohol se ha relacionado —“beber varios tragos”— con problemas al usar el

condón (Madrigal, 1998). Por otro lado, aun cuando algunas de las mujeres que comentaron haber tenido relaciones con trabajadores del sexo, desconocidos, personas que se inyectan drogas o estando ellas bajo el efecto de alcohol o drogas, muy pocas manifestaron usar el condón en tales ocasiones. Aunado a ello, las mujeres muestran mayor resistencia que los hombres a su uso con sus parejas y tienden a dejar tal decisión en manos de sus compañeros.

Más de la tercera parte de los participantes que han iniciado relaciones sexuales han tenido más de una pareja sexual en los últimos 5 años (36.9 por ciento). Es importante señalar que la mayoría de personas que expresaron haber tenido más de una pareja sexual, en el último año, son del género masculino (45.3 por ciento de los hombres y el 5.5 por ciento de las mujeres han tenido más de una pareja sexual en el último año) y personas jóvenes, de 13 a 24 años de edad.

Constituyen prácticas sexuales especialmente riesgosas el hecho de que el 14.6 por ciento de los participantes sexualmente activos han mantenido relaciones con trabajadoras del sexo, desconocidos o drogadictos, en los últimos cinco años. Al explorar tales conductas de riesgo entre hombres y mujeres, en forma separada, encontramos que tales conductas fueron comentadas primordialmente por los hombres (25 por ciento de ellos respondieron afirmativamente a alguna de las tres preguntas, en contraste con el 1.8 por ciento de las mujeres). Sólo el 41 por ciento del grupo total ha usado siempre el condón, en esas ocasiones.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, el uso del condón con la pareja fija está fuertemente relacionado con el género, el nivel educativo, la edad, la orientación recibida sobre su uso, el haber o no mantenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo en los últimos cinco años, el haber o no mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, el número de parejas sexuales en el último año, la zona del país donde reside y el hecho de que la persona o su pareja se disguste ante la petición de su compañero(a) de usar el condón, durante las relaciones sexuales.

Por otra parte, el uso del condón con parejas casuales parece estar primordialmente determinado por el género, el nivel educativo, la edad, la orientación recibida sobre su uso, el haber o no

mantenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo en los últimos cinco años, el haber o no mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, el número de parejas sexuales en el último año, el estado civil, el hecho de disgustarse o no si su pareja fuera del hogar le pide que use condón durante las relaciones sexuales y el tener pareja fija actualmente¹³. Obviamente, el fenómeno es mucho más complejo y al abordarlo debe examinarse todo el contexto individual y social.

Por último, los principales medios por los que tradicionalmente los participantes han recibido información sobre SIDA han sido: la televisión, las charlas educativas y los periódicos. A pesar de que la mayoría de los participantes consideró que la información difundida es útil, muchos la encontraron poco entendible y amenazante (25 por ciento la percibió un poco amenazante y el 32.6 por ciento la percibió muy amenazante).

Tradicionalmente, la labor de prevención de SIDA/ETS se ha considerado una cuestión de voluntad, en tanto que involucra factores conductuales. Pero ésta no se limita a la voluntad de cada individuo de protegerse. Tanto el VIH/SIDA como las ETS se desarrollan en una estructura peculiar que los hace mantenerse y propagarse. No vemos cómo la infección de un feto o de una persona sometida o no informada pueda ser cuestión de voluntad.

De manera, pues, que las condiciones de vida de las sociedades constituyen un componente necesario que determina la presencia y propagación del VIH/SIDA (y de las ETS). Al igual que en el resto del mundo, se ha descrito que en América Latina y el Caribe, la epidemia del VIH/SIDA se propaga entre las personas de los sectores más empobrecidos, menos instruidos y entre las mujeres (UCSF, 1999). Justamente éstos son los grupos poblacionales que hemos encontrado como poseedores de los niveles más bajos de conocimientos y actitudes menos favorables hacia la prevención.

Sydenham (1999) sostenía que una epidemia pone al descubierto la manera en que está organizada socialmente una sociedad. Por su parte, Platts (1999) sostiene, además, que en el caso del SIDA se trata de un conjunto de epidemias según las di-

ferentes maneras de organización, y que las relaciones de poder, los tipos de estructura social, las desigualdades económicas favorecen a que algunos tipos de enfermedades se desarrollen (Platts, 1999).

Estas opiniones son altamente coincidentes con el planteamiento de que las enfermedades y otras dolencias son procesos sicionaturales (Selva, 1989, 1990) y refuerza la noción de que la causa del SIDA (al igual que la de cualquier otro proceso de salud/enfermedad) no debe verse reducida al elemento infeccioso que contribuye a la enfermedad ni tampoco deben verse las condiciones de vida como factores agregados o asociados, sino, más bien, como componentes necesarios que, al existir, todos ellos ejercen una influencia mutua que los hace igualmente necesarios e insuficientes por sí mismos (Selva, 1999a).

Por otra parte, es obligación del Estado proveer salud a sus habitantes. No obstante, de acuerdo con el Banco Mundial (2000), los encargados de la formulación de la política han mostrado poca disposición a intervenir, dado que los gobiernos afrontan la pugna de diferentes sectores por los recursos públicos escasos, en tanto que el hecho de que la enfermedad se propague por contacto sexual y por el uso de drogas endovenosas los hace concluir que ésta no constituye una prioridad pública (WB, 2000).

No obstante y a pesar de que la epidemia del SIDA continúa, la intensidad de los esfuerzos contra el SIDA, en los países en desarrollo en relación con sus necesidades, ha disminuido dentro del contexto del "desarrollo económico global" (Amuchástegui, 2000). Ello repercutiría en la limitación de los recursos asignados a su control.

4. Recomendaciones

Considerando, por un lado, el carácter mortal del SIDA, su curso devastador o crónico y el rápido aumento del número de casos y, por el otro, la alta incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), las cuales fueron identificadas por el Banco Mundial, en 1993, como la segunda causa de morbimortalidad en mujeres en edad reproductiva (Ayra y Hart, 2000), ambas entidades

13. Los resultados fueron obtenidos al crear modelos de regresión logística multivariable, a partir de las respuestas de los participantes sexualmente activos.

deben ser dignas de una consideración especial. A pesar de que el problema del VIH/SIDA y las ETS ha sido abordado y discutido en muchas instancias, aún no se proporciona a las poblaciones las condiciones necesarias para su adecuado control. Y, definitivamente, las poblaciones deben ser apoyadas con los recursos que les permitan ejercerlo.

Cualquier programa de prevención del VIH que sea eficaz debe reconocer la forma en que el mercado y el desarrollo internacional cambian la estructura social, ya que un cambio socioeconómico con impacto desigual, se relaciona estrechamente con la vulnerabilidad ante el VIH, pues crea las condiciones que llevan a la gente a que tome riesgos mayores para sobrevivir (Altman, 1999). Tales condiciones —de carácter sacionatural estructural (Selva, 1989, 1990, 1999a)— inducen al inicio temprano de la actividad sexual, a la promiscuidad y a la prostitución, lo cual crea condiciones de riesgo. Los hallazgos de nuestro estudio nos permiten aproximarnos al conocimiento de tal situación de vulnerabilidad. Ya se ha documentado, en otras series, el hallazgo de prácticas sexuales riesgosas, en tanto que facilitan la transmisión/propagación del VIH/SIDA y las ETS, así como los embarazos no deseados entre grupos de trabajadoras del sexo, migrantes y desplazados (Population Reports, *s.f.*).

Es importante, entonces, que los esfuerzos para prevenir y controlar la enfermedad tengan en cuenta que no se trata solamente de “convencer” a las personas de llevar a cabo prácticas sexuales seguras, ya que ello obedecería a una visión parcial o estrecha del fenómeno. Tal control debe ser entendido en su forma integral y debe involucrar acciones que no sean puntuales como aquellas tradicionalmente favorecidas. Mientras las condiciones no estén dadas para que la gente tenga acceso a mejores opciones de vida, el control de estas enfermedades seguirá siendo un deseo insatisfecho y su erradicación, una utopía.

De esta forma, a fin controlar la enfermedad, deben hacerse esfuerzos para lograr el acceso de la población desposeída al tratamiento adecuado de estas enfermedades, lo cual, en el caso del VIH/SIDA, incluye al tratamiento con antirretrovirales. Es necesario, además, que los aspectos propios de nuestra población —relacionados con la sexualidad y con el contexto social en que vivimos— sean tomados en cuenta en la implementación de medidas dirigidas al control del SIDA y las ETS, las cuales también deben ser oportunas.

Justamente en atención a lo antes señalado es necesario recuperar que tanto la infección por VIH como el síndrome asociado presentan causalidad estructural y son procesos sacionaturales en esencia (Selva, 1989, 1990, 1999a); y que consecuentemente, un enfoque legítimamente interdisciplinario que enfoque la interacción entre diferentes fenómenos y procesos es un imperativo con fines de control, paleación o erradicación de tales males.

A partir de los resultados de la investigación realizada se recomienda, en general, implementar intervenciones informativo/educativas que sean culturalmente aceptables y relevantes para la población salvadoreña. En ellas debe enfatizarse la educación en aspectos de prevención de SIDA/ETS y en el conocimiento de las características y consecuencias de las ETS, a fin de llenar las brechas de información encontradas. La cantidad y el tipo de información a transmitir deben ser tales, que fomenten la valoración adecuada del SIDA y de las ETS como problemas de salud en el país. Además, se deben eliminar las creencias erróneas que podrían contribuir a prácticas sexuales riesgosas y/o a actitudes y conductas negativas, que tiendan al aislamiento social de las personas infectadas o que padecen de la enfermedad.

Asimismo es necesario crear estrategias de cobertura a través de los programas a los grupos de la población que más lo requieren —entre la población general, los sectores más desposeídos de la población y aquellos que habitan en las zonas más alejadas, que es donde se tiene menor acceso a la información, así como a las mujeres, especialmente las amas de casa—. Al mismo tiempo hay que hacerlos extensivos hacia los sectores tradicionalmente identificados por mantener prácticas de riesgo, como es el caso de las trabajadoras del sexo, homosexuales y otros grupos de riesgo.

Se requiere de políticas orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, con especial atención a la posición social de la mujer. Ésta debe adquirir el poder y la autoestima suficientes para tomar sus propias decisiones en torno a su vida sexual, de modo que ello le permita tomar una postura activa en torno a la adquisición de información sobre el SIDA, las ETS y su prevención. Específicamente, el uso del condón debe promoverse y la información al respecto debe ser difundida entre las mujeres, no sólo entre los hombres.

También deben incrementarse las oportunidades de la población rural al acceso a la información sobre SIDA/ETS por medio de estrategias de difusión; por ejemplo, la difusión a través de las escuelas y la radio, y el mejoramiento al acceso económico, cultural y geográfico de estas personas hacia los servicios de salud y al programa de salud reproductiva. Ello debe incluir el incremento de las oportunidades de promoción y atención dentro de la misma comunidad por parte de personal competente. Además, debe fomentarse la participación de los jóvenes en los programas informativos y educativos sobre SIDA y ETS, tanto porque ellos están siendo afectados por la epidemia, como también por presentarse como un recurso importante en las actividades de prevención.

Es recomendable que los programas educativos contribuyan a aplazar el inicio de relaciones sexuales y a proteger a los y las jóvenes que mantienen actividad sexual, mediante la adopción de prácticas sexuales menos inseguras. Asimismo, es necesario reforzar la información y educación en relación con la efectividad del condón, a fin de incrementar su nivel de aceptación y uso. Debe, además, incrementarse y mantenerse la disponibilidad de los condones, así como aumentar el acceso a ellos por parte de la población. Por otro lado, los servicios de salud reproductiva deben ser gratuitos, a fin de que sean accesibles económicamente para toda la población.

Finalmente, se recomienda la incorporación de los resultados de la presente encuesta de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre el SIDA y las ETS, en los programas educativos dirigidos al control de SIDA/ETS. Es necesario, además, investigar la eficacia y efectividad de las intervenciones que se implementen a través de estudios que acompañen a las mismas, a fin de conocer sus resultados.

San Salvador, mayo de 2000.

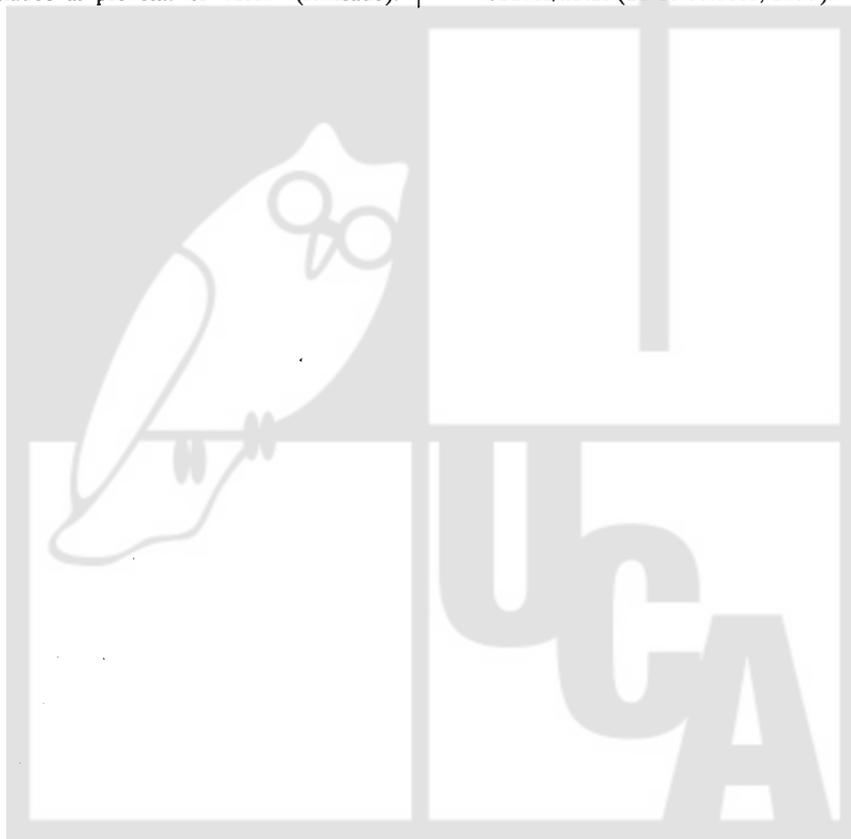
Bibliografía

- Alden, P. (21 de octubre, 1999). "La pandemia del SIDA". En internet: <http://www.worldbank.org/aids-econ/confront/sum-sp/index.htm>
- Altman, D. (1999). "Lo mejor en diarios hispanos". LE-TRA S, 8 de abril, México. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (22 de mayo, 1999).
- Amuchástegui H. A. (13 de enero, 2000). "Aportaciones de las ciencias sociales para la prevención del

- SIDA". En internet: lucas.funsalud.org.mx/sidalac/spanish/libro/cap5.htm
- Ayra, O. P. y Hart, C. A. (eds). (2000). "Sexually Transmitted Infections and AIDS in the Tropics". *The New England Journal of Medicine*, 342(18), 4 de mayo. New York, CABI, 1998. En internet: <http://www.nejm.org/content/2000/0342/0018/1375.asp>.
- Asociación Demográfica Salvadoreña. (1999). "Encuesta Nacional de Salud Familiar-FESAL-1998", El Salvador.
- Bartlett, J. G. y Finkbeiner, A. K. (1996) "Guía para vivir con VIH y SIDA". Desarrollada en la Clínica de SIDA de Johns Hopkins. 3º Ed. revisada. Editorial Diana, México.
- Bautista, L. (23 de octubre, 1997). "VIH/SIDA. El impacto en la mujer". Resumen de la ponencia presentada en el panel forum "Las relaciones de género y el impacto del VIH/SIDA en las mujeres". San Salvador.
- Bautista, L., et al. (1999). "Infraestructura de riesgo de adquirir el VIH/SIDA en mujeres amas de casa en el gran San Salvador". Acción SIDA/ETS, en Programa y resúmenes de trabajos científicos I Congreso Centroamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, VI Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas, VI Congreso Nacional de SIDA. San Pedro Sula, Honduras, noviembre.
- Benenson, A. S. (1997). "Manual para el control de las enfermedades transmisibles". Publicación Científica, 564. 17ª Ed., Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Bozzette, S. A., et al. (1998). "The Care of HIV-Infected Adults in the United States". *The New England Journal of Medicine*, 24 de diciembre, 339(26). En internet: <http://www.nejm.org/content/1998/0339/0026/1897.asp>. (15 de mayo, 2000).
- Decosas, J. (13 de enero, 2000). "Aportaciones de las ciencias sociales para la prevención del SIDA". En Amuchástegui H. A. En internet: lucas.funsalud.org.mx/sidalac/spanish/libro/cap5.htm
- Fauci, A. S. (1999). "The AIDS Epidemic-considerations for the 21st Century". *The New England Journal of Medicine*, 341, 1046-50.
- Ferrán A. M. (1996). "SPSS para Windows, programación y análisis estadístico". McGraw Hill de Informática, México.
- FNUAP. (1999). "Estado de la población mundial 1999. 6 mil millones. Es hora de optar". Fondo de población de las Naciones Unidas.
- FUNDASIDA. (1997). "Prácticas sexuales y conocimientos sobre VIH/SIDA, entre estudiantes de tercer ciclo de educación básica de los departamentos de San Salvador y La Libertad". Informe preliminar. Estudio realizado en coordinación con Plan Internacional.
- Gallant, J. E. (2000). "Strategies for Long-term Success in the Treatment of HIV Infection". *JAMA*, 283(10),

- 8 de marzo. En internet: <http://jama.ama-assn.org/issues/v283n10/abs/jgh90001.html> (8 de marzo, 2000).
- Homedes, *et al.* (2000). "Health Reform: Theory and Practice". Pendiente su publicación en el 2000.
- Instituto Panos. (28 de junio, 1999). "ETS: mitos y realidades". Mitos y realidades de la epidemia mundial de las ETS. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas>
- Jamison, D. T., *et al.* (eds). (1993). "Disease Control Priorities in Developing Countries". Publicado por el Banco Mundial. Oxford University Press.
- Kraus, A. (1999). "Lo mejor en diarios hispanos". Citado por Schwartz, V. LETRA S, 8 de abril, México. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (22 de mayo, 1999).
- Madrigal P., J. (1998). "En las trincheras de la confianza. Una encuesta sobre el condón en las trabajadoras comerciales del sexo de América Central". Editorial ILPES. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Economía. (1992). "Censo nacional de población". Dirección General de Estadística y Censo. El Salvador.
- Ministerio de Economía. (1996). "Informe de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 1995". Dirección General de Estadística y Censo. El Salvador.
- Ministerio de Economía. (1998). "Informe de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1997". Dirección General de Estadística y Censo. El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1998a). "Anuario estadístico". El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1998b). "Impacto socioeconómico del VIH/SIDA en El Salvador". Programa ETS/SIDA.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1998c). "Perfil epidemiológico". Unidad de Epidemiología. El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1999a). "Reporte Epidemiológico Semanal año 1998". Dirección de Medicina Preventiva. Unidad de Epidemiología. El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1999b). Dirección de Medicina Preventiva. Unidad de Epidemiología.
- Olivera, M., de Montis, M. y Meassik, M. (1992). "El poder de las mujeres". Cenizontle. Colección Realidades. Managua, Nicaragua.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). "La Salud en las Américas. 1998". Volumen II. Publicación Científica, 569. Washington: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. (1990). "Manual de encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS". (Versión preliminar.)
- Paternostro. (28 de julio, 1999). "Sexualidad en Latinoamérica. Contradicciones y riesgos de la cultura sexual en América Latina", citado por Schwartz, V. En Internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (5 de mayo, 1999).
- Platts, M. (8 de abril, 1999). "Lo mejor en diarios hispanos". LETRA S, México. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (22 de mayo, 1999).
- Population Reports. (s.f.). "Gente en movimiento: nuevo foco de interés de la salud reproductiva". Serie J, Número 45.
- Ryan, K. J. (ed.). (1994). *Sherris Medical Microbiology. An Introduction to Infectious Diseases*. 3ª Edición. Appleton & Lange. Norwalk, Connecticut.
- Schwartz, V. (28 de julio, 1999). "Sexualidad en Latinoamérica. Contradicciones y riesgos de la cultura sexual en América Latina". En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (5 de agosto, 1999).
- Selva Sutter, E. A. (1978). "Interacción de la nutrición y la infección". Editorial Universitaria. Universidad de El Salvador. San Salvador.
- Selva Sutter, E. A. (1985). "Interacción de diarrea infecciosa y nutrición". Publicación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. San Salvador.
- Selva Sutter, E. A. (1989). "Nuevo concepto sobre los procesos de Salud-Enfermedad". Publicación de la Unidad de Salud Comunitaria. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. San Salvador.
- Selva Sutter, E. A. (1990). "Un concepto nuevo sobre los procesos de Salud-Enfermedad", Vol. XXVI, No. 1 y 2, mayo-julio. I Parte. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador en Boletín FEPAFEM. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, FEPAFEM.
- Selva Sutter, E. A. (1998). "Subrayados, comentarios y otros llamados al capítulo I La desnutrición, causas, consecuencias y soluciones de *El estado mundial de la infancia. 1998*. Nutrición". Publicación del Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. El Salvador.
- Selva Sutter, E. A. (1999a). "Más allá de Sagatovski y Antipov: La causalidad estructural puntualizada". Publicación del Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. El Salvador.
- Selva Sutter, E. A. (1999b). "Al oído de aquellos interesados en la Reforma de Salud". Publicación del Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. El Salvador.
- Selva Sutter, E. A. (2000). "Historias prohibidas de la Reforma de Salud en El Salvador". Publicación del Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. El Salvador.

- Sydenham, T. (22 de mayo, 1999). "Lo mejor en diarios hispanos", citado en Schwartz, V, en internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas>
- Steinbrook, R. (ed.). (1998). "Caring for People with Human Immunodeficiency Virus Infection". *The New England Journal of Medicine*, 339(26), 24 de diciembre. En internet: <http://www.nejm.org/content/1998/0339/0026/1926.asp> (15 de mayo, 2000).
- The World Bank. (2000). "Costo anual del tratamiento de un enfermo de SIDA correlacionado con el PNB per cápita". Development Economics. Development Research Group. En internet: http://www.worldbank.org/aids-econ/confront/present/lima_sld004.htm (7 de enero, 2000).
- The World Bank. (2000). "Hacer frente al sida: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial". Capítulo 1 El SIDA: Un desafío para los gobiernos. En internet: <http://www.worldbank.org/aids-econ/confront/sum-sp/index.htm> (7 de enero, 2000).
- UCSF. (1999). "HIV: prevención y resultados. ¿Se obtienen resultados al prevenir el VIH?" (revisado). Publicación del Centro de Estudios para la Prevención del SIDA (CAPS), AIDS Research Institute, Universidad de California en San Francisco. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (10 de mayo, 1999).
- UNICEF. (1998). "El estado mundial de la infancia. 1998. Nutrición".
- Vasquez, N. (23 de octubre, 1997). "Las relaciones de género y el impacto del VIH/SIDA en las mujeres". Resumen de Ponencia. San Salvador.
- World Health Organization. (1998). "A vision for all". Resumen en *The World Health Report (1998), Life in the 21st Century*. En internet: <http://www.who.int/whr/1998/exsum98e.htm>
- World Health Organization. (1999). "Making a Difference", en *The World Health Report, 1999*. World Health Organization, Ginebra.
- Winslow, R., Langreth, R. y Waldholz, M. (1999). "El SIDA en el futuro". *The Wall Street Journal*, octubre. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (21 de octubre, 1999).



- Sydenham, T. (22 de mayo, 1999). "Lo mejor en diarios hispanos", citado en Schwartz, V, en internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas>
- Steinbrook, R. (ed.). (1998). "Caring for People with Human Immunodeficiency Virus Infection". *The New England Journal of Medicine*, 339(26), 24 de diciembre. En internet: <http://www.nejm.org/content/1998/0339/0026/1926.asp> (15 de mayo, 2000).
- The World Bank. (2000). "Costo anual del tratamiento de un enfermo de SIDA correlacionado con el PNB per cápita". Development Economics. Development Research Group. En internet: http://www.worldbank.org/aids-econ/confront/present/lima_sld004.htm (7 de enero, 2000).
- The World Bank. (2000). "Hacer frente al sida: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial". Capítulo 1 El SIDA: Un desafío para los gobiernos. En internet: <http://www.worldbank.org/aids-econ/confront/sum-sp/index.htm> (7 de enero, 2000).
- UCSF. (1999). "HIV: prevención y resultados. ¿Se obtienen resultados al prevenir el VIH?" (revisado). Publicación del Centro de Estudios para la Prevención del SIDA (CAPS), AIDS Research Institute, Universidad de California en San Francisco. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (10 de mayo, 1999).
- UNICEF. (1998). "El estado mundial de la infancia. 1998. Nutrición".
- Vasquez, N. (23 de octubre, 1997). "Las relaciones de género y el impacto del VIH/SIDA en las mujeres". Resumen de Ponencia. San Salvador.
- World Health Organization. (1998). "A vision for all". Resumen en *The World Health Report (1998), Life in the 21st Century*. En internet: <http://www.who.int/whr/1998/exsum98e.htm>
- World Health Organization. (1999). "Making a Difference", en *The World Health Report, 1999*. World Health Organization, Génova.
- Winslow, R., Langreth, R. y Waldholz, M. (1999). "El SIDA en el futuro". *The Wall Street Journal*, octubre. En internet: <http://www.virtualizar.com/php/novedades/notas> (21 de octubre, 1999).

