

EN ESTE NUMERO:

## Cambio en la Conducta Sexual con Uso o no de Condón en la República Dominicana

En este número presentamos un novedoso estudio realizado por Aldo Conde y Orientación Mercadológica, S. A. (OMSA) para el Proyecto de Planificación Familiar y Salud con la asistencia técnica de Development Associates, Inc. y el auspicio de USAID. Parten de la observación crítica de que la mayoría de los programas de prevención de SIDA en países en vías de desarrollo no ha dedicado la atención adecuada a intervenciones o mediciones del cambio de comportamiento sexual sin uso del condón, es decir, la

reducción de parejas, evitar el sexo comercial, la fidelidad, la abstinencia y la postergación de la primera relación sexual. Motivado en indicios de que algunas de estas conductas estaban ocurriendo en los hombres dominicanos con mayor frecuencia que antes, este estudio procura indagar si efectivamente se está verificando una tendencia hacia el cambio de comportamiento sexual sin uso del condón.

A través del análisis de las informaciones levantadas sobre uso del condón,

número y tipo de parejas sexuales y percepción de riesgo de contagio de SIDA, entre otras, los autores concluyen que en una proporción importante de hombres dominicanos han habido cambios de comportamiento sexual sin uso del condón, específicamente los relacionados con la reducción de parejas, la monogamia, el retardo del debut coital y la abstinencia. En base a diversas fuentes de información, los autores también afirman que la prevalencia de uso del condón ha mostrado una

tendencia creciente. El estudio valora positivamente estos dos tipos de cambios de comportamiento sexual (con el uso condón y sin el uso del condón) al considerar que ejercen impacto en la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del VIH/SIDA.

Esperamos que las informaciones presentadas en esta edición apoyen a los diseñadores de programas de salud reproductiva en la elaboración de sus mensajes y actividades dirigidas al hombre y su pareja.

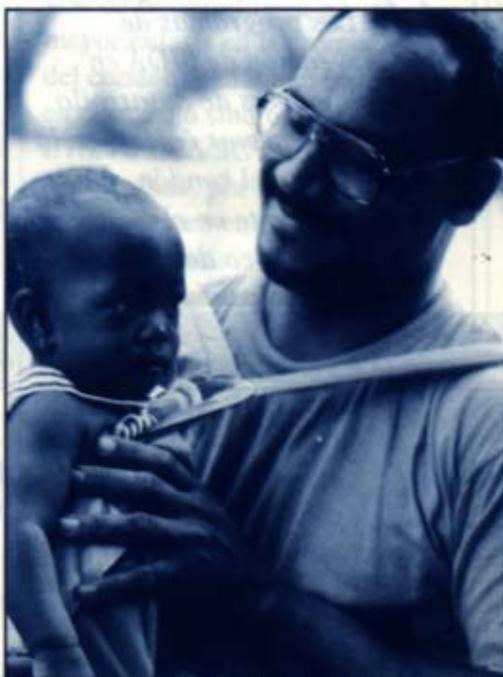


FOTO: SEAN SPRAGUE, CORTESIA PPF/USAID

### INDICE

# Cambio en la Conducta Sexual con Uso o no de Condón en la República Dominicana

Informe preparado por:

■ Edward C. Green y Aldo Conde

Bajo el Proyecto de Planificación Familiar y Salud (USAID 517-0259)

Con la asistencia técnica de Development Associates, Inc.

Con el apoyo financiero de USAID

## Estudio sobre Comportamiento Sexual del Hombre Dominicano

Parentalmente existen dos modelos distintos que han sido responsables de la reducción en la tasa de infección producida por el VIH en países en vía de desarrollo: el modelo tailandés, en el cual un alto porcentaje de hombres que tiene sexo con trabajadoras sexuales empezó a usar condones (UNAIDS 1998; Hanenberg et al 1994; Weniger y Brown 1996); y el modelo ugandés, en el que el uso del condón fue menos difundido, aunque un número significativo de hombres comenzó a reducir el número de parejas sexuales o a permanecer fieles a una sola (Asimwe-Okiror 1995; World Bank 1997:92-93). El primer modelo puede estar caracterizado por el cambio en la conducta sexual relacionada con el uso del

condón (CCS/C); mientras que el último por el cambio en la conducta sexual sin uso del condón, o CCS/SC. Desde luego, esto no quiere decir que no hubieran cambios de conducta sin uso del condón en Tailandia, o ningún cambio de conducta con el uso de condón en Uganda<sup>1</sup>. La caracterización se basa en lo que se ha considerado generalmente como el factor causal principal y la forma predominante de cambio conductual.

“ Los programas de prevención de SIDA en países en vías de desarrollo han puesto mayor énfasis en la promoción del condón, y más recientemente en el manejo sintromico del ETS. ”

La mayoría de los programas de SIDA en países en vías de desarrollo a la fecha no ha dedicado la atención adecuada a intervenciones o mediciones de este último tipo de CCS. Específicamente, se ha dado una inadecuada atención (y medición) a la reducción de parejas, a evitar el sexo comercial, la fidelidad, monogamia, abstinencia, y postergación de la primera relación sexual (llamado debut coital). Existen por lo menos dos razones de por qué la desatención al CCS/SC ha sido desacertada:

1 Hay más consenso respecto a las razones que han reducido el ETS y VIH en Tailandia que las que hay sobre las razones en Uganda. Parte de la reducción en Uganda podría deberse al aumento en la mortalidad y el incremento en el número de aquellos en riesgo, pero, según la conclusión de un reporte reciente del Banco Mundial, existe evidencia de cambio en la conducta sexual incluyendo el postergamiento del debut coital y reducción del número de parejas (World Bank 1997:92-3).

Los autores agradecen a Annie Portela de Development Associates, Juan José Polanco de CESDEM y Jorge Yordan de PROFAMILIA, quienes apoyaron el desarrollo de esta investigación.

**cesdem**

**POBLACION Y SOCIEDAD**

BOLETIN CUATRIMESTRAL

AÑO IV • No. 20 • MAYO/AGOSTO DE 1998

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y

DEMOGRAFICOS (CESDEM)

Av. Bolívar 911 (anterior 187), Apartado Postal 4279

Tels.: 541-2141 / 540-2034 • Fax: 549-6003

Internet: cesdem@aacr.net

Santo Domingo, D. N., República Dominicana

PARA COMUNICACION INTERNACIONAL:

P. O. Box 025577, Miami, FL 33102-5577

### CONSEJO EDITORIAL

Carmen Julia Gómez Carrasco

Maritza Molina

Juan José Polanco

Nelson Ramírez

Diseño e Impresión:

Editorial Gene. Tel.: 598-7393 • Fax: 598-7399

Santo Domingo, R. D.



FOTO: PEGGY KONIZ - BOOHER, CORTESIA, PFFSUSAID

(1) aparentemente ha sido responsable de la reducción significativa de ETS y VIH en Uganda, y posiblemente en otras partes (e.j. Tanzania); (2) el CCS/SC podría ser el único renglón de la prevención del SIDA en el cual participarían líderes religiosos y espirituales, curanderos tradicionales, maestros de escuelas, y otras autoridades influyentes relativamente conservadoras.

Adicionalmente, los mensajes de prevención del VIH/SIDA son más que "siempre use condón". El mensaje completo es algo así como "No tenga sexo antes del matrimonio. Permanezca virgen hasta el matrimonio. Si no puede hacerlo, por lo menos permanezca fiel a su pareja. Después del matrimonio permanezca fiel a su pareja. Si no puede permanecer fiel a su esposo(a) o pareja fija, se arriesga a contraer una

enfermedad, quizás SIDA, por lo tanto protéjase: (1) teniendo el menor número de parejas posible; y (2) usando el condón siempre." En la práctica, sin embargo, los programas de prevención de SIDA en países en vías de desarrollo han puesto mayor énfasis en la promoción del condón, y más recientemente en el manejo sintomático del ETS. Al CCS/SC se le ha dado poco énfasis, por lo menos hasta muy recientemente.

Tal parece que existen pocos estudios de CCS/SC en el mundo en vías de desarrollo. Un estudio de 1,545 mujeres y hombres seleccionados al azar en el Distrito de Jinja, Uganda, encontró que 34% de los hombres y 18% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales con "parejas sexuales no regulares" en 1990, comparado con solamente 12.7% de hombres y 4.3% de mujeres durante los 12

meses previos a ser entrevistados 4 años después (Asimwe-Okiror 1995). Un estudio en Tanzania muestra evidencia de "un cambio substancial en la conducta sexual" debido principalmente al miedo al SIDA. "Los encuestados prefirieron reducir el número de parejas, y en particular permanecer con una pareja, en vez de usar condón" (Pool et al 1996: 203). Un estudio de casi 1,100 mujeres en Zimbabwe (Simon et al 1998:325) encontró que "La mayor parte de las mujeres entrevistadas (76%) dijo conocer a alguien que había muerto o estaba enfermo del SIDA..." Como resultado, "44% (485/1093) de las mujeres entre 15-49 años reportó haber tomado acción para evitar ser infectadas con el VIH. El 24% reportó abstinencia (1.4% entre 20-49 años), 24% monogamia, 7% uso de condón, 2% había evitado ir a lugares cerviceros, y un 4%

reportó otras acciones..." Cabe señalar que hubo siete veces más respuestas de abstinencia-monogamia que las del uso del condón. En relación al uso generalizado del condón, este estudio mostró que 4% de las mujeres reportó usar condón como un método de planificación familiar y 3% lo usó "por otras razones" tales como evitar el SIDA y/o ETS (Simon et al 1998:327).

### Antecedentes

En un reporte de consultoría de Junio 1997, el autor principal observó que la tasa de prevalencia del uso del condón parecía haberse estabilizado y estar reduciéndose en la República Dominicana. Esta evidencia preliminar se basó en los resultados de estudios de seguimiento sobre el condón ("tracking studies" - que miden prevalencia del condón y otros patrones) que han sido realizados en Santo Domingo cada dos años desde 1988, por el Programa de Mercadeo Social de PROFAMILIA. Le fueron sugeridas varias posibles razones de esta aparente reducción en la prevalencia del condón, incluyendo reducción en el número de parejas sexuales casuales no regulares, debido al miedo a infectarse con el VIH. En otras palabras, CCS/SC.

También en 1996, se estaban preparando los instrumentos para la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-96). Una serie de preguntas fueron añadidas al

instrumento con la intención de medir objetivamente el CCS sin condón. ENDESA encontró tal evidencia (ver abajo en Principales Hallazgos).

Además, a finales de 1997, surgieron evidencias entre grupos focales conducidos por OMSA para PROFAMILIA (con hombres y mujeres) de que los hombres estaban cambiando su conducta porque tenían más información, y por el miedo al SIDA y otras ETS. Los hallazgos sugirieron que algunos hombres, especialmente si estaban casados, estaban reduciendo el número de parejas sexuales. Los hombres también indicaron mayor uso de condón con Trabajadoras Sexuales o mujeres que no conocían o no conocían bien. Algunos hombres pueden no estar reduciendo el número de parejas, pero comentan que se han vuelto más selectivos al elegir parejas hoy en día. Esto quiere decir, que solamente están con mujeres que han conocido por algún tiempo, lo cual no es ninguna garantía para no infectarse con el VIH, pero probablemente sea mejor que la conducta de sexo con cualquiera.

Además de lo anterior, el Proyecto de Planificación Familiar y Salud (PPFS) en la República Dominicana lanzó una iniciativa para aumentar la participación del hombre en la salud reproductiva. En el proceso de diseño de esta estrategia, se hizo evidente que a pesar de los datos disponibles sobre hombres en ENDESA-96, se necesitaba información

adicional, particularmente en vista de la evidencia arriba mencionada. Ya que en 1998 se iba a realizar un estudio de seguimiento sobre el uso del condón en los hombres, Development Associates, el contratista institucional del PPFS, contrató a OMSA para añadir una serie de preguntas sobre CCS/SC y para evaluar el impacto de la arriba mencionada estrategia.

El tamaño de la muestra para el estudio de seguimiento así como el alcance geográfico del trabajo fueron también expandidos, dada la necesidad de contar con una muestra representativa nacional. Una serie de preguntas sobre CCS/SC fue desarrollada por los autores, el Programa de Mercadeo Social de PROFAMILIA y el equipo de Development Associates, Inc. (Otros expertos en el área fueron invitados a revisar el cuestionario).

### Metodología

Fue usado un procedimiento aleatorio por conglomerado multi-etápico para obtener una muestra de 1,400 personas, según el siguiente desglose por locación:

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Santo Domingo:    | 600          |
| Santiago:         | 400          |
| Pequeños pueblos: | 400          |
| <b>Total:</b>     | <b>1,400</b> |

Para la muestra en pueblos pequeños, OMSA dividió el país en cuatro áreas demográficamente importantes, basadas en el

tamaño de la población o su densidad. Utilizando varios escenarios y el procedimiento de conglomerado al azar, paralelo al utilizado en las dos ciudades más importantes, OMSA seleccionó los entrevistados de las cuatro áreas como sigue:

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Este:                          | 100 |
| Sur:                           | 100 |
| Norte:                         | 100 |
| Noroeste:                      | 100 |
| Muestra Poblaciones Pequeñas = | 400 |

El cuestionario fue probado en Santo Domingo y en San Cristóbal para determinar las categorías de las respuestas, la mejor secuencia para las preguntas y para asimilar y evaluar la comprensión de cada una. Se hicieron modificaciones al instrumento luego de este ejercicio.

Basándonos en otras experiencias de estudios en salud reproductiva en la República Dominicana y en otras partes, anticipamos que las siguientes variables podrían catalogarse como independientes o determinantes: status socio-económico (SSE), ubicación geográfica, edad, estado civil y educación. Con respecto a SSE, desde 1986 PROFAMILIA ha empleado una serie de indicadores lógicos, derivados empíricamente y objetivos (Green 1987) para determinar el SSE o segmento del mercado. Siete de estas mediciones fueron usadas, analizadas y a cada una le fue asignada un número de puntos. El "puntaje" global de cada una de las siete medidas determina el grupo SSE (A/B, C, D, E o F). Según la convención de estudio de mercado, la Clase A representa el grupo o el

segmento del mercado más alto, y la F, el más bajo. Para el Estudio de Comportamiento Sexual seleccionaron hombres de las clases C, D y E.

### Principales Hallazgos

Se inició con una serie de preguntas sobre el uso del condón. El estudio de CCS encontró que el 23.5% de los hombres seleccionados al azar habían usado un condón en los últimos 60 días, y en el reporte de seguimiento del uso de condón de 1998, se encontró una cifra similar de 26.8%. La tasa de prevalencia del estudio de seguimiento sobre uso del condón podría proporcionar una cifra más comparable con los estudios de seguimiento anteriores, debido a la comparabilidad de los métodos, a

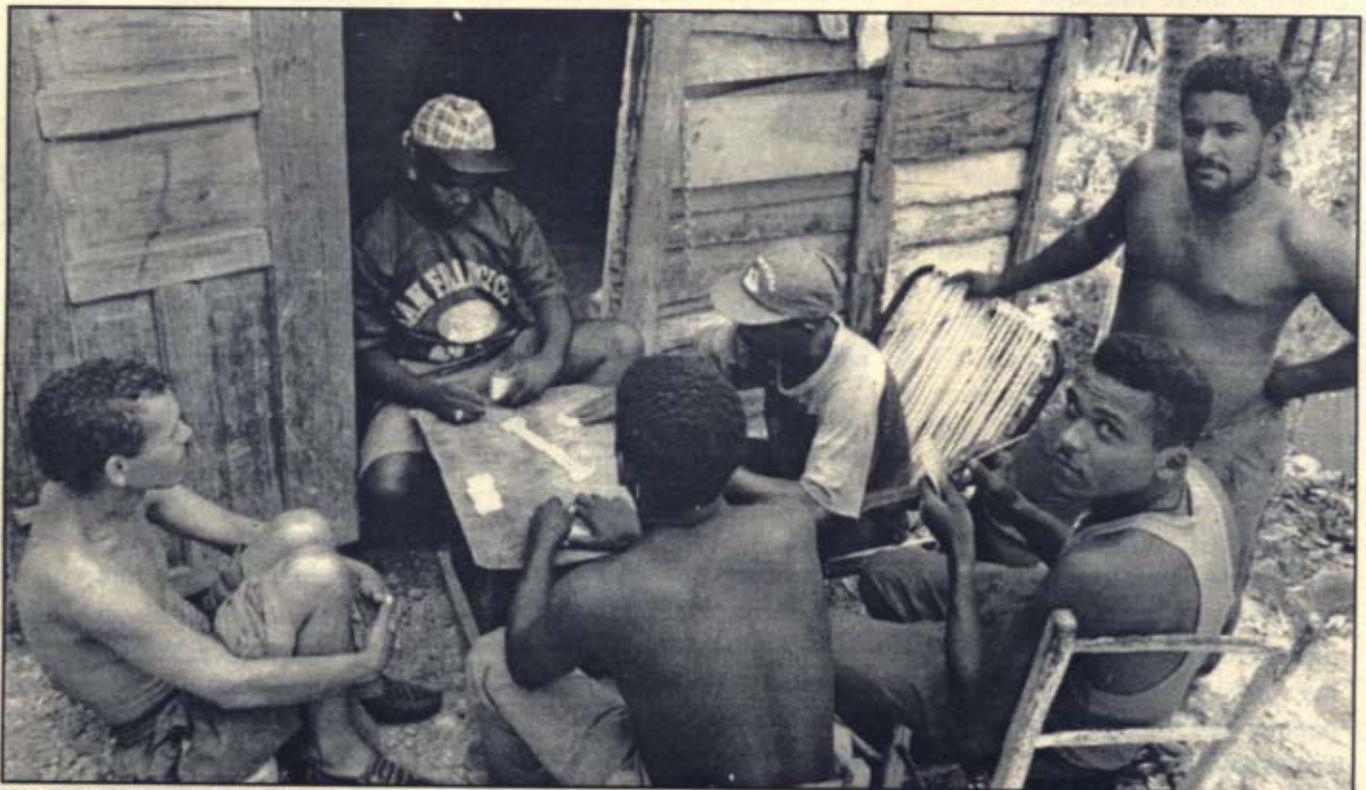


FOTO: SEAN SPRAGUE, CORTESIA PFFS/USAID

**TABLA 1: TENDENCIAS EN LA TASA DE PREVALENCIA DEL CONDON EN SANTO DOMINGO 1988-1998 (Uso en los últimos 90 días)**

| 1988 | 1989  | 1991/2 | 1994  | 1996  |
|------|-------|--------|-------|-------|
| 8.8% | 28.5% | 28.6%  | 33.8% | 26.3% |

(Uso en los últimos 60 días)

| 1994  | 1996  | 1998  |
|-------|-------|-------|
| 24.3% | 20.5% | 26.8% |

(Fuente: 1988: USAID-funded Contraceptive Prevalence Study; 1989-98: PROFAMILIA/OMSA "Estudios de Seguimiento del Uso del Condón" del Hombre Dominicano).

la muestra y al alcance geográfico. Vemos en la Tabla 1 que al definir el uso de condón como haber usado por lo menos un condón en los últimos 60 ó 90 días (esto ha cambiado a través de los años, dependiendo de los cambios necesarios para hacer la comparabilidad con otros estudios), el uso de condón aumentó de manera significativa entre 1988 y 1994. Bajó entre 1994-96, pero luego volvió a subir en 1998 al nivel que tenía en 1994, o ligeramente mayor. A juzgar por los últimos 2 ó 3 años, la prevalencia del condón parece que se ha nivelado.

Los años 1996-98 marcaron la introducción del apoyo de USAID a un programa de mercadeo social y producción del condón Pantera; la aparición en el mercado dominicano a un bajo costo (Panté), de un programa de mercadeo social similar en Haití; la expansión exitosa del condón popular de PROFAMILIA, Protector, en tiendas "no

tradicionales", como moteles o colmados; la expansión significativa del programa comunitario de distribución de condones; y una mayor disponibilidad de condones del sector público, así como de programas de salud reproductiva del sector privado. Parece ser que el uso generalizado del condón debió haberse incrementado en un mayor porcentaje, a menos que hubiera cambios en su demanda.

Para ajustarnos en parte a una pregunta que se planteara en un estudio de CCS en otros países, hicimos una pregunta que decía "¿Usó condón en la última relación sexual que tuvo?". El 72% no lo usó. En respuestas a preguntas relacionadas de seguimiento, el 62.7% no había usado condón en los últimos 5 encuentros sexuales, y el 63.1% no lo había usado en los últimos 3 meses.

Notamos un cambio en las

razones dadas para no usar condón. En estudios previos de OMSA, la razón dada más común fue "No me gusta usar condones". En el estudio de CCS, la razón principal dada fue que la relación sexual más reciente fue con su pareja fija (56.0%). Otro 25.7% no usó el condón porque confiaba en su pareja. Esos datos pueden sugerirnos una inclinación al abandono del sexo casual, pero más que eso, nos confirma que los hombres (y quizás las mujeres) no desean usar condones en una relación "confiable" con una pareja fija.

Se le hizo una pregunta más general a aquellos que no habían usado el condón dentro de los últimos seis meses, preguntándoles por qué no lo usaron durante ese tiempo. La respuesta más común fue que el entrevistado sólo había tenido relaciones con su pareja fija (42.1%); el entrevistado no había iniciado relaciones sexuales (10.6%); a él no le gusta usar el condón (10.3%); y varias otras respuestas tales como sólo había tenido relaciones con una pareja conocida (aparentemente, para él, confiable); él no tiene relaciones con trabajadoras sexuales; él no "anda en la calle", etc. Estas respuestas también indican un movimiento de reducir del sexo casual, aunque la segunda respuesta llama a mayor profundización.

Los entrevistados pertenecientes al grupo de edad más joven dieron respuestas

significativamente diferentes a los encuestados de mayor edad en cuanto a que su última relación fuera con una pareja fija (48.9% de aquellos entre 15-19, y 52.7% de aquellos entre 20-24, comparado a 69.1% de edades entre 25-34; 76.9% de edades entre 35-40 y 84.3% de edades entre 50-64). Esto no es sorprendente. Los dos grupos de edades, más jóvenes, especialmente 15-19, son conocidos como los grupos de más alto riesgo para infectarse con el VIH en el pandémico SIDA. Específicamente, la edad de mayor riesgo es aquella entre el inicio de la actividad sexual y el matrimonio con una relación sexual duradera y fija. Según lo observado por Carael en su meta-análisis de estudios sobre CCS:

*"El intervalo entre la primera relación sexual y la formación de una pareja fija o matrimonio es de un interés particular para el pandémico VIH como un indicador del tiempo de exposición al VIH antes de tener una pareja fija. Por supuesto, el llegar al matrimonio o tener una pareja fija no quiere decir que la conducta de riesgo desaparecerá de repente. Los niveles de divorcio y separación son altos y las relaciones extra maritales pueden ocurrir. Sin embargo, el período de duración entre la primera relación sexual y la primera pareja fija permanece como un indicador útil para determinar el aumento potencial de riesgo: mientras más larga es la duración, más probable es que el número de contactos sexuales aumente".* (Carael 1995:94).

En el presente estudio, el 50% de los hombres encuestados indicó haber iniciado relaciones sexuales a la edad de 15 años o antes. ENDESA 1996 indica que la edad mediana de inicio sexual del hombre es de 16.1, y para la mujer de 18.7. La edad mediana del hombre entrar una unión estable (matrimonio o compromiso) es de 24.1, y para la mujer es de 19.3. Por lo tanto, el intervalo de alto riesgo para el hombre es de 8 años, y para la mujer es menos de un año. Incidentalmente, el intervalo es siempre más largo para los hombres que para las mujeres en los países en los cuales existen estos datos. Comparado con otros 8 países en vías de desarrollo (Carael 1995:94), el intervalo en la República Dominicana es alto. Por lo tanto, existe una amplia oportunidad para infectarse con el VIH si nos basamos en este indicador o pronóstico.

#### Cambio de Conducta Sexual sin uso del Condón: Evidencias más Directas

Casi todos los encuestados en el estudio CCS habían oído del SIDA. Se les preguntó si ellos consideraban que el riesgo de contraer SIDA era: mínimo, moderado, grande, o no existía. El 51.2% pensó que no estaba en riesgo, 38.6% consideró que corrían un ligero riesgo, y solamente el 10.1% pensó que podría infectarse. La creencia de que no existía riesgo disminuyó con la edad y clase social; la edad parece ser un factor menos determinante o asociado.

Preguntamos al 89.8% de la muestra que pensó que no tenía riesgo, o tenía un mínimo riesgo de contraer SIDA, por qué pensaba así. Las respuestas aparecen en la Tabla 2 (Ver página 8).

Esta segunda pregunta fue muy importante porque aunque solamente el 10.1% pensó que podría infectarse, uno podría concluir que los dominicanos simplemente no conocen mucho del SIDA. En realidad, el hombre dominicano ha mantenido niveles altos de conocimiento del SIDA según estándares de cualquier país desde mediados de los años 80's (Green y Conde 1988). De hecho, vemos que al disminuir la conducta de riesgo, como al tener solamente una pareja, los encuestados se veían con poco riesgo de infectarse.

En respuesta a otra pregunta más directa sobre el CCS ("Desde que ha oído del SIDA, ¿ha cambiado su conducta sexual?"), el 79% de los encuestados indicó haber cambiado su conducta. De éstos, una pluralidad (25.6%) dio una respuesta general de que ellos "ya no estaban en el medio", es decir, que ya no visitan lugares buscando Trabajadoras Sexuales o con quienes proveen o participan en sexo casual. Esta respuesta fue seguida por: quienes limitan sus relaciones sexuales a una pareja (18.1%), comienzan a usar condones (14.6%); evitan ahora tener relaciones con "prostitutas" (9.0%); tienen menos parejas (8.5%); nunca han tenido sexo (2.8%); han dejado

**TABLA 2:  
POR QUE EL ENCUESTADO CREE QUE NO TIENE RIESGO DE CONTRAER SIDA**

| Respuesta                               | Total (%) | Nivel Educativo |      |      |      | Estado Marital |      |      |
|---|-----------|-----------------|------|------|------|----------------|------|------|
|   |           | Ninguno         | 1-4  | 5-8  | 9-12 | >12            | S    | C/U  |
| Sólo tengo una pareja                   | 23.5      | 30.0            | 29.0 | 24.0 | 20.0 | 26.0           | 11.4 | 37.9 |
| Ya no estoy en el medio                 | 17.9      | 24.0            | 29.0 | 21.0 | 15.0 | 14.0           | 13.2 | 23.5 |
| Siempre o frecuentemente uso condones   | 12.5      | 5.5             | 5.1  | 12.0 | 15.0 | 13.0           | 19.3 | 4.5  |
| Sólo tengo sexo con mujeres que conozco | 9.7       | 5.5             | 5.9  | 9.1  | 10.0 | 12.0           | 13.1 | 5.6  |
| Soy más selectivo al elegir una pareja  | 6.7       | 3.7             | 3.4  | 6.9  | 6.8  | 8.0            | 9.1  | 3.7  |
| No tengo relaciones sexuales            | 6.2       | 7.8             | 6.4  | 7.3  | 7.4  | 2.4            | 11.0 | 0.5  |
| Evito Trabajadoras Sexuales             | 5.6       | 11.0            | 3.8  | 7.1  | 5.5  | 4.3            | 6.0  | 5.1  |
| Tengo pocas parejas                     | 3.7       | 1.8             | 4.7  | 2.5  | 4.1  | 4.3            | 3.2  | 4.3  |
| Evito instrumentos cortantes            | 3.1       | 0.0             | 1.7  | 1.9  | 3.9  | 3.9            | 2.5  | 3.7  |
| Evito agujas                            | 2.9       | 3.7             | 2.1  | 1.4  | 3.1  | 4.7            | 2.5  | 3.4  |
| Misceláneas                             | 7.7       | 7.4             | 8.5  | 7.3  | 8.0  | 7.4            | 8.3  | 7.0  |
| Total                                   | 100.0%    | 2.4             | 11.0 | 26.0 | 39.0 | 22.0           | 54.2 | 45.7 |

de tener sexo (1.6%); y "otras" (5.5%). Vemos que las respuestas son clasificables con CCS/SC. De hecho, existen 5 veces más respuestas de CCS/SC que de CCS/C.

Estos datos coinciden con los hallazgos de ENDESA 1996, en la cual se mostró que alrededor de un 85% de la muestra nacional aleatoria de 2,279 hombres dominicanos indica que habían cambiando su conducta sexual, de alguna manera, por la amenaza del SIDA.

*“ En realidad, el hombre dominicano ha mantenido niveles altos de conocimiento del SIDA según estándares de cualquier país desde mediados de los años 80's ”*

Aquellos que dijeron haber cambiado su conducta optando por alternativas sin condón fueron cuatro veces más que el porcentaje de los que dijeron que habían empezado a usar condones. Específicamente, un 22.8% mencionó la adopción del uso de condón comparado a: limitar las relaciones sexuales a una sola pareja (29.4%), evitar relaciones sexuales con trabajadoras sexuales (25.7%), o reducir el número de parejas sexuales (24.9%). Por otra parte, 93.6% de la muestra masculina del estudio de ENDESA mencionó la fidelidad a su pareja como una forma de evitar el SIDA, comparado al 86.9% que mencionó usar condones.

En el presente estudio, todavía

una proporción menor de hombres mencionó la opción de adoptar el uso de condón (14.6% versus 22.8% en ENDESA). Lamentablemente, el estudio de ENDESA no contenía la categoría de respuesta "ya no estoy en el medio", que surgió de manera espontánea como la más común durante la prueba del presente instrumento. Pero vemos que las alternativas sin condón fueron como cinco veces mayor al porcentaje de aquellos que dijeron haber empezado a usar condones. En ENDESA 96, las alternativas sin condón fueron como cuatro veces mayor. Así los datos de ambos estudios sugieren una inclinación hacia CCS/SC.

Revisando las respuestas a las preguntas generales sobre el CCS en el presente estudio, encontramos evidencia de que los entrevistados de mayor edad son más propensos que los jóvenes a reportar el CCS /SC. Sin embargo, la proporción alcanza el punto más alto en el grupo de edad de 35-49, en vez del grupo de mayor edad de 50-64, quizás debido a que este último era menos activo sexualmente y tenía menos necesidad de cambiar su conducta.

Existió poca diferencia entre ciudades principales y pueblos pequeños. Sin embargo, entre Santiago y los pequeños pueblos se detecta que habían cambiado más ligeramente su conducta que los de Santo Domingo

En una pregunta aparte, le solicitamos a los encuestados que comentaran si pensaban que los hombres (i.e., otros hombres, hombres en general) habían cambiado su conducta luego de la aparición del SIDA en la República Dominicana. El 60.5% de los encuestados dijo que la mayoría había cambiado su conducta; 21.5% dijo que sólo una minoría; 16.5% expresó que la conducta no había cambiado; y 1.5% dio otras respuestas. Dicho de otra manera, el 82% de los encuestados dijo que la conducta sexual había cambiado, en mayor o menor grado - aunque tres veces más número de respuestas en este grupo consideró que el cambio había sido mayor. No hubo mucha diferencia en las respuestas por edad, SSE, estado marital o lugar de residencia.

Cuando le preguntamos a aquellos que dijeron que hubo CCS, cuál había sido la forma que habían adoptado, 27.7% dijo que el uso de condón; 22.6% dijo que los hombres son más cuidadosos al seleccionar pareja; 15.8% dijo que los hombres no estaban teniendo relaciones con Trabajadoras Sexuales; 15.2% dijo que los hombres están teniendo menos parejas, y 10.6% dijo que los hombres estaban teniendo relaciones con sólo una pareja. Resulta interesante que se atribuyó un mayor uso del condón que lo que ellos habían reportado (27.7% vs. 14.6%). Quizás más significativa es la atribución del mismo rango de CCS/SC, como en la pregunta



FOTO: PEGGY KONIZ - BOOHER, CORTESIA, PPS/USAID

general anterior sobre el cambio de conducta debido al temor del SIDA, así como el mismo nivel generalizado de CCS (82% y 79%).

### Número de Parejas Sexuales

Se le preguntó a los encuestados cuantas parejas sexuales, incluyendo su pareja fija, habían tenido en los últimos 12 meses.

Lamentablemente, no existe ninguna base de datos para evaluar éstos u otros hallazgos sobre CCS/SC. Sin embargo, proveen medidas de la red sexual actual

que pueden servir de base de datos para medidas similares en el futuro. Las respuestas se resumen en la Tabla 3, (Ver página 10).

Los encuestados que dijeron tener sólo una pareja, por lo general tendían a vivir más en pequeños pueblos (58.8%) que en Santo Domingo (51.8%) o Santiago (43.8%). También, tenían más tendencia a pertenecer al grupo más bajo de SSE, (o segmento del mercado) E (53.8%). Dicho de otra manera, los hombres (de todas las edades) tenían un promedio de 2.15 parejas en Santo Domingo, 2.33 en Santiago, y 1.68 en pequeños pueblos.

**Tabla 3:**  
**Número de Parejas Sexuales en los Últimos 12 Meses**

| No. | Total (%) | Edad 15-19 | Edad 20-24 | Edad 25-34 | Edad 35-49 | Edad 50-64 | Soltero | Casado |
|-----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|--------|
| 1   | 51.4      | 37.6       | 31.6       | 49.2       | 61.5       | 75.4       | 34.1    | 68.3   |
| 2   | 18.0      | 22.4       | 21.8       | 21.0       | 14.0       | 10.5       | 22.5    | 13.6   |
| 3   | 12.1      | 15.1       | 17.2       | 11.5       | 10.3       | 7.0        | 16.3    | 8.0    |
| 4   | 6.7       | 11.2       | 7.9        | 5.9        | 6.7        | 2.3        | 9.5     | 4.0    |
| 5   | 3.0       | 3.9        | 5.1        | 2.6        | 2.1        | 2.3        | 4.4     | 1.7    |
| 6   | 2.0       | 2.2        | 3.7        | 2.3        | 0.9        | 1.1        | 3.4     | 0.6    |
| 7   | 1.2       | 1.6        | 3.2        | 1.1        | 0.3        | 0.0        | 1.4     | 0.9    |
| 8   | 0.9       | 0.5        | 2.7        | 0.5        | 0.6        | 0.0        | 1.3     | 0.4    |
| >8  | 4.3       | 5.0        | 6.5        | 5.0        | 3.3        | 1.1        | 6.5     | 2.0    |

Los hombres casados sobrepasaban por dos a los hombres solteros en cuanto a haber tenido una sola pareja. El número de parejas generalmente disminuía con la edad, así como con el matrimonio, excepto para el grupo de edad de 20-24. El 46.6% del grupo de edad de 20-24 había tenido 3 ó más parejas durante los últimos 12 meses, convirtiéndolo en el grupo más activo sexualmente. Esto fue seguido por el grupo de 15-19, 40% del cual había tenido más de 3 parejas durante los últimos 12 meses.

Respuestas a estas preguntas proporcionan medidas de lo que ya probablemente sabíamos: que los más jóvenes y los hombres solteros son los más activos sexualmente, y que los hombres urbanos son más activos que los pueblos pequeños. Sabemos por datos globales que los adultos jóvenes con múltiples parejas sexuales tienden a tener el índice más alto de infectarse con VIH, y de propagar la epidemia heterosexual del SIDA.

#### Cambio en Número de Parejas en los Últimos Tres Años

Preguntamos a los encuestados si el número de parejas sexuales que recordaban haber tenido en 1995 era mayor, menor o igual al que habían tenido en los pasados 12 meses. El 38.6% dijo que el número era mayor en 1995, el 33.1% dijo que era igual, y el 26.5% dijo que era menor. En otras palabras, el 38.6% dijo haber tenido menos parejas hoy comparado a tres años atrás, el 33.1% se mantuvo igual (algunos de éstos probablemente sólo tuvieron una pareja hace tres años, y por lo tanto no cambiarían a menos que se hubiesen vuelto abstinentes), y el grupo más pequeño, 26.5%, dijo tener más parejas ahora que antes. (Hubo 21 hombres, ó 1.6%, que dijo no recordar).

Hubo una diferencia significativa por grupo de edades, con el doble en el grupo de hombres de 20-24 y los de 24-34 años diciendo menos parejas que aquellos del

grupo de los más jóvenes, es decir, los de 15-19. Esto es esperado porque los del grupo más joven habrían tenido 12 años de edad tres años atrás; muchos de este grupo podrían no haber tenido ninguna pareja en 1995 y pudieron haber tenido una sola pareja en el momento de la entrevista. De hecho, sabemos por otra pregunta que 119 del grupo de edad 15-19 (288 hombres) no habían iniciado actividad sexual; solamente 169 eran activos. Si restamos el grupo de edad 15-19 de nuestro análisis, sólo tendríamos un 12.8% de hombres que dijo tener más parejas en 1998 que en 1995.

Por otro lado, algunos hombres en el grupo de edad de los más jóvenes sin duda habrían incrementado su nivel de actividad sexual entre 1995-1998, ya que este grupo representa el intervalo entre debut coital y el establecimiento de una relación permanente, que se conoce como un período de relativa alta exploración sexual. Para llegar a un estimado real del número actual de hombres que han aumentado en vez de reducir el número de parejas sexuales, quizás sea razonable restar la mitad de los hombres activos sexualmente en el grupo 15-19 (aquellos que habrían tenido 12-15 en 1995), ó 85 hombres. De esta manera encontramos 245 hombres que dijeron haber tenido más parejas en 1998, ó 18.5% del total de la muestra.

Para evaluar cualquier respuesta sobre el número de parejas

sexuales, debemos tener en mente que el número de parejas (y otras conductas de riesgo) normalmente disminuye con la edad, por lo tanto, esperaríamos que los encuestados en cualquier momento reportaran reducción en el número de pareja. Una mejor forma de demostrar la reducción de pareja, o la falta de ésta, es siguiendo la cohorte de edad a través del tiempo. Pero los estudios tienen que iniciar en algún momento y este estudio puede servir como una línea basal para estudios futuros de CCS/SC en edades específicas.

“El 79% de los encuestados dijo haber cambiado su conducta como resultado del temor al SIDA”

Debe recordarse que del 79% de los encuestados que dijo haber cambiado su conducta como resultado del temor al SIDA, muchos lo hicieron de manera distinta a la reducción del número de parejas. De hecho, sólo el 8.5% ofreció esta explicación espontánea, mientras otros que pudieron haberlo hecho estarían en el 25.6% que afirmó “no estar en el medio”. Además, en hallazgos recientes entre grupos focales de OMSA y Development Associates, se corrobora la evidencia de que es posible que la reducción absoluta en el número de parejas no es la principal manera de CCS/SC reconocida o practicada por los encuestados. Esto es significativo tanto a nivel

**TABLA 4:**  
**PROMEDIO DEL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS PASADOS 12 MESES COMPARACION ENTRE PAISES/ CIUDADES DE HOMBRES SEXUALMENTE ACTIVOS ENTRE 15-19 AÑOS**  
 (Adaptado de Carael 1995:82).

| PAIS/CIUDAD          | PROMEDIO NUMERO DE PAREJAS |
|----------------------|----------------------------|
| Kenya                | 1.6                        |
| Guinea Bissau        | 1.7                        |
| Manila               | 1.8                        |
| Togo                 | 2.0                        |
| Lesoto               | 2.3                        |
| Costa de Marfil      | 2.4                        |
| Tanzania             | 2.5                        |
| República Dominicana | 2.56                       |
| Río de Janeiro       | 2.6                        |
| Tailandia            | 3.8                        |
| Singapur             | 4.5                        |

programático como metodológico. Con respecto a este último, los estudios no deben asumir a priori que la reducción del número de parejas es la única forma de medir la reducción de riesgo y CCS/SC.

#### Número de Parejas desde una Perspectiva Trans-cultural

¿Son los números absolutos de parejas sexuales encontrados en el presente estudio — un promedio de aproximadamente dos parejas por año— altos o bajos según los estándares de los países en vías de desarrollo? Tenemos datos de otros 10 países que sirven de base para una comparación, por lo menos para el grupo de edad que se considera que está en mayor riesgo, el de 15-19. El promedio del número de parejas para el hombre dominicano en este grupo es 2.56, lo cual es casi igual al promedio en los otros 10 países o ciudades en varias partes del mundo donde existen datos comparables sobre hombres

activos sexualmente. (Carael 1995:82). Por supuesto, los 10 países o ciudades que usamos como base de comparación no son necesariamente representativos de nada, excepto por haber sido en esos lugares donde se llevaron a cabo los estudios. Es difícil testificar la validez de estudios de este tipo.

En el presente estudio se hizo una pregunta de seguimiento que hacía mención al número de parejas. Esta fue: “Puede decirme quiénes fueron esas mujeres además de su pareja fija?” Las respuestas se resumen en la Tabla 5. La respuesta más común (45.7%) fue “amiga”, lo cual en el presente contexto significa una amiga con la cual no existe ningún tipo de compromiso en cuanto a matrimonio. Sólo 18.9% hizo referencia a parejas casuales o Trabajadoras Sexuales. Igual que con los otros hallazgos, resulta lamentable que no exista información de años atrás con la cual se puedan comparar estos datos.

El valor de 5.6% citando a una “prostituta” o Trabajadora Sexual se corrobora con respuestas dadas a una pregunta aparte: “¿Alguna vez durante los últimos 12 meses ha dado dinero, regalos o favores a cambio de relaciones sexuales?” Solamente 7.6% respondió sí (y sólo 3.7% de los del grupo de edad de 15-19). Si se asume la veracidad de la respuesta, esta última pregunta provee una medida más directa de sexo comercial en el año pasado, definido muy ampliamente.

**TABLA 5:**  
**CLASIFICACION DE PAREJAS SEXUALES EN ADICION A LAS PAREJAS FIJAS (por Grupo de Edad)**

| Quién fue la Pareja             | Total (%) | Edad 15-19 | Edad 20-24 | Edad 25-34 | Edad 35-49 | Edad 50-64 |
|---------------------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Otra amiga                      | 45.7      | 42.1       | 42.1       | 45.1       | 51.0       | 56.9       |
| Otra novia                      | 16.6      | 23.7       | 21.0       | 13.4       | 11.4       | 7.6        |
| Mi última amiga                 | 14.8      | 17.8       | 13.3       | 16.4       | 13.0       | 10.7       |
| Relación casual                 | 6.8       | 4.3        | 6.0        | 8.9        | 5.9        | 10.7       |
| Persona conocida hace unos días | 6.5       | 4.4        | 8.1        | 6.3        | 6.5        | 7.6        |
| Trabajadoras Sexuales           | 5.6       | 5.4        | 6.0        | 5.6        | 7.0        | 1.5        |
| Otras                           | 3.6       | 2.1        | 3.2        | 4.1        | 4.8        | 4.6        |

**TABLA 6:**  
**CLASIFICACION DE PAREJAS SEXUALES EN ADICION A LAS PAREJAS FIJAS (por Estado Marital)**

| Quién fue la Pareja             | Total (%) | Soltero | Casado |
|---------------------------------|-----------|---------|--------|
| Otra amiga                      | 45.7      | 44.0    | 49.6   |
| Otra novia                      | 16.6      | 17.7    | 14.2   |
| Mi última amiga                 | 14.8      | 14.5    | 15.6   |
| Relación casual                 | 6.8       | 7.9     | 5.5    |
| Persona conocida hace unos días | 6.5       | 7.2     | 4.8    |
| Trabajadoras Sexuales           | 5.6       | 6.6     | 3.4    |
| Otras                           | 3.6       | 2.4     | 6.6    |

También preguntamos a los encuestados si habían recibido dinero, regalos, o favores a cambio de tener relaciones sexuales. Una proporción menor, el 5.8%, contestó que sí.

#### Interpretación de los Hallazgos

Aparentemente, hubo CCS relacionadas con la reducción de pareja y la monogamia/fidelidad. También existe evidencia sobre el retardo del debut coital y abstinencia entre aquellos activos sexualmente. Podemos decir más sobre el hombre dominicano en

categorías ligeramente riesgosas al momento de la entrevista, que sobre lo que este cambio representa. Al carecer de una base de datos cuantitativos, sólo podemos hacer lo que otros "estudios de la primera generación" sobre CCS han hecho, a saber, preguntarle a los encuestados si recuerdan cómo era su conducta sexual unos años atrás, y compararla con la actual. Considerando estas respuestas junto a otras respuestas claves, parecería que un grupo bastante grande de hombres dominicanos ha cambiado su conducta, aunque

ésta sea para algunos sólo el mejoramiento de la conducta anterior, y permanezcan con cierto riesgo de infectarse con el VIH.

Según se resume en la Tabla 3 de arriba, el 51% de los encuestados dijo tener sólo una pareja en el presente; el 4.4% adicional no ha iniciado todavía su primer contacto sexual (2.8%), o no había tenido relaciones en el pasado año (1.6%). Algunos en este grupo pudieron haber tenido sólo una pareja en 1995. A juzgar por la pregunta general sobre CCS en la cual el 79% dijo haber cambiado, aproximadamente el 44% dijo o insinuó la reducción de pareja (la respuesta insinuada fue que ya "no están en el medio"). Este grupo tiene el menor riesgo de infectarse con el VIH/ETS.

Aproximadamente el 10% tuvo dos parejas sexuales, pero dijo sentirse seguro porque usa condón con la pareja menos fija. Esta conducta no está exenta de riesgo del VIH, por lo que la hemos clasificado de riesgo bajo-moderado.

Entre el 15-25% (dependiendo de las respuestas que consideremos) cree haber cambiado su conducta pero tiene más de una pareja. El cambio reconocido es que ahora, a diferencia de antes, el encuestado conoce a la pareja(s) externa. No usan condones con estas parejas. Se puede decir que los hombres en este grupo han experimentado CCS, porque la

conducta actual representa un avance sobre la conducta anterior de "sexo con cualquiera". Sin embargo, hablando en términos relativos estos hombres se corren el riesgo moderado de infectarse con el VIH.

Finalmente, existe un grupo de hombres (10%-20%, dependiendo de las respuestas que consideremos) que tienen múltiples parejas y que no usan condones, excepto probablemente con Trabajadoras Sexuales, quienes hoy en día insisten en usarlos. Su conducta no ha cambiado o ha cambiado en la dirección equivocada hacia un mayor riesgo de contraer VIH. Estos están en un alto riesgo.

El tamaño de estos grupos no puede precisarse debido a un número de razones, incluyendo la falibilidad de las respuestas auto-reportadas sobre CCS, y la "base retrospectiva de datos" de 1995. Sin embargo, tales limitaciones son inherentes a estudios de este

tipo. Los hallazgos actuales pueden servir al menos como: (1) una línea de base para futuros estudios de CCS en la República Dominicana; (2) una guía para programas de prevención de VIH/SIDA/ETS que quisieran refinar o adaptar enfoques y mensajes, adecuándolos a las necesidades particulares de grupos masculinos en riesgo; y (3) una base general para hacer comparaciones con otros países.

### Cambio de Conducta Relacionada al Condón

Claramente, ha habido un cambio significativo en la conducta sexual sin uso de condón en la República Dominicana. ¿Y qué de CCS relacionada con el condón? De hecho, esto también ha ocurrido. Según lo señalado arriba e indicado en la Tabla 1, la prevalencia del condón definido como uso en los pasados 90 días fue de 8.8% en 1998 a 26.3% en

1996, a nivel nacional. Definido como uso en los últimos 60 días, los datos muestran que la prevalencia nacional fue de 24.3% en 1995 a 26.8% en 1998. Por lo tanto, se ha triplicado en términos de uso generalizado durante los últimos 10 años, pero existe una aparente nivelación o tope en los últimos 4 años.

La tendencia en la prevalencia está corroborada por la tendencia de las altas ventas del principal condón en la República Dominicana, Protector (a través del programa de mercadeo social de PROFAMILIA), según se muestra en la Tabla 8. La información del primer trimestre de 1998 (no indicado) muestra una marcada disminución en las ventas.

Lo más importante desde el punto de vista de prevención del SIDA sería la regularidad de su uso en situaciones de alto riesgo. Las trabajadoras sexuales están bien establecidas en la Repúbli-

TABLA 7:

### RECIENTES TIPOS DE CAMBIO DE CONDUCTA SEXUAL

| Tamaño del Grupo, Cambio   | Conducta Actual   | Riesgo Relativo Actual |
|--|---|------------------------|
| Proporción general estimada = 79% de los cuales: c. 44% del total han reducido parejas y otro (35%) ha cambiado en otras direcciones positivas | c. 55% tienen una pareja o se abstienen   | Riesgo mínimo          |
|  | c. 10% tienen 2 parejas sexuales, pero usan condón  | Riesgo bajo-moderado   |
|  | c. 15-25% tienen una relación adicional fuera de su relación fija con amigas "conocidas" y no usan condones | Riesgo moderado        |
| Proporción general estimada = c. 20%<br>Este grupo no ha cambiado (algunos pudieron no necesitarlo) o cambiaron en dirección de riesgo         | Hasta un 20% tiene parejas múltiples, no usan condones excepto probablemente con Trabajadoras Sexuales.     | Alto Riesgo            |

**TABLA 8:**  
**TENDENCIA DE VENTAS DE PROTECTOR\***  
 Estimado 1988 a 1997  
 (X 1,000)

| 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  |
|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 24   | 296  | 448  | 809  | 1,500 | 1,606 | 1,430 | 1,650 | 1,518 | 1,675 |

\* se refiere a ventas del distribuidor al mercado

ca Dominicana. La educación de prevención contra el SIDA ha tenido como blanco a las Trabajadoras Sexuales desde mediados de los 80's, de hecho, cuando se inició el programa de prevención del SIDA (Green y Conde 1988). Existen datos recientes que proveen evidencia de los altos niveles del uso regular de condones entre Trabajadoras Sexuales y sus parejas. Por ejemplo, un estudio de CCAP en Santo Domingo realizado con Trabajadores Sexuales por COIN (Centro de Orientación Integral) señala que el uso de condones se incrementó de 58% "con clientes regulares" en 1992, a entre 92.3% y 100% (dependiendo de la zona) "con todos los últimos 5 clientes" en 1996 (CESDEM/COIN/AIDSCAP 1996). Estos hallazgos están avalados por estudios cualitativos de grupos focales conducidos por OMSA en años recientes. Estos datos también son comparables a la ampliamente conocida "historia de éxito" de Tailandia sobre SIDA/Condón. Se ha reportado que el uso de condón en los burdeles de Tailandia aumentó de 10% en 1989 a más de 90% en 1992 (UNAIDS 1998:15).

En resumen, parece ser que la República Dominicana está en el proceso de implementar los dos modelos de disminución de VIH indicados arriba: el modelo tailandés en el cual un alto porcentaje de hombres que tienen sexo con Trabajadoras Sexuales empezaron a usar condones, y lo que hemos llamado el modelo Uganda, en el cual un número significativo de hombres redujeron el número de parejas sexuales o permanecían fiel a una. En otras palabras, ha habido, y aparentemente continuará habiendo, el CCS/S y CCS/SC en la República Dominicana.

Si esto ciertamente ocurre, debería haber algún impacto en la incidencia de ETS o en infecciones de VIH. De hecho, existen datos que avalan esto. Estadísticas nacionales sobre la incidencia de sífilis muestran una reducción de casos desde c.160 por 100,000 en 1986 a c. 30/100,000 en 1995 (SESPAS/OPS 1996).

Los datos reportados de casos de VIH positivo del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS) muestran un descenso de 533

casos en 1993, a 410 en 1994, a 461 en 1995, a 233 en 1996, a 363 en 1997 a 24 casos durante los primeros 5 meses de 1998 (SESPAS/PROCETS 1997). Existen datos de Santo Domingo del Instituto Dermatológico entre 1988-1997 que demuestran una reducción general en el número de pacientes que solicitan atención médica (de 4,445 a 2,900 en 10 años); la proporción de pacientes con sífilis (de 13.97% a 4.86% en 10 años); la proporción de pacientes con gonorrea (de 15.59% a 5.59% en 10 años); y hasta en los últimos 3-5 años, el número y proporción de pacientes diagnosticados como VIH positivo (de 5.67% [n=192] en 1994 a 3.41% [n=99] en 1997).

Quizás porque las ETS son cofactores probados en la divulgación de la infección VIH, y las infecciones ETS por lo general preceden a la infección de VIH, y a la luz de la contribución significativa del cofactor de ETS en la epidemia heterosexual del SIDA (como en la República Dominicana), esperaríamos que la incidencia de ETS se reduzca antes que las infecciones por VIH. Esto parece ser lo que ha pasado en la República Dominicana: hay indicaciones que la tasa de ETS ha caído en los últimos 10 años, mientras que las tasas de infecciones de VIH han bajado en los últimos 5 años.

Lo que se necesita para demostrar adecuadamente la reducción de la incidencia de

VIH es un estudio de cohorte prospectivo, en el cual a un grupo de individuos no infectados se le da seguimiento en el transcurso del tiempo para ver cuántos de ellos se infectan (UNAIDS 1998:10).

### ¿Por qué ha Ocurrido el Cambio?

Tanto el cambio de conducta relacionado con el uso del condón como el cambio de conducta sin el uso del condón parecen haber contribuido a la reducción de ETS y VIH, sea cual sea la contribución de otros factores como tratamiento de ETS. El presente estudio proporciona evidencia del último. El uso del condón se incrementó de manera constante después de 1988, de hecho, desde 1986 se ha reportado un aumento significativo en el uso de condón en Santo Domingo lo cual fue reportado en un estudio en 1987 (Green y Conde 1988). El estudio de 1987 muestra que el uso de condones se incrementó por miedo al SIDA. De hecho, el programa de prevención de SIDA del gobierno en 1987, aparentemente fue uno de los mejores en ese tiempo a nivel mundial. Existían unos niveles más altos de concientización (concientización de cómo VIH se transmite y se previene) entre hombres en Santo Domingo en 1987, que entre hombres más educados, y ricos de los Estados

Unidos en esa época (Green y Conde 1988).

El gran uso de condones entre Trabajadoras Sexuales y clientes aparentemente se desarrolló algo más recientemente, a mediados de los 90. Datos nacionales y de Santo Domingo sugieren que la incidencia de la sífilis empezó a descender en 1986-1988, sugiriendo que el CCS/SC puede haber sido un factor causal con más incidencia en la reducción de sífilis que el CCS/C.

La contribución de CCS/SC en la disminución de ETS y quizás en la incidencia de VIH esté menos documentada, pero esto no quiere decir que la reducción de pareja, fidelidad/monogamia, etc. no haya sido un conglomerado de factores. De hecho, cuando se preguntó directamente sobre CCS, hubo 4 ó 5 veces más respuestas de CCS/SC que CCS/C en el presente estudio y en ENDESA 1996. Aunque la conducta de usar condón fuera sub-reportada en ambos estudios por cualesquiera que fueran las razones, una justa interpretación debe ser que CCS/SC fue significativa.

¿Pero cuáles han sido las causas aproximadas? ¿Qué se ha considerado como alto nivel del uso generalizado de condón, absolutamente alto nivel de uso del condón con Trabajadoras Sexuales, y los diferentes tipos de CCS/SC documentados aquí?

Es difícil decir, pero la República Dominicana tiene desde un principio programas de prevención del SIDA del sector público, así como un sector privado de mucha incidencia, maduro, un programa de mercadeo social de anticonceptivos (MSA) (el de IPPF afiliado a PROFAMILIA<sup>2</sup>). Desde 1988, ha habido apoyo de USAID a programas de prevención de SIDA (AIDSCOM, AIDSCAP); planificación familiar efectiva, incluyendo programas MSA (SOMARC, Proyecto de Soporte Técnico para Planificación Familiar); planificación familiar con sector privado de alto impacto integrado con programas de prevención del SIDA (PROFAMILIA, ADOPLAFAM, MUDE, etc.) en adición a los progresos del sector público. Investigación adicional es necesaria para entender mejor la contribución de los diferentes programas y enfoques sobre la reducción de ETS y VIH.

2 Cf Green 1988 y estudios anuales "CCAP/ Intercept" conducido por OMSA desde 1987.

## Referencias

Asiimwe-Okiror, G., 1995: "Brief Report on Population Based Survey in Jinja District." Kampala: STD/AIDS Control Programme, Nov. 1995.

Brown, T., W. Sittitrai, S. Vanichseni, and U. Thisyakorn, "The recent epidemiology of HIV and AIDS in Thailand." AIDS, 1994;8 Suppl 2:S131-41.

Carael, Michel. "Sexual Behavior" in John Cleland and Benoit Ferry, Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World. London: Taylor & Francis for the World Health Organization, 1995, pp. 77-123.

DHS/Macro International, CESDEM, PROFAMILIA, & ONAPLAN, "República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud, 1996. ENDESA-96." Informe Preliminar. Santo Domingo: Feb. 1997, p.174.

Green, E.C., "Characterizing the Socioeconomic Status of Consumers in Developing Nations — New Methods from the Field in the Dominican Republic," Occasional Papers: SOMARC, Social Marketing for Change, Washington, D.C.: The Futures Group, July, 1987.

Green, E.C., "A Consumer Intercept Study of Oral Contraceptive Users in the Dominican Republic." Studies in Family Planning. Vol. 19, No. 2, 1988, pp. 109-117.

Green, E.C. and A. Conde, "AIDS and Condoms in the Dominican Republic: Evaluation of an AIDS Education Campaign." in Kulstad, R., AIDS 1988: AAAS Symposium Papers. Washington, D.C.: American Association for the Advancement of Science Press, 1988, pp.275-288.

Hanenberg, R.S., W. Rojanapithayakorn, P. Kunasol P, D.C. Sokal, "Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases." Lancet. 1994 Jul. 23; 344(8917):243-5.

OMSA. 1998. Estudio de Comportamiento Sexual del Hombre. Proyecto de Planificación Familiar y Salud (USAID 517-0259), Santo Domingo.

Pielemeier, J., S. de George, H. Fluty, W. O'Loughlin, D. Odhiambo and K. Wagner. "Process Evaluation of the AIDS Technical Support Project (ATSP)," Washington, D.C., USAID, Division of HIV/AIDS, June 1996.

Pool, R., M. Maswe, J. Ties Boerma, S. Nnko. "The price of Promiscuity: Why Urban Males in Tanzania are Changing their Sexual Behavior." Health Transition Review, 6, 1996: 203-221.

SESPAS/PAHO (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y PAHO), La Situación de Salud de Republica Dominicana: 1996.

Simon, G., T. Zhuwau, R.M. Anderson and S.K. Chandiwana. "Is There Evidence for Behaviour Change in Response to AIDS in Rural Zimbabwe?" Soc.Sci.Med. 46:3, pp.321-330, 1998.

UNAIDS, "Relationships of HIV and STD Declines in Thailand to Behavioural Change: a synthesis of existing studies." Geneva: UNAIDS 1998.

Weniger, B., and T. Brown, "The March of AIDS Through Asia." NE J. of Medicine, 335:343-345, Aug 1, 1996.

World Bank, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. New York: Oxford Univ. Press.



-Esta edición ha sido impresa con fondos del Proyecto de Planificación Familiar y Salud (USAID - 517-0259)



Agency for International Development