

## **II. Resultados del estudio.**

La Encuesta permitió estimar la magnitud de HSH, PPST y personas Trans de 12 a 49 años y 15 a 49 años y conocer los conocimientos, comportamientos, actitudes, oportunidades, motivaciones, habilidades y percepciones de la población cubana en general y de los HSH y las PPST en particular, en torno al VIH y al sida. Posibilitó además determinar los logros alcanzados y las brechas que existen desde el punto de vista de la prevención.

Teniendo en cuenta que las características sociodemográficas y económicas de las personas, son factores que pueden incidir en determinados comportamientos, conductas y actitudes, y por ende deben ser tomados en cuenta en el diseño de las acciones, se ha considerado, como primer resultado, presentar el perfil de las poblaciones en estudio.

Posteriormente se evaluará el resultado de las acciones preventivas en las diferentes sub-poblaciones en estudio y se ofrecerá un diagnóstico de las necesidades en términos de conocimientos, comportamiento sexual, percepciones, actitudes, creencias en torno al VIH/sida y al uso del condón, autoestima, capacidades de negociación del uso del condón en las relaciones sexuales, así como aceptación y respeto a las PVV, los HSH y las poblaciones Trans, de forma tal que estos elementos sirvan de utilidad en las acciones futuras encaminadas a motivar decisiones individuales positivas en lo referente al auto cuidado y cuidado de la pareja, y por tanto a evitar la propagación del VIH en el país.

Los principales indicadores en estudio se presentarán, según la muestra lo permita y se considere necesario, con desagregación por sexo, grupos quinquenales de edad, provincia, zona de residencia, color de la piel, estado civil o conyugal y nivel de escolaridad.

### **II.1 Características sociodemográficas y perfil de las poblaciones en estudio.**

El estudio de las características sociodemográficas será la base para determinar el perfil de la población cubana de 12 a 49 años. Entre ellas se contemplará la estructura por sexo y edad, la distribución por provincias y zonas de residencia, el nivel educacional, el estado civil o conyugal, la estructura por color de la piel y por condición de actividad, así como la movilidad territorial.

Para facilitar el análisis se trabajará con tres grupos específicos que tienen la peculiaridad de que las personas que los integran tienen entre 12 y 49 años de edad

- 1) Población general dividida en hombres y mujeres
- 2) Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

### 3) Personas que practican sexo transaccional (PPST), divididas en hombres y mujeres<sup>9</sup>

#### II.1.1 Estructura por sexo y edad

La población cubana de 12 a 49 años, comprendida por 5 876 821 personas, presenta un equilibrio en cuanto a sexo; está compuesta por un 50.8% de hombres y un 49.2% de mujeres. Tiene una edad media y mediana de 31.7 y 32 años respectivamente y una edad modal de 48 años, lo que responde al proceso de envejecimiento poblacional por el cual transita el país (cuadro 2.1 y 2.2).

**Cuadro 2.1. Estructura por sexo de los distintos grupos poblacionales en estudio. Personas de 12 a 49 años**

Sexo	Población General N=5 876 821 n=30 915	HSH N=279 531	PPST N=82 603	Personas Trans N=3 700
Hombres	50.8	100.0	55.9	90.5
Mujeres	49.2	0.0	44.1	9.5
Ambos sexos	100.0	100.0	100.0	100.0
Población 15 a 49 años	N=5 484 834	N=279 249	N=82 451	N=3 700

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

Los HSH, estimados en algo más de un cuarto de millón (279 531) representan el 9.4% de los hombres cubanos de 12 a 49 años y el 10.5% dentro de los hombres que han tenido relaciones sexuales alguna vez. Según su comportamiento sexual de 6 de cada 10 (64.1%) son bisexuales, es decir son hombres que han tenido relaciones sexuales con otros hombres, pero también con mujeres y un 4.4% PPST. Tienen una edad promedio un año superior a la registrada para los hombres de la población general (33.3 años versus 31.7 años) y una modal de 48 años.

En este escenario, llama la atención que dentro de la población masculina las proporciones de HSH en el grupo de 12 a 19 años sean inferiores a las de los hombres de esas mismas edades (8.8% vs. 18.9%), en tanto a partir de los 20 años se revierte esta situación (cuadro 2.2). Una posible interpretación de este comportamiento es que los hombres con preferencias sexuales por su mismo sexo, inicien a edades más adultas sus prácticas sexuales con otros hombres, o que los más jóvenes, habiéndose iniciado, no declaren este tipo de prácticas por temor a revelar su identidad sexual producto de los prejuicios sociales que aún prevalecen en torno a la orientación homo-bisexual.

<sup>9</sup> **NOTA:** Aunque se presentarán datos de las PPST por sexo y grupos de edades, estos solo deben tomarse como indicativos, ya que estas personas son muy poco frecuentes en la población y por tanto dentro de una muestra no es posible obtener cantidades suficientes como para dar resultados con una precisión aceptable a ese nivel de apertura.

**Cuadro 2.2. Proporciones por edad y edad media y mediana de los distintos grupos poblacionales, según sexo**

Edad	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
12-14	6.7	6.7	6.6	0.1	0.2	0.3	-
15-19	12.0	12.2	11.8	8.7	9.8	9.4	10.3
20-24	12.1	12.3	11.9	14.4	19.2	22.4	15.1
25-29	13.9	14.1	13.7	17.0	16.1	15.6	16.7
30-34	12.4	12.5	12.3	14.3	13.2	11.0	16.0
35-39	10.7	10.7	10.7	11.1	15.2	16.4	13.7
40-44	15.3	15.1	15.5	15.6	13.8	15.3	11.8
45-49	17.0	16.5	17.5	18.8	12.6	9.5	16.5
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Edad media</b> (años)	31.7	31.5	31.8	33.3	31.8	31.2	32.6
<b>Edad mediana</b> (años)	32.0	31.0	32.0	32.0	31.0	31.0	32.0
<b>Edad Modal</b>	48.0	48.0	48.0	48.0	21.0	21.0	18.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

Nota: La casilla asociada a mujeres PPST que aparece en blanco, no debe interpretarse como que no existen en esa sub-población personas de esas edades. En realidad, las PPST solo representan el 1.4% dentro de la población en estudio, por lo que, tratándose de una muestra, las casillas nulas indican que hay muy poca presencia de PPST con edades dentro de ese rango.

Las PPST, estimadas en 82 603, representan el 1.4% de la población de 12 a 49 años, el 1.5% de los hombres y 1.3% de las mujeres comprendidas en esas edades, pero en su distribución por edades no se reproduce el mismo comportamiento que se registra en la población (cuadro 2.2). Las personas con este tipo de prácticas tienen una edad modal inferior a la mitad de la que se registra en la población (21 años versus 48 años), siendo particularmente distintivo el hecho de que la edad modal de las mujeres que practican sexo transaccional es 3 años menor que la de los varones con este tipo de prácticas (18 años versus 21 años).

En cuanto a la distribución por sexo de las PPST se aprecia un desequilibrio en las proporciones de hombres y mujeres (55.9% vs. 44.1%), que indica que este tipo de prácticas en el caso cubano es más frecuente entre los varones, con la peculiaridad de que en las primeras edades (15-19 años) la proporción de muchachas supera ligeramente a la de los muchachos, pudiendo sugerir que ellas inician prácticas de sexo transaccional desde edades más tempranas que ellos.

En cuanto a los hombres que practican sexo transaccional, pudo corroborarse que la tercera parte (26.5%) tienen prácticas homo-bisexuales, en tanto el resto realizan este tipo de intercambio con mujeres. También se verificó que la mayoría de los HSH (95.6%) no practican sexo transaccional y en el caso de las personas Trans, estimadas por la encuesta en 3700 (IC 95%: [1435-5966]), algo más de la mitad (52.1%), se involucra en este tipo de intercambios.

Vale señalar que en este escenario, los universos de poblaciones clave en la respuesta al VIH pudieron estimarse en: 279 249 HSH de 15 a 49 años, 82 451 PPST de 15 a 49 años y 3 700 personas Trans comprendidas en esas edades (cuadro 2.1), y como es justo en esas poblaciones y en ese rango de edad donde se prioriza la respuesta al VIH, un grupo importante de los indicadores presentados en a lo largo de la publicación, tendrán ese desglose.

## II.1.2 Distribución por provincias y zonas de residencia: urbana o rural

En Cuba, al igual que ocurre en la mayoría de los países, la distribución de las personas por provincias no es uniforme. La Habana resulta ser la provincia mayormente poblada (cuadro 2.3) y concentra cerca de la quinta parte de la población (18.5%). Le siguen en orden de proporciones a la capital, Santiago de Cuba y Holguín que reúnen el 9.5% y 9.2% respectivamente. Estas tres provincias agrupan algo más de la tercera parte de la población (el 37.2%), siendo similar la situación tanto para el caso de los hombres como para el de las mujeres.

**Cuadro 2.3. Distribución por provincia de los distintos grupos poblacionales en estudio.**

Provincia de residencia	Población General			HSH	PPST
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		
Pinar del Río	5.2	5.2	5.1	6.0	4.4
Artemisa	4.7	4.7	4.6	4.5	4.3
La Habana	18.5	18.1	18.8	20.5	24.5
Mayabeque	3.4	3.5	3.4	4.0	3.3
Matanzas	6.4	6.4	6.3	7.2	4.2
Villa Clara	6.7	6.7	6.6	6.8	3.2
Cienfuegos	3.6	3.6	3.6	4.3	2.8
Sancti Spiritus	4.1	4.1	4.1	3.8	2.0
Ciego de Ávila	4.0	4.0	4.0	4.5	3.2
Camagüey	6.9	6.8	6.9	5.5	4.9
Las Tunas	4.9	4.9	4.8	4.1	1.9
Holguín	9.2	9.3	9.2	11.1	12.3
Granma	7.6	7.6	7.5	5.7	3.4
Santiago de Cuba	9.5	9.5	9.5	7.2	20.1
Guantánamo	4.7	4.7	4.8	4.0	5.1
Isla de la Juventud	0.8	0.8	0.8	0.8	0.5
<b>CUBA</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

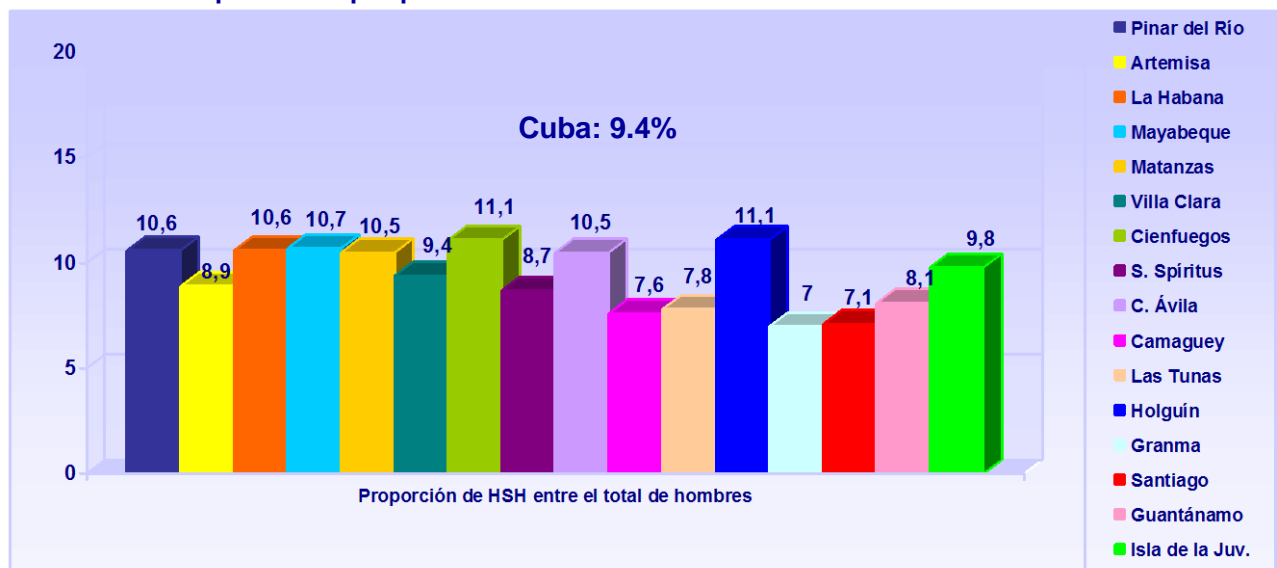
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

En el caso de los HSH en esas provincias se encuentra el 38.8% de ellos, proporción que unida a la de Matanzas y Villa Clara se eleva al 52.8%, es decir, que más de la mitad de los HSH cubanos se agrupan entre esas cinco provincias del país.

Las PPST provienen fundamentalmente de La Habana y Santiago de Cuba, pero también se registran en Holguín cifras muy superiores a la media nacional. En esas tres provincias se concentran más de la mitad de las mismas (56.9%).

Un análisis al interior de cada provincia de la proporción de HSH dentro del total de hombres (gráfico 2.1), revela que se verifican proporciones de HSH superiores a la media nacional en Pinar del Río, La Habana, Mayabeque, Matanzas, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Holguín y el municipio especial Isla de la Juventud, en tanto las menores proporciones se registran en Granma y Santiago de Cuba.

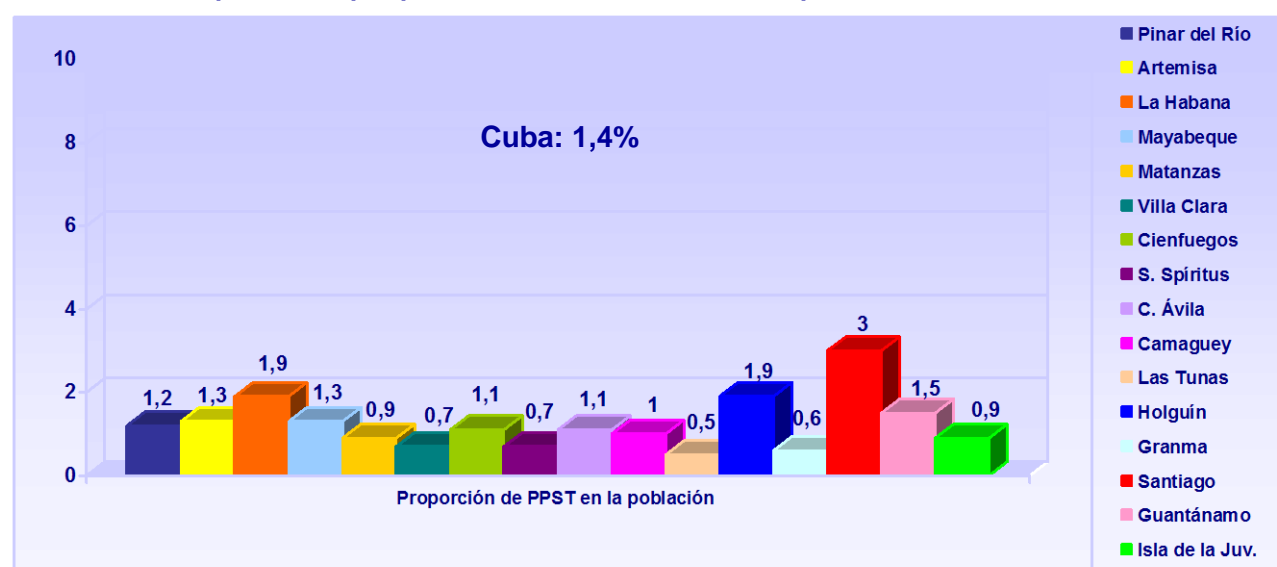
**Gráfico 2.1. Proporciones por provincia de HSH dentro del total de hombres de 12 a 49 años.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Respecto a las PPST son más frecuentes en la población de Santiago de Cuba, de hecho, como se muestra en el siguiente gráfico, practicaron sexo transaccional el año previo a la encuesta el 3% de la población de 12 a 49 años residente en ese territorio.

**Gráfico 2.2. Proporciones por provincia de PPST dentro de la población de 12 a 49 años.**

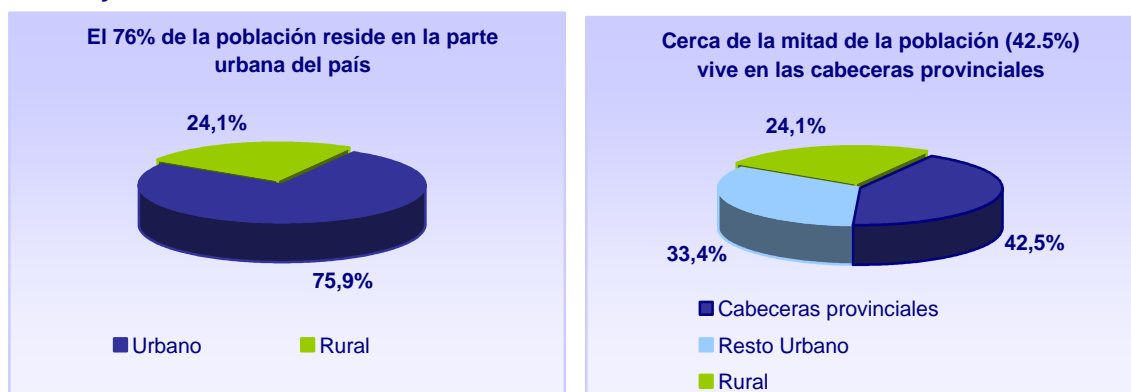


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Además de Santiago de Cuba, se registran proporciones de PPST superiores a la media nacional en La Habana, Holguín y Guantánamo, mientras que las provincias que menos aportan son Villa Clara, Sancti Spíritus, Las Tunas y Granma.

En cuanto a la distribución de la población por zonas de residencia, se refleja el elevado nivel de urbanización del país, tres de cada cuatro personas de 12 a 49 años (75.9%) residen en asentamientos considerados como urbanos y un 42.5% específicamente en los municipios cabeceras de provincia.

**Gráfico 2.3. Estructura de la población de 12 a 49 años por zona de residencia: capitales provinciales, resto urbano y zona rural**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Por zona de residencia, mientras en la urbana se aprecia un comportamiento equilibrado en las proporciones de hombres y mujeres, en la zona rural se distinguen marcadas diferencias, con una participación masculina del 53.9% versus un 46.1% de mujeres.

**Cuadro 2.4. Proporciones por zona de residencia de los HSH dentro del total de hombres y de los restantes grupos dentro del total de personas de 12 a 49 años, según sexo**

Zona de Residencia		Población General		HSH	PPST		
		Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
<b>Zona Urbana</b>	Cabeceras Provinciales	49.6	50.4	9.9	1.6	2.0	1.2
	Resto Urbano	50.3	49.7	9.2	1.6	1.5	1.7
<b>Zona Rural</b>		53.9	46.1	8.9	0.9	0.9	0.7
<b>Cuba-Ambas Zonas</b>		50.8	49.2	9.4	1.4	1.5	1.3

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Comparativamente, las relaciones sexuales entre hombres parecen ser más comunes en las zonas urbanas que en las rurales, y dentro de las zonas urbanas, mucho más frecuentes entre los hombres residentes en los municipios cabeceras de provincia que entre quienes viven en el resto

del territorio urbano. De hecho, las proporciones de HSH entre los hombres residentes en las cabeceras de provincia, son superiores a la media nacional (9.9% vs. 9.4%).

En el caso de las PPST también se registran las mayores proporciones entre los habitantes de la zona urbana del país, reproduciéndose este comportamiento tanto entre los hombres como entre las mujeres. Resultando distintivo en este escenario que la proporción de hombres residentes en cabeceras provinciales que practican sexo transaccional duplica la que se registra entre los residentes en la zona rural con este tipo de prácticas (2.0% vs. 0.9%) y, en el caso de las mujeres, las mayores proporciones se reportan entre las residentes en el territorio urbano no correspondiente con las cabeceras de provincia, entre quienes la proporción es algo más del doble de la que se registra en la zona rural (1.7% versus 0.7%).

### II.1.3 Nivel educacional

La población cubana en general tiene un alto nivel educacional y dentro del grupo de personas de 12 a 49 años, en el cual se incluyen adolescentes de 12 a 19 años que por sus edades no pueden haber terminado la enseñanza superior, esta cualidad también está presente. El 65.6% tiene enseñanza media-superior o superior terminada y entre ellos el 13.8% son universitarios.

**Cuadro 2.5. Proporciones por nivel educacional de los distintos grupos poblacionales en estudio, según sexo**

Nivel Alcanzado	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Ninguno	0.5	0.6	0.5	0.4	0.6	1.0	0.0
Enseñanza primaria	8.1	8.4	7.8	3.0	3.8	4.9	2.3
Enseñanza media	25.8	29.3	22.2	27.0	26.3	30.1	21.5
Enseñanza media superior	51.8	51.4	52.1	56.4	59.0	54.5	64.9
Enseñanza Superior	13.8	10.3	17.4	13.2	10.3	9.5	11.3
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Sin embargo, conforme con los resultados de otras investigaciones, las mujeres cubanas son más instruidas que los hombres, el 69.5% de ellas tienen enseñanza media superior o enseñanza superior terminada, mientras que en los hombres este grupo está integrado por un 61.7%, teniendo un peso importante en estas diferencias las proporciones de universitarios que son 7.1 puntos porcentuales más elevadas en las mujeres que en los hombres (17.4% versus 10.3%).

Los HSH también tienen un alto nivel de instrucción, el 69.6% de ellos tienen enseñanza media superior o enseñanza superior terminada y entre ellos el 13.2% tiene nivel universitario, siendo ambas proporciones superiores a las que se registran entre la población masculina en general.

Las PPST son en general relativamente menos instruidas que el resto de la población y particularmente en lo referido a la enseñanza superior. Aunque en su mayoría (69.3%) tienen enseñanza media superior vencida, son relativamente menores dentro de este grupo las proporciones de universitarios (10.3% versus 13.8% en la población general), reproduciéndose este diferencial tanto entre las mujeres como entre los hombres.

## II.1.4 Estado civil o conyugal

La composición de la población cubana de acuerdo al estado civil o conyugal (cuadro 2.6.) refleja que el grueso de las personas de 12 a 49 años (48.4%) tienen una pareja, siendo más frecuentes las uniones consensuales (31.9%) que los matrimonios (16.5%).

Por sexo se distinguen comportamientos diferenciales. Se observa predominio de solteros entre los hombres y de uniones consensuales entre las mujeres, y son desiguales también las proporciones de quienes tienen una pareja estable (44.3% para hombres vs. 52.8% para mujeres).

**Cuadro 2.6. Proporciones por estado civil o conyugal de los distintos grupos poblacionales en estudio, según sexo**

Estado Conyugal	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Unido(a)	31.9	30.2	33.7	37.7	18.7	18.4	19.1
Casado(a)	16.5	14.1	19.1	13.0	7.1	7.4	6.7
Separado(a)	9.1	8.8	9.4	9.3	24.4	17.1	33.6
Divorciado(a)	5.6	4.5	6.7	4.8	7.9	6.3	9.9
Viudo(a)	0.5	0.3	0.6	0.3	0.6	1.0	0.0
Soltero(a)	36.4	42.1	30.5	34.9	41.3	49.7	30.7
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

La estructura de los HSH según estado civil o conyugal refleja que la mitad (50.7%) tienen pareja estable y un 34.9% se mantienen solteros, solo que en sus relaciones de pareja las uniones consensuales son comparativamente más frecuentes que en el resto de la población.



Sin embargo, entre las PPST predominan los solteros, notándose, además, fundamentalmente entre las mujeres, frecuencias de “separadas o divorciadas” comparativamente superiores a las que reportan los restantes grupos.

## II.1.5 Estructura por color de la piel

Con el propósito de verificar si existen o no comportamientos y estilos de vida en la población que se diferencian según este atributo, se incluyó esta pregunta en el cuestionario y se orientó, al igual que en los Censos (1981, 2002, 2012) y otras encuestas de hogares de gran alcance realizadas previamente, que las personas fueran clasificadas por el entrevistador (sin realizar la pregunta) en “blanca, negra y mulata o mestiza” según color de la piel y no a partir de rasgos distintivos de etnicidad o raza.

**Cuadro 2.7. Proporciones por color de la piel de los distintos grupos poblacionales en estudio, según sexo**

Color de la piel	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Blanca	61.0	59.9	62.2	63.6	43.7	48.7	37.3
Negra	10.3	11.1	9.4	8.9	14.7	15.5	13.9
Mulata o mestiza	28.7	29.0	28.4	27.5	41.6	35.8	48.8
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida-2017

Los resultados alcanzados corroboran los revelados por otras investigaciones<sup>10</sup> e indican que en Cuba las personas con color de la piel blanca resultan mayoritarias en la población de 12 a 49 años (59.9% en hombres y 62.2% en mujeres). También resultan mayoritarias (63.6%) en los HSH, no ocurriendo así entre quienes practican sexo transaccional.

En el caso de los HSH, la proporción de blancos es relativamente superior a la que se registra en la población masculina (63.6% versus 59.9%) y en correspondencia son relativamente inferiores las proporciones de personas con color de la piel negra o mestiza, lo que indica que el sexo entre hombres es relativamente más frecuente entre la población blanca.

En las PPST se registran por sexo, marcadas diferencias de acuerdo con el color de la piel. Mientras que entre los hombres predominan los blancos, aunque con proporciones inferiores a las

<sup>10</sup> CEPDE-ONEI. Informe Nacional Censo de Población y Viviendas 2002 y 2012. Encuesta Nacional de Ocupación 2017. Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015.

registradas en la población masculina en general (48.7% vs. 59.9%), entre las mujeres predominan las no blancas y especialmente las mestizas o mulatas (48.8% mestizas, 13.9% negras y 37.3% blancas). Sin embargo, a pesar de estas diferencias, al comparar la estructura por color de la piel de las PPST con la de los restantes grupos, puede concluirse que este tipo de prácticas resulta más frecuente entre las personas no blancas y especialmente entre las mulatas o mestizas.

## II.1.6 Estructura por condición de actividad

La condición de actividad de la población es indicativa de la inserción social de las personas y está vinculada a su calidad de vida, realización personal y percepción de bienestar. Así, el análisis de la situación de actividad de la población cubana de 12 a 49 años da cuenta de aspectos importantes de la participación laboral e inserción social de cada grupo poblacional en estudio.

**Cuadro 2.8. Proporciones por condición de actividad de los distintos grupos poblacionales en estudio, según sexo**

Condición de Actividad	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Trabajó	64.1	74.3	53.5	78.7	67.6	78.3	54.1
Estudió	17.7	17.7	17.7	7.3	7.4	6.7	8.3
Buscaba Trabajo	1.0	1.5	0.5	2.4	3.0	3.4	2.6
Jubilado, Pensionado o Incapacitado para trabajar	0.7	0.8	0.5	0.4	0.6	0.8	0.4
Quehaceres del hogar	23.0	1.0	25.5	5.0	10.0	0.3	22.3
No realiza ninguna actividad	2.5	3.5	1.5	5.0	10.0	10.5	9.3
Otra situación	1.0	1.3	0.7	1.3	1.3	0.0	2.9
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Al respecto, como se muestra en el cuadro anterior, la mayor parte de la población cubana comprendida en esas edades, se encontraba trabajando o estudiando (81.8%) la semana anterior a la encuesta, aunque el comportamiento por sexo fuera distinto. Mientras que el 92% de los hombres se encontraban en la condición anterior, el 71.2% de las mujeres tenían una vida activa frente al trabajo o el estudio y, a diferencia de los hombres, una cuarta parte de ellas (25.5%) se dedicaba únicamente a las tareas domésticas, resultado que llama particularmente la atención debido a que son ellas quienes tienen un nivel de instrucción más elevado.

Los HSH dedicados al trabajo o al estudio alcanzaban el 86%. Un 5 % se dedicaban a labores domésticas y un 2.4% buscaba trabajo, siendo esta proporción relativamente más elevada que la que se registra entre la población masculina en general.

Las PPST muestran una participación ante el trabajo y el estudio diferente a la que se registra dentro de la población general. Son relativamente similares las proporciones de quienes trabajan (67.6% vs. 64.1%), pero comparativamente inferiores dentro de este grupo los porcentajes de individuos vinculados al estudio (7.4% vs. 17.7%), con la peculiaridad de que por sexo la situación es más desfavorable en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Mientras el 71.2% de las mujeres de la población general estudian o trabajan, entre las que practican sexo transaccional la proporción es del 62.4%, es decir 8.8 puntos porcentuales inferior.

Otras características que distinguen a las PPST del resto de la población, es que dentro de este grupo resultan comparativamente más elevadas para ambos sexos, aunque mucho más para los hombres, las proporciones de quienes buscan trabajo (3.0% vs. 1.0%) o no realizan ninguna actividad (10.0% vs. 2.5%).

### II.1.7 Movilidad territorial

El movimiento migratorio interno temporal o permanente, pero especialmente el primero de ellos, es uno de los factores que pudieran vincularse con el cambio de pareja y la inestabilidad de las relaciones sexuales, todo lo cual contribuye a incrementar el riesgo de infección por VIH.

**Cuadro 2.9. Proporciones de los distintos grupos poblacionales según movilidad territorial en el último año por sexo**

Movilidad Territorial	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Vivieron fuera de su residencia habitual durante 1 mes o más en el último año	11.3	12.3	10.4	10.1	15.8	13.5	18.6
No cambiaron de residencia habitual en el último año.	88.7	87.7	89.6	89.9	84.2	86.5	81.4
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Al respecto, como se refleja en el cuadro precedente, la mayoría de la población (88.7%), se mantuvo en su residencia habitual en el año previo al levantamiento de la encuesta y la movilidad territorial entre los hombres fue ligeramente superior a la que se registró entre las mujeres (12.3% versus 10.4% respectivamente).

Los HSH fueron los que reportaron una menor movilidad territorial en tanto entre las PPST son comparativamente superiores las proporciones de quienes cambiaron su residencia habitual durante un mes o más en el último año (15.8%).

Entre las PPST también se observan comportamientos ligeramente diferenciados en cuanto a sexo, que indican que, contrario a lo que ocurre en la población, la migración interna es más recurrente entre las mujeres con este tipo de prácticas que entre los hombres (18.6% vs. 13.5%).

### II.1.8 Ingestión de bebidas alcohólicas

Múltiples investigaciones han coincidido en el efecto nocivo que tiene el exceso de alcohol para la salud. También la ingestión de bebidas alcohólicas juega un papel importante en la transmisión de las ITS y del VIH, ya que, aunque no resulte un vehículo de transmisión directa, de manera indirecta impide, disminuye o retarda la toma de decisiones más adecuadas para la protección.

**Cuadro 2.10. Proporciones de los distintos grupos poblacionales según frecuencia con que ingiere bebidas alcohólicas por sexo**

Frecuencia con que bebe alcohol	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todos los días	0.7	1.1	0.2	0.7	3.1	4.7	1.2
4 a 6 días por semana	0.5	0.9	0.1	1.2	2.0	3.1	0.5
2 o 3 días por semana	3.9	6.7	1.0	6.7	8.2	10.8	4.8
1 vez a la semana	9.5	15.0	3.7	16.7	16.8	21.6	10.6
Menos de una vez por semana	19.2	26.4	11.9	26.0	27.9	33.4	21.0
Nunca	65.3	48.8	82.3	47.8	39.3	23.6	59.1
No sabe o no responde	1.0	1.0	0.8	0.8	2.8	2.8	2.8
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Al respecto, el 0.7% de la población de 12 a 49 años (1.1% de los hombres y 0.2% de las mujeres) refirió consumir alcohol todos los días y el 8.7% de ellos y el 1.3% de ellas lo consumen al menos 2 veces por semana, lo que prácticamente convierte a quienes se encuentran en esta condición en personas con adicción alcohólica (cuadro 2.10). Adicional a ello, el 41.4% de los hombres y 15.6%

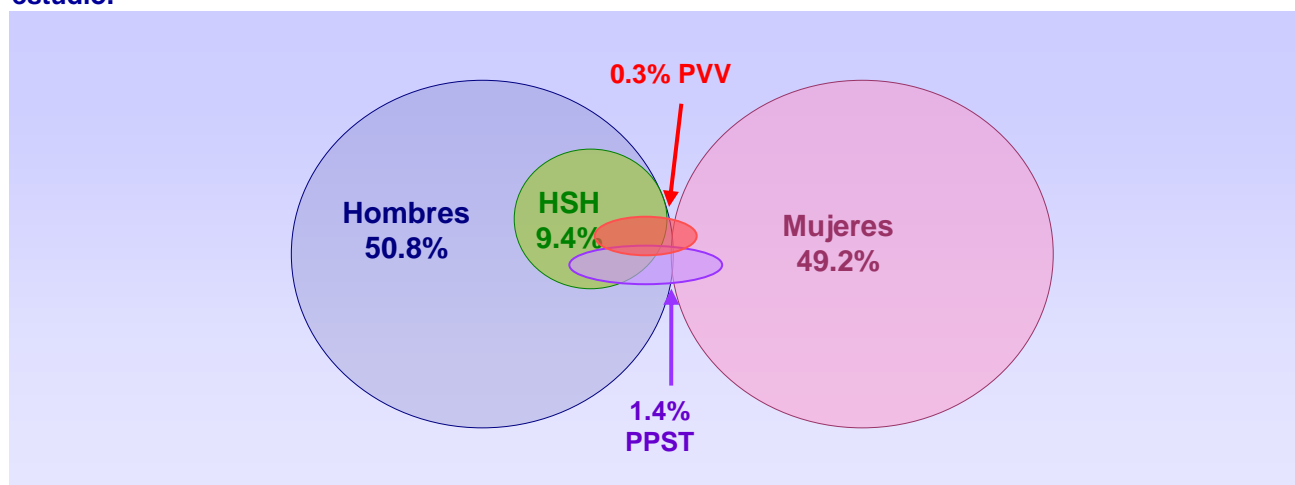
de las mujeres refieren ser bebedores ocasionales, es decir, consumen alcohol una vez por semana o menos, lo que de conjunto con los que beben con mayor frecuencia hacen que la mitad de los hombres (50.2%) y el 16.9 % de las mujeres puedan estar en riesgo de tener relaciones sexuales bajo sus efectos.

Los HSH y las PPST, constituyen los grupos más vulnerables a la infección por VIH en el país y comparativamente ingieren bebidas alcohólicas con mayor frecuencia que el resto de la población. El 51.4% de los primeros y el 58% de las PPST declaran ser consumidores de alcohol y alrededor de uno de cada diez (8.6% de los HSH y 13.3% de las PPST) consumen al menos 2 veces por semana, incrementando así su exposición al riesgo.

### II.1.9 Perfil de las poblaciones en estudio

A partir del análisis de las características sociodemográficas de las poblaciones en estudio, a modo de síntesis se presenta el perfil de cada una.

**Gráfico 2.4. Estructura de la población cubana de 12 a 49 años según los grupos poblacionales en estudio.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017. Informe de Monitoreo y Evaluación del Proyecto Cuba-Fondo Mundial- NMF del MINSAP, cierre 2017.

### Perfil de la Población cubana de 12 a 49 años.

La población cubana de 12 a 49 años, está compuesta por un 50.8% de hombres y un 49.2% de mujeres, y tiene una edad promedio de 31.7 años y una edad modal de 48 años, lo que responde al proceso de envejecimiento poblacional por el cual transita el país. El 75.9% reside en zonas urbanas (42.5% en cabeceras provinciales) y un 24.1% en la zona rural y por provincias el mayor volumen se concentra en la capital del país.

Es una población mayoritariamente con color de la piel blanca (61%) y con un alto nivel educacional, con la peculiaridad de que por sexo las mujeres son más instruidas que los hombres; el 69.5% de ellas tienen enseñanza media superior o enseñanza superior terminada, mientras que en los hombres este grupo está integrado por un 61.7%, teniendo un peso importante en estas diferencias las proporciones de universitarios que son 7.1 puntos porcentuales más elevadas en ellas (17.4% versus 10.3% respectivamente).

Respecto a su condición de actividad el 81.8% trabaja o estudia, no obstante, el comportamiento por sexo muestra diferencias. Mientras que el 92% de los hombres se encuentran en la condición anterior, el 71.2% de las mujeres tienen una vida activa frente al trabajo o el estudio y, a diferencia de los hombres, una cuarta parte de ellas (25.5%) se dedica únicamente a las tareas domésticas.

En cuanto a estado conyugal, el grueso de las personas de 12 a 49 años (48.4%) tienen una pareja, siendo más frecuentes las uniones consensuales (31.9%) que los matrimonios (16.5%). Se caracteriza además por ser una población con relativamente poca movilidad territorial (apenas un 11.3% estuvo fuera de su casa durante un mes o más el último año) y con elevada frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, fundamentalmente entre los hombres (el 41.4% de ellos y el 15.6% de las mujeres ingieren alcohol ocasionalmente y el 8.7% de ellos y el 1.3% de ellas lo consumen al menos 2 veces por semana).

### **Perfil de los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres**

Los HSH estimados en 279 531, representan el 9.4% de los hombres cubanos de 12 a 49 años y el 10.5% de los que han tenido relaciones sexuales alguna vez, y según su comportamiento sexual 6 de cada 10 (64.1%) son bisexuales y un 4.4% practica sexo transaccional. Tienen una edad media de 33.3 años, un año superior a la registrada para los hombres de la población general y según color de la piel, la proporción de blancos es relativamente superior a la que se registra en población masculina (63.6% versus 59.9%) lo que indica que el sexo entre hombres es relativamente más frecuente entre la población con color de la piel blanca. Los HSH de 15 a 49 años considerados población clave se estiman en 279 249.

En cuanto a su distribución espacial, los HSH son más frecuentes entre los hombres residentes en las provincias Pinar del Río, La Habana, Mayabeque, Matanzas, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Holguín y el municipio especial Isla de la Juventud. Por zonas de residencia representan el 9.9% de los hombres residentes en cabeceras provinciales, el 9.2% entre los residentes en el resto de la

zona urbana y el 8.9% de los que viven en la zona rural, lo que indica las relaciones sexuales entre hombres parecen ser más comunes en las zonas urbanas que en las rurales, y dentro de las zonas urbanas, mucho más frecuentes entre los hombres residentes en los municipios cabeceras de provincia que entre quienes viven en el resto del territorio urbano.

Tienen como promedio un alto nivel de instrucción, el 69.6% tienen enseñanza media superior o enseñanza superior terminada y entre ellos el 13.2% son universitarios; siendo ambas proporciones superiores a las que se registran entre la población masculina en general. El 86% tienen una vida activa frente al trabajo o el estudio, el 5% se dedica a labores domésticas y un 2.4% busca trabajo; siendo estas dos últimas proporciones comparativamente más elevadas que las verificadas en la población masculina en general.

Según estado civil o conyugal cerca de la mitad (50.7%), tienen pareja estable y un 34.9% se mantienen solteros, solo que en las relaciones de pareja que establecen, las uniones consensuales son más frecuentes que en el resto de la población.

Se caracterizan por tener menor movilidad territorial que el resto de la población (apenas uno de cada diez estuvo fuera de su casa durante un mes o más en el último año), y por ser uno de los grupos en estudio que con mayor frecuencia ingiere bebidas alcohólicas; algo más de la mitad (51.4%) son consumidores de alcohol y como promedio uno de cada diez (8.6%) consume al menos 2 veces por semana, incrementando así su exposición al riesgo.

### **Perfil de las Personas que Practican Sexo Transaccional**

El universo de PPST estimado en 82 603 personas, representa el 1.4% de la población de 12 a 49 años, el 1.5% de los hombres y 1.3% de las mujeres comprendidas en esas edades. Las PPST de 15 a 49 años consideradas población clave se estiman en 82 451 personas.

En cuanto a la distribución por sexo, se aprecia un desequilibrio en las proporciones de hombres y mujeres que practican sexo transaccional (55.9% vs. 44.1%), que indica que este tipo de prácticas en el caso cubano, es más frecuente entre los varones, salvo en la adolescencia (15-19 años), donde la proporción de muchachas supera ligeramente a la de los muchachos, pudiendo sugerir que ellas inician prácticas de sexo transaccional desde edades más tempranas que ellos.

Los hombres con este tipo de prácticas tienen una edad promedio ligeramente superior a la que se observa en la población masculina, en tanto en el caso de las mujeres ocurre lo contrario, siendo particularmente distintivo que mientras la edad modal de ellas es 18 años, la edad más frecuente en la población general son los 48 años.

La cuarta parte (26.5%) de los hombres que practican sexo transaccional tienen prácticas homo-bisexuales, en tanto el resto realiza este tipo de intercambio con mujeres. No obstante, la mayoría de los HSH (95.6%) no practican sexo transaccional y en el caso de las personas Trans, estimadas por la encuesta en 3 700 (Intervalo de Confianza 95%: [1 435 - 5 966]), algo más de la mitad (52.1%), se involucra en este tipo de intercambios.

Atendiendo a su distribución espacial las PPST son más comunes en la provincia de Santiago de Cuba, pero también se registran proporciones superiores a la media nacional en La Habana, Holguín y Guantánamo.

Por zona de residencia, de manera general, este tipo de prácticas resulta más frecuente en la parte urbana del país, reproduciéndose este comportamiento tanto entre los hombres como entre las mujeres y resultando distintivo en este escenario que la proporción de hombres residentes en cabeceras provinciales que practican sexo transaccional duplica la que se registra entre los residentes en la zona rural con este tipo de prácticas (2.0% vs. 0.9%) mientras que, en el caso de las mujeres, las mayores proporciones se reportan entre las residentes en el territorio urbano no correspondiente con las cabeceras de provincia, donde la proporción es algo más del doble de la que se registra en la zona rural (1.7% versus 0.7%).

Resulta también distintivo en este grupo, al compararlo con el resto de la población, su estructura por color de la piel, nivel de instrucción, condición de actividad y movilidad territorial.

De acuerdo con el color de la piel en las PPST se registran diferencias significativas en cuanto a sexo. Mientras que entre los hombres predominan los blancos, aunque con proporciones inferiores a las registradas en la población masculina en general (48.7% vs. 59.9%), entre las mujeres predominan las no blancas y especialmente las mestizas o mulatas (48.8% mestizas, 13.9% negras y 37.3% blancas). Por ello, al comparar la estructura por color de la piel de las PPST con la de los restantes grupos, puede concluirse que este tipo de prácticas resulta más frecuente entre las personas no blancas y especialmente entre las mulatas o mestizas.



Las PPST son en general relativamente menos instruidas que el resto de la población y particularmente en lo referido a la enseñanza superior. Aunque en su mayoría (69.3%) tienen enseñanza media superior vencida, son relativamente menores dentro de este grupo las proporciones de universitarios (10.3% versus 13.8% en la población general), reproduciéndose este diferencial tanto entre las mujeres como entre los hombres.

Las PPST tienen una participación ante el trabajo y el estudio diferente a la que se registra dentro de la población general. Son relativamente similares las proporciones de quienes trabajan (67.6% vs. 64.1%), pero comparativamente inferiores los porcentajes de individuos vinculados al estudio (7.4% vs. 17.7%), con la peculiaridad de que por sexo la situación es más desfavorable en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Mientras el 71.2% de las mujeres de la población general estudian o trabajan, entre las que practican sexo transaccional la proporción es del 62.4%, es decir 8.8 puntos porcentuales inferior.

Vinculado con su condición de actividad, otras características que distinguen a las PPST del resto de la población, es que dentro de este grupo resultan comparativamente más elevadas para ambos sexos, aunque mucho más para los hombres, las proporciones de quienes buscan trabajo (3.0% vs. 1.0%) o no realizan ninguna actividad (10.0% vs. 2.5%).

Otra característica peculiar de las PPST es que tienen mayor movilidad territorial que el resto de la población (el 15.8% estuvo fuera de su casa durante un mes o más en el último año mientras que la movilidad de la población fue de 11.3%) y son, entre los grupos estudiados, los mayores consumidores de alcohol, más de la mitad (58%) consumen alcohol y el 13.3% lo hace al menos 2 veces por semana.

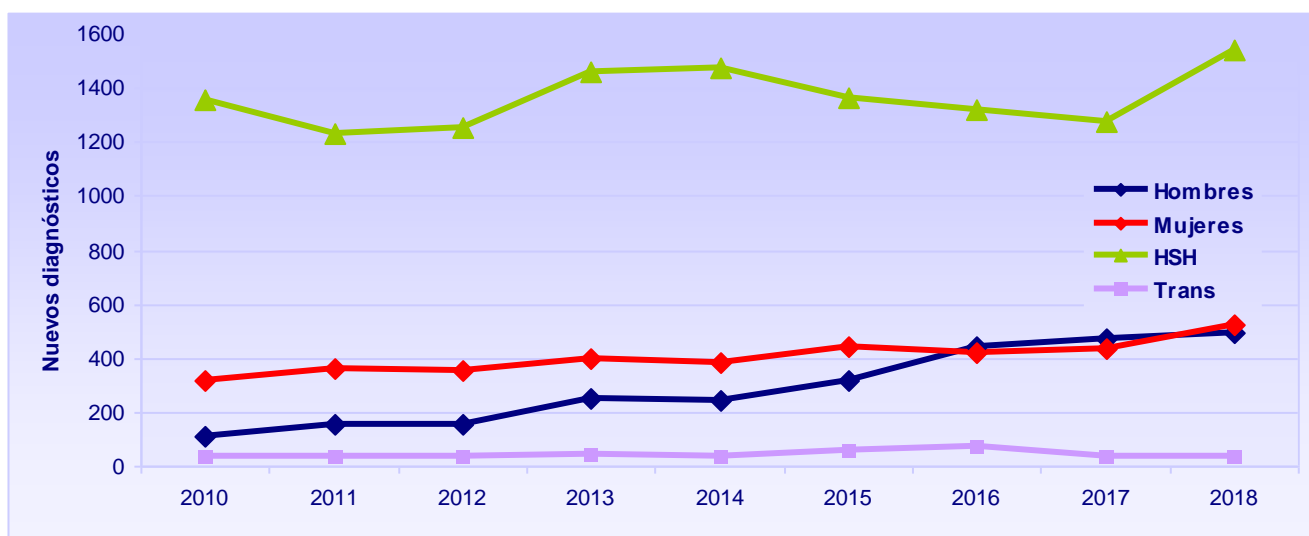
## **II.2 Comportamiento sexual de la población**

En Cuba desde los inicios de la epidemia por VIH en 1986, se ha reconocido a la transmisión sexual como la principal fuente de propagación<sup>11</sup>. De ahí la importancia de incluir en el análisis de los indicadores de prevención del VIH/sida una exploración sobre el comportamiento sexual de las personas.

<sup>11</sup> Según MINSAP- Informe de GAM 2017, el 99.6% de los casos diagnosticados en el país han adquirido el virus por contacto sexual, mientras que la transmisión sanguínea y materna infantil han sido mínimas y se encuentran virtualmente eliminadas. La materno-infantil (TMI) ha mantenido tasas muy bajas lo cual le valió a Cuba para en 2015 ser certificada por la OMS como el primer país en eliminar la transmisión materno infantil de la sífilis y el VIH, indicadores que mantiene cumplidos hasta la fecha.

Dicho estudio será realizado sobre la base de establecer comparaciones entre sexos, porque la epidemia se nutre de nuevos casos que incluyen a hombres fundamentalmente pero también a mujeres (gráfico 2.5) y las diferencias de género que puedan estar presentes entorno al comportamiento sexual de ambos, pueden conllevar a distinguir o particularizar las intervenciones que se diseñen para ellas y ellos en materia preventiva.

**Gráfico 2.5. Número de HSH, hombres heterosexuales, mujeres y personas Trans diagnosticadas con VIH cada año. Cuba 2000-2018**



Fuente: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, Informes trimestrales de Monitoreo y Evaluación de los Proyectos Cuba-Fondo Mundial del MINSAP.

Además, teniendo en cuenta que, entre el total de hombres diagnósticos, alrededor del 86% son HSH y que éstos, al igual que las PPST, las personas Trans, las mujeres y los jóvenes constituyen grupos vulnerables a la infección por VIH, se realizará una descripción de las características que pudieran distinguir el comportamiento sexual de cada grupo. Así, quienes tienen ante sí el reto de diseñar acciones preventivas para ellos, podrán disponer de información desagregada en virtud de las particularidades y características muy propias de cada uno y según su localización geográfica.

### II.2.1 Inicio de las relaciones sexuales. Edad de inicio y motivaciones que lo propiciaron

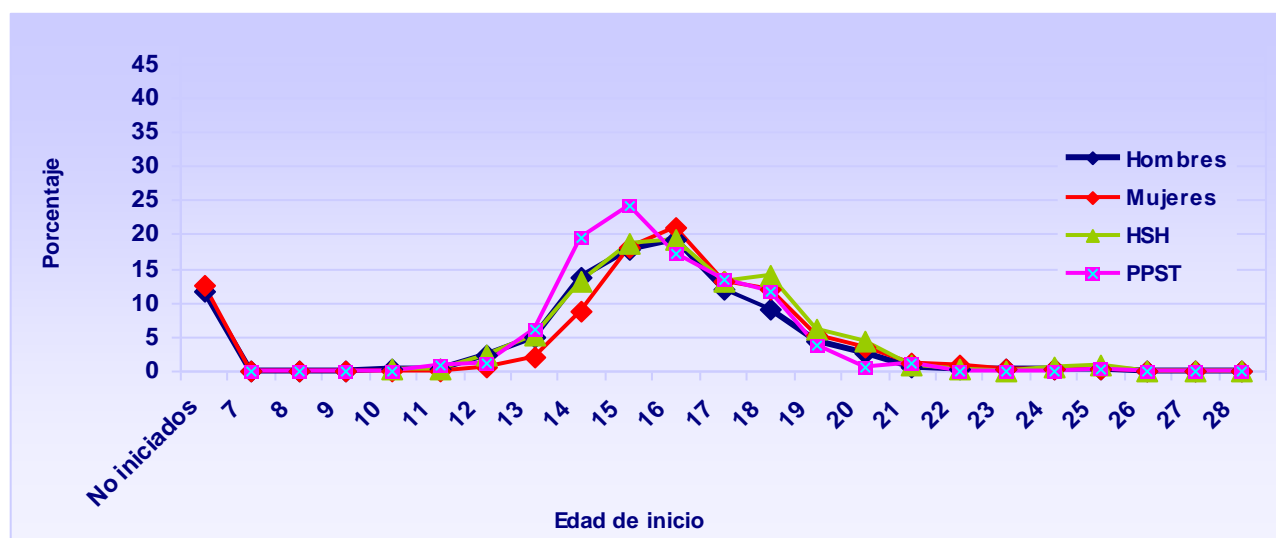
La sexualidad es innata al ser humano y por tanto a cada hombre y mujer independientemente de su orientación sexual. Las personas nacen, crecen, se desarrollan, se atraen e inician sus relaciones sexuales, que, en ausencia de enfermedades, pueden llegar a ser potenciadoras de una personalidad sana y auto realizada.

Si las relaciones sexuales fueran únicamente monógamas para ambos miembros de la pareja, o siempre se empleará el condón como medio de protección, fueran ínfimas las probabilidades que tuvieran las personas de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) o infectarse con el VIH, pero ello no es siempre así. De ahí que la necesidad de un mayor conocimiento sobre la conducta sexual de los individuos se haya puesto al relieve, en los últimos años, de modo recurrente en distintos escenarios.

Conocer la edad de inicio de las relaciones sexuales facilita diseñar y dirigir de manera focalizada las acciones que apuntan a neutralizar el riesgo de transmisión del VIH, de tal suerte, que las y los adolescentes sean capaces de decidir por ellos mismos cuando iniciar sus relaciones sexuales, pero acompañados de conocimientos, habilidades y destrezas suficientes, que le permitan optar por el auto-cuidado y el cuidado de su pareja.

Una exploración sobre el inicio de las relaciones sexuales<sup>12</sup> muestra que en Cuba el mismo ocurre hacia la mitad de la adolescencia, siendo los 16 años la edad más frecuente o edad modal para ambos sexos, aunque los 15 años constituyen la edad mediana de inicio de los varones y los 16 años, la edad mediana de inicio de las muchachas.

**Gráfico 2.6. Proporción de personas de 12 a 49 años según edad de inicio de las relaciones sexuales.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

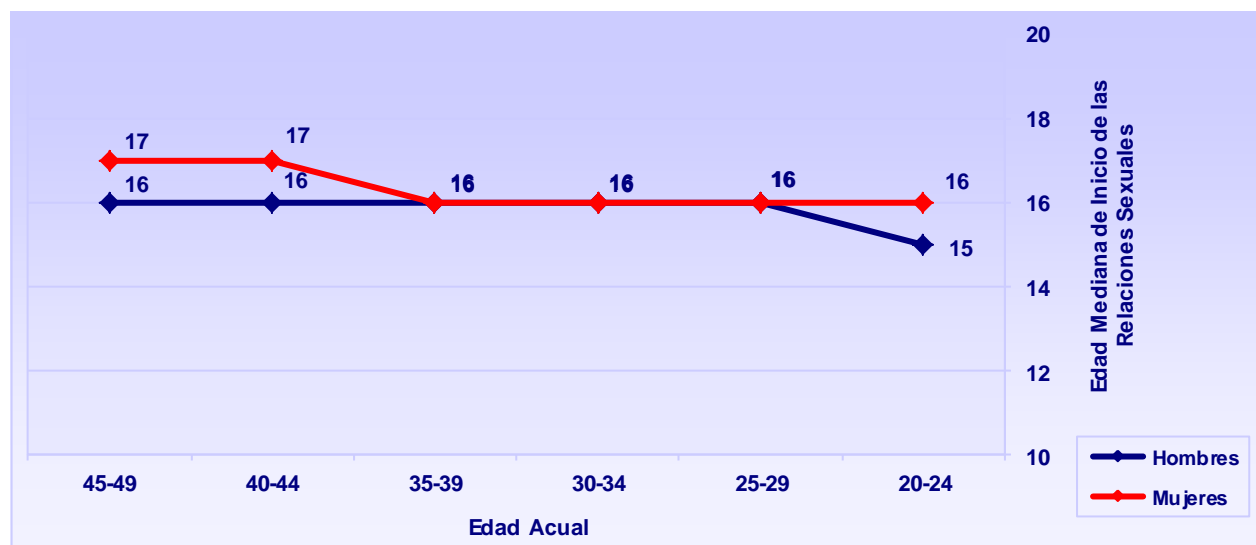
También los 16 años constituyen la edad mediana y más frecuente de inicio de los HSH, en tanto para las PPST es un año antes, es decir los 15 años (gráfico 2.6).

<sup>12</sup> A los efectos de este estudio se entenderá por edad de inicio en la vida sexual, la edad a la cual las personas realizaron por primera vez el acto sexual con penetración en el ano, la vagina o la boca.

Para calcular la edad de inicio de las relaciones sexuales se empleó como medida de tendencia central el valor “mediano” en lugar del promedio, con el propósito de suavizar o evitar el efecto que puedan producir los valores extremos de iniciación sexual dentro de cada grupo en particular.

Tomando como referencia los 20 años, edad a partir de la cual prácticamente la totalidad de las personas han tenido experiencias sexuales con penetración, un análisis por sexo y grupos de edades (gráfico 2.7) permitió conocer que la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales de la población cubana ha tenido un importante rejuvenecimiento en los últimos años, especialmente para las mujeres, trayendo consigo un estrechamiento lento pero sostenido de la brecha entre ambos sexos, a partir de las generaciones nacidas en el entorno de los años 70 del pasado siglo, las cuales tienen a la fecha entre 45 y 49 años.

**Gráfico 2.7. Edad mediana de inicio de las relaciones sexuales de las personas de 12 a 49 años, por sexo según edad actual**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

A partir de ese entonces, se mantuvo estable la diferencia de un año a favor de los varones, hasta que para la cohorte de los nacidos en el entorno de los 80' se reduce la edad mediana de inicio de las mujeres y desaparece tal diferencia, lográndose en este sentido una real equidad.

Posteriormente, a partir de los años 90' (menores de 29 años en el momento de la Encuesta) se contrae la edad de inicio de los varones pero mantiene su tendencia estable la edad mediana de inicio de las muchachas hasta un quinquenio después.

Focalizando el análisis por grupos de edades en la adolescencia, que es cuando por lo general tiene lugar la primera relación sexual con penetración, fue posible conocer que entre los 12 y 14 años sólo el 6.3% de los adolescentes declararon haber tenido relaciones sexuales (9.1% de los varones y 3.3% de las muchachas), con 15 años declararon haber realizado alguna práctica sexual penetrativa alrededor de un tercio (38.8% de los varones y 24.5% de las muchachas), con 16 años más de la mitad de los varones (58.3%) y una de cada tres muchachas. Entre los 17 y los 18 años a lo sumo uno de cada cuatro adolescentes no había tenido relaciones sexuales con penetración y después de los 20 años, es difícil encontrar alguno que no se haya experimentado sexualmente.

**Cuadro 2.11. Proporciones de personas de 12 a 49 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez por grupos de edad según sexo.**

Grupos de Edad	Proporciones de personas ya iniciadas		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
12-14	6.3	9.1	3.3
15	31.6	38.8	24.5
16	45.8	58.3	31.6
17-18	75.3	74.1	76.6
19-20	92.4	94.2	92.3
21-24	96.3	95.8	96.9
25-29	98.6	99.1	98.0
30-34	99.1	99.2	99.1
35-39	99.1	99.2	99.0
40-44	99.2	98.8	99.6
45-49	99.2	99.2	99.1
<b>Total 12-49 años</b>	<b>88.3</b>	<b>88.8</b>	<b>87.8</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Este análisis permitió corroborar que existen disparidades entre géneros en el inicio de las relaciones sexuales. En los grupos poblacionales más jóvenes se observan diferencias en las proporciones de hombres y mujeres que han tenido relaciones sexuales, las cuales en la medida en que aumenta la edad tienden a desaparecer llegando a hacerse nulas a partir de los 20 años.

Sin embargo, en el análisis de tales diferencias llama la atención en particular el grupo de 12 a 14 años, por el hecho de que proporcionalmente más varones que muchachas declararan haber iniciado su vida sexual a esas edades, cuando el proceso de desarrollo físico, mental y de los órganos sexuales se inicia más temprano en las mujeres que en los hombres. Este hallazgo, aunque ha sido un resultado común en los estudios realizados, hace suponer que existe una sobre declaración por parte de ellos o una sub-declaración por parte de ellas, quizás a consecuencia de rezagos sexistas asociados a los roles asignados a hombres y mujeres desde décadas atrás.

Una comparación respecto a períodos anteriores (cuadro 2.12) refleja como en las primeras edades, han disminuido las proporciones de personas iniciadas. En el grupo de 12 a 14 años la proporción de iniciados se contrajo de un 11.4% en el 2006 a un 6.4% en el 2009, posteriormente entre los años 2011 y 2013 se visualizó un aumentó ligero y en el 2017 volvió a recuperarse la tendencia a la disminución.

**Cuadro 2.12. Cuba 2006, 2009, 2011, 2013 y 2017. Proporciones de personas de 12 a 49 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez por grupos de edad según sexo.**

Grupos de Edad	Proporciones de personas sexualmente experimentadas				
	Ambos Sexos Año 2006	Ambos sexos Año 2009	Ambos sexos Año 2011	Ambos sexos Año 2013	Ambos sexos Año 2017
12-14	11.4 (Hombres 6.3% Mujeres 6.3%)	6.4 (Hombres 8.8% Mujeres 4.2%)	8.0 (Hombres 12.0% Mujeres 3.7%)	8.8 (Hombres 11.7% Mujeres 5.7%)	6.3 (Hombres 9.1% Mujeres 3.3%)
15-16	51.0 (Hombres 52.8% Mujeres 49.0%)	45.3 (Hombres 56.8% Mujeres 37.3%)	43.1 (Hombres 49.7% Mujeres 35.5%)	42.4 (Hombres 43.7% Mujeres 40.9%)	38.4 (Hombres 48.5% Mujeres 27.8%)
17-18	82.5	81.0	81.7	73.8	75.3
19-20	93.1	95.0	91.9	92.3	92.4
21-24	98.2	98.0	97.5	97.1	96.3
25-29	99.5	98.5	98.5	98.4	98.6
30-49	99.6	99.3	99.4	99.0	99.2
<b>Total 12-49 años</b>	<b>89.8</b>	<b>89.6</b>	<b>89.4</b>	<b>88.5</b>	<b>88.3</b>

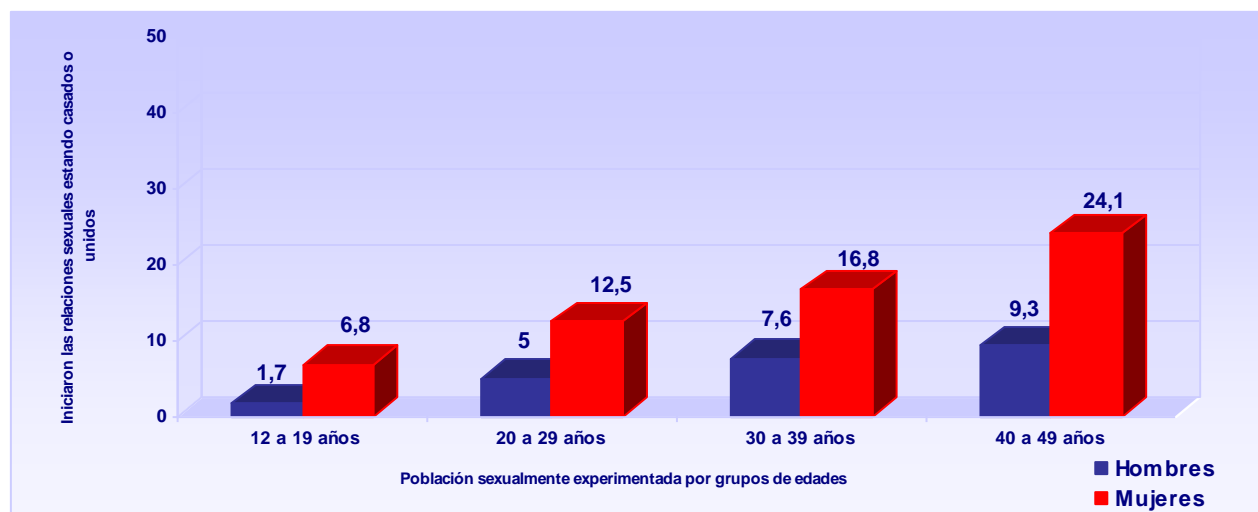
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2006, 2009, 2011, 2013 y 2017.

Por su parte en el grupo de 15 a 16 años la proporción de iniciados se redujo paulatinamente de un 51% en el 2006 a 45.3% en el 2009, 43.1% en el 2011, 42.4% en el 2013 y 38.4% en el 2017, aportando tanto ellas como ellos a este comportamiento, lo que hace suponer que en las y los adolescentes han ido surtiendo efecto los mensajes encaminados a postergar la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Otro rasgo distintivo del inicio de las relaciones sexuales, es que como norma estas no ocurren vinculadas a un estado civil o conyugal (gráfico 2.8). De hecho, si bien en la población de 12 a 49 años solo un 12.0% declaró haber estado casado o unido al tener su primera relación sexual (6.8% para el caso de los hombres y 17.5 % para las mujeres), entre los más jóvenes, es decir, entre los menores de 20 años esta proporción se reduce a un 1.7% para los hombres y a 6.8% para las mujeres.

Como se ilustra en el propio gráfico, un análisis por grupos de edades pone en evidencia como la abstinencia sexual hasta el matrimonio no es una práctica preventiva de efectividad en el país. Las tendencias muestran que, por el contrario, tanto entre los hombres como entre las mujeres van siendo cada día más frecuentes el inicio de las relaciones sexuales antes del matrimonio.

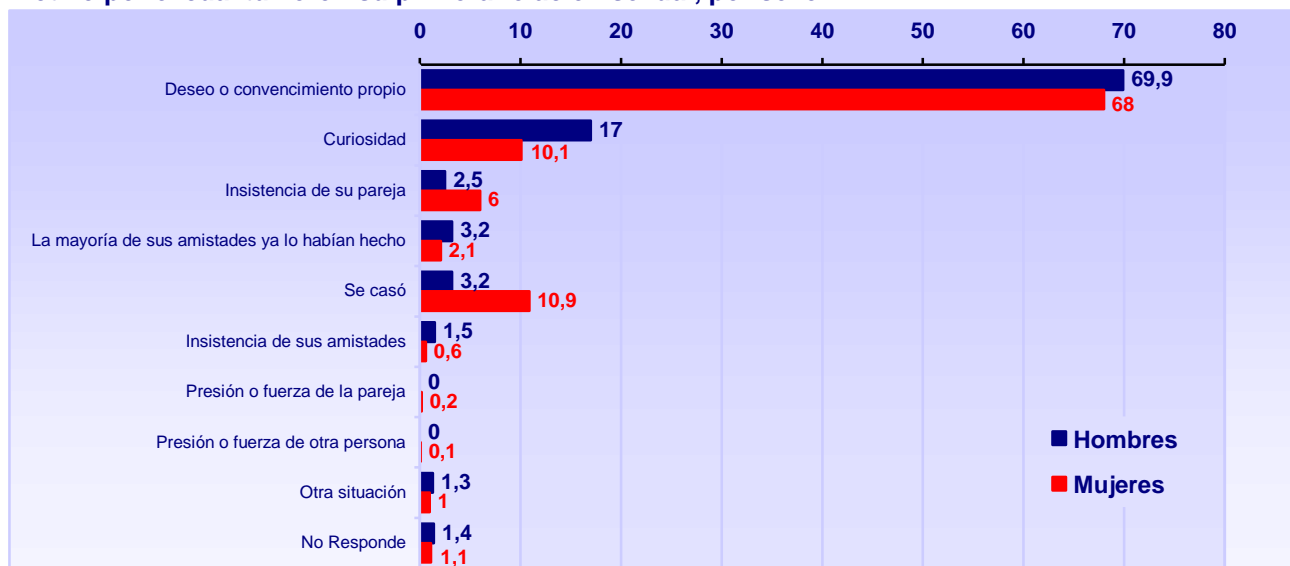
**Gráfico 2.8. Proporciones de personas sexualmente experimentadas que iniciaron sus relaciones sexuales estando casadas o unidas, según sexo por grupos de edad**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

La información permite distinguir también como se van reduciendo las disparidades entre géneros al menos en este aspecto. Si bien en el grupo de personas que tienen entre 40 y 49 años existe una diferencia de 14.8 puntos entre las proporciones de hombres y mujeres que esperaron a estar casados o unidos para tener su primera relación sexual (9.3% de los varones y 24.1% de las mujeres) tales variaciones van disminuyendo paulatinamente entre los grupos más jóvenes hasta llegar a ser de 5.1 puntos porcentuales entre los menores de 20 años.

**Gráfico 2.9. Proporciones de personas de 15 a 24 años sexualmente experimentadas según principal motivo por el cual tuvieron su primera relación sexual, por sexo**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Al indagar sobre el principal motivo que impulsó a los jóvenes a iniciarse sexualmente se comprobó que la mayoría lo hizo por deseo o convencimiento propio (69.9% hombres y 68% mujeres), es decir, sin que mediaran otros factores ajenos a su voluntad (gráfico 2.9).

Las razones aludidas por el resto de los jóvenes, aunque solo involucran a un tercio de ellos, marcan actitudes diferenciadas en cuanto a género. Entre los varones que no se iniciaron por deseo o convencimiento propio, tuvo un peso importante el factor curiosidad (17%) y el tratar de imitar o complacer la insistencia del “grupo” de amigos (4.7%). Esas tres razones, de conjunto, fueron las que motivaron a nueve de cada diez varones (91.6%) a tener su primera relación sexual. Para las muchachas, si bien la curiosidad también estuvo presente en una parte de ellas, solo movilizó a una de cada diez (10.1%), otra décima parte al parecer se acogió a la tradición casi extinguida de “noche de bodas” (tuvieron relaciones sexuales porque “se casaron”), un 6% lo hicieron cediendo a la insistencia de su pareja y un 2.7% por efecto del “grupo de amistades”.

## II.2.2 Edad promedio de la pareja en el inicio de las relaciones sexuales

Al vincular el comportamiento sexual de los cubanos con el riesgo de infectarse con el VIH, un indicador que aporta elementos para explicar la vulnerabilidad de los adolescentes y especialmente de las mujeres es el patrón de inicio de las relaciones sexuales.

Si se observa el cuadro 2.13, se puede apreciar que más del 60% de la población ha iniciado sus prácticas sexuales con parejas mayores y, por tanto, posiblemente más experimentadas. Uno de cada cinco (21.6%) se iniciaron con personas de su misma edad y un 15.7% con personas más jóvenes.

**Cuadro 2.13. Proporciones de personas de 12 a 49 sexualmente experimentadas según edad de la pareja con quien se iniciaron por sexo**

Diferencia de edad respecto a la pareja	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Edad de inicio igual a la edad de la pareja	21.6	28.8	14.3	26.2	19.6	22.4	16.2
Edad de inicio mayor que edad de la pareja	15.7	28.0	3.2	24.5	12.3	20.7	2.0
Edad de inicio menor que edad de la pareja	62.6	43.2	82.5	49.3	68.1	57.0	81.8
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017



Por sexo se distinguen marcadas diferencias que apuntan a una mayor vulnerabilidad en el caso de las muchachas. Cuatro de cada cinco (82.5%) se inician con parejas mayores que ellas, lo que aumenta las probabilidades de iniciarse con una persona más experimentada e incluso portadora del VIH o de otra ITS, incrementando así las posibilidades de infectarse si no se emplea el condón como medio de protección. En el caso de los hombres, menos de la mitad (43.2%) se inician con personas mayores, disminuyendo el riesgo de exposición si se compara con el de las mujeres; el 28.8% de ellos tienen su primera experiencia sexual con parejas de su misma edad y un 28% con parejas menores.

La mitad de los HSH y la mayoría de las PPST tuvieron su primera experiencia sexual con parejas mayores que ellos (49.3% y 68.1% respectivamente), sin embargo, mientras el comportamiento de las mujeres que practican sexo transaccional es similar al de las mujeres de la población, la proporción de HSH y hombres que practican sexo transaccional que se inician con una pareja de mayor edad y por tanto posiblemente más experimentada, es superior a la que se registra entre la población masculina en general, lo que incrementa en estas poblaciones el riesgo de adquirir el VIH en la primera relación sexual en caso de ser desprotegida.

Atendiendo a que, a los 20 años, casi la totalidad de las personas (95.2%) han tenido su primera experiencia sexual penetrativa, se consideró oportuno, para aquellas personas que vivieron esa experiencia entre los 12 y los 20 años, realizar un estudio comparativo, entre la edad en que se inició la persona y la edad promedio de la pareja con quien se tuvo la primera experiencia sexual,

**Cuadro 2.14. Edad mediana de la pareja con quien tuvo la primera relación sexual según edad en que se inició la persona**

Edades de inicio	Edad Promedio de la persona con quien se iniciaron			
	Población General			HSH
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	
12	15	14	17	14
13	15	14	17	15
14	16	15	17	14
15	17	15	18	16
16	18	16	18	16
17	18	17	19	17
18	19	18	20	18
19	20	19	21	19
20	21	19	22	20
<b>Diferencia promedio de edad con la pareja</b>	<b>Edad de la pareja 2 años mayor como promedio</b>	<b>Edad de la pareja igual a edad del iniciado como promedio</b>	<b>Edad de la pareja 3 años mayor como promedio</b>	<b>Edad de la pareja 1 año mayor como promedio</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

Como se muestra en el cuadro precedente, en general se aprecian diferencias por sexo y por edades cuando se analiza la brecha entre la edad a la que se inicia la persona y la edad de la pareja con que se inició. Por sexo se distingue un nuevo elemento que enfatiza en la vulnerabilidad de las mujeres, mientras ellas se inician con hombres tres años mayores como promedio, en el caso de los hombres, los que tuvieron su primera experiencia sexual penetrativa entre los 12 y los 14 años lo hicieron en promedio con parejas uno o dos años mayores y, el resto, como promedio, se inició con personas de su misma edad.

Las mujeres que se iniciaron en la primera etapa de la adolescencia, es decir, entre los 12 y los 14 años, lo hicieron con parejas de 17 años de edad como promedio, de ahí que entre las más jóvenes las diferencias de edad con la pareja fueran mayores y por tanto más elevada la exposición al riesgo en caso de no tomar medidas preventivas para minimizarlo. En la medida en que aumenta la edad tales brechas van disminuyendo. Así mientras las que se iniciaron a los 15 lo hicieron como promedio con una pareja de 18 años, es decir, tres años mayores, las que comenzaron entre los 16 y los 20 años, escogieron por lo general parejas solo dos años mayores.

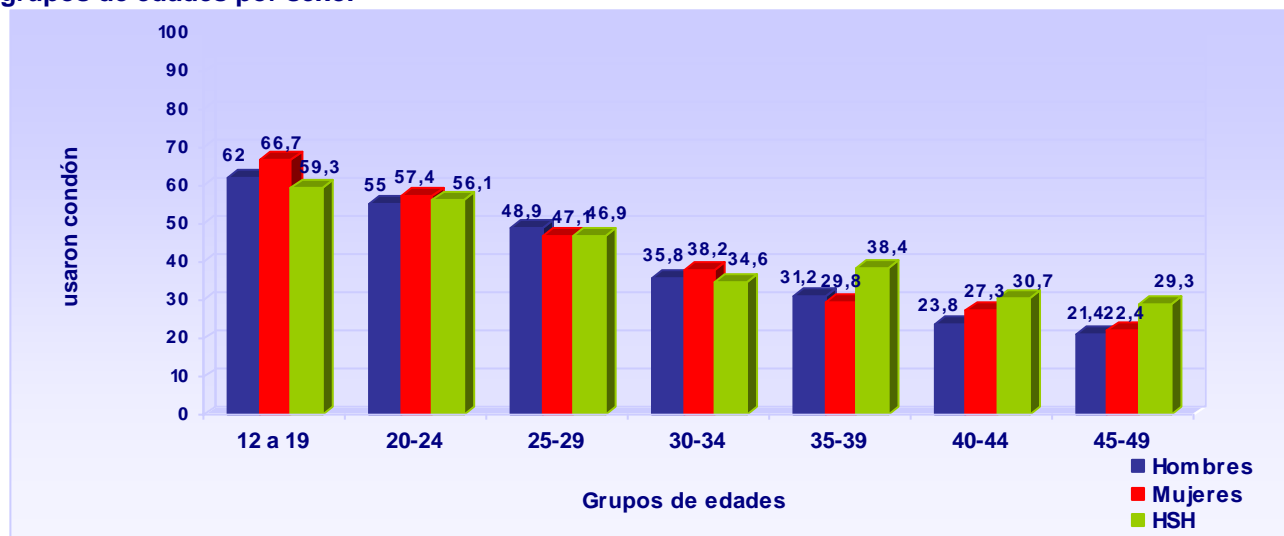
El inicio de las relaciones sexuales de los HSH es comparativamente similar al de los hombres de la población general, con la peculiaridad de que, si bien como promedio se inician con personas un año mayor, aquellos que tuvieron su primera experiencia sexual en la segunda etapa de la adolescencia, es decir entre los 16 y los 20 años, lo hicieron como promedio con parejas de su misma edad.

### **II.2.3 Uso del condón como estrategia de prevención en la primera relación sexual**

Para conocer si las personas inician las prácticas sexuales penetrativas de manera protegida, se incluyó en el cuestionario una pregunta sobre el uso del condón en la primera relación sexual y pudo comprobarse que, sin distinciones entre sexos, tres de cada cinco personas no se protegieron (62.2% de los hombres, 61.6% de las mujeres y 59.2% de los HSH).

Sin embargo, al analizar el comportamiento por grupos de edades (gráfico 2.10) se aprecia como de forma escalonada, tanto en hombres como en mujeres e independientemente de su orientación sexual, se ha venido incrementando a lo largo del tiempo el uso del condón en la primera relación sexual.

**Gráfico 2.10. Proporción de personas que usaron condón en su primera relación sexual, según grupos de edades por sexo.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

Las personas que tienen entre 45 y 49 años, que fueron quienes menos se protegieron, posiblemente se hayan iniciado antes de 1986, período en el cual el condón se empleaba mayormente como método anticonceptivo y en ese sentido existían otros métodos más modernos en el mercado nacional que lo sustituían. Entre quienes tienen entre 35 y 44 años y por tanto deben haberse iniciado en los primeros años de la epidemia, se observa un ligero incremento en el uso del condón en la primera relación sexual, mucho más marcado entre los HSH, que se acentúa posteriormente y alcanza los valores máximos entre quienes se iniciaron más recientemente, es decir las personas más jóvenes.

Este nuevo escenario tiene sin embargo ciertas peculiaridades sobre las que vale la pena profundizar en otros estudios. En los primeros años de la epidemia los HSH como grupo mostraron en general una mayor adaptación al riesgo y como respuesta fueron proporcionalmente los que reportaron un mayor incremento en el uso del condón en la primera relación sexual. Posteriormente aunque continuó incrementándose entre ellos la proporción de usuarios, lo hicieron a un ritmo más lento que el resto de la población, trayendo como consecuencia que siendo este grupo en el que más se concentra la epidemia en el país, entre los menores de 20 años la proporción de HSH que se protegieron en su primera relación sexual estuviera por debajo de la que se registra entre los hombres y las mujeres de esas edades (59.3% para los HSH, 62% para los hombres y 66.7% para las mujeres).

El incremento sostenido en el tiempo de las tasas de protección durante la primera relación sexual, indica la existencia de un efecto de tipo generacional que puede sugerir para los jóvenes un mayor nivel de conocimiento sobre la importancia y aceptación de los métodos de barreras para la prevención de las ITS incluyendo el VIH, una mayor percepción del riesgo de infección, temor a embarazos no deseados o ser resultado del efecto de las campañas de prevención especialmente dirigidas hacia adolescentes y jóvenes en la era posterior a la epidemia del VIH/sida. Sin embargo, el hecho de que, a la fecha, cerca de una tercera parte de los adolescentes (33.3% de las muchachas, 38% de los muchachos y 40.7% de los HSH) entren en la vida sexual sin protegerse, refleja que aún quedan espacios por recorrer en materia preventiva.

Por color de la piel, existen algunas disparidades en cuanto a la toma de decisiones preventivas en la primera relación sexual. Mientras el 39.1% población blanca, sin distinciones entre sexo, se protegió, entre las personas de piel mestiza la proporción de usuarios fue, sin distinciones entre sexo, dos puntos porcentuales inferior (37.1%) y otros dos puntos porcentuales inferior como promedio (35.2%) entre las personas de piel negra, con la peculiaridad de que, entre la población de piel negra, las mujeres se protegieron más que los hombres (36.4% vs, 34.3% respectivamente).

**Cuadro 2.15. Proporción de personas de 12 a 49 años que usaron condón en su primera relación sexual, según grupos de edades y zona de residencia.**

Características sociodemográficas		Grupos de edades							
		12-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Color de la piel	Blanca	64.4	56.7	48.7	37.4	31.8	27.4	23.0	39.1
	Mulata o mestiza	64.6	55.8	48.1	36.1	28.1	22.6	20.0	37.1
	Negra	60.5	53.1	45.7	36.8	31.4	23.5	20.6	35.2
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	66.7	59.8	53.5	42.1	34.3	31.1	25.2	42.4
	Resto Urbano	65.1	57.5	44.7	35.8	32.2	24.3	22.4	38.0
	Zona Rural	58.5	47.5	42.6	29.0	21.8	18.0	15.6	30.7
Población Ambos Sexos		64.1	56.1	48.1	37.0	30.5	25.5	21.9	38.1

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

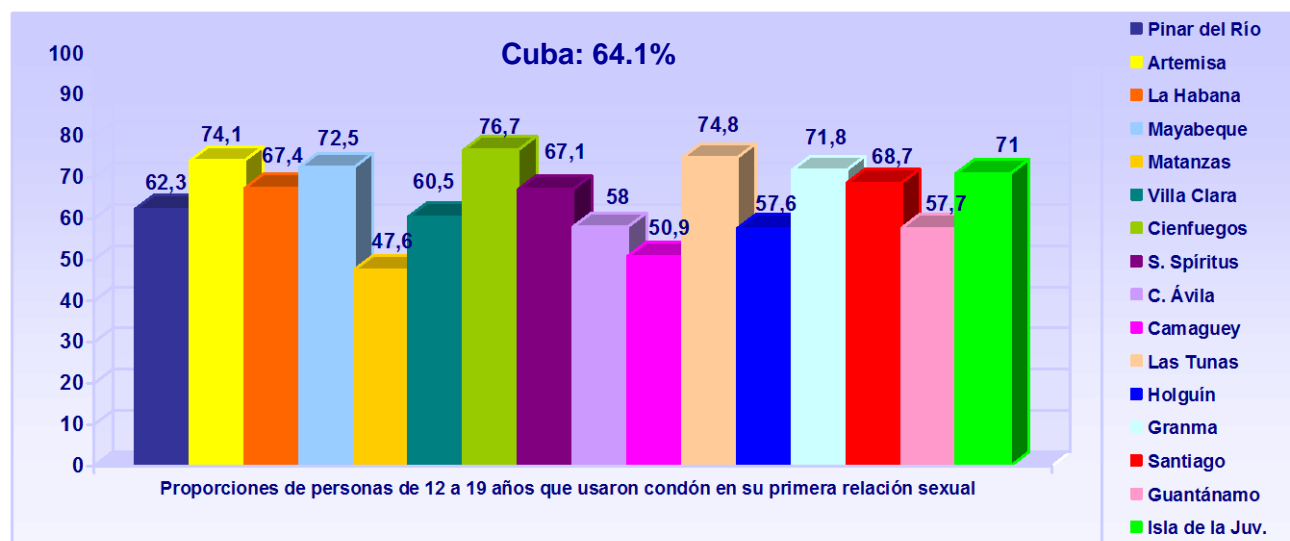
Por grupos de edades, también se aprecian diferencias por color de la piel en cuanto a la proporción de personas que usaron condón en la primera relación sexual (cuadro 2.15). Mientras entre las personas de 12 a 29 años no se verificaron diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de edades en la proporción de personas de piel blanca o mestiza que usaron

condón en la primera relación sexual y las menores tasas se registraron entre las personas de piel negra, a partir de los 30 años se aprecian diferenciales que permiten identificar a las personas de piel blanca como las que más se protegieron, seguidas en orden por las personas de piel negra y en menor medida por las mestizas.

Por zona de residencia resulta más común en el contexto urbano que en rural encontrarse personas que hayan iniciado su vida sexual de forma protegida, incluso, dentro de la zona urbana y en todos los grupos de edades, son más elevadas las proporciones de usuarios entre quienes viven en localidades identificadas como cabeceras de provincia que entre quienes residen en el resto del territorio urbano.

Un análisis a nivel de provincias, focalizado en los adolescentes por ser la etapa de la vida en que como norma se tiene la primera relación sexual, muestra que existen diferencias por territorios en las proporciones de jóvenes que iniciaron sus relaciones sexuales de forma protegida (gráfico 2.11).

**Gráfico 2.11. Proporciones de personas de 12 a 19 años que tuvieron su primera experiencia sexual de manera protegida por provincia de residencia.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017.

En Cienfuegos, Las Tunas, Artemisa, Mayabeque, Granma y el municipio especial Isla de la Juventud, en ese orden, se registran las mayores proporciones de adolescentes que incorporaron el condón en su primera relación sexual. También se registran proporciones de usuarios superiores a la media nacional (64.1%) en las provincias de La Habana, Sancti Spíritus y Santiago de Cuba, reportándose las menores tasas, al igual que en los años 2009 y 2011 en Matanzas y Camagüey.

A pesar de que la epidemia del VIH/sida en Cuba esta mayormente concentrada en la parte urbana del país y dentro de ella fundamentalmente en La Habana y los municipios cabeceras de provincia, donde por demás se ha podido constatar una mayor respuesta al riesgo de infección, estos resultados refuerzan la necesidad de continuar intensificando las acciones de prevención en todo el territorio nacional y especialmente en Camagüey, Matanzas y las zonas rurales del país.

## II.2.4 Actividad sexual. Relaciones de parejas, número de parejas y prácticas sexuales

Con el propósito de aportar elementos que ayuden a diseñar acciones preventivas encaminadas a disminuir la transmisión del VIH en el país, se describirán las características fundamentales que acompañan las relaciones sexuales de la población cubana.

El análisis se hará tomando como período de referencia los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta y mostrará cómo fue la actividad sexual de las personas comprendidas entre los 12 y los 49 años, los diferentes tipos de parejas: estables u ocasionales, el número de parejas sexuales, cuáles han sido las prácticas sexuales más frecuentes y si se ha tenido en cuenta el empleo del condón como estrategia de prevención.

### II.2.4.1 Actividad sexual, relaciones de pareja: estables u ocasionales

A través del cuestionario es posible clasificar a las personas en “iniciadas sexualmente” o “no iniciadas”, de acuerdo a si han tenido relaciones sexuales alguna vez. También las personas iniciadas pueden ser clasificadas de acuerdo a si han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, en sexualmente activas o sexualmente inactivas.

**Cuadro 2.16. Proporciones de personas de 12 a 49 años en cada grupo poblacional según actividad sexual en el último año por sexo.**

Actividad Sexual		Población General			HSH	PPST
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos Sexos
Iniciados	No iniciados	11.7	11.2	12.2	0.0	0.0
	Sexualmente Inactivos en los últimos 12 meses	20.4	19.1	21.9	20.7	0.0
	Sexualmente Activos en los últimos 12 meses	67.9	69.7	65.9	79.3	100.0
	<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

De acuerdo con estos criterios, nueve de cada diez cubanos de 12 a 49 años (88.3%) han tenido relaciones sexuales penetrativas alguna vez en su vida y en general estuvieron sexualmente

activos en el último año el 69.7% de los hombres, el 65.9% de las mujeres, el 79.3% de los HSH y todas las personas que practican sexo transaccional.

No todas las personas sexualmente activas en el último año estuvieron igualmente expuestas al riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual o el VIH, ya que las relaciones sexuales pueden haberse dado en condiciones de mayor o menor riesgo en dependencia diversos factores entre los cuales se destacan, y serán analizados a continuación, las relaciones de pareja, el número de parejas sexuales en el año, las prácticas sexuales realizadas y el empleo correcto y sistemático del condón.

En cuanto a las relaciones de pareja, con el propósito de mantener la comparabilidad con resultados obtenidos en períodos anteriores y con indicadores internacionales, las mismas se clasificarán en dos grandes grupos: Estables u Ocasionales. Se entenderá que una persona tiene Pareja Estable si está casada, unida o mantiene relaciones sexuales por más de 12 meses con una misma persona, y que tiene Relaciones Sexuales Ocasionales quien haya tenido relaciones sexuales con parejas de menos de 1 año de duración en los últimos 12 meses.

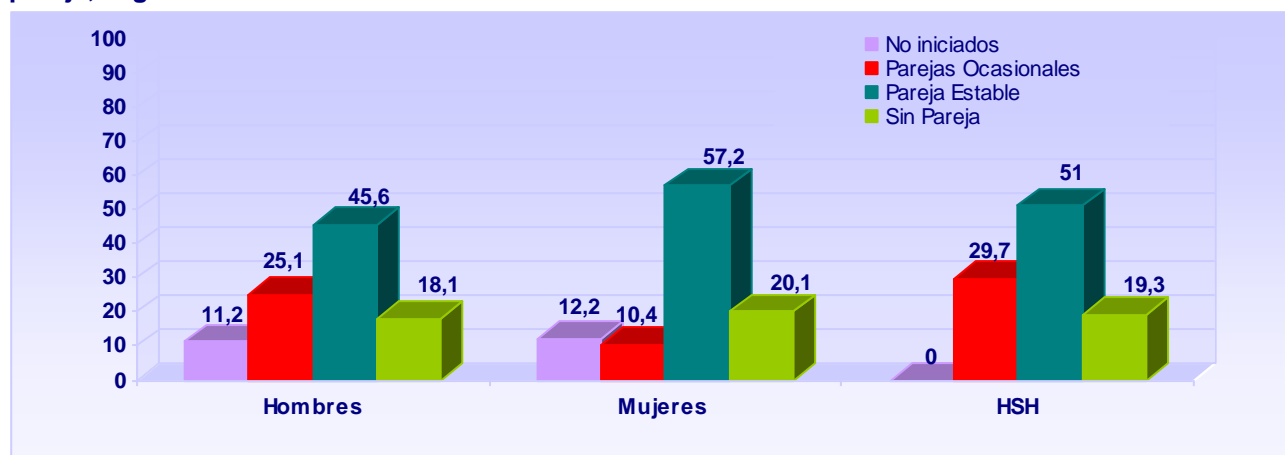
De acuerdo a esta definición las personas según tipo de parejas sexuales que han tenido en los últimos 12 meses, podrán clasificarse en diferentes grupos:

- 1) No tiene pareja
- 2) Tiene Solo una Pareja Estable
- 3) Tiene más de una Pareja Estable
- 4) Tiene Solo Parejas Ocasionales
- 5) Tiene Pareja Estable y ha tenido relaciones con Parejas Ocasionales.

Adicional a esta desagregación e independientemente de que las personas sexualmente experimentadas puedan tener más de una pareja, se han definido para el análisis tres grupos de manera excluyente a partir de considerar que aquella persona que haya tenido al menos una pareja ocasional en los últimos 12 meses ya clasifica automáticamente como persona con **Pareja Ocasional**. De esta forma queda en el grupo de personas con **Pareja Estable** solo quienes están casados-unidos o tienen una pareja de 12 meses o más de duración, y no tuvieron relaciones ocasionales en el año previo a la encuesta. El resto de las personas ya iniciadas **No tienen pareja**.

Como se ilustra en el siguiente gráfico, la mayoría de la población, independientemente de su orientación sexual, tienen una pareja ya sea estable u ocasional, siendo en todos los casos mucho más frecuentes las relaciones estables y fundamentalmente entre las mujeres.

**Gráfico 2.12. Proporción de personas de 12 a 49 años con Pareja Estable, Parejas Ocasionales o sin pareja, según sexo.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Nota: Por definición el 100% de los HSH y las PPST han tenido relaciones sexuales alguna vez, y en el caso de las PPST el 100% han estado sexualmente activas con parejas ocasionales en los últimos 12 meses.

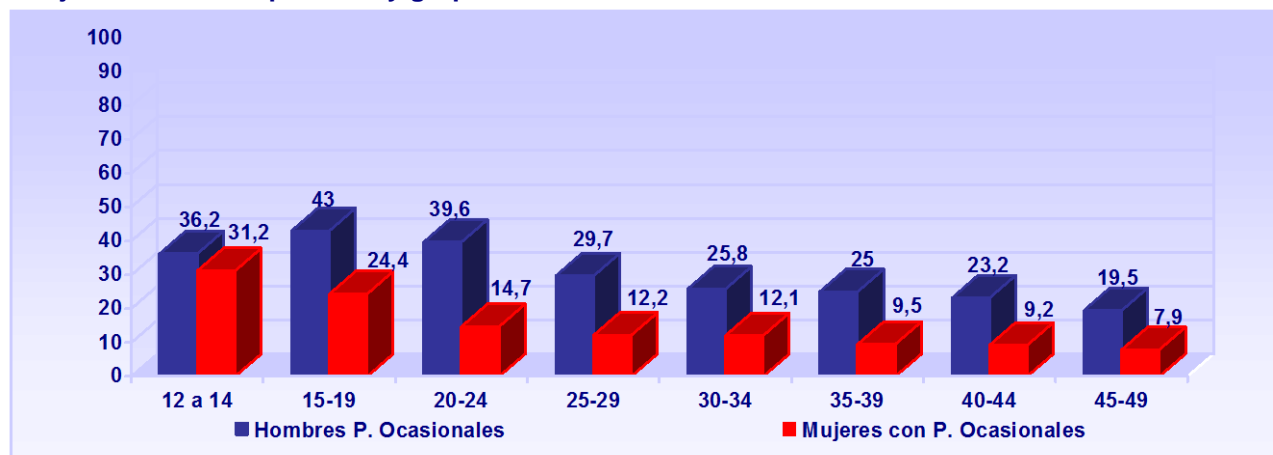
En cuanto a sexo son distintivas las relaciones de pareja que establecen los hombres y las mujeres. Mientras el 70.7% de ellos tuvieron alguna pareja en los últimos 12 meses, en el caso de las mujeres la proporción es del 67.6%, siendo casi tres veces mayores en los hombres que en las mujeres las proporciones de quienes tuvieron relaciones sexuales ocasionales (25.1% vs. 10.4% respectivamente) y por el contrario, mucho más frecuente encontrarse mujeres casadas o con parejas sexuales de un año o más de duración (57.2% de las mujeres versus 45.6% de los hombres).

El comportamiento de los HSH, muestra que al interior de este grupo también son más frecuentes las relaciones de pareja estable que las ocasionales (51% y 29.7% respectivamente), siendo del orden del 19.3% las proporciones de quienes no tuvieron ningún tipo de pareja sexual en el último año. Sin embargo, son más comunes entre ellos que entre los hombres en general, las relaciones con parejas ocasionales.

Respecto al tipo de pareja, un análisis por grupos de edades indica que existe una relación inversamente proporcional entre la edad de la persona y un tipo de pareja sexual u otro. Tal relación puede apreciarse en los gráficos 2.13 y 2.14 que se ilustran a continuación.

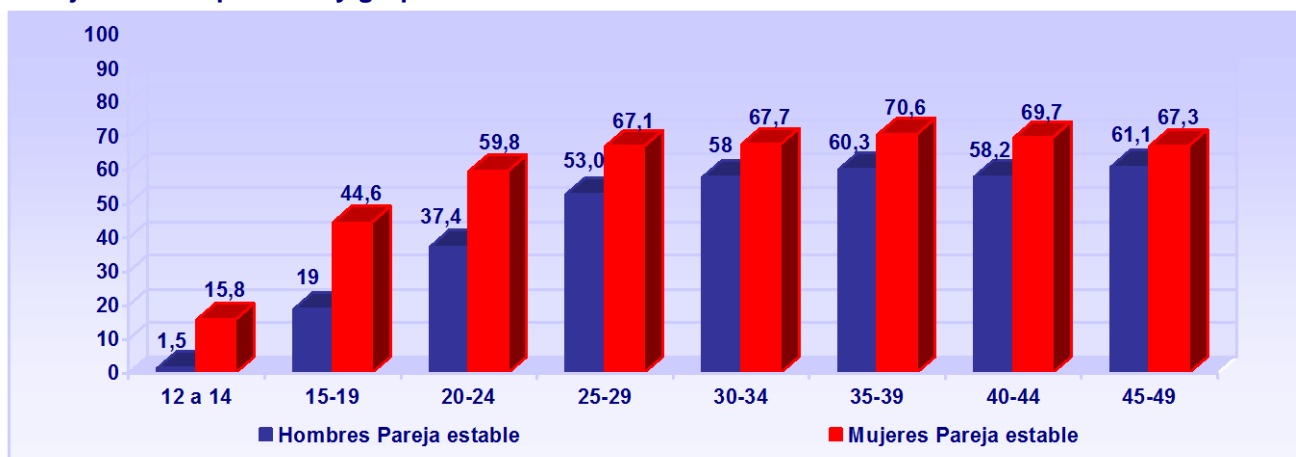


**Gráfico 2.13. Proporción de personas de 12 a 49 años sexualmente experimentadas que tienen Parejas Ocasionales por sexo y grupos de edades**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

**Gráfico 2.14. Proporción de personas de 12 a 49 años sexualmente experimentadas que tienen solo Parejas Estable por sexo y grupos de edades**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

En términos generales, en la medida que aumenta la edad aumenta la proporción de personas con parejas estables y en consecuencia disminuyen para ambos sexos las proporciones de personas con parejas ocasionales, siendo este tipo de pareja más común entre los adolescentes y jóvenes, y en general más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

Al analizar ambos tipos de parejas, destaca como rasgo distintivo el comportamiento diferencial de los hombres y las mujeres en las diferentes cohortes, sugiriendo una posible inequidad de género que quizás sea el resultado de los roles culturalmente atribuidos a lo masculino y lo femenino desde décadas remotas. Mientras las parejas ocasionales son más frecuentes entre los hombres, entre las mujeres son más comunes las relaciones de pareja estable.

El siguiente cuadro describe las relaciones de pareja que establecen los hombres, las mujeres y los HSH con experiencia sexual, es decir, ya iniciados, según diferentes características sociodemográficas.

**Cuadro 2.17. Proporción de personas de 12 a 49 años ya iniciadas sexualmente con Pareja Estable u Ocasionales en el último año, según características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Hombres		Mujeres		HSH	
		Pareja Estable	Parejas Ocasionales	Pareja Estable	Parejas Ocasionales	Pareja Estable	Parejas Ocasionales
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	43.7	29.6	64.4	12.7	44.7	36.0
	Enseñanza media superior	53.6	28.5	63.8	12.2	51.6	28.7
	Enseñanza Superior	61.7	22.8	70.3	9.9	63.1	19.7
Color de la piel	Blanca	52.3	26.8	65.7	11.4	51.8	28.2
	Mulata o mestiza	50.4	30.7	65.3	12.7	47.6	34.2
	Negra	48.8	29.5	63.2	12.2	56.2	26.9
Frecuencia con que bebe alcohol	Bebe casi todos los días*	42.7	32.1	53.3	22.5	14.6	51.8
	1 a 3 días por semana	51.6	32.3	61.5	20.2	53.5	34.6
	Menos de una vez por semana	53.6	30.4	66.5	16.1	52.4	34.2
	Nunca	50.3	24.4	65.4	10.5	50.8	25.9
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	53.7	26.2	63.2	11.8	53.6	28.9
	Resto Urbano	49.2	31.2	64.9	13.3	47.5	32.9
	Zona Rural	50.4	26.8	69.5	9.8	51.7	29.8
Movilidad territorial	Vivió fuera de su localidad al menos 1 mes	48.2	31.8	62.2	15.5	40.5	32.0
	No estuvo fuera de su localidad	51.7	27.8	65.7	11.3	52.2	29.5
<b>Población de 12 a 49 años</b>		<b>51.4</b>	<b>28.2</b>	<b>65.2</b>	<b>11.9</b>	<b>51.0</b>	<b>29.7</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Nota 2: La suma de las proporciones de hombres o mujeres con pareja Estable u Ocasional no coincide con el 100% ya que existen personas, que en el año previo a la encuesta no tuvieron pareja de ningún tipo y por tanto no se incluyen en ninguno de los grupos definidos.

\* Se consideró que "bebe casi todos los días", quien lo hace más de tres días por semana.

En cuanto a nivel de escolaridad, se verifican comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres. Independientemente del sexo u orientación sexual se establece una relación directamente proporcional entre el nivel alcanzado y un tipo de pareja sexual u otro, es decir, en la medida en que aumenta el nivel, se incrementan las proporciones que quienes solo tuvieron pareja

estable y disminuyen las relaciones ocasionales, pero en el caso de los hombres tales variaciones son mucho más marcadas que entre las mujeres, reportándose los mayores diferenciales entre los HSH. Como resultado, comparativamente entre los grupos en estudio, la mayor inestabilidad en las relaciones de pareja se registra entre los HSH que tienen enseñanza media a lo sumo.

Según color de la piel tanto entre las personas de piel blanca como entre las de piel mestiza o negra, resulta relativamente más frecuente la tenencia de parejas estables que de relaciones ocasionales en todos los grupos en estudio. Sin embargo, independientemente del sexo o la orientación sexual, entre la población de piel mestiza son más frecuentes las parejas ocasionales que entre la población de piel blanca o negra, reportándose las mayores proporciones entre los HSH (34.2%).

Al vincular la ingestión de bebidas alcohólicas con un tipo de pareja u otro se corrobora el efecto que ejerce el alcohol en los comportamientos de riesgo y en específico en la estabilidad en las relaciones de pareja. Entre los bebedores las proporciones de personas con parejas ocasionales superan en todos los casos la media nacional y entre quienes beben todos los días resultan menos frecuentes las parejas estables que en el resto de la población. Adicional a ello se verifica en todos los grupos una relación directa entre la frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas y las proporciones de parejas ocasionales, con la peculiaridad de que entre los HSH que beben casi todos los días, las proporciones de parejas ocasionales casi cuadruplican a los porcentajes de parejas estables. Si a ello se suma que el consumo de alcohol impide, disminuye o retarda la toma de decisiones preventivas, este resultado corrobora que la ingestión de bebidas alcohólicas actúa como facilitador de comportamientos sexuales inseguros potenciadores de riesgo de infecciones sexuales.

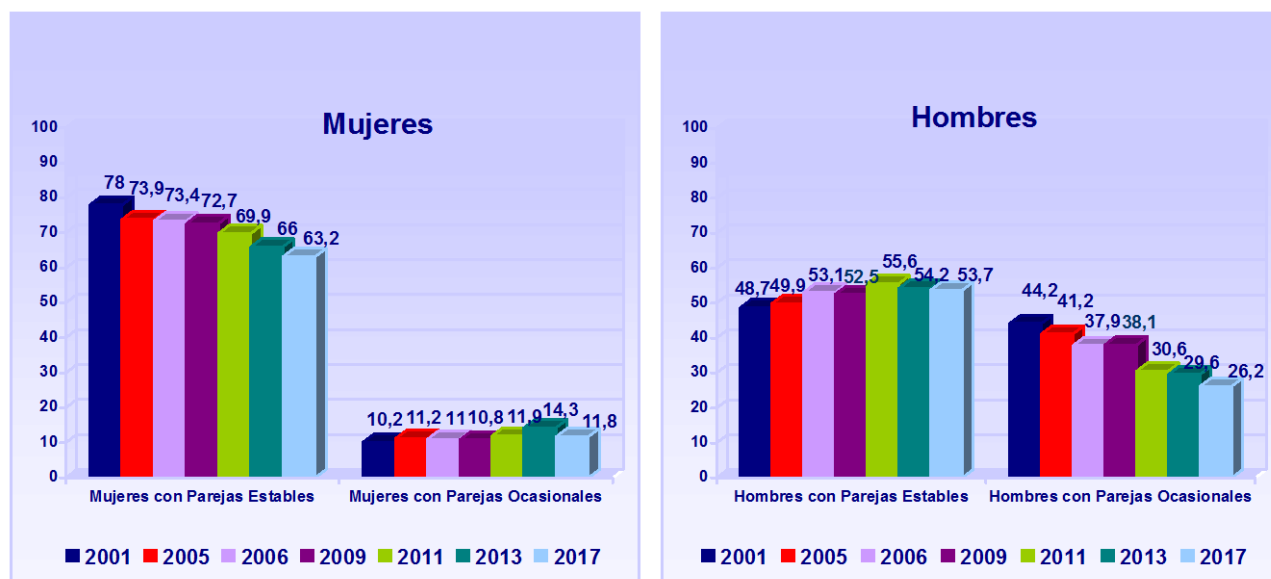
Se corroboró también que la migración temporal incide directamente en el cambio de parejas ya que, independientemente del sexo y la orientación sexual, entre quienes vivieron fuera de su localidad durante un mes o más fueron más comunes las parejas ocasionales que entre quienes permanecieron todo el tiempo en su domicilio habitual.

Al vincular las zonas de residencia con los tipos de parejas sexuales, se verifica un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres que da cuenta de una mayor emancipación entre las féminas residentes en las áreas más metropolitanas del país. Mientras en los hombres, independientemente de su orientación sexual, los porcentajes de parejas estables más elevados y los porcentajes de parejas ocasionales más bajos, se registran entre los que viven

en las zonas más urbanizadas del país, es decir, en las capitales provinciales, en el caso de las mujeres, las parejas estables son más comunes y las parejas ocasionales menos frecuentes entre las residentes en las zonas rurales del país.

En el caso específico de la zona urbana correspondiente a las cabeceras provinciales, si se comparan los resultados con los de encuestas similares aplicadas en los años 2001, 2005, 2006, 2009, 2011 y 2013 (gráfico 2.15), se evidencia un comportamiento diferenciado en cuanto a sexo.

**Gráfico 2.15. Proporciones de personas de 12 a 49 años residentes en las cabeceras provinciales y sexualmente experimentados con Pareja Estable u Ocasionales en diferentes periodos.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2001, 2005, 2006, 2009, 2011, 2013 y 2017

Nota 1: Los datos correspondientes al 2001 están referidos a la población de 15 a 49 años

Nota 2: La suma de las proporciones de hombres o mujeres con pareja Estable u Ocasional no coincide con el 100% ya que existen personas, que en el año previo a la encuesta no tuvieron pareja de ningún tipo y por tanto no se incluyen en ninguno de los grupos definidos.

En todo momento las proporciones de varones con pareja ocasional han sido mayores que las de mujeres con este tipo de parejas, mientras que las relaciones estables siempre han sido más frecuentes entre las mujeres, no obstante, un análisis en el tiempo permite apreciar que se han ido reduciendo paulatinamente las brechas entre ambos al menos en el contexto de las relaciones de pareja.

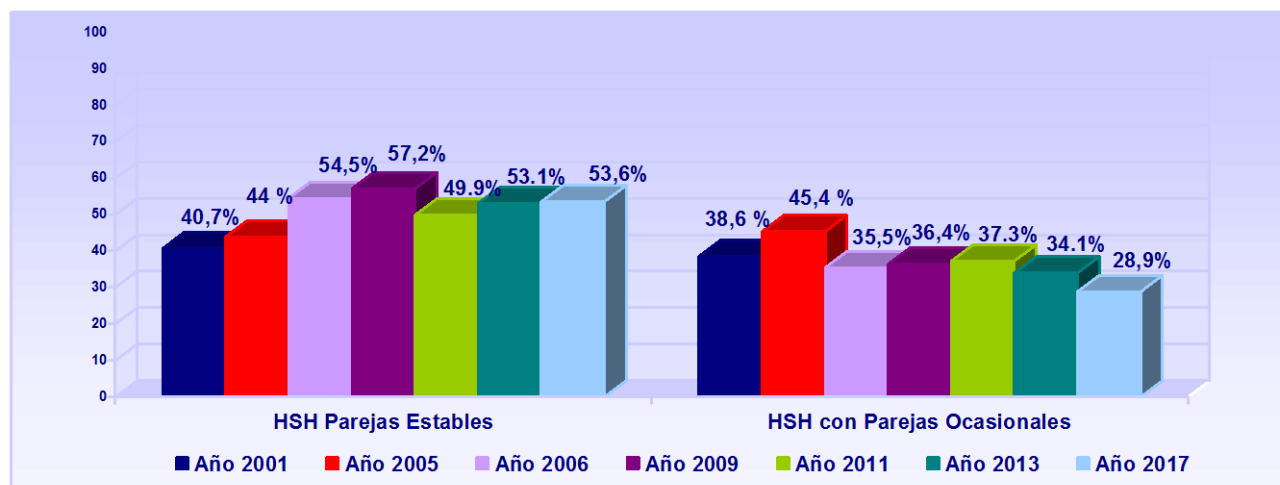
Entre ellas se han ido incrementando ligeramente en el tiempo las proporciones de parejas ocasionales y han ido disminuyendo paulatinamente las proporciones de parejas estables (78% en el 2001, 73.9% en el 2005, 73.4% en el 2006, 72.7% en el 2009, 69.9% en el 2011, 66% en el 2013 y 63.2% en el 2017). Por su parte, entre los hombres, se manifiesta como tendencia una reducción en las proporciones de parejas ocasionales (44.2% en el 2001, 41.2% en el 2005, 37.9%

en el 2006, 38.1% en el 2009, 30.6% en el 2011, 29.6% en el 2013 y 26.2% en el 2017) y un incremento de la tenencia solo de parejas estables, aunque con cierta estabilidad en los dos últimos años.

A modo de conclusión pudiera plantearse que, como tendencia en las zonas más urbanizadas del país, van siendo menos frecuentes las relaciones estables entre las mujeres e incrementándose entre los hombres mientras que en el marco de las relaciones ocasionales ocurre todo lo contrario. El estrechamiento de la brecha entre géneros pudiera asociarse entonces a que paulatinamente se ha ido incrementando la estabilidad en las relaciones de pareja entre los hombres, en tanto entre las mujeres, comparativamente en el tiempo, están siendo más frecuentes los cambios de pareja.

Respecto a los HSH, si se compara en el tiempo (gráfico 2.16) a nivel de cabeceras provinciales, se aprecia una cierta recuperación de la estabilidad en las relaciones de pareja. Se registra un incremento paulatino del 2011 a la fecha de las proporciones de HSH con solo parejas estables y una disminución en las proporciones de quienes tienen parejas ocasionales.

**Gráfico 2.16. Proporciones de HSH de 12 a 49 años residentes en las cabeceras provinciales con Pareja Estable u Ocasionales en diferentes períodos.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2001, 2005, 2006, 2009, 2011, 2013 y 2017

Nota 1: Los datos correspondientes al 2001 están referidos a los HSH de 15 a 49 años

Nota 2: La suma de las proporciones de HSH con pareja Estable u Ocasional no coincide con el 100% ya que existen algunos, que en el año previo a la encuesta no tuvieron pareja de ningún tipo y por tanto no se incluyen en los grupos definidos.

Este resultado, en épocas del sida, y en Cuba, constituye un paso de avance y un impulso a los esfuerzos que realiza el programa nacional para la implementación de campañas preventivas focalizadas a grupos específicos de población, que deben continuarse.

Conociendo como se presentan los tipos de pareja en hombres y mujeres y entre los HSH, se evaluará a continuación el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses previos a la encuesta, las prácticas sexuales más frecuentes realizadas con cada tipo de pareja y el uso del condón en estas relaciones.

#### II.2.4.2 Número de parejas sexuales

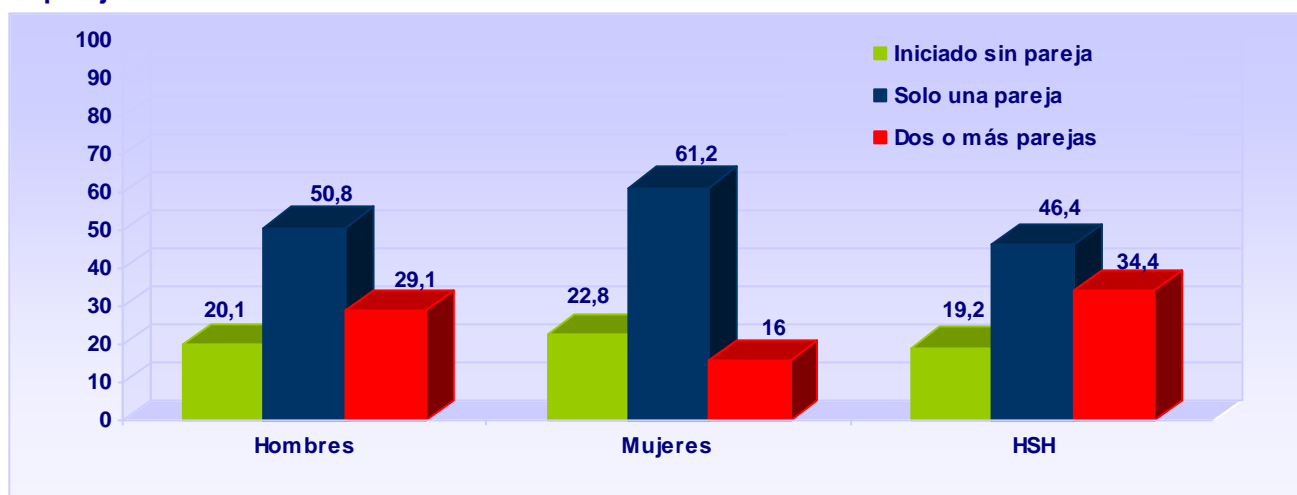
Todas las personas están de una u otra manera expuestas al riesgo de adquirir el VIH, solo que las probabilidades de infección no son las mismas en todos los casos, es decir, existen factores y comportamientos sexuales que pueden disminuir o incrementar la exposición al riesgo. Ello sin contar que una persona casada, con pareja estable o con solo una pareja no está necesariamente exenta de adquirir el virus por contacto sexual ya que el control de riesgo depende también del comportamiento de su pareja.

Las relaciones sexuales con múltiples parejas son uno de los factores que aumentan las probabilidades de infección por VIH, ya que son mayores las posibilidades de que alguna de estas relaciones ocurra con personas seropositivas, de ahí que, con el propósito de aportar elementos para el análisis del comportamiento sexual de las personas de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales al menos una vez en la vida, se indagará sobre el recuento de parejas sexuales en los últimos doce meses, agrupando a la población en tres categorías: **Ninguna Pareja**, **Monopareja** (una sola pareja ya sea estable u ocasional) y **Multiparejas** (dos o más parejas).

Vale destacar que el término “multiparejas” no debe asociarse exclusivamente con la infidelidad ya que pudiera tratarse de relaciones secuenciales y no en paralelo. Tampoco excluye enteramente a las personas casadas o con pareja estable, pues si estando casada o unida mantiene además relaciones con otra pareja bien sea estable u ocasional, entonces esa persona independientemente de su estado conyugal, clasifica automáticamente en la categoría multiparejas.

Una exploración al respecto permitió verificar que independientemente del sexo y la orientación sexual, la mayoría de la población tuvo solo una pareja en el último año. No obstante, existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al número de parejas sexuales.

**Gráfico 2.17. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas según número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

La inactividad sexual, considerada como la no tenencia de relaciones sexuales en el último año, resulta relativamente mayor entre la población femenina que entre la masculina (22.9% vs. 20.1%). También la tenencia de una única pareja es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (61.2% vs. 50.8%). En cambio, las relaciones con múltiples parejas son más recurrentes entre los hombres (29% vs. 16%) y en particular entre los HSH, llegando a ser comunes en algo más de un tercio (34.4%).

Un análisis similar por grupos de edades muestra que se registran comportamientos heterogéneos en cuanto al número de parejas sexuales en los diferentes grupos de edades (cuadro 2.18).

**Cuadro 2.18. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas por grupos de edades según número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.**

Grupos de Edad	Proporción de personas según número de parejas sexuales								
	Hombres			Mujeres			HSH		
	Ninguna	Una	Dos o más	Ninguna	Una	Dos o más	Ninguna	Una	Dos o más
15-17	42.1	32.8	25.1	29.6	50.5	20.0	37.3	32.6	30.1
18-19	34.0	33.3	32.7	26.9	54.1	19.0	36.9	27.8	35.3
20-24	23.0	42.7	34.3	24.5	57.6	17.9	18.2	41.2	40.6
25-29	17.3	52.5	30.2	20.5	62.0	17.5	10.2	45.8	44.0
30-34	16.3	54.5	29.2	20.2	62.5	17.3	19.0	41.0	40.0
35-39	14.7	56.8	28.5	19.9	64.2	15.9	14.9	45.3	39.8
40-44	18.5	53.3	28.2	21.0	62.9	16.1	18.8	48.6	32.6
45-49	19.4	55.2	25.4	24.8	60.8	14.4	22.8	51.0	26.2
<b>15 a 49</b>	<b>20.1</b>	<b>50.8</b>	<b>29.1</b>	<b>22.8</b>	<b>61.2</b>	<b>16.0</b>	<b>19.2</b>	<b>46.4</b>	<b>34.4</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

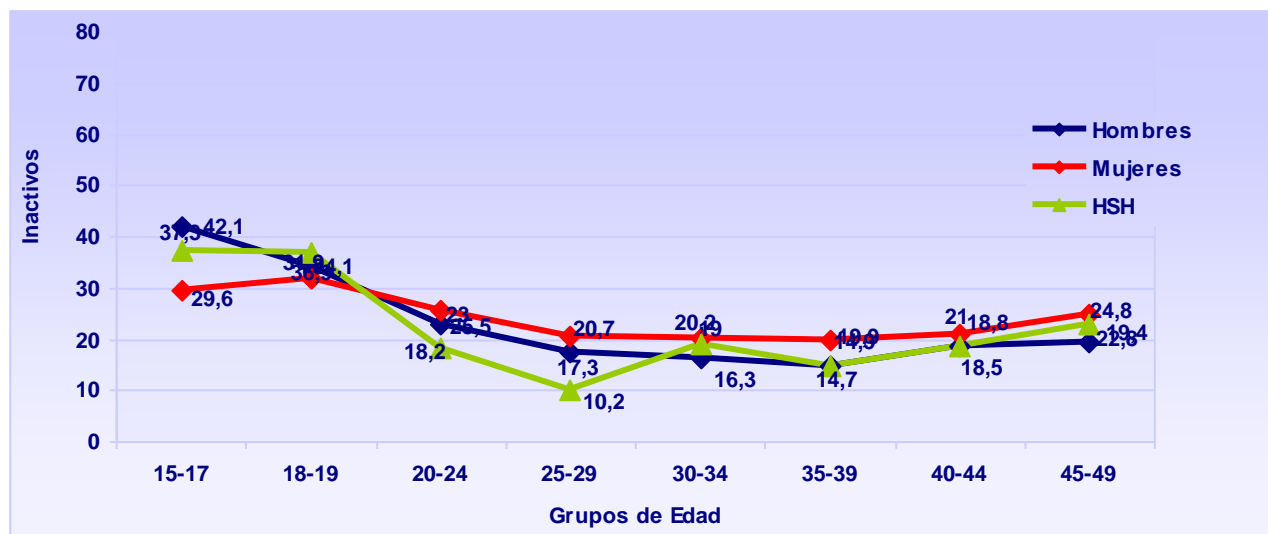
La tenencia de múltiples parejas mantiene un ritmo descendente con la edad, pero se particulariza por ser más común entre los 18 y los 24 años, siendo estos proceder característicos de esas edades en el proceso de definición de su personalidad, identidad sexual y posterior conformación de familia. La no tenencia de parejas es más frecuente entre los adolescentes que en los restantes grupos, quizás debido a que es la etapa de la vida en que como promedio se inician las relaciones sexuales. En cambio, la tenencia de una única pareja se particulariza por mantener un ritmo creciente desde la adolescencia hasta los 39 años y a partir de esa edad comenzar a descender, trayendo como consecuencia que se vuelva a incrementar, a partir de los 40 años, la no tenencia de parejas.

Entre los HSH el comportamiento es relativamente similar, aunque con algunas particularidades. En las primeras edades resulta también más común entre ellos la no tenencia de parejas y entre los 25 y los 29 años casi la totalidad tiene algún tipo de relación, con la peculiaridad de que, en todas las edades las proporciones de múltiples parejas son mucho mayores que las que se verifican en el resto de la población. Otro rasgo distintivo en ellos es que no es hasta después de los 34 años que se visualiza un incremento con la edad de las relaciones monoparejales, solo que, a diferencia de lo que ocurre con los restantes grupos, la tenencia de una única pareja, en lugar de disminuir, es mucho más frecuentes entre los que tienen entre 45 y 49 años.

Independientemente del sexo y la orientación sexual, como se ilustra en el gráfico 2.18, las mayores proporciones de inactivos se concentran en los grupos de edades extremas considerados –menores de 20 años y mayores de 45 años- con la peculiaridad de que entre los adolescentes la inactividad sexual es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, en tanto en la población más adulta, ocurre lo contrario, con desventaja para las mujeres (19.4% hombres vs. 24.8% mujeres), pudiendo estar vinculadas estas desigualdades de género a diversas razones como pudieran ser, las probabilidades diferentes que tienen ellas y ellos de encontrar pareja a determinadas edades, los roles atribuidos culturalmente a hombres y mujeres de edades maduras, el efecto de disfunciones, o quizás estar asociado a otros determinantes socioculturales sobre los que valdría la pena indagar en estudios más específicos.



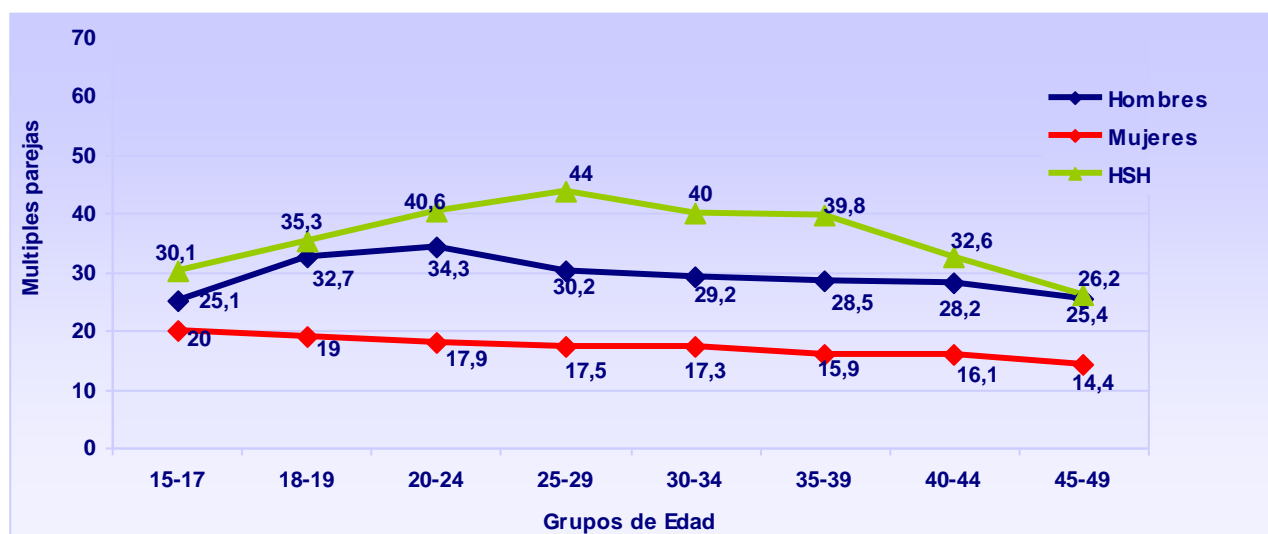
**Gráfico 2.18. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas que estuvieron inactivas sexualmente en los últimos 12 meses.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Las proporciones de múltiples parejas son mucho mayores entre los hombres que entre las mujeres y mucho más frecuentes entre los HSH que en cualquier otro grupo (grafico 2.19). Sin embargo, mientras que en las mujeres son más comunes entre los 15 y los 20 años y en los hombres entre los 18 y los 24 años, en los HSH se registran los valores extremos (44%) entre la cohorte de nacidos un quinquenio antes, es decir, en el grupo de 25 a 29 años. A partir de esas edades, declinan como tendencia al aumentar la edad.

**Gráfico 2.19. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas que tuvieron relaciones sexuales con múltiples parejas en los últimos 12 meses.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En el siguiente cuadro se inscribe el comportamiento de la población de 15 a 49 años, sexualmente experimentada, según número de parejas sexuales en los últimos 12 meses por características sociodemográficas.

**Cuadro 2.19. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas, según número de parejas sexuales en los últimos 12 meses por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Hombres			Mujeres			HSH		
		Ninguna	Una	Dos o más	Ninguna	Una	Dos o más	Ninguna	Una	Dos o más
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	25.9	45.1	29.0	22.4	62.0	15.6	19.0	43.1	37.9
	Enseñanza media superior	17.9	52.9	29.2	24.1	59.9	16.1	19.8	45.9	34.4
	Enseñanza Superior	15.4	56.2	28.4	19.8	64.1	16.1	17.2	56.0	26.8
Color de la piel	Blanca	20.7	50.6	28.7	23.3	60.4	16.4	19.9	45.8	34.3
	Mulata o mestiza	18.4	51.9	29.7	21.4	63.5	15.2	18.2	48.2	33.6
	Negra	21.4	49.7	29.0	24.6	59.5	15.9	16.9	44.9	38.2
Frecuencia con que bebe alcohol	Bebe casi todos los días	29.2	36.9	33.9	27.1	49.7	23.2	33.7	28.4	37.9
	1 a 3 días por semana	16.1	49.5	34.4	18.3	56.7	25.0	16.0	45.7	38.3
	Menos de una vez por semana	16.0	54.1	29.9	17.4	63.1	19.5	13.9	48.1	38.0
	Nunca	24.7	50.3	25.1	24.0	61.4	14.6	23.2	46.3	30.5
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	19.5	54.7	25.8	23.9	60.2	15.9	19.5	49.7	30.8
	Resto Urbano	19.4	46.9	33.7	23.9	60.7	15.4	19.4	39.1	41.5
	Zona Rural	22.2	49.6	28.2	21.8	63.4	14.8	22.5	45.6	31.9
Movilidad territorial	Vivió fuera de su localidad al menos 1 mes	19.9	46.0	34.1	22.2	55.3	22.6	27.5	36.8	35.7
	No estuvo fuera de su localidad	20.2	51.4	28.4	23.0	62.1	15.0	18.3	47.5	34.3
<b>Población de 15 a 49 años</b>		20.1	50.8	29.1	22.8	61.2	16.0	19.2	46.4	34.4

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

El análisis de la información permitió conocer que independientemente del sexo o la orientación sexual, el nivel de escolaridad incide favorablemente en la estabilidad en las relaciones de pareja, registrándose entre los universitarios, las mayores proporciones de individuos con una sola pareja.

En cuanto al color de la piel, independientemente del sexo u orientación sexual, resultan más frecuentes las relaciones con una sola pareja entre las personas de piel mestiza, seguidas en

orden por las de piel blanca, mientras que las menores tasas se reportaron en la población con color de la piel negra. Sin embargo, en el caso de las múltiples parejas se aprecian diferenciales en cuanto a sexo u orientación sexual. Las tasas más elevadas de multiparejas se registran entre los hombres de piel mestiza, las mujeres de piel blanca y los HSH con color de la piel negra, lo que identifica a los HSH con color de piel negra como el grupo más expuesto al riesgo por notificarse en ellos los menores porcentajes de relaciones monoparejales y las tasas más elevadas de múltiples parejas.

La ingestión de bebidas alcohólicas es otro de los factores que ejerce un efecto negativo en el comportamiento sexual de la población, con la peculiaridad de que quienes beben todos o casi todos los días tienen un comportamiento atípico al resto. Independientemente del sexo o la orientación sexual, entre este público resultó ser más frecuente la inactividad sexual, afectando en este sentido a cerca de la tercera parte (29.2%) de los hombres, el 27.1% de las mujeres y un tercio de los HSH, quizás debido a que el estado de embriaguez les dificulte establecer o mantener relaciones de pareja. Entre quienes beben de manera habitual entre 1 y 3 veces por semana resultaron más frecuentes, sin distinción entre sexos u orientación sexual, las múltiples parejas, en tanto, en la medida en que disminuye el consumo de alcohol se incrementan las proporciones de relaciones monoparejales.

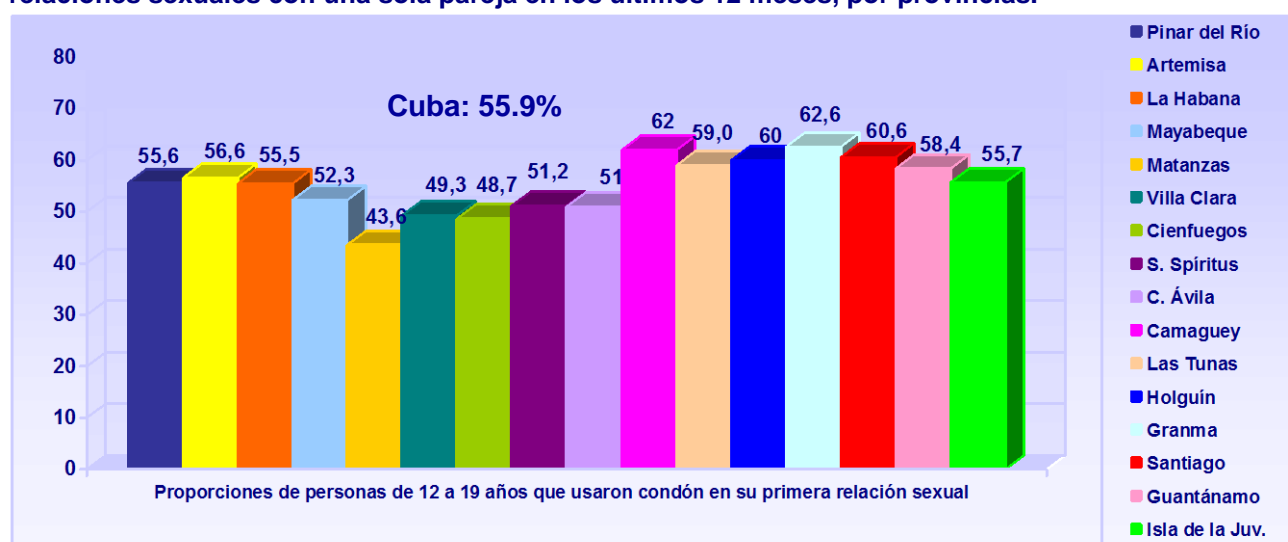
El cambio temporal de domicilio que implica movimiento fuera de la localidad también afecta negativamente la estabilidad en las relaciones de pareja. Sin distinción entre sexos ni orientación sexual, entre quienes vivieron todo el año en su localidad fueron más comunes las relaciones con una única pareja que entre quienes estuvieron fuera de esta durante un mes o más, siendo más frecuentes entre los migrantes temporales las múltiples parejas.

Por zonas de residencia se observa un comportamiento diferenciado por sexo en cuanto a número de parejas sexuales. Entre los hombres residentes en las capitales de provincia, independientemente de la orientación sexual, son más elevadas las proporciones de quienes tienen una única pareja, en tanto los comportamientos que involucran un mayor riesgo, como es el caso de la tenencia de relaciones sexuales con parejas múltiples, son más frecuentes entre quienes residen en las zonas menos urbanizadas, lo que si bien en los heterosexuales pudiera estar vinculado a un mayor empoderamiento de las mujeres capitalinas, en el caso de los HSH pudiera sugerir que a los homosexuales residentes en las cabeceras de provincia les resulta más fácil establecer relaciones sólidas de pareja que a los residentes en el resto del territorio. Entre las mujeres, por el contrario, las relaciones monoparejales son más frecuentes entre las residentes en

la zona rural en tanto las múltiples parejas son más comunes entre las que viven en la zona urbana.

Por provincias se distingue como tendencia, un comportamiento más estable entre los residentes en la provincia de Camagüey, en el centro, y el oriente del país (gráfico 2.20). Las tasas más elevadas de relaciones con una única pareja se reportan en Camagüey (62%) y Granma (62.6%), no obstante, en todos los territorios de la región oriental las proporciones de personas con una única pareja superan la media nacional.

**Gráfico 2.20. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas que tuvieron relaciones sexuales con una sola pareja en los últimos 12 meses, por provincias.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Las tasas más bajas, se verificaron en Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus y Ciego de Ávila.

### II.2.4.3 Prácticas sexuales más frecuentes según tipo de parejas

No siempre está presente el riesgo de infección por VIH cuando se tienen relaciones sexuales, ello está en dependencia del tipo de relación que se tenga, la práctica sexual que se realice y del empleo del condón. En las prácticas sexuales seguras como pueden ser las auto eróticas o la masturbación, no hay riesgo de infección salvo que el semen se deposite sobre la zona genital de la pareja. Sin embargo, en las prácticas que involucran penetración o recesión anal, penetración vaginal o sexo oral, el intercambio de fluidos sexuales eleva las probabilidades de transmisión del VIH. Este tipo de prácticas centrarán el siguiente análisis.

Las prácticas sexuales más frecuentes que realiza la población cubana serán estudiadas en relación al tipo de pareja con que se realizan y en el marco de su última relación sexual. Para ello serán clasificadas previamente, según se combinen o no, en “prácticas exclusivas” y “prácticas combinadas” o como algunos autores suelen llamarlas, “prácticas de repertorio amplio”.

Dentro de las prácticas sexuales que clasifican como exclusivas se incluirá: solo sexo vaginal, solo sexo anal, solo sexo oral o solo prácticas no penetrativas. El repertorio amplio estará compuesto por combinaciones de las anteriores.

### Prácticas Sexuales más frecuentes con Parejas Estables.

Aunque la mayoría de las personas no restringen sus relaciones sexuales a una única práctica sexual (cuadro 2.20), analizadas de manera independiente, se aprecia que el sexo vaginal exclusivo resulta ser la más recurrente en las parejas estables (36.9%), siendo este tipo de práctica ligeramente más declarada por las mujeres que por los hombres (38.7% vs. 34.9%).

**Cuadro 2.20. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas estables, según prácticas sexuales realizadas en la última relación sexual con parejas estables por sexo.**

Prácticas sexuales	Población de 12 a 49 años con Parejas Estables			
	Población General			HSH
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	
Solo sexo vaginal	36.9	34.9	38.7	34.8
Sexo vaginal y oral	18.4	18.8	17.9	16.1
Sexo vaginal, oral y otras practicas	14.0	14.2	13.8	9.8
Sexo vaginal y otras practicas	12.6	11.9	13.2	7.9
Sexo vaginal, anal, oral y otras practicas	9.8	11.0	8.8	12.1
Sexo vaginal, anal y oral	2.8	3.0	2.6	2.8
Sexo vaginal y anal	1.0	1.3	0.8	1.1
Sexo vaginal, anal y otras practicas	0.9	0.9	1.0	0.2
Sexo anal y oral	0.1	0.1	0.1	0.9
Sexo anal y otras practicas	0.2	0.3	0.1	1.6
Sexo oral y otras practicas	0.2	0.1	0.3	0.5
Solo sexo oral	0.1	0.1	0.2	0.3
Solo sexo anal	0.2	0.3	0.1	1.2
Solo otras prácticas	0.3	0.3	0.3	1.2
Sexo anal, oral y otras practicas	0.6	1.0	0.2	7.2
Ninguna de las anteriores	1.1	1.0	1.1	1.2
No Responde	0.8	0.8	0.8	1.1
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

También el sexo vaginal exclusivo estuvo presente en cerca de un tercio de los HSH (34.8%), lo que en primera instancia parecería contradictorio, sin embargo, es el reflejo de que alrededor de 3

de cada 5 (64.1%) son bisexuales u ocultan su verdadera orientación sexual teniendo relaciones sexuales con mujeres.

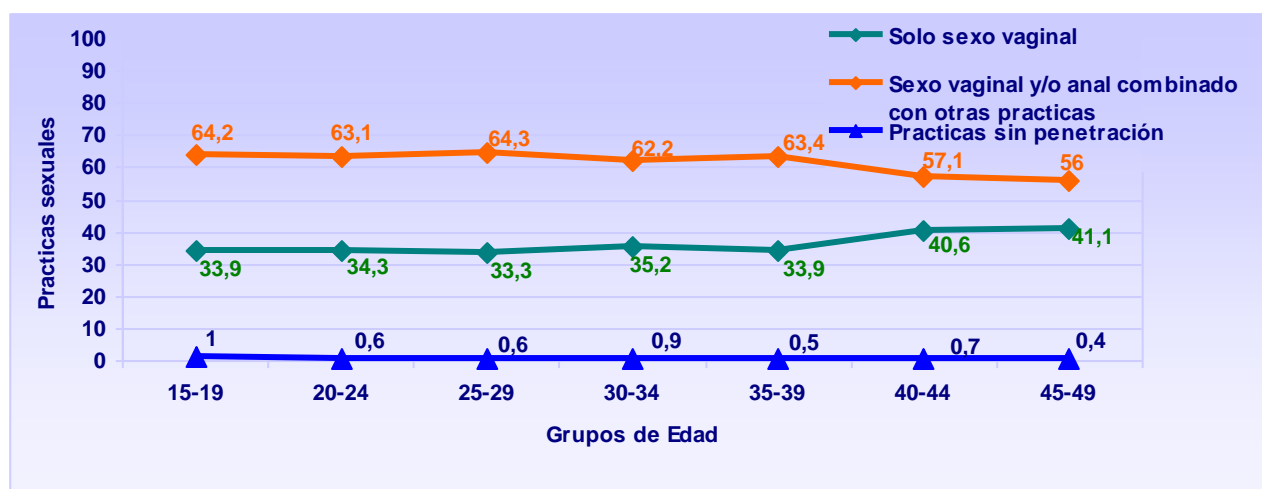
Las relaciones sexuales que involucran al sexo vaginal con el oral, anal y otras prácticas, de forma combinada o alternativa, tienen un peso importante en el patrón de comportamiento sexual de los cubanos en sus relaciones estables. Un 59.5% realiza sexo vaginal combinado (61.1% de los hombres y 58.1% de las mujeres), el 1.1% realiza prácticas sexuales que excluyen el sexo vaginal, pero incorporan la penetración anal (1.7% de los hombres y 0.5% de las mujeres) y apenas el 0.6% se limitaron a prácticas sexuales no penetrativas (0.5% de hombres y 0.8% de mujeres) que son las que reducen al máximo el riesgo de infección. El 1.9% restante no pudo ser clasificado porque o bien se negó a responder o declaró haber realizado otras prácticas sexuales diferentes a las incluidas en el análisis.

Entre los HSH, aunque también tienen un peso proporcional importante, debido a la bisexualidad, las prácticas combinadas que incluyen el sexo vaginal, no resulta despreciable, como era de esperar, el porcentaje que declaró haber realizado con su pareja estable solo prácticas no vaginales (12.9%) y fundamentalmente la combinación de sexo oral, anal y otras prácticas (7.2%).

Si se analiza por grupos de edades la presencia de una u otra práctica en la última relación sexual con una pareja estable (gráfico 2.20), se aprecia que en todos los grupos etáreos definidos, se reproduce el mismo patrón predominante en la población: Predominio de combinaciones del sexo vaginal y/o anal con oral u otras prácticas, seguido en orden por sexo vaginal exclusivo y, en menor medida, practicas no penetrativas. No obstante, un análisis más detallado permite visualizar que proporcionalmente existen diferencias entre grupos de edades.

En todos los grupos etáreos predominan las prácticas sexuales combinadas, sin embargo, entre la población más joven son menores las proporciones de quienes practican sexo vaginal exclusivo y comparativamente más frecuentes las prácticas sexuales que combinan sexo vaginal y/o anal con oral u otras prácticas. A modo de ejemplo, si se compara el grupo de edad 15 a 39 años con el de 40-49, se aprecia como la exclusividad de la forma vaginal se reduce en aproximadamente 7 puntos porcentuales entre los más jóvenes, es decir varía de alrededor de un 41% en el grupo más adulto a cerca de un 34% en el grupo de adolescentes y jóvenes. En cambio, comparativamente, entre los menores de 40 años se incrementan en 7 puntos porcentuales como promedio las proporciones de parejas que incluyen en su repertorio prácticas sexuales penetrativas combinadas.

**Gráfico 2.21. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas estables que realizaron sexo vaginal exclusivo, prácticas sexuales penetrativas combinadas o practicas sin penetración en su última relación sexual con parejas estables por grupos de edades.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Tales diferencias en su conjunto dibujan una tendencia casi perfecta al incremento del repertorio amplio entre los más jóvenes, con una consecuente disminución paulatina el sexo vaginal exclusivo, todo lo cual permite concluir que o bien existen cambios de comportamiento sexual con la edad, o lentamente se están modificando los patrones de prácticas sexuales predominantes, establecidos desde décadas atrás.

Otras variables sociodemográficas analizadas que también ejercen influencia en el patrón de prácticas sexuales predominantes en las parejas estables fueron el nivel de escolaridad, color de la piel, el contexto urbano-rural y la territorialidad.

**Cuadro 2.21. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas, según número de parejas sexuales en los últimos 12 meses por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Solo Sexo vaginal	Prácticas sexuales combinadas	Prácticas sin penetración
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	38.9	58.6	0.6
	Enseñanza media superior	36.5	60.9	0.6
	Enseñanza Superior	35.1	62.6	0.7
Color de la piel	Blanca	35.3	62.1	0.7
	Mulata o mestiza	39.4	58.7	0.5
	Negra	39.1	57.3	0.5
Población de 15 a 49 años		36.9	60.7	0.6

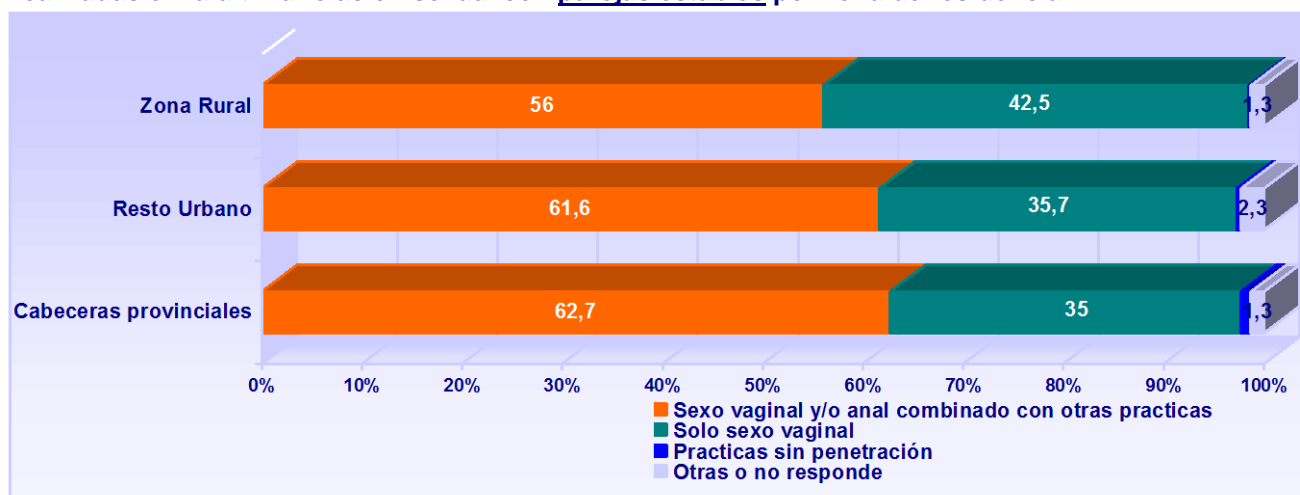
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

En cuanto a nivel de instrucción como se refleja en el cuadro 2.21 se va modificando el repertorio de prácticas sexuales con el paso por los diferentes niveles de enseñanza. En la medida en que aumenta el nivel, van disminuyendo las proporciones de personas que limitan sus relaciones sexuales a la penetración vaginal exclusiva y aumentando proporcionalmente las que disfrutan de su entrega a un repertorio más amplio en el que emplean disímiles combinaciones de prácticas sexuales.

De acuerdo al color de la piel (cuadro 2.21), si bien de manera general las relaciones sexuales que incorporan prácticas sexuales combinadas son más frecuentes que las relaciones sexuales con penetración vaginal exclusiva, en la población con color de piel no blanca es más común que en la población con color de la piel blanca la práctica de sexo con penetración vaginal exclusiva, en tanto las relaciones sexuales que involucran un repertorio amplio de prácticas sexuales son comparativamente más frecuentes en las personas de piel blanca, seguidas en orden por las de piel mestiza y en menor medida por las de piel negra.

Por zonas de residencia se aprecian ciertas particularidades en los porcentajes de personas que realizan unas u otras prácticas, que sugieren pensar que la urbanización juega un rol importante en las relaciones sexuales (gráfico 2.22).

**Gráfico 2.22. Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable según prácticas sexuales realizadas en la última relación sexual con parejas estables por zona de residencia.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

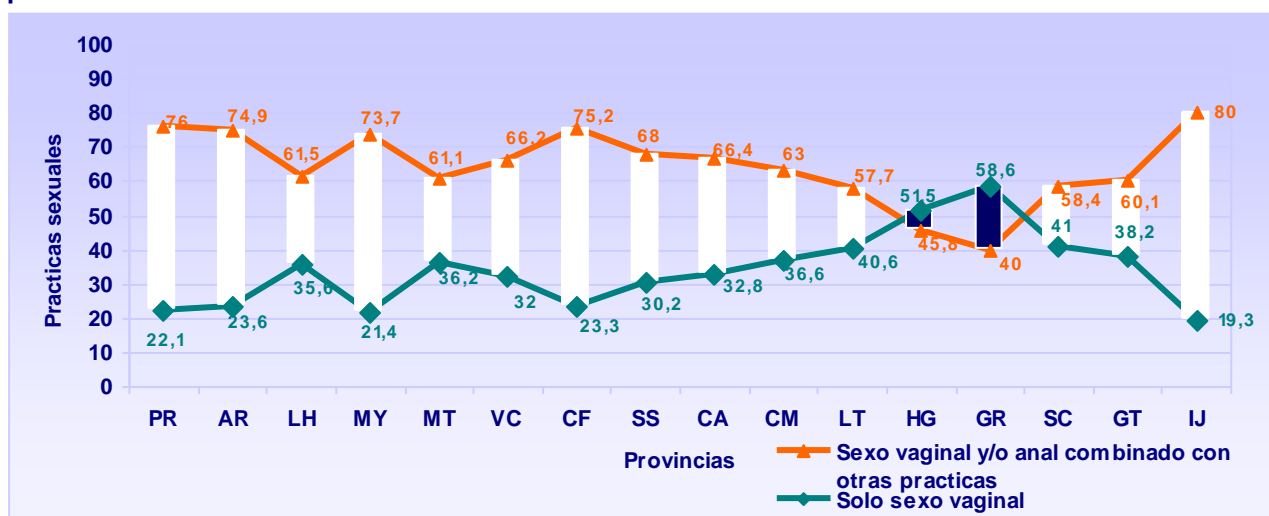
Mientras que entre los residentes en las cabeceras de provincia y el resto del territorio urbano son más frecuentes las combinaciones de sexo vaginal y/o anal con oral u otras prácticas (62.7% y 61.6% respectivamente), seguidas en orden por sexo vaginal exclusivo (35% y 35.7% respectivamente) y, en menor medida, por prácticas no penetrativas, entre las parejas estables



residentes en la zona rural las proporciones de quienes emplean un repertorio amplio de prácticas sexuales en sus relaciones sexuales se contrae a un 56% y comparativamente se incrementa en cerca de 7 puntos porcentuales el sexo vaginal exclusivo. Este hallazgo sugiere pensar que quienes residen en la zona rural del país tienen un comportamiento sexual con la pareja estable más conservador o tradicional que quienes viven en las zonas urbanas y principalmente dentro de las cabeceras provinciales.

Por provincias también resulta diferenciado el repertorio de prácticas sexuales empleado al menos en las relaciones con parejas estables (gráfico 2.23).

**Gráfico 2.23. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas estables que realizaron prácticas sexuales combinadas o sexo vaginal exclusivo en su última relación sexual con parejas estables por provincias**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Mientras que como promedio las proporciones de parejas estables residentes en el occidente y centro del país que emplearon en sus relaciones sexuales un repertorio amplio de prácticas sexuales combinadas, supera la media nacional, entre los residentes en el oriente, estas fueron menos frecuentes. Resultando incluso más habitual la práctica del sexo vaginal exclusivo, entre los residentes en Holguín y Granma.

En consecuencia, con este comportamiento, de Cienfuegos hacia el oriente del país se aprecia una tendencia casi perfecta de incremento gradual en las proporciones de quienes practican exclusivamente el sexo vaginal con su pareja estable y una disminución de similar magnitud en el empleo de prácticas sexuales combinadas. De esta forma, paulatinamente se va reduciendo hacia el oriente del país la brecha entre quienes emplean prácticas sexuales de tipo exclusivas y las parejas que prefieren incorporar un repertorio más amplio.

## Prácticas sexuales más frecuentes con parejas ocasionales

El patrón de prácticas sexuales establecido entre las personas con pareja ocasional es similar al que predomina en las relaciones sexuales entre parejas estables (ver cuadro 2.22). No obstante, según tipos de parejas existen diferenciales importantes en cuanto a la frecuencia con que uno u otro tipo de práctica sexual se involucra en la relación.

**Cuadro 2.22. Proporciones de personas de 15 a 49 años según prácticas sexuales realizadas en la última relación sexual con parejas estables u ocasionales, por sexo.**

Prácticas sexuales	Población con pareja estable			Población con parejas ocasionales		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Solo sexo vaginal	36.9	34.9	38.7	28.7	28.5	29.0
Sexo vaginal y oral	18.4	18.8	17.9	17.7	17.7	17.6
Sexo vaginal, oral y otras practicas	14.0	14.2	13.8	14.8	13.8	17.1
Sexo vaginal y otras practicas	12.6	11.9	13.2	11.6	11.8	11.2
Sexo vaginal, anal, oral y otras practicas	9.8	11.0	8.8	14.1	14.2	13.9
Sexo vaginal, anal y oral	2.8	3.0	2.6	3.8	4.2	2.7
Sexo vaginal y anal	1.0	1.3	0.8	1.6	1.6	1.6
Sexo vaginal, anal y otras practicas	0.9	0.9	1.0	1.5	1.7	0.9
Sexo anal y oral	0.1	0.1	0.1	0.3	0.4	0.1
Sexo anal y otras practicas	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	0.1
Sexo oral y otras practicas	0.2	0.1	0.3	0.4	0.2	0.7
Solo sexo oral	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3
Solo sexo anal	0.2	0.3	0.1	0.2	0.3	0.1
Solo otras prácticas	0.3	0.3	0.3	0.3	0.1	0.7
Sexo anal, oral y otras practicas	0.6	1.0	0.2	1.5	1.9	0.5
Ninguna de las anteriores	1.1	1.0	1.1	1.3	1.5	1.0
No Responde	0.8	0.8	0.8	1.9	1.7	2.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Prácticas penetrativas combinadas con otras</b>	<b>60.6</b>	<b>62.8</b>	<b>58.6</b>	<b>67.2</b>	<b>67.7</b>	<b>65.9</b>
<b>Prácticas que incluyen sexo anal de forma exclusiva o combinada</b>	<b>15.6</b>	<b>17.9</b>	<b>13.7</b>	<b>23.1</b>	<b>24.5</b>	<b>19.9</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Lo mismo entre los hombres que entre las mujeres, las prácticas sexuales combinadas con penetración vaginal y/o anal resultan predominantes independientemente del vínculo que se tenga con la pareja, sin embargo el denominado “repertorio amplio” resulta más habitual entre las parejas ocasionales (67.2%) que entre las estables (60.6%), con la peculiaridad de que si bien en las relaciones estables es mucho más usual entre los hombres que entre las mujeres (62.8% versus 58.6%), en las ocasionales no se distinguen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo. En orden de frecuencia la otra práctica sexual más común es el sexo vaginal exclusivo, que

estuvo presente en el 36.9% de las relaciones sexuales entre parejas estables y en el 28.7% de las parejas ocasionales.

Las prácticas sexuales que incluyen el sexo anal ya sea de manera exclusiva o combinada, y que son las que involucran un mayor riesgo de infección, son particularmente más frecuentes entre las parejas ocasionales que entre las estables (23.1% vs. 15.6%), siendo además mucho más declaradas entre los hombres que entre las mujeres independientemente del tipo de pareja.

La alternativa de “sexo seguro”, entendido como sexo sin penetración, se encuentra prácticamente ausente en las relaciones sexuales que establecen unas u otras parejas, sugiriendo así que esta práctica no tiene aceptación, al menos entre los cubanos, y por tanto resulta poco efectivo invertir esfuerzos en lograr que esta opción sea incluida entre las alternativas para reducir el riesgo de infección por ITS o el VIH.

En el marco de las relaciones sexuales con parejas ocasionales, al comparar las prácticas sexuales que realizan los diferentes grupos poblacionales en estudio, se aprecian también ciertas diferencias (ver cuadro 2.23). En todos resultan predominantes las prácticas sexuales combinadas con penetración vaginal y/o anal, sin embargo, son mucho más frecuente entre las PPST (71.4%), siendo a su vez dentro de ellas mucho más comunes entre los hombres que entre las mujeres (73.1% vs. 69.2%).

También son más habituales entre las PPST las prácticas combinadas que incluyen el más amplio repertorio (sexo vaginal, anal, oral y otras prácticas) y todas las que incorporan la penetración anal ya sea de manera exclusiva o combinada, en tanto resulta comparativamente mucho menos frecuente en este grupo el sexo vaginal exclusivo.

Otro dato interesante en las PPST, que no encuentra respuesta en el marco de este estudio, es que el 3.4% de los hombres refieran no haber realizado ninguna de las prácticas tradicionales definidas, quedando esta interrogante abierta para estudios futuros más específicos.

También, como era de esperarse, apenas 1 de cada 4 HSH incluyeron el sexo vaginal exclusivo<sup>13</sup> en su última relación sexual ocasional (23.7%) y fueron mucho más comunes entre ellos que entre

<sup>13</sup> Todos los HSH que incluyeron el sexo vaginal exclusivo con pareja ocasional son hombres bisexuales cuya última pareja ocasional fue una mujer.

los hombres de la población general las prácticas sexuales combinadas (69.9% vs. 67.7%) y en particular aquellas que de una u otra manera incluyen el sexo anal (40.7% vs. 24.5%).

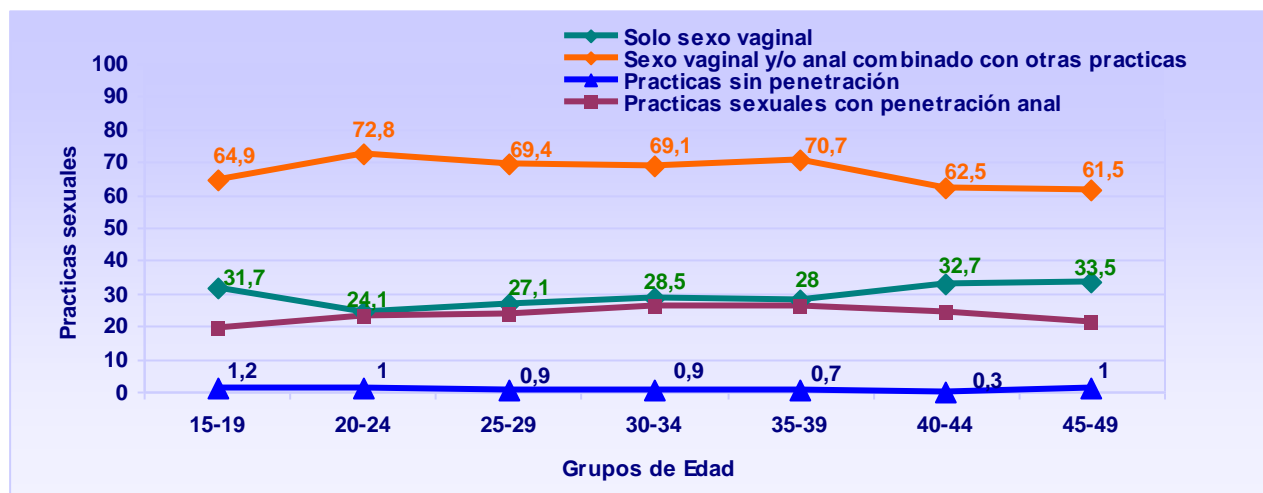
**Cuadro 2.23. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas ocasionales según prácticas sexuales realizadas en la última relación sexual con pareja ocasional, por grupos poblacionales en estudio y sexo.**

Prácticas sexuales	Población con Parejas Ocasionales						
	Población General			HSH	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Solo sexo vaginal	28.7	28.5	29.0	23.7	23.9	21.1	27.3
Sexo vaginal y oral	17.7	17.7	17.6	14.6	13.4	11.7	15.6
Sexo vaginal, oral y otras practicas	14.8	13.8	17.1	9.5	9.3	6.3	13.0
Sexo vaginal y otras practicas	11.6	11.8	11.2	7.2	7.8	7.2	8.4
Sexo vaginal, anal, oral y otras practicas	14.1	14.2	13.9	10.9	24.3	25.7	22.6
Sexo vaginal, anal y oral	3.8	4.2	2.7	5.1	6.8	8.1	5.3
Sexo vaginal y anal	1.6	1.6	1.6	1.0	2.4	1.9	2.9
Sexo vaginal, anal y otras practicas	1.5	1.7	0.9	0.8	1.0	1.8	0.0
Sexo anal y oral	0.3	0.4	0.1	4.7	1.0	1.8	0.1
Sexo anal y otras practicas	0.1	0.2	0.1	0.9	0.7	1.2	0.0
Sexo oral y otras practicas	0.4	0.2	0.7	0.2	0.6	0.3	1.0
Solo sexo oral	0.2	0.2	0.3	0.0	1.0	0.8	1.2
Solo sexo anal	0.2	0.3	0.1	1.8	0.4	0.3	0.5
Solo otras prácticas	0.3	0.1	0.7	0.6	0.2	0.3	0.0
Sexo anal, oral y otras practicas	1.5	1.9	0.5	15.5	4.3	7.1	0.7
Ninguna de las anteriores	1.3	1.5	1.0	3.1	1.9	3.4	0.0
No Responde	1.9	1.7	2.5	0.4	1.2	1.1	1.3
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Prácticas penetrativas combinadas con otras</b>	<b>67.2</b>	<b>67.7</b>	<b>65.9</b>	<b>69.9</b>	<b>71.4</b>	<b>73.1</b>	<b>69.2</b>
<b>Prácticas que incluyen sexo anal de forma exclusiva o combinada</b>	<b>23.1</b>	<b>24.5</b>	<b>19.9</b>	<b>40.7</b>	<b>40.9</b>	<b>47.9</b>	<b>32.1</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Un análisis por grupos de edades revela que, en todos los grupos definidos, excepto entre los adolescentes, las prácticas sexuales combinadas son mucho más frecuentes entre las parejas ocasionales que con la pareja estable (gráficos 2.24 y 2.21) y son menores los porcentajes de quienes optan por el sexo vaginal exclusivo. De tal suerte que, en todas las edades, la brecha entre este tipo de prácticas y el sexo vaginal exclusivo es mucho mayor en este contexto de parejas.

**Gráfico 2.24. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas ocasionales según prácticas sexuales realizadas en la última relación sexual con parejas ocasionales por grupos de edades**

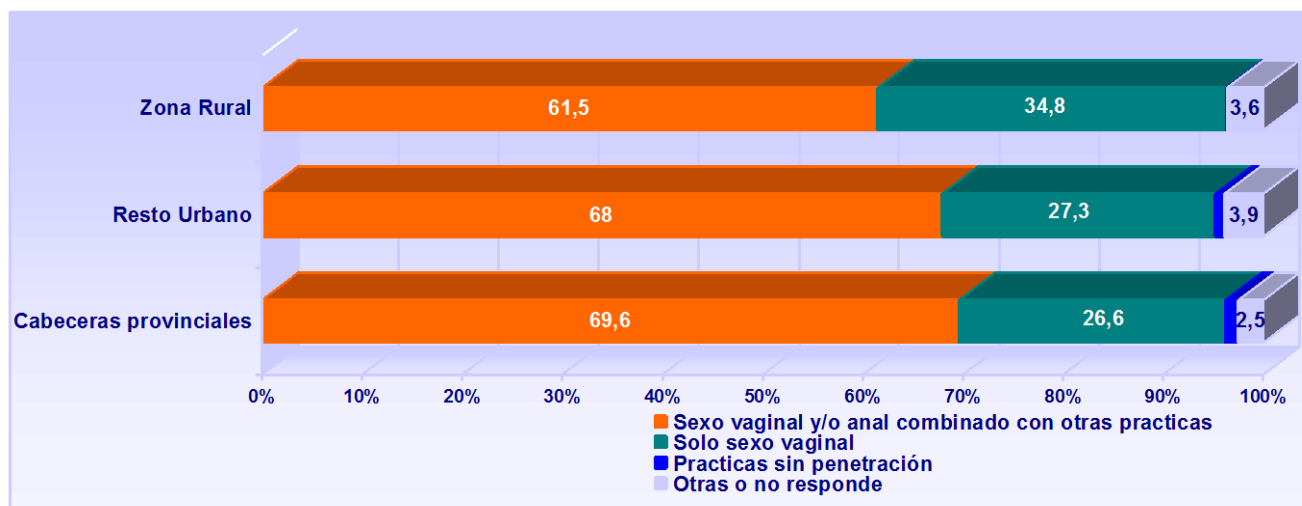


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Vale destacar que en las parejas ocasionales la disposición a realizar prácticas sexuales que incluyan sexo anal de forma exclusiva o combinada suele ser menos común entre los adolescentes (19.5%), luego se va incrementando su frecuencia proporcionalmente con la edad llegando a ser más habitual entre quienes tienen entre 30 y 39 años (26%). A partir de entonces comienza a disminuir paulatinamente dentro del repertorio de prácticas sexuales empleadas.

Por zona de residencia se ratifica el hallazgo encontrado con las parejas estables. El repertorio de prácticas sexuales que acompañan las relaciones de parejas ocasionales no es similar en las diferentes áreas (gráfico 2.25).

**Gráfico 2.25. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas ocasionales según prácticas sexuales realizadas en la última relación sexual con parejas ocasionales por zonas de residencia**

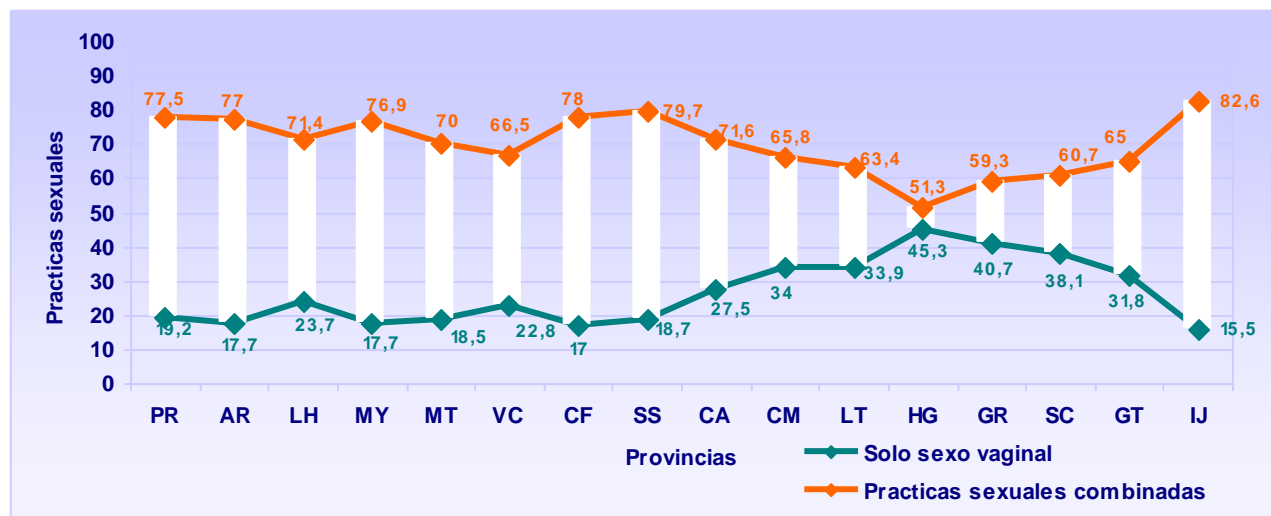


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En cualquier zona, en las relaciones ocasionales son más elevados los porcentajes de personas que optan por las prácticas sexuales penetrativas combinadas que los verificados entre parejas estables (gráficos 2.25 y 2.22), solo que en el marco de las relaciones ocasionales se amplía la brecha entre las capitales de provincia, el resto del territorio urbano y la zona rural del país. Las proporciones de parejas ocasionales residentes en las capitales que incorporan el repertorio amplio (69.6%) son más elevadas que las que se verifican en el resto urbano (68%) y 8.1 punto porcentual superior a las que se registra en la zona rural (61.5%).

A nivel de provincias, al igual que entre las parejas estables, también resulta diferenciado entre unas y otras el repertorio de prácticas sexuales empleado en las relaciones ocasionales (gráfico 2.26), con la particularidad de que en todos los territorios las proporciones de parejas ocasionales que incluyeron en su repertorio las practicas penetrativas combinadas fueron superiores a las que optaron por el sexo vaginal exclusivo.

**Gráfico 2.26. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas ocasionales que realizaron prácticas sexuales combinadas o sexo vaginal exclusivo en su última relación sexual con parejas ocasionales por provincias**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Además, aunque a nivel de provincias, entre las parejas ocasionales son mayores que entre las estables las diferencias entre las proporciones de quienes emplearon un repertorio amplio o solo sexo vaginal, también en este caso se refleja una tendencia de incremento gradual de occidente a oriente de la práctica del sexo vaginal exclusivo y una disminución paulatina en el empleo de prácticas sexuales combinadas, registrándose las menores brechas entre el empleo de una u otra práctica en las provincias de Holguín y Granma.

En resumen, pudiera plantearse que se mantiene como tendencia el incremento de prácticas sexuales combinadas entre los más jóvenes y los residentes en las zonas más urbanizadas del país, siendo cada vez menor el porcentaje de parejas que se conforman con la práctica del sexo vaginal exclusivo.

#### **II.2.4.4 Prácticas sexuales que involucran a más de dos personas a la vez**

Entre las iniciativas de respuesta al VIH surgió la hipótesis, no probada hasta entonces, de que los adolescentes y jóvenes con parejas ocasionales se habían estado involucrando en prácticas sexuales que implicaban a más de dos personas. Tal es el caso del sexo en trio, sexo en grupo - definido como el sexo con más de tres personas a la vez- o sexo con intercambios de parejas.

Al respecto, vale señalar que, si bien las relaciones y las prácticas sexuales están modeladas por contextos socioculturales históricos y en tal sentido, regidas por normativas y valoraciones, el tener sexo con más de dos personas a la vez o los intercambios de pareja, no surgieron en la época actual, ni en Cuba. Datan más bien de la época del imperio romano y fueron siendo menos frecuentes en la medida en que tomó fuerza el cristianismo y comenzó a censurarlas. Para los romanos, en la época del imperio, la sexualidad no era considerada como una cuestión moral degradante; se vivía el amor y el sexo como un “gran regalo de los dioses” y debían practicarlo al máximo. De hecho, existe un grafiti en las ruinas de Pompeya que dice “que viva el que ama; que se muera quien no sabe amar. Dos veces perezca todo el que pone obstáculos al amor”. Tales eran las prácticas sexuales en ese entonces que no falta quien califique el sexo de esa época como liberal y muchas veces perverso, vinculado en gran medida al ejercicio del poder y el crecimiento de la fortuna<sup>14</sup> (Fayanas, E., 2017).

Este tipo de prácticas, vinculadas a un estilo de amor lúdico, de variación y cambio, que rompen con los conceptos tradicionales de la sexualidad, en la actualidad, son también denominadas

<sup>14</sup> Por ejemplo, los despilfarros de Calígula, llevaron a Roma a una profunda crisis económica y para intentar revertirla éste inventó toda clase de impuestos. Una de sus ideas recaudatorias fue convertir su palacio en un inmenso burdel en el que ejercían, entre otras, algunas de sus hermanas y las mujeres de ciertos senadores. Así es, no sólo fornicaba con su hermana, sino que le conseguía clientes. Heliogábalo, político de la época, para contribuir a la economía del gobierno ejercía la prostitución en sus ratos libres, además le robó la idea del burdel en la corte a Calígula, pero mostró muchas más dotes para las finanzas que su ancestro. Era homosexual y ejerció el oficio con tal dedicación que presumía ante sus compañeros de palacio de ser el que más dinero recaudaba. Tiberio, por su parte, durante su retiro en Capri contrataba a jóvenes de ambos sexos a los que nombraba “expertos en coitos desviados” y les obligaba a copular en filas de tres mientras él observaba. Todos los pagos a los participantes se anotaban a la cuenta del Imperio.



“swingers”, quizás por su traducción al español y en asociación con prácticas sexuales de personas abiertas a todo, o más abiertas que la mayoría, y suelen realizarse por personas que no están atadas a un compromiso afectivo profundo (Orejuela, J., Piedrahita, J., Renza, F., 2012). Sin embargo, aun cuando este tipo de relaciones y prácticas sexuales, a lo largo de la historia se le ha visto con diferentes miradas morales, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales que promueven la libertad de decidir y ejercer plenamente la sexualidad, no tendrían objeción siempre que quienes se involucren en ellas actúen de común acuerdo y de manera responsable. Como dijera Braunstein, N., 2006 “Cuando el otro consiente, la perversión se esfuma”, pero en caso contrario, cuando una de las personas no está de acuerdo con el juego y se siente forzada, los daños psicológicos pueden llegar a ser muy grandes, y en cualquiera de los casos las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras si no se toman medidas de prevención para evitar dolencias futuras como suelen ser la aparición de ITS incluyendo el VIH.

Con el propósito de investigar sobre la prevalencia de este tipo de prácticas en la población cubana, se incluyó una pregunta en el cuestionario, que debía ser respondida empleando la misma técnica que se ha diseñado y puesto en práctica para conocer la orientación sexual de las personas e identificar a los HSH. Consiste en la entrega de un sobre lacrado a la persona entrevistada, se le pide que lo abra, lea en silencio la pregunta y responda verbalmente al entrevistador únicamente el número correspondiente a su respuesta.

Con el empleo de esta técnica pudo conocerse que la mayoría de la población con parejas ocasionales no incorpora este tipo de prácticas en sus relaciones de pareja (cuadro 2.24). De ellas la más común resulta ser el sexo con intercambio de parejas y fue reportado únicamente por el 5.3% (5.8% de los hombres y 4.2% de las mujeres). Le sigue en orden el sexo en trío con una frecuencia de 4.7% y en menor medida el sexo en grupo 1.5%.

En el caso de los HSH con parejas ocasionales, las proporciones resultaron ser comparativamente más elevadas, con la peculiaridad de que la práctica más común resultó ser el sexo en trío (11.3%), seguida en orden por los intercambios de pareja (9.8%) y en menor medida el sexo en grupo (5.5%).

Entre las PPST, se verifican diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo. La práctica más común fue los intercambios de pareja (12.6% de los hombres y 11.1% de las mujeres), seguida en orden por el sexo en trío cuya proporción en los hombres casi duplica la



registrada en las mujeres (12.1% versus 6.5% respectivamente) y en menor medida el sexo en grupo (2.4% en los hombres versus 2.8% en mujeres).

**Cuadro 2.24. Proporción de personas de 15 a 49 años ya iniciadas sexualmente con Pareja Ocasional en el último año, que ha tenido sexo en trio, sexo con más de tres personas o sexo con intercambio de parejas, según características sociodemográficas.**

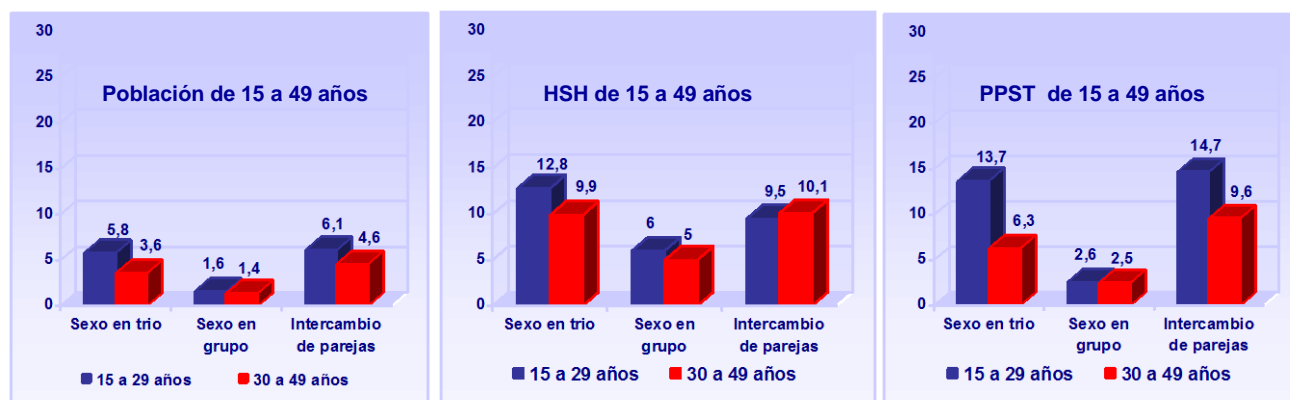
Características sociodemográficas		Personas de 15 a 49 años			HSH		
		Sexo en trio	Sexo en grupo de más de tres personas	Intercambios de parejas	Sexo en trio	Sexo en grupo de más de tres personas	Intercambios de parejas
Sexo	Hombres	5.0	1.7	5.8	11.3	5.5	9.8
	Mujeres	4.1	1.2	4.2	---	---	---
Grupos de edades	15-19	5.2	1.9	5.8	16.9	10.8	8.3
	20-24	7.7	1.8	5.2	20.9	8.2	11.7
	25-29	4.3	1.2	7.4	6.0	5.0	8.0
	30-34	3.3	1.8	3.1	9.3	5.7	15.0
	35-39	2.8	0.7	4.5	6.3	3.4	12.0
	40-44	3.0	1.7	3.9	19.9	8.6	13.7
	45-49	3.1	1.4	3.6	4.3	2.2	5.5
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	6.0	2.2	6.8	17.4	7.9	11.5
	Enseñanza media superior	4.6	1.3	5.0	7.0	3.8	6.2
	Enseñanza Superior	4.1	0.9	3.3	12.6	6.0	25.1
Color de la piel	Blanca	4.7	1.5	4.7	11.2	5.4	9.3
	Mulata o mestiza	5.4	2.1	6.7	12.9	6.9	12.4
	Negra	3.1	0.4	4.4	11.3	2.3	3.6
Frecuencia con que bebe alcohol	Bebe casi todos los días*	8.2	0.3	16.6	33.0	8.7	31.6
	1 a 3 días por semana	5.4	2.0	6.7	3.9	2.4	5.9
	Menos de una vez por semana	4.0	1.1	5.7	6.9	3.0	5.8
	Nunca	4.7	1.6	4.0	17.2	4.7	13.4
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	5.4	1.7	6.0	9.2	3.6	11.7
	Resto Urbano	4.4	1.6	5.0	16.2	8.7	10.0
	Zona Rural	4.1	1.1	4.8	6.8	3.2	6.8
<b>Población de 15 a 49 años</b>		<b>4.7</b>	<b>1.5</b>	<b>5.3</b>	<b>11.3</b>	<b>5.5</b>	<b>9.8</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Por edades se aprecia también un comportamiento diferenciado que sugiere que este tipo de prácticas resulta más frecuente en los adolescentes y jóvenes que en la población más adulta. Y, con el propósito de probar si se cumple esta hipótesis, que por demás fue la que impulsó a incluir este tema en el cuestionario, se dividió a la población en dos grupos de edades. Un primer grupo integrado por las personas de 15 a 29 años y un segundo grupo compuesto por las personas de 30 a 49 años. Posteriormente se realizó una prueba de hipótesis para verificar si las proporciones de personas que se involucraban en cada práctica eran iguales en ambos grupos.

Se empleó para ello la prueba T de studens para muestras independientes y el p-valor asociado para las tres practicas fue ( $P=0.0000$ ), con lo cual se rechaza la hipótesis de igualdad de medias quedando verificado que en el grupo de adolescentes y jóvenes (15 a 29 años) este tipo de prácticas resulta más habitual que en el de personas de 30 a 49 años. En el caso del sexo en trio las proporciones son del orden del 5.8% versus 3.6% respectivamente; los intercambios de pareja fueron reportados por el 6.1% de los adolescentes y jóvenes versus el 4.6% de las personas de 30 a 49 años, en tanto el sexo en grupo fue empleado por el 1.6% versus 1.4% respectivamente (gráfico 2.27).

**Gráfico 2.27. Proporción de personas de 15 a 49 años con Pareja Ocasional en el último año, que ha tenido sexo en trio, sexo con más de tres personas o sexo con intercambio de parejas, según grupos de edades**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Nota: Al aplicar la T de students para verificar si se cumplía la hipótesis de igualdad de medias (proporciones), en el caso de la población general el p-valor asociado dio  $p=0.000$ , rechazándose la hipótesis de igualdad. En el caso de HSH los valores de p fueron  $p=0.000$  para sexo en trio y sexo en grupo y  $p=0.0030$  para sexo con intercambio de parejas, rechazándose con ello también la hipótesis de igualdad. Sin embargo, en el caso de las PPST, los valores de p fueron  $p=0.000$  para el sexo en trio y sexo con intercambio de parejas y  $p=0.453>0.5$  para sexo en grupo y por tanto en este caso no existen diferencias estadísticamente significativas por edad en las proporciones de PPST que emplean el sexo en grupo.

Entre los HSH, cualquiera de estas prácticas resulta más común que en la población en general, y también entre ellos existen diferenciales por edad en las proporciones de quienes se involucran en una u otra (gráfico 2.27). Sin embargo, mientras el sexo en trio y el sexo en grupo resulto ser más

frecuente entre los más jóvenes que en el grupo de 30 a 49 años (12.8% versus 9.9% respectivamente para el caso del sexo en trio) y (6% versus 5% respectivamente para el caso del sexo en grupo), los intercambios de pareja son más frecuentes en los menos jóvenes (10.1% en el grupo de 30 a 49 años versus 9.5% en el grupo de 15 a 29 años). No obstante, si se analizan estos resultados de manera diferencial por grupos quinquenales de edad (cuadro 2.24), llama la atención que aproximadamente uno de cada cinco HSH de 15 a 19, 20 a 24 y 40 a 44 años haya practicado el sexo en trio, uno de cada diez adolescentes HSH haya practicado el sexo en grupo y uno de cada diez de 15 a 44 años haya practicado el sexo con intercambio de parejas, todo lo cual incrementa su exposición a adquirir algún tipo de ITS incluyendo el VIH.

En el grupo de personas de 15 a 29 años que practican sexo transaccional, la práctica de sexo en trio y los intercambios de pareja resultaron ser más frecuentes que en los adolescentes y jóvenes de cualquiera de los grupos en estudio (gráfico 2.27). También entre las PPST se comprobó que estas prácticas sexuales fueron más comunes entre los más jóvenes que en el grupo de 30 a 49 años, e incluso es el grupo en que se reportan los mayores diferenciales por edad (13.7% versus 6.3% respectivamente para el caso del sexo en trio) y (14.7% versus 9.6% respectivamente para los intercambios de parejas). Sin embargo, en el caso del sexo en grupo no se verificaron diferencias estadísticamente significativas por edad.

Puede concluirse entonces que, las prácticas sexuales que involucran a más de dos personas no son muy frecuentes en la población cubana, ni exclusivas de los adolescentes y jóvenes, aunque es en este grupo de edad donde resultan más comunes, excepto los intercambios de pareja, que en el caso de los HSH son más habituales entre los menos jóvenes, y el sexo en grupo en el caso de las PPST, que no reporta proporciones diferenciadas por grupos de edades.

Estos comportamientos también resultaron diferenciados según otras variables sociodemográficas estudiadas (cuadro 2.24). Se verificó al respecto que existe una correlación inversa entre el nivel de instrucción de la población en general y la probabilidad de involucrarse en este tipo de prácticas. Son más frecuentes entre las personas con menor nivel de instrucción, seguidas en orden por las que tienen enseñanza media y en menor medida por quienes tienen enseñanza superior terminada. Sin embargo, esta relación no se cumple en el caso de los HSH. Entre ellos el sexo en trio y el sexo en grupo resultan más comunes entre los que tienen menos nivel y los intercambios de parejas entre los universitarios, involucrándose en estos uno de cada cuatro HSH con parejas ocasionales (25.1%).

Según color de la piel, tanto en la población general como entre los HSH se verificó que lo mismo el sexo en trio, que el sexo en grupo o los intercambios de parejas resultan más frecuentes entre las personas de piel mestiza, seguidas en orden por las personas de piel blanca y en menos medida por las personas con color de la piel negra (cuadro 2.24).

De acuerdo a la zona de residencia, si bien en la población general este tipo de prácticas resultan más habituales en las áreas más metropolitanas y especialmente en las cabeceras de provincia que en la zona rural, en el caso de los HSH los intercambios de parejas también son más recurrentes en las cabeceras de provincia, pero las prácticas de sexo en trio y sexo en grupo resultan más frecuentes entre los residentes en la zona urbana no correspondiente a las cabeceras de provincia y cualquiera de ellas menos frecuente entre los residentes en la zona rural (cuadro 2.24).

La ingestión de bebidas alcohólicas también marca una distinción en la realización de este tipo de prácticas, siendo mucho más frecuentes entre quienes beben casi todos los días. Tanto en la población general como entre los HSH las proporciones de personas que realizan sexo en trio casi duplican a las reportadas por quienes beben con menos frecuencia o nunca beben en tanto los intercambios de parejas resultan tres veces más frecuentes como promedio entre los bebedores habituales que en el resto (cuadro 2.24).

### **II.2.5 Uso del condón en los distintos tipos de parejas**

En las relaciones entre parejas que incluyen prácticas sexuales no seguras, independientemente del tipo de pareja, el número de parejas sexuales y la práctica sexual que se realice, la manera más efectiva de reducir el riesgo de infección por el VIH es el uso del condón y más específicamente el empleo del condón de manera correcta y sistemática, es decir en todas las relaciones sexuales donde se intercambie algún tipo de fluido sexual.

En Cuba, donde más del 99% de las personas diagnosticadas han adquirido el VIH por vía sexual, este paradigma se mantiene cada día más vigente. De ahí que sean múltiples y variadas las acciones que se desarrollen en el país en materia preventiva y en específico para promover el sexo protegido.

Existe un Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH<sup>15</sup> y por tanto una estrategia nacional de respuesta a la epidemia, un Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/sida, el Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/sida y el Grupo Operativo para el Control y Lucha contra el Sida (GOPELS) que actúan como rectores de todas las acciones. Además, bajo el reconocimiento de que el sida no es solo un problema de salud no resuelto, sino también un dilema social, se involucran en la respuesta múltiples instituciones nacionales para de forma multisectorial, pluridimensional y sin perder de vista los determinantes sociales de la salud que puedan favorecer u obstaculizar la prevención, hacer frente a la epidemia.

La mayor parte de los recursos financieros para enfrentar la epidemia en Cuba están a cargo del presupuesto del Estado, no obstante, diversas agencias, organismos, ONGs y organizaciones internacionales han apoyado la respuesta nacional ante el VIH/sida bajo distintas formas de participación, destacándose entre ellos el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Han sido diversas las acciones desarrolladas por parte del Programa Nacional en general y dentro del marco de los proyectos que tiene Cuba con el Fondo Mundial en particular, encaminadas a, mediante programas de prevención combinados y la entrega de un paquete mínimo de prevención<sup>16</sup>, promover el uso del condón como medio eficaz para prevenir la infección por VIH. Corresponde entonces investigar si se logró el cambio esperado en las diferentes poblaciones metas: población general dividida en hombres y mujeres, HSH, PPST y personas Trans.

El análisis se centrará en los indicadores **“uso del condón en la última relación sexual”** y **“uso consistente del condón”**. Ambos serán evaluados en los diferentes tipos de pareja: estables u ocasionales, particularizadas según sexo, grupos de edades, nivel educacional, color de la piel y zonas de residencia. Asimismo para evaluar si hubo un incremento en el uso del condón respecto a períodos anteriores se compararán los resultados, con los que se obtuvieron en las encuestas similares aplicadas en los años 2001, 2005, 2006, 2009, 2011 y 2013<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> MINSAP. Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH 2014-2018.

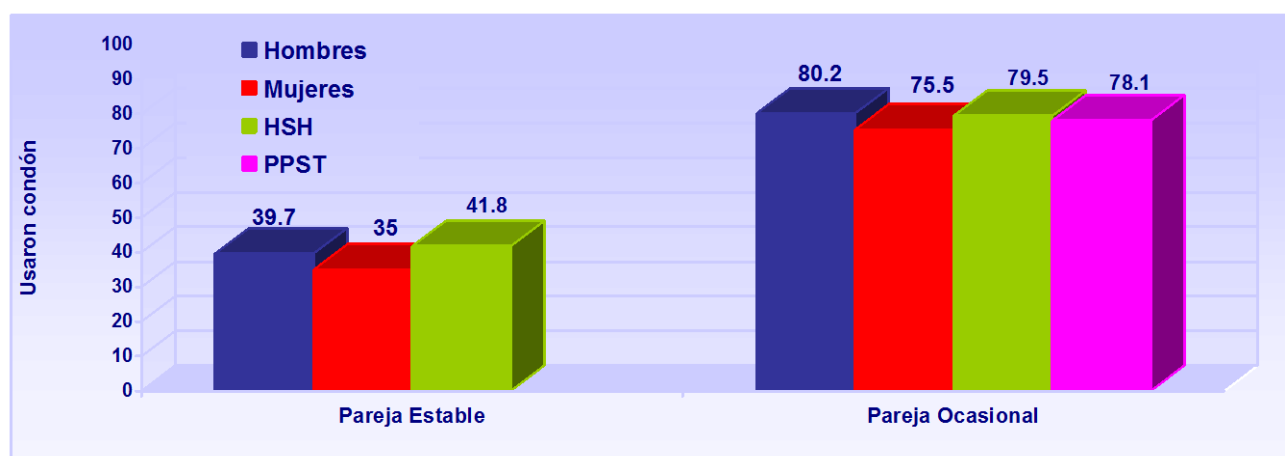
<sup>16</sup> El paquete mínimo de prevención incluye la entrega de al menos un condón, lubricantes en el caso de HSH y personas Trans, entregar información sobre VIH y sobre donde hacerse la prueba para conocer el estado serológico

<sup>17</sup> Las comparaciones con datos del 2001 al 2005 solo son posibles a nivel de las zonas urbanas identificadas como cabeceras de provincia ya que, aunque las Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida aplicada posterior a esa fecha tenían una muestra probabilística de representatividad nacional, las muestras de las encuestas similares aplicadas en los años 2001 y 2005 solo eran representativas de las personas residentes en las cabeceras de provincia.

### II.2.5.1 Uso del condón en la última relación sexual según pareja estable u ocasional

Como se refleja en el siguiente gráfico, el uso del condón en la última relación sexual varía entre las sub-poblaciones en estudio y entre los diferentes tipos de pareja, siendo más frecuente en aquellas situaciones en que es previsible un riesgo más elevado como es el caso de tener relaciones ocasionales. Mientras dos de cada tres personas (62.7%) casadas-unidas o con pareja estable tuvieron relaciones sexuales desprotegidas, cerca de cuatro de cada cinco con parejas ocasionales se protegieron (78.9%).

**Gráfico 2.28. Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable u ocasional que usaron condón en su última relación sexual según sexo.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

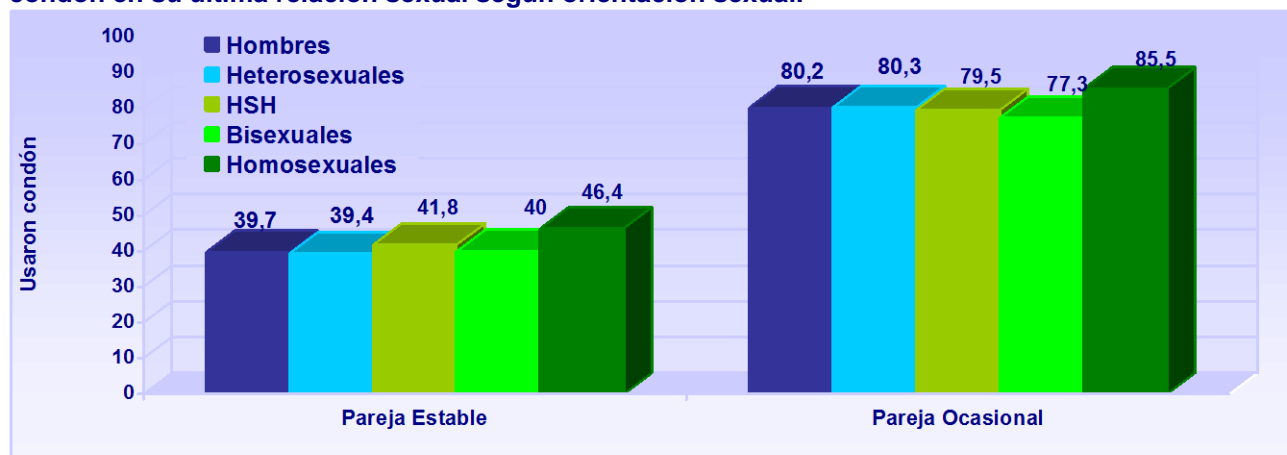
En cuanto a sexo, en ambas relaciones de pareja (estables y ocasionales) las proporciones más elevadas de uso del condón se concentran en los hombres, con la peculiaridad de que el diferencial por sexo en las proporciones de usuarios, es de 4.7 puntos porcentuales a favor de los hombres, en el contexto de ambas relaciones de pareja.

Si se compara el comportamiento de los HSH con una u otra pareja, respecto al que tiene la población general, se aprecian algunas diferencias. En las relaciones sexuales con pareja estable la proporción de HSH que se protegió (41.8%) es más elevada que la de los hombres y las mujeres con este tipo de parejas, en cambio, con la pareja ocasional, la protección fue comparativamente menos frecuente que la de los hombres en general (79.5% vs. 80.2%), pero más común que la reportada por las mujeres (75.5%) y las PPST (78.1%).

Sin embargo, al verificar el uso del condón entre los hombres según orientación sexual, las diferencias en las proporciones de usuarios son estadísticamente significativas en el contexto de ambas relaciones de pareja (gráfico 2.29). En las relaciones con parejas estables se protegieron el

40% de los HSH bisexuales y el 46.4% de los HSH gays<sup>18</sup>, siendo ambas proporciones superiores a las registradas por los hombres de la población en general (39.7%) y los heterosexuales en particular (39.4%).

**Gráfico 2.29. Proporciones de hombres de 15 a 49 años con pareja estable u ocasional que usaron condón en su última relación sexual según orientación sexual.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En las relaciones con parejas ocasionales usaron condón el 77.3% de los bisexuales y el 85.5% de los HSH gays, con la peculiaridad de que si bien la proporción de HSH gays que usaron condón fue superior a la de los hombres de la población general y a la de los heterosexuales en particular (85.5%, 80.2% y 80.3% respectivamente), en el caso de los HSH bisexuales la frecuencia de uso del condón fue menor, incrementándose así la vulnerabilidad de ellos como grupo en general y de las mujeres con quienes han tenido relaciones en particular.

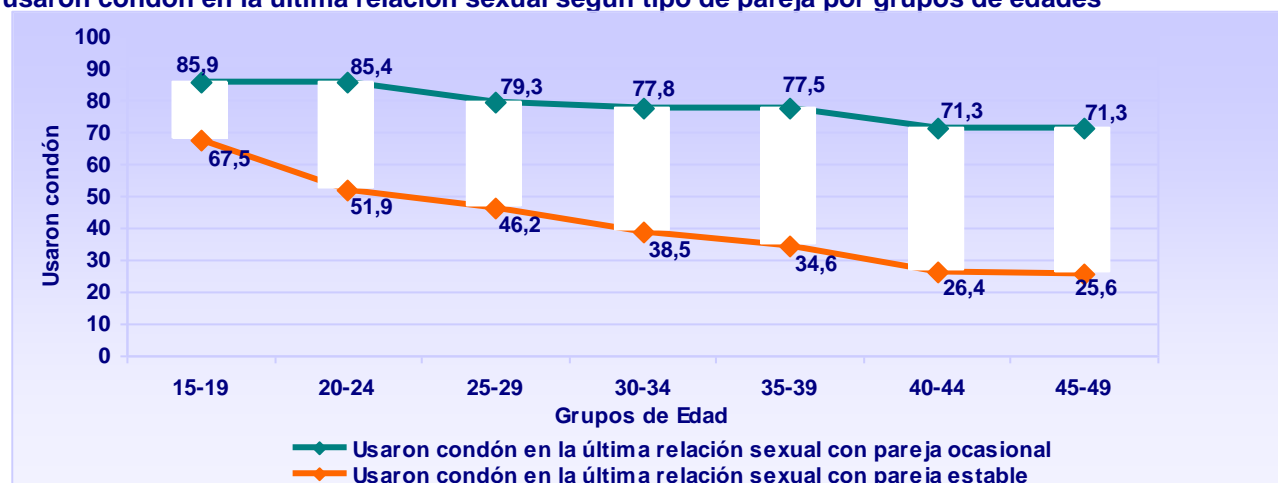
#### II.2.5.2 Uso del condón en la última relación sexual según tipo de pareja por grupos de edad.

Al explorar por grupos de edades el comportamiento sexual de la población en las diferentes relaciones de pareja se encontraron semejanzas, pero también marcadas diferencias.

Independientemente de la edad, el uso del condón es más habitual en las relaciones ocasionales que entre parejas estables, con la peculiaridad de que entre los más adultos es mayor la brecha entre quienes se protegieron con un tipo de pareja u otro. No obstante, independientemente de la pareja, la protección es mucho más frecuente entre las personas más jóvenes y va disminuyendo en la medida en que aumenta la edad (gráfico 2.30).

<sup>18</sup> En el marco de esta publicación se considerará como HSH gays, a los Hombres que tienen relaciones sexuales solamente con hombres

**Gráfico 2.30. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas estables u ocasionales que usaron condón en la última relación sexual según tipo de pareja por grupos de edades**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Por su parte la brecha entre generaciones es mayor en el contexto de las parejas estables. Mientras que entre los 15 y los 49 años existe una variación de 14.6 puntos porcentuales en las proporciones de quienes se protegieron en la última relación sexual con pareja ocasional (85.9% en el grupo de 15 a 19 años vs. 71.3% en el de 45 a 49 años), en las relaciones sexuales entre parejas estables la diferencia entre las proporciones de usuarios del condón en los grupos extremos se incrementa a 41.9 puntos porcentuales, pasando de un 25.6% en el grupos de edad de 45-49 años a un 67.5% en los adolescentes, sugiriendo así que los más jóvenes han ido interiorizando más rápidamente que los más adultos la necesidad de protegerse, pero además, de hacerlo con todo tipo de pareja.

En el contexto de las relaciones sexuales con parejas ocasionales entre los hombres y las mujeres se reproduce la misma tendencia mostrada para ambos sexos: en la medida en que aumenta la edad disminuye el uso del condón, concentrándose los mayores usuarios entre las personas más jóvenes (cuadro 2.25).

Este resultado tiene un efecto positivo en términos de prevención por cuanto son los más jóvenes quienes se involucran con mayor frecuencia en relaciones con parejas ocasionales o múltiples parejas en las cuales es previsible un mayor riesgo. Corrobora además que independiente del sexo, es más fácil establecer comportamientos sexuales seguros desde un inicio que modificar comportamientos de riesgo implantados desde décadas atrás, ya que, entre los más adultos, iniciados todos antes de la época del sida, el condón se empleaba mayormente como medio anticonceptivo y al respecto había otros en el mercado que ganaban en aceptación.



**Cuadro 2.25. Proporciones de personas de 15 a 49 años que usaron condón en su última relación sexual con pareja ocasional por grupos de edad según sexo.**

Grupos de Edad	Población general con relaciones sexuales ocasionales			HSH con Relaciones Ocasionales	PPST		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
15-19	85.9	86.2	85.3	83.5	57.6	46.9	69.9
20-24	85.4	85.9	83.9	73.0	92.2	90.3	95.9
25-29	79.3	81.6	73.3	80.8	84.6	92.2	75.6
30-34	77.8	79.5	74.0	82.1	68.7	72.5	65.4
35-39	77.5	80.2	70.1	83.5	81.7	83.9	78.5
40-44	71.3	74.7	73.7	74.8	74.5	81.1	63.7
45-49	71.3	73.4	63.0	81.4	73.9	82.5	67.6
<b>15-49</b>	<b>78.9</b>	<b>80.2</b>	<b>75.5</b>	<b>79.5</b>	<b>78.1</b>	<b>81.3</b>	<b>74.1</b>
<b>15-34</b>	<b>82.3</b>	<b>83.5</b>	<b>79.4</b>	<b>79.4</b>	<b>79.0</b>	<b>80.5</b>	<b>77.1</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Nota 1: Las proporciones de PPST desglosadas por edad y sexo según uso del condón, sólo deberán utilizarse como cifras indicativas ya que al ser una parte pequeña de la población este desglose tiene asociado Coeficientes de Variación superiores al 20%.

De acuerdo al sexo se aprecia que al interior de cada grupo etario la frecuencia de hombres que se protegieron es superior a la de las mujeres, lo que las pone comparativamente en desventaja y sugiere revisar si existen elementos posibles de modificar que puedan facilitarles el control del riesgo, especialmente a las más adultas.

Entre los HSH, no se verificó un comportamiento preventivo diferenciado por edad y en el caso de las PPST si bien no se visualiza una tendencia marcada por la edad, llama la atención la baja tasa de protección reportada por los adolescentes de 15 a 19 años y especialmente por los varones (46.9% en hombres y 69.9% en mujeres).

### **II.2.5.3 Uso del condón en la última relación sexual según diferentes variables sociodemográficas.**

En el cuadro 2.26 se muestra, con desagregación por sexo, las proporciones de hombres, mujeres y HSH con pareja estable u ocasional que usaron condón en su última relación sexual con cada tipo de pareja, según diferentes características sociodemográficas.

Independientemente de la característica sociodemográfica de la persona, y del tipo de pareja, los indicadores de uso de preservativos, son en general significativamente mayores en los hombres que en las mujeres, no obstante, los porcentajes registrados para ambos sexos resultan aún insuficientes para impactar en la transmisión de las ITS y el VIH.

Según nivel educacional se aprecian comportamientos diferenciados que indican que el nivel de instrucción actúa como facilitador de la prevención (cuadro 2.26 y gráfico 2.31); en la medida en que aumenta la escolaridad, se incrementan las proporciones de quienes se protegieron con uno u otro tipo de pareja.

**Cuadro 2.26. Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable u ocasional, que usaron condón en la última relación sexual por características sociodemográficas.**

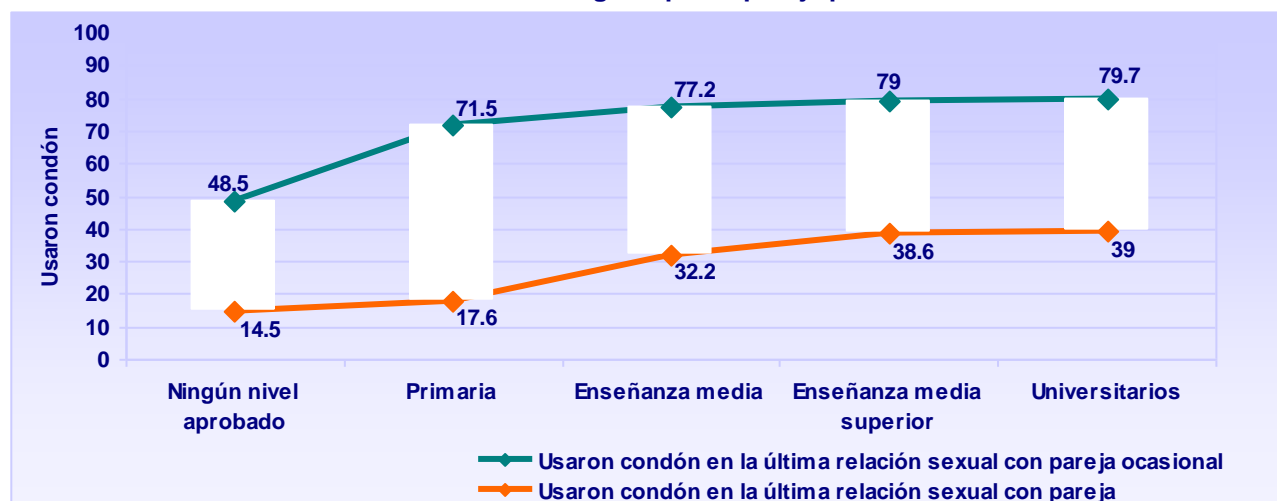
Características sociodemográficas		Parejas Estables			Parejas Ocasionales			HSH	
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Pareja Estable	Pareja Ocasional
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	30.6	33.1	27.8	76.6	77.8	72.4	33.3	80.3
	Enseñanza media superior	38.6	40.5	36.9	79.0	81.0	77.3	45.0	78.8
	Enseñanza Superior	39.0	40.8	37.8	79.7	84.1	77.6	44.5	80.9
Color de la piel	Blanca	35.7	38.6	33.0	78.3	79.7	75.0	43.8	74.5
	Mulata o mestiza	39.5	41.1	37.9	81.9	83.1	78.9	37.8	89.0
	Negra	40.5	41.6	39.4	73.3	75.1	68.1	40.7	79.6
Frecuencia con que bebe alcohol	Bebe casi todos los días	28.9	30.3	19.9	71.9	72.0	71.5	36.9	67.0
	1 a 3 días por semana	36.0	36.4	34.1	76.9	77.8	69.4	37.1	87.4
	Menos de una vez por semana	40.0	40.9	38.2	80.5	82.0	74.1	46.4	75.6
	Nunca	36.7	41.2	34.6	79.1	81.2	76.3	41.4	78.4
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	44.5	46.0	43.2	84.2	85.6	81.0	49.7	84.6
	Resto Urbano	33.3	37.4	29.7	74.8	78.5	73.2	39.2	75.8
	Zona Rural	30.3	32.4	28.2	73.0	75.6	67.5	32.7	74.8
Movilidad territorial	Vivió fuera de su localidad al menos 1 mes	42.4	48.0	38.0	81.5	82.7	79.5	61.5	83.8
	No estuvo fuera de su localidad	36.6	38.7	34.6	78.5	79.9	74.7	40.0	79.0
<b>Población de 15 a 49 años</b>		<b>37.3</b>	<b>39.7</b>	<b>35.0</b>	<b>78.9</b>	<b>80.2</b>	<b>75.5</b>	<b>41.8</b>	<b>79.5</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Incluso, si bien entre quienes tienen a lo sumo enseñanza media terminada las proporciones de usuarios tanto con la pareja estable como con la pareja ocasional se encuentran comparativamente por debajo del promedio nacional (con pareja estable emplearon condón el 37.3% de la población y el 32.2% de quienes tenían a lo sumo enseñanza media terminada, en tanto con parejas ocasionales se protegieron en promedio el 78.9% de la población y el 77.2% de quienes tenían a lo sumo enseñanza media terminada), entre los que tienen vencida la enseñanza

media superior o son universitarios ocurre lo contrario. En ambos casos las proporciones de quienes emplearon el condón con su pareja estable son superiores al promedio nacional (38.6% y 39% vs. 37.3%) y lo mismo ocurre con quienes lo hicieron con su pareja ocasional (79% y 79.7% vs. 78.9%).

**Gráfico 2.31. Proporciones de personas de 15 a 49 años con parejas estables u ocasionales que usaron condón en la última relación sexual según tipo de pareja por nivel educacional**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

El uso de preservativos según el color de la piel de la población cubana muestra un comportamiento diferenciado por sexo, orientación sexual y según tipo de pareja, y refleja como en términos generales la población no blanca se protege más que la blanca (cuadro 2.26).

Independientemente del sexo, en el contexto de las relaciones estables, las personas con color de la piel negra se protegen más que las mestizas y ambas más que las de piel blanca, en tanto en el ámbito de las relaciones ocasionales, se protege más la población mestiza, seguida en orden por las personas con color de la piel blanca y en menor medida por las de color de la piel negra.

En el caso de los HSH, el comportamiento preventivo de acuerdo al color de la piel es diferente al que se registra en la población en general. En el marco de las parejas estables, la protección fue más frecuente entre los HSH con color de la piel blanca (43.8%), seguidos en orden por los de color de la piel negra (40.7%) y en menor medida los de piel mestiza (37.8%). En el caso de las parejas ocasionales, contrario a lo que ocurre en las relaciones estables, los HSH de piel mestiza se protegieron más que los de color de la piel negra y ambos más que los de color de la piel blanca (89%, 79.6% y 74.5% respectivamente).

La ingestión de bebidas alcohólicas también refleja ser un atenuante para la prevención, marcado una especial diferencia entre quienes beben casi todos los días y quienes lo hacen ocasionalmente o nunca. Los porcentajes de uso del condón registrados entre los bebedores habituales,

independientemente del tipo de pareja, el sexo o la orientación sexual, son menores que los reportados por el resto de la población, pero además son comparativamente muy bajos (cuadro 2.26).

Entre las personas que durante el último año cambiaron temporalmente su residencia habitual, independientemente del tipo de pareja, el sexo o la orientación sexual, se registran porcentajes más elevados de uso de preservativos, que entre quienes no lo hicieron, lo que refleja una respuesta positiva de adaptación al riesgo (cuadro 2.26).

Por zona de residencia se verifica que independientemente del tipo de pareja el sexo o la orientación sexual, el uso del condón es más frecuente entre quienes viven en las zonas urbanas y especialmente en las cabeceras de provincia, mientras que las proporciones de usuarios más pequeñas se reportan en la zona rural (cuadro 2.26). No obstante, en todas las áreas es más frecuente la prevención cuando se tiene una relación sexual con una pareja ocasional que cuando ocurre con una pareja estable, pero, además, cualquiera sea la pareja, es relativamente mayor la proporción de hombres que declara haber empleado el condón que la de mujeres.

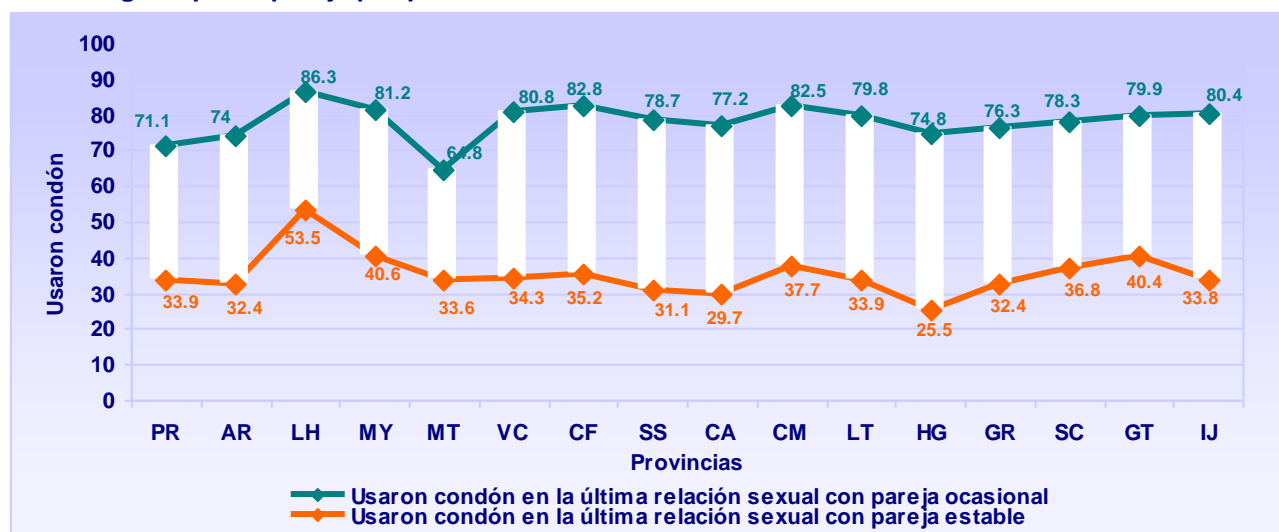
Teniendo en cuenta los comportamientos diferenciales por zona de residencia, y el hecho de que en la zona rural más de un cuarto de los hombres (26.8%), cerca de una de cada diez mujeres (9.8%) y el 29.8% de los HSH tienen relaciones ocasionales, es importante continuar trabajando a fin de ampliar el alcance y cobertura de las acciones a todas las zonas del país y especialmente hacia las áreas menos urbanizadas, por cuanto en ellas se concentra un potencial no pequeño de población con comportamientos sexuales de alto riesgo.

Un análisis sobre el empleo del condón en las diferentes relaciones de pareja a nivel de provincias muestra que, similar a lo que ocurre a nivel nacional, en todas las provincias las proporciones de personas que se protegieron con parejas ocasionales son superiores a las que lo hicieron con parejas estables. No obstante, comparativamente por territorios, se aprecia que las proporciones de usuarios no son homogéneas en todas las provincias (gráfico 2.32).

Se destaca en particular La Habana que concentra los mayores porcentajes de uso del condón tanto en las relaciones de parejas estables como ocasionales, y tratándose de la capital que es la provincia mayormente poblada, aglutina también los mayores volúmenes de personas que han incorporado la prevención como estrategia de adaptación al riesgo de infección por el VIH. Hallazgo que resulta positivo si se tiene en cuenta que es en la capital donde residen más de la

mitad de las personas seropositivas y por tanto donde con mayor frecuencia pueden entablarse relaciones entre parejas serodiscordantes.

**Gráfico 2.32. Proporciones de personas de 15 a 49 años que usaron condón en su última relación sexual según tipo de pareja por provincias.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Entre la población que tuvo relaciones sexuales con parejas ocasionales, se reportaron proporciones de usuarios del condón superiores a la media nacional (78.9%) además de en La Habana, en las provincias de Mayabeque, Villa Clara, Cienfuegos, Camagüey, Las Tunas, Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud. La situación más desfavorable se registró en Matanzas, Pinar del Río, Artemisa y Holguín (en ese orden), con la peculiaridad de que las proporciones de quienes se protegieron en esos territorios no superan el 75% y en el caso particular de Matanzas no llegan al 65%, registrándose en ese territorio la situación más desventajosa.

Respecto a la población con pareja estable, las proporciones de usuarios por provincia se encuentran por encima de la media nacional (37.3%) en La Habana, Mayabeque, Camagüey y Guantánamo. En el resto de las provincias la situación más desventajosa se registra en Holguín donde apenas una de cada cuatro personas empleó el condón (25.5%).

Referido a la pareja estable, el patrón de comportamiento por sexo no es uniforme en todas las provincias (cuadro 2.27). Mientras en La Habana, Mayabeque y Guantánamo, las proporciones de hombres y mujeres que se protegieron superan la media nacional, en Pinar del Río, Artemisa, Ciego de Ávila, Las Tunas y Holguín las mujeres que usaron condón en su última relación sexual

no sobrepasan el 20%, con la peculiaridad de que es justo en esos territorios donde se registran las mayores brechas en las proporciones de hombres y mujeres que usaron el condón.

**Cuadro 2.27. Proporciones de personas de 15 a 49 años que usaron condón en su última relación sexual, por provincia, según tipo de pareja y sexo.**

Provincias	Proporciones de personas que usaron condón en su última Relación Sexual						
	Pareja Estable			Pareja Ocasional			HSH con Relaciones Ocasionales
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	
Pinar del Río	33.9	38.3	29.5	71.1	72.0	68.6	64.8
Artemisa	32.4	38.3	26.7	74.0	75.9	70.3	87.8
La Habana	53.5	55.4	51.6	86.3	87.2	84.7	85.1
Mayabeque	40.6	41.2	40.1	81.2	85.9	68.5	74.2
Matanzas	33.6	34.7	32.7	64.8	63.2	70.4	48.2
Villa Clara	34.3	33.9	34.7	80.8	78.8	85.0	67.5
Cienfuegos	35.2	37.6	33.0	82.8	82.8	82.5	82.4
Sancti Spiritus	31.1	28.1	33.7	78.7	78.8	78.5	77.6
Ciego de Ávila	29.7	33.9	25.7	77.2	79.2	73.1	79.6
Camagüey	37.7	37.4	38.1	82.5	86.0	73.5	80.1
Las Tunas	33.9	40.3	27.9	79.8	80.9	76.2	80.9
Holguín	25.5	29.4	22.0	74.8	77.8	66.4	75.7
Granma	32.4	35.0	30.0	76.3	80.1	62.2	87.4
Santiago de Cuba	36.8	39.8	33.9	78.3	78.1	78.9	86.3
Guantánamo	40.4	41.5	39.4	79.9	85.0	62.8	73.0
Isla de la Juventud	33.8	34.1	33.6	80.4	79.0	60.0	63.2
<b>Cuba</b>	<b>37.3</b>	<b>39.7</b>	<b>35.0</b>	<b>78.9</b>	<b>80.2</b>	<b>75.5</b>	<b>79.5</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En el contexto de las relaciones ocasionales el empleo del condón tampoco muestra un patrón uniforme entre provincias. La Habana se caracteriza por concentrar las mayores tasas de protección con condones de látex tanto en hombres como en mujeres (87.2% y 84.7% respectivamente) y por ser, junto con Cienfuegos y Las Tunas los únicos territorios donde las proporciones de hombres y mujeres que usaron condón, superan a la media nacional. También se reportan tasas superiores a la media nacional en Mayabeque y Guantánamo en el caso de los hombres y en Santi Spíritus y Santiago de Cuba en el caso de las mujeres. Por el contrario, los menores porcentajes de hombres que se protegieron con este tipo de parejas corresponden a Pinar del Río (72%) y Matanzas (63.2%) y en el caso de las mujeres las proporciones de quienes usaron condón no superan en 70% en Pinar del Río, Mayabeque, Holguín, Granma, Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud.

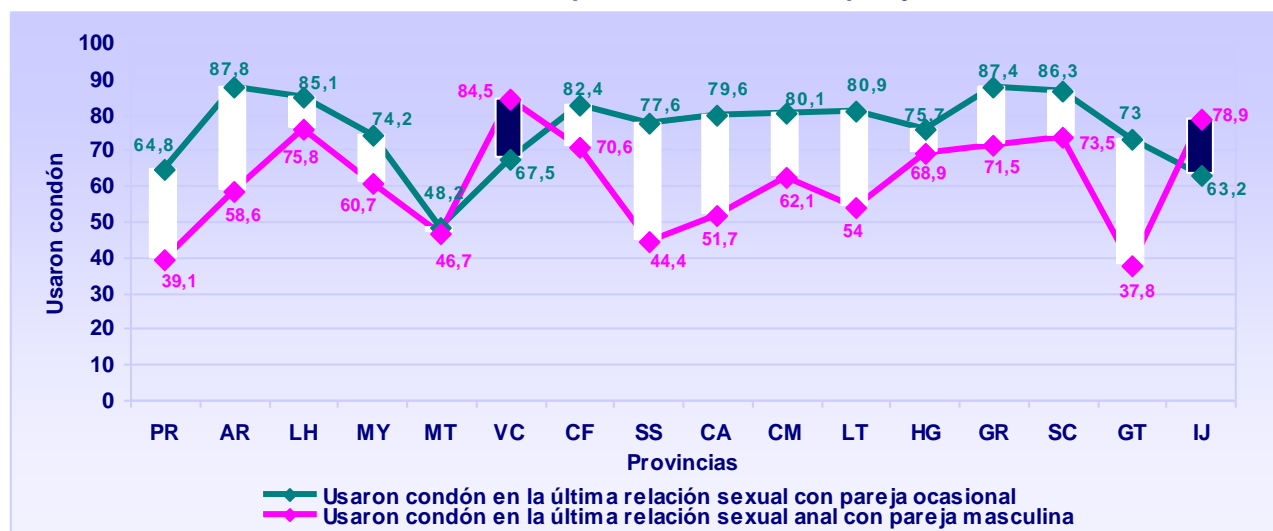
También por sexo se aprecian diferencias en las brechas entre hombres y mujeres que tuvieron en cuenta la prevención en este tipo de parejas, reportándose las más amplias variaciones entre los

residentes en Matanzas, Camagüey, Holguín, Granma y Guantánamo, en todos los casos en desventaja para las últimas.

Entre los HSH que tuvieron relaciones sexuales ocasionales tampoco se distingue entre las provincias un comportamiento homogéneo respecto al uso del condón en la última relación sexual. En un extremo se ubican Artemisa, La Habana, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Granma y Santiago de Cuba por presentar proporciones de usuarios superiores a la media nacional (79.5%), en tanto la situación más desfavorable se constata en Pinar del Río, Matanzas, Villa Clara y el municipio especial Isla de la Juventud con tasas de protección de 64.8%, 48.2%, 67.5% y 63.2% respectivamente.

En el caso de los HSH, otro indicador medidor de riesgo es el uso del condón en la última relación sexual con penetración anal con pareja masculina y al respecto pudo verificarse que siendo mayor el riesgo en este tipo de relaciones, comparativamente es menor la frecuencia de uso del condón que la reportada en la última relación sexual ocasional (63.9% versus 79.5% respectivamente).

**Gráfico 2.33. Proporciones de HSH de 15 a 49 años que usaron condón en su última relación sexual ocasional o en su última relación sexual con penetración anal con pareja masculina.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

A nivel de provincias, como se ilustra en el gráfico anterior, se reproduce este mismo comportamiento con excepción de Villa Clara y el municipio especial Isla de la Juventud, que fueron los territorios donde se registraron las mayores tasas y donde comparativamente fue más frecuente el uso del condón en las relaciones sexuales con penetración anal con pareja masculina.

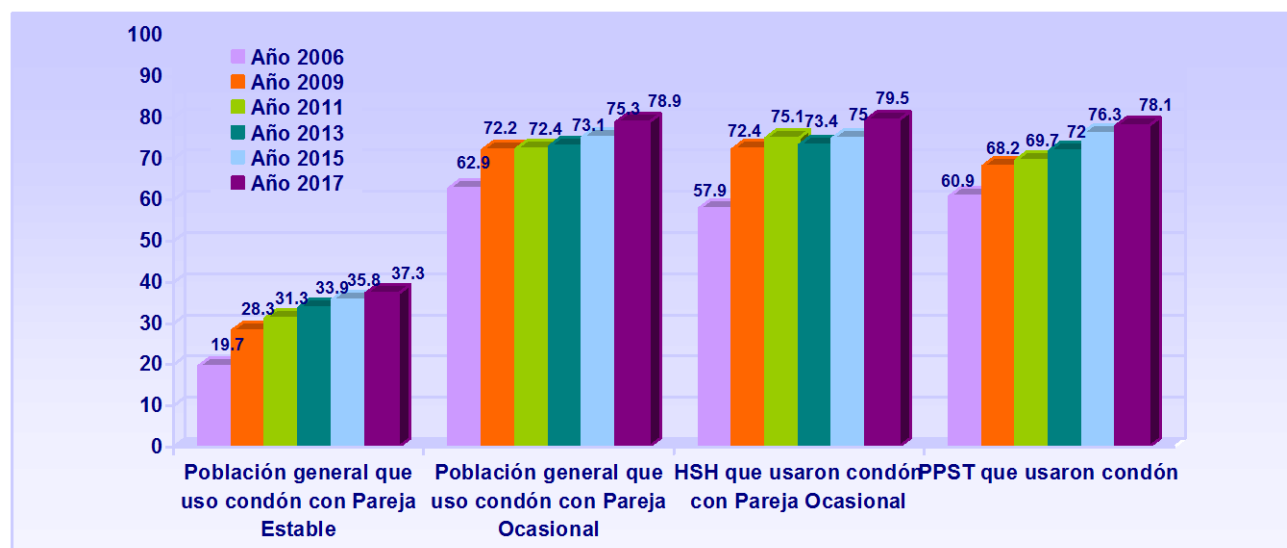


## II.2.5.4 Tendencias del uso del condón en los diferentes tipos de pareja.

Las Encuestas sobre Indicadores de prevención de Infección por el VIH/sida aplicadas a partir del año 2006 fueron representativas de todo el país, pero no ocurre lo mismo con las levantadas en períodos anteriores (años 2001 y 2005), que solo tuvieron muestras representativas de las zonas urbanas identificadas como cabeceras provinciales. De ahí que los resultados que se ofrecen a continuación, y abarcan el período 2001-2013, estarán referidos solamente a estas zonas.

Al comparar a nivel de Cuba el comportamiento de los indicadores de uso de preservativo alcanzados en las investigaciones realizadas del 2006 a la fecha, se observa que aunque en términos generales son mucho más favorables en la actualidad, no han mantenido en los últimos años el mismo ritmo de incremento registrado en el periodo 2006-2009.

**Gráfico 2.34. Proporciones de personas de 15 a 49 años con Pareja Estable u Ocasionales que usaron condón en su última relación sexual en diferentes períodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2006, 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017

En el caso de los HSH el uso del condón en la última relación de sexo anal con otro hombre también se ha incrementado en los últimos años (51,5% en 2013, 56,9% en 2015 y 63,9% en 2017), aunque en todos los periodos se ha mantenido por debajo del uso del condón con pareja ocasional en general (73,4% en 2013, 75% en 2015 y 79,5% en 2017).

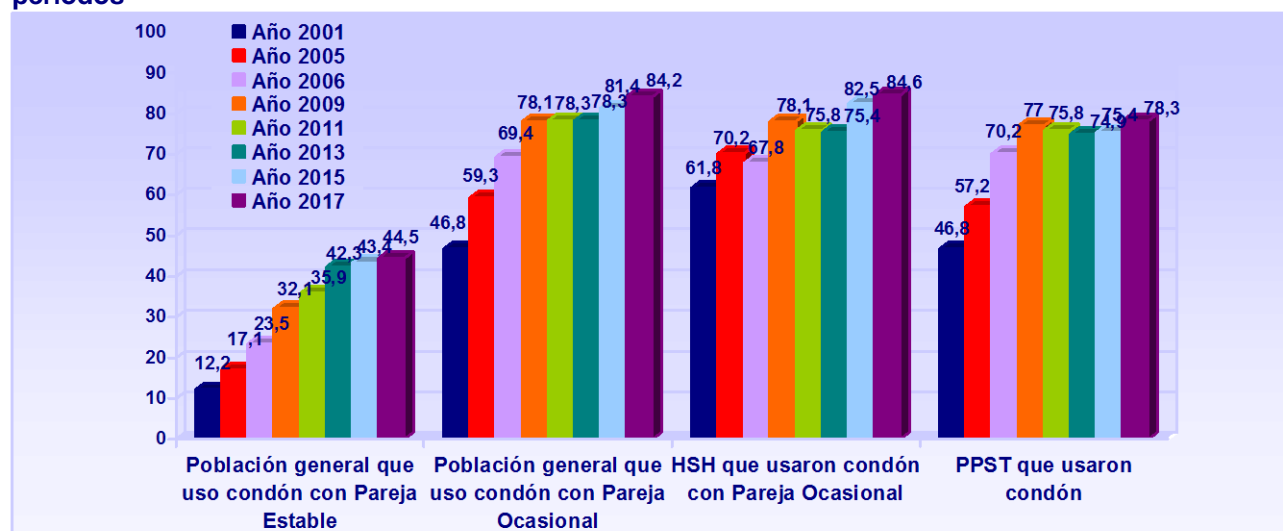
A nivel de las capitales provinciales, que son los territorios donde se concentran la mayoría de las personas con VIH y que además han sido priorizados en el trabajo de prevención, el indicador de uso de preservativo muestra comparativamente mejores resultados que a nivel nacional (gráficos 2.34 y 2.35). No obstante, en estas zonas, se reproduce de un período a otro un comportamiento



similar al registrado a nivel de país, con algunas distinciones según tipo de parejas y subgrupos poblacionales.

En la población con pareja estable, se constata un incremento sostenido en el tiempo en las proporciones de personas que emplean el condón como estrategia de prevención, pero en las relaciones ocasionales, que son las que involucran una mayor exposición al riesgo de adquirir ITS o VIH no ocurre lo mismo.

**Gráfico 2.35. Proporciones de personas de 15 a 49 años residentes en las cabeceras provinciales con Pareja Estable u Ocasionales que usaron condón en su última relación sexual en diferentes períodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2001, 2005, 2006, 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017

Del año 2001 y hasta el 2009 hubo un salto cualitativamente positivo en la prevención, aumentó gradualmente el uso del condón en los diferentes tipos de parejas y en todas las poblaciones en estudio, siendo incluso este incremento más pronunciado entre quienes tuvieron las relaciones sexuales con parejas ocasionales que entre la población con pareja estable. Posteriormente, del año 2009 al 2013 si bien continuó incrementando el uso del condón con la pareja estable, entre las personas con parejas ocasionales se mantuvo constante la proporción de usuarios, llegando incluso a disminuir ligeramente entre los HSH con este tipo de parejas y las PPST. Luego del 2013 continúa incrementándose el uso del condón en las relaciones entre parejas estables y se aprecia una recuperación del indicador en las parejas ocasionales, solo que los incrementos son menores a los constatados en la primera década del siglo.

Este resultado, si bien es el reflejo de que es más fácil lograr cambios favorables cuando se parte de niveles bajos, sugiere replantearse el trabajo de prevención por cuanto se hace difícil lograr un incremento cuando las tasas de prevención, en términos generales, son relativamente elevadas.

En cuanto a sexo (cuadro 2.28), entre los residentes en las cabeceras de provincia y en el contexto de las parejas estables se verifica un incremento sostenido en el uso del condón en la última relación sexual tanto en los hombres como en las mujeres, con la peculiaridad que del 2006 al 2015 se fue constatando una ampliación escalonada de la brecha entre sexos, a favor de los hombres, que nuevamente se contrajo en el último año.

**Cuadro 2.28. Proporciones de personas de 15 a 49 años residentes en las cabeceras provinciales que usaron condón en su última relación sexual por sexo, según tipo de pareja en diferentes períodos.**

Años	Pareja Estable			Pareja Ocasional		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
2001	12.2	12.8	11.9	46.8	48.5	39.3
2005	17.1	17.2	17.0	59.3	60.9	53.2
2006	23.5	23.2	23.6	69.4	71.8	61.3
2009	32.1	32.9	31.4	78.1	79.8	72.0
2011	35.9	37.3	34.6	78.3	80.3	73.0
2013	42.3	44.6	40.3	78.3	80.4	74.1
2015	43.4	45.9	41.1	81.4	82.7	78.5
2017	44.5	46.0	43.2	84.2	85.6	81.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2001, 2005, 2006, 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017

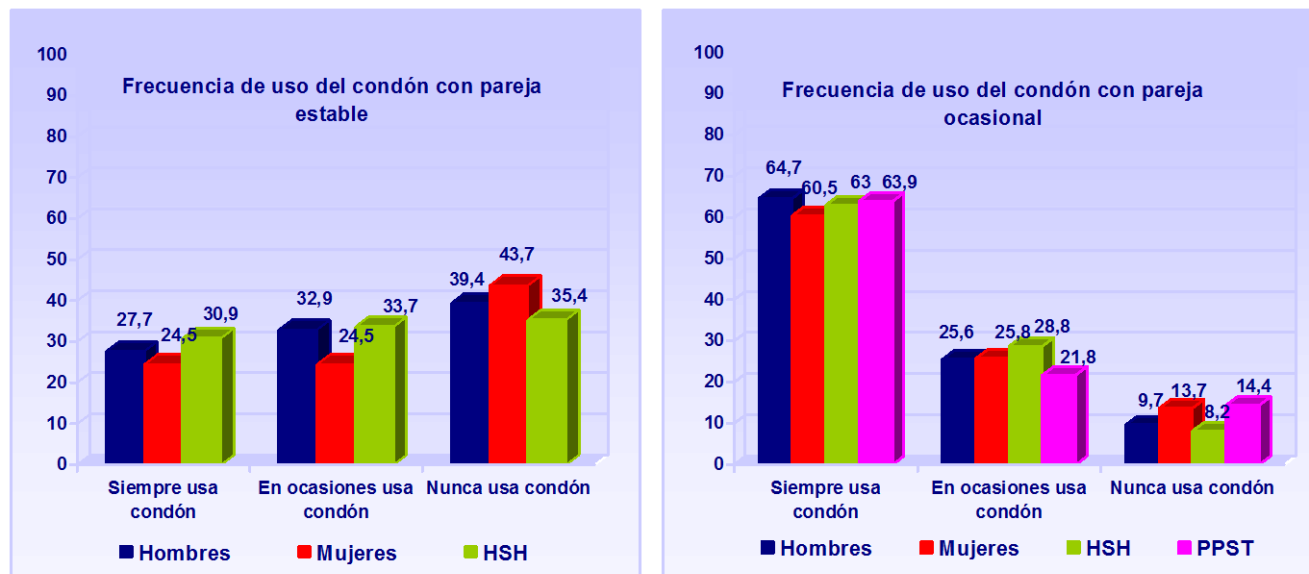
A nivel de cabeceras de provincia, en las relaciones ocasionales del 2001 al 2009 se aprecia tanto entre los hombres como entre las mujeres resultados cada vez más favorables en términos de prevención. Posteriormente del 2009 al 2013, se mantuvo invariablemente en el entorno del 80%, el uso del condón entre ellos y se fue incrementando de manera muy lenta en las mujeres. De ese entonces a la fecha se recupera para ambos la tendencia al incremento, solo que a un ritmo más lento que el verificado a principios de siglo. Como resultado de este comportamiento la brecha entre sexos alcanzó su máxima diferencia en el año 2006 (10.5 puntos porcentuales a favor de los hombres) y a partir de ese momento comenzó a estrecharse paulatinamente hasta llegar a ser de 4.6 puntos porcentuales en la actualidad.

Teniendo en cuenta que el determinante inmediato de la transmisión de VIH en el país son las relaciones sexuales desprotegidas, y que según resultados de un estudio realizado por Seyed M. Moghadas, Abba B. Gumel, Robert G. McLeod y Richard Gordon, (Canadá, 2003), para lograr que comience a disminuir la prevalencia del VIH, es necesario que las proporciones de personas que usen condón de forma correcta y sistemática en los diferentes grupos poblacionales supere el

75%<sup>19</sup>, se indagó si se está empleando sistemáticamente el condón en las diferentes relaciones de pareja y cómo ha evolucionado este indicador respecto a períodos anteriores.

Como se muestra en el siguiente gráfico, el uso consistente del condón es más frecuente en las relaciones sexuales con parejas ocasionales, que son las que involucran un mayor riesgo. No obstante, independientemente del contexto de la pareja, las proporciones de personas que declaran usar preservativo en todo momento son relativamente inferiores que las que lo emplearon en la última relación sexual, es decir, la brecha en la prevención es mucho mayor que la que se visualiza al analizar solamente el entorno de la última relación sexual (gráficos 2.34 y 2.36).

**Gráfico 2.36. Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable u ocasional según frecuencia con que usaron condón con cada tipo de pareja.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Mientras el 37.3% de las personas con pareja estable declararon usar condón en la última relación sexual, solo el 26% se protegió de forma sistemática, es decir en todas sus relaciones sexuales (27.7% de los hombres, 24.5% de las mujeres y 30.9% de los HSH). Cerca de un tercio (32.3%) lo hizo solo en ocasiones y el 41.6% no lo hace nunca, siendo la situación más desfavorable para las mujeres.

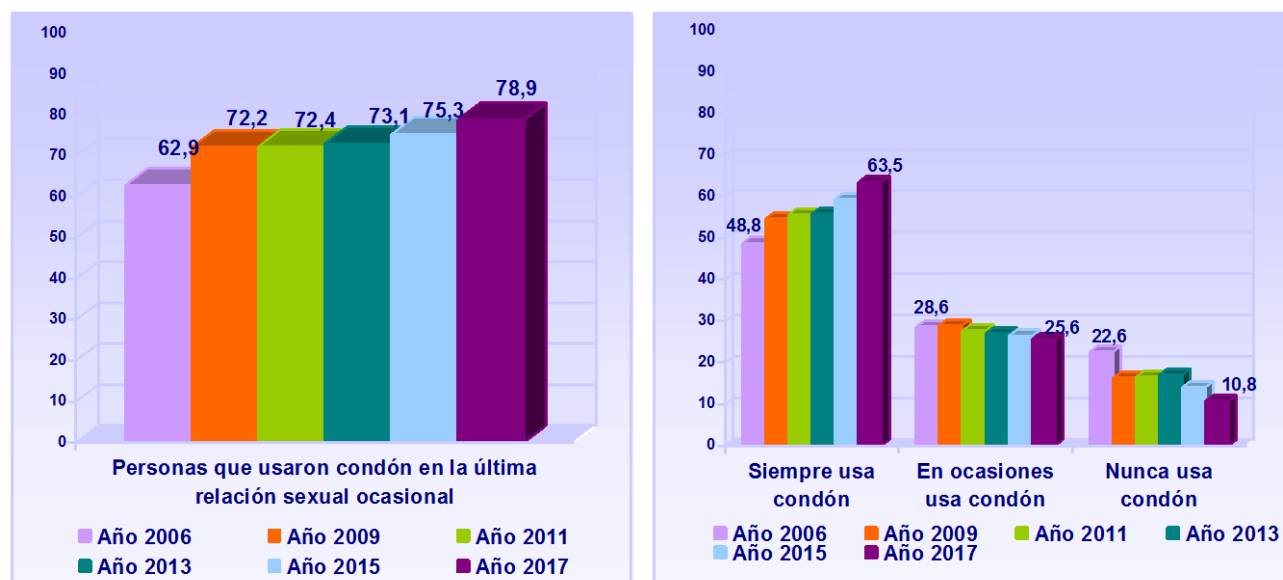
Algo similar ocurre entre las parejas ocasionales. Mientras el 78.9% de las personas con parejas ocasionales declararon protegerse en la última relación sexual no todas tienen incorporada la prevención como un hábito ya que cerca de dos de cada tres (63.5%) declararon haberse

<sup>19</sup> Hallazgo encontrado por los autores Seyed M. Moghadas, Abba B. Gumel, Robert G. McLeod y Richard Gordon (2003). "Could Condoms Stop the AIDS Epidemia?", Winnipeg, Manitoba, Canadá, 2003

protegido siempre (64.7% de los hombres, 60.5% de las mujeres, 63% de los HSH y el 63.9% de las PPST). El 25.6% lo hicieron en ocasiones y el 10.8% restante estuvieron en todo momento potencialmente expuestas al riesgo de adquirir una ITS o infectarse con el VIH.

Si en el marco de las relaciones con parejas ocasionales se analiza la evolución de los indicadores “Uso del condón en la última relación sexual” y “Frecuencia del uso del condón” se aprecia que en términos generales se ha logrado, a nivel nacional, una movilización efectiva hacia la prevención (gráfico 2.37). Se han incrementado paulatinamente tanto la proporción de personas que usaron condón en la última relación sexual como la de aquellas que declararon usarlo siempre, con la peculiaridad de que en los últimos años simultáneamente ha venido descendiendo, a un ritmo más acelerado, la proporción de quienes nunca se protegen.

**Gráfico 2.37. Proporción de personas de 15 a 49 años según frecuencia con que usaron el condón con pareja ocasional en diferentes periodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2006, 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017.

Pese a ello, los resultados muestran que existen reservas en materia preventiva que frenan alcanzar la meta de llegar al 75% de uso sistemático y correcto del condón en todos los subgrupos poblacionales, por lo que de acuerdo a los resultados del estudio realizado por los investigadores citados previamente, y teniendo en cuenta los niveles bajos de prevalencia en el país, habría que multiplicar los esfuerzos en programas de prevención combinada para que, en el corto plazo, se constate una disminución de la epidemia en Cuba.

## II.2.5.5 Principales argumentos para no protegerse en los diferentes tipos de pareja.

A todas las personas que no usaron el condón en su última relación sexual, independientemente del tipo de pareja que tuvieran, se les preguntó cuál fue el motivo principal por el que no se protegieron, y las respuestas, registradas en el siguiente cuadro, permiten concluir que los argumentos difieren ligeramente según se trate de una relación u otra.

**Cuadro 2.29. Proporciones de personas de 15 a 49 años que no usaron condón en su última relación sexual según motivo principal por el cual no lo usaron por tipo de pareja**

Argumentos para no usar el condón	Personas Casadas/ Unidas o con Pareja Estable			Personas con Relaciones Ocasionales			HSH con Relaciones Ocasionales	PPST
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres		
Tenía confianza en la pareja	36.2	36.0	36.3	15.8	16.0	15.3	13.7	7.2
No le gusta	24.5	25.7	23.5	29.6	30.9	26.9	34.1	47.4
Usaron otro anticonceptivo	11.0	11.0	11.1	5.3	4.9	6.1	4.2	5.6
No tenía condón en ese momento	7.3	7.7	6.9	25.3	26.5	23.1	27.1	13.2
Porque desean tener un hijo	4.8	5.1	4.6	1.6	1.5	1.7	1.5	0.5
No lo ha usado nunca	4.6	3.2	5.5	3.6	2.9	5.0	1.0	5.0
Objeciones de la pareja	2.2	1.6	2.6	1.4	1.0	2.4	2.9	3.7
Lo utiliza solo en relaciones ocasionales	1.5	1.9	1.3	3.0	3.2	2.6	0.0	3.4
Su pareja es saludable	1.9	1.8	2.1	1.8	2.2	1.0	1.4	2.7
No se siente igual	0.9	1.2	0.7	1.2	1.0	1.7	0.0	1.1
No ha pensado en eso	0.7	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.1	1.0
No había donde fue a comprarlo	0.4	0.3	0.5	0.9	1.1	0.8	0.5	0.0
Su religión no lo admite	0.3	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No lo considera una protección segura	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	1.1	0.0
Demasiado caro	0.1	0.1	0.0	0.3	0.4	0.0	0.8	0.0
Como muestra de amor	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	0.4	0.0	0.0
Otra razón	2.2	2.0	2.4	4.9	3.1	8.5	3.7	6.8
No Responde	1.0	1.0	1.0	4.1	4.2	3.9	7.9	2.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017.

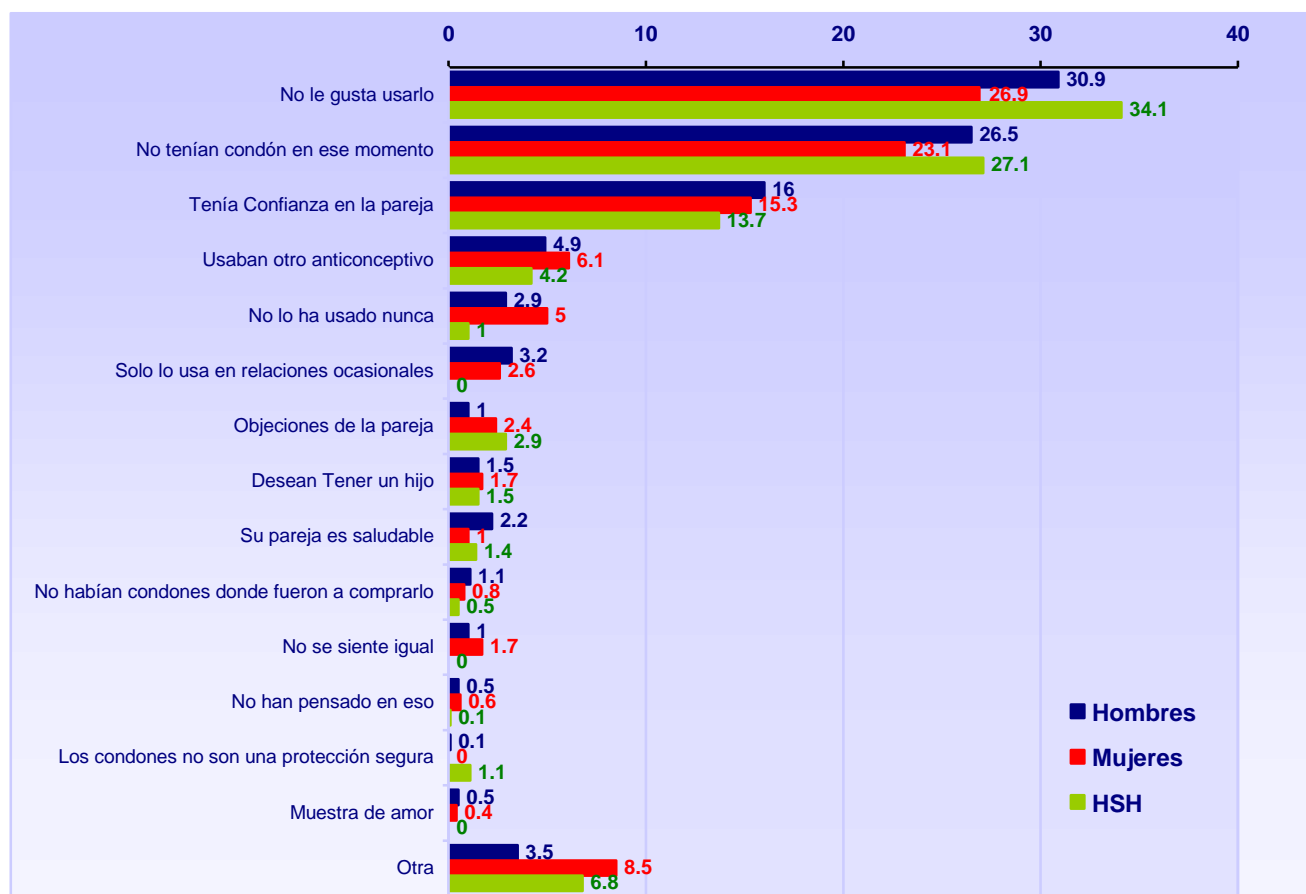
En el marco de las relaciones de parejas estables, tanto en los hombres como en las mujeres, predominan elementos subjetivos como son la “confianza en la pareja” o sencillamente que “no les gusta usarlo”. Alrededor de tres de cada cinco personas que no usaron condón en este tipo de relaciones aludieron a esas razones para no protegerse (61.7% de los hombres y 59.8% de las mujeres).

La “confianza en la pareja”, como era de esperarse, fue el argumento principal referido tanto por los hombres como por las mujeres (36.0% y 36.3% respectivamente). Con un peso relativamente inferior, el segundo motivo mencionado fue “no les gusta usarlo” presente en aproximadamente un

cuarto de quienes no se protegieron (24.5%). Le siguen en orden de importancia por su peso relativo “el haber usado otro anticonceptivo” (11%); que refleja el arraigo de asociar los condones únicamente como medio de evitar embarazos y “no tener condón en ese momento” (7.3%). El resto de las razones aludidas, entre las que se encuentran las únicas dos que pudieran justificar el sexo desprotegido (desear tener un hijo o que no hubiera condón en el mercado), no tuvieron un peso importante entre las respuestas ya que en ningún caso sobrepasaron el 5% de la población.

Entre quienes no se protegieron con una pareja ocasional, a diferencia de lo que ocurría hace años atrás, las dos principales causas referidas fueron “no les gusta usar condón” (29.6%) y “no tener condón en ese momento” (25.3%). Pasando, respecto a períodos anteriores, de la primera a la tercera posición “la confianza en la pareja” (15.8%). Estos argumentos por si solos, agrupan de conjunto al 73.4% de los hombres y el 65.3% de las mujeres que tuvieron sexo desprotegido y reflejan que, al igual que entre las parejas estables, predominan entre las personas con parejas ocasionales razones puramente subjetivas para no protegerse y, por tanto, posibles de modificar.

**Gráfico 2.38. Principales argumentos para no usar el condón en las relaciones sexuales ocasionales según sexo.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017.

Entre los HSH con relaciones ocasionales, que forman parte de las poblaciones más expuesta al riesgo de adquirir el VIH, similar a lo que ocurre en la población general con este tipo de relaciones, el argumento que con mayor peso los inmovilizó a la prevención fue “no les gusta usar condones” (34.1%), ubicándose en segundo lugar “no tener condón en ese momento” (27.1%). En tercer lugar, con un peso relativamente inferior al constatado en encuestas anteriores, aparece “la confianza en la pareja” (13.7%) y el resto de los argumentos no tuvieron un peso importante en las respuestas (gráfico 2.38).

Con relación a las PPST, que forman parte también de las poblaciones más vulnerables a adquirir el VIH, los motivos de mayor peso para rehusarse a usar el condón fueron “no les gusta usarlo”, referido por cerca de la mitad de quienes no se protegieron (47.4%), seguido en orden de frecuencia por “no tener condón en ese momento” (13.2%), “tener confianza en la pareja” (7.2%) y “otras razones no contempladas en el cuestionario” (6.8%), asociadas a la obtención de un mayor beneficio en el marco de la transacción.

Si bien entre las causas predominantes se han identificado razones de carácter subjetivo, otras, a pesar de no tener un peso importante en el total no deben pasar por alto, sobre todo teniendo en cuenta que también pudieran ser modificables. Tal es el caso de quienes declararon no usar condón por haber usado otro anticonceptivo, que pone de manifiesto que un grupo de personas el condón se identifica en términos de prevención de embarazos y no del VIH, quienes refieren no protegerse por objeciones de la pareja, detrás de cuyo argumento se ocultan problemas de subordinación, temores y falta de habilidades para negociar el condón, quienes aluden a que su pareja es saludable, que indica lagunas en el conocimiento y presencia de falsas creencias sobre el VIH/sida, pero por sobre todo los que mencionaron no haber encontrado condones en el mercado, que aunque solo representa a un grupo minoritario, es algo a señalar por cuanto el abastecimiento de condones en los puntos de venta y las posibilidades reales de adquirirlos constituyen factores determinantes para poder optar por el sexo protegido.

## **II.3 Factores relevantes para la prevención**

Aunque el centro de las acciones desarrolladas durante estos años por el Programa Nacional, haya sido promover el uso correcto y sistemático del condón en las diferentes sub-poblaciones, paralelamente se ha trabajado en alcanzar etapas intermedias bajo el entendido de que los cambios de las conductas sexuales no se logran de manera espontánea ni proveyendo únicamente información, por muy veraz, precisa, objetiva y actualizada que esta sea, sino que requieren desarrollar mecanismos que actúen como facilitadores del procesamiento e incorporación del conocimiento a la conciencia, que promuevan un cambio de actitud y que además motiven decisiones individuales positivas en lo referente al auto cuidado.

El diseño de las acciones ha previsto ofrecer atención diferenciada a algunos grupos poblacionales que por sus características resultan más vulnerables a la infección por VIH, como es el caso de los HSH, las PPST, las personas Trans y los jóvenes, consideradas todas poblaciones claves para la respuesta al VIH en el contexto nacional. En especial, considerando que en Cuba el VIH se concentra en hombres que tienen sexo con otros hombres, y reconociendo que la diversidad sexual en la isla, como en muchos otros países, enfrenta condicionantes culturales, se ha puesto especial énfasis en desarrollar estrategias de sensibilización a todos los niveles, que faciliten abordar de manera directa a este sector poblacional, de tal forma que puedan ser receptores inmediatos de las acciones preventivas que se desarrollan en específico para ellos, en lo cual ya se evidencian logros. También se han tenido en cuenta el conocimiento, comportamiento, creencias y aptitudes de los hombres y las mujeres de los distintos grupos etarios, con el propósito de que las intervenciones logren una mayor eficacia y eficiencia en su alcance y finalidad.

En todo momento la espontaneidad ha sido relegada a un plano secundario. Para el diseño de las estrategias preventivas, teniendo en cuenta que las actitudes y decisiones de las personas se ven mediatizadas por el entorno sociocultural en que éstas crecen y se desarrollan, se han estudiado los marcos conceptuales definidos por agencias internacionales como ONUSIDA e incluso el propio Fondo Mundial, y evaluado la vigencia que tienen en el contexto nacional los factores que se identifican en los mismos como relevantes o contribuyentes para la prevención del VIH. Se han dirigido los esfuerzos hacia aquellos aspectos que constituyen canteras para que continúe proliferando el VIH en el país.



**Organigrama 3.1. Factores Relacionados con la Prevención.**



Fuente: Elaboración propia de los autores

Las motivaciones para protegerse o las razones para no usar condón, responden a los elementos que las personas tienen en cuenta para la prevención, sin embargo en tales comportamientos se involucran aspectos relacionados con el riesgo individual (ser seropositivo, tener una ITS, haber tenido múltiples parejas en el último año, tener relaciones sexuales) pero también, como se muestran en el organigrama 3.1, otros asociados con la oportunidad, la habilidad y la motivación para protegerse que tienen las personas, en estrecha relación con los determinantes sociales de la salud.

La oportunidad se encuentra estrechamente vinculada a la disponibilidad de servicios de calidad, la existencia de condones en el mercado y posibilidades de adquirirlos. La habilidad comprende todos los elementos necesarios para pensar en la prevención como alternativa para evitar o disminuir el riesgo de infección, comprende por tanto el conocimiento que se tenga sobre el VIH, sus formas de transmisión y las posibles vías de disminuir las probabilidades de infección, la capacidad para negociar el sexo protegido o en general las relaciones de pareja, el conocimiento sobre el estado serológico, la existencia de un clima de aceptación social a las PVV, los HSH o las

personas trans, la convivencia de la pareja en ambiente libre de violencia, etc. La motivación por su parte tiene que ver con factores socioculturales, actitudes, creencias y percepciones que tenga la población tanto acerca del VIH, como de las personas seropositivas o el uso del condón.

Los factores identificados como relevantes para la prevención en el entorno nacional, de conjunto con otros seleccionados previamente a criterio de experto, se incluyeron en un modelo de regresión logística tomando como variable dependiente el uso del condón. Aquellos que resultaron significativos dentro del modelo, constituyen prioridades de atención y por tanto serán analizados a continuación con el propósito de que permitan a los tomadores de decisiones, identificar mejor los contextos que favorecen la expansión de la infección por VIH en el país.

### **II.3.1 Factores relacionados con la oportunidad para protegerse**

Si bien la disponibilidad de condones en el mercado y el acceso que pueda tener la población a los mismos no es suficiente para garantizar su uso, resulta una condición necesaria sin la cual no sería posible. De ahí que la existencia de condones en el mercado y las posibilidades de adquirirlos que tenga la población, se identifiquen como aspectos esenciales para la protección.

#### **II.3.1.1 Accesibilidad a los condones**

Para facilitar el acceso a los condones, a través de la red nacional de farmacias, se encuentran a la venta condones como el Momento, el Twin Lotus y el VIGOR a precios módicos en moneda nacional que oscilan entre 15 centavos y un peso, a los cuales también se puede acceder a través de los puntos de ventas no tradicionales que se mantienen habilitados en todo el país. Paralelo a ello, para promocionar su uso correcto y sistemático, en el marco del Proyecto Cuba-Fondo Mundial y con la asesoría técnica del Programa Nacional, se capacitan promotores y se desarrolla la estrategia de Mercadeo Social de Condones, a través de la cual, los promotores formados entregan de manera gratuita, a toda persona perteneciente a grupos clave alcanzada en actividades, un paquete mínimo de servicios que comprende al menos un condón (21 como promedio), información sobre el VIH y sobre el uso correcto del condón, e información sobre sitios donde hacerse la prueba de VIH para conocer su estado serológico.

En Cuba, prácticamente la totalidad de las personas de 15 a 49 años (96.8%) han oído hablar de los condones y esto facilita la investigación sobre aspectos vinculados con el acceso a los mismos, como suelen ser el conocimiento de diversos lugares donde poder adquirirlos, el abastecimiento de los puntos de servicio, preferencias de consumo, el tiempo que tomaría conseguirlos en un lugar

cerca de su casa, centro de trabajo o estudio, el sentimiento o no de vergüenza al comprarlos, etc. Estos aspectos se explorarán a continuación entre la población general, los HSH y quienes practican sexo transaccional.

### II.3.1.2 Conocimiento de lugares donde adquirir los condones

El conocimiento de los canales de ventas o entrega gratuita de condones es importante a los efectos de poder hacer efectiva su adquisición y reducir el tiempo necesario de búsqueda cuando se desea comprarlos.

Al analizar dentro de la población de 15 a 49 años quienes conocían lugares donde obtener condones se pudo constatar que, sin distinción entre sexos, el 96.8% de las personas conocen donde adquirirlos (gráfico 3.1). Pero, además, la mayoría (95.7%) de quienes tuvieron relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales también sabe dónde conseguirlos, por lo que se deduce que el conocimiento de un lugar donde obtener condones no resulta una limitante para su uso.

**Gráfico 3.1. Proporciones de personas de 15 a 49 años que conocen donde obtener condones**

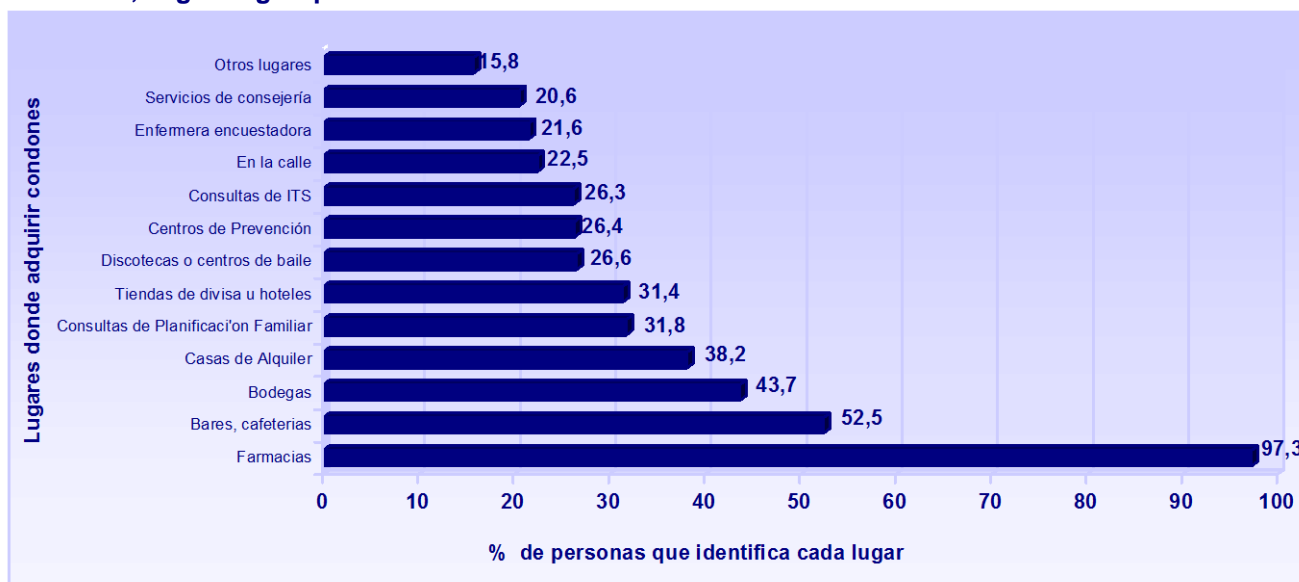


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017.

El lugar mayormente identificado por la población, independientemente del sexo, edad o zona de residencia se corresponde con las farmacias (gráfico 3.2), que son los puntos de servicios donde tradicionalmente se han dispensarizado los condones. El resto de los puntos de ventas habilitados en el país para facilitar su acceso, también fueron reconocidos por proporciones considerables de personas, aunque mucho menores que las que identificaron a las farmacias.

Adicional a las farmacias, los dos puntos de ventas mayormente referidos coinciden con los establecimientos no tradicionales ubicados en Bares o Cafeterías (52.5%) y las Bodegas (43.7%).

**Gráfico 3.2. Proporciones de personas 15 a 49 años que declaran conocer lugares donde obtener condones, según lugar que conocen.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En orden de frecuencia, el resto de los sitios identificados para acceder a condones fueron las casas de alquiler (32.8%), las consultas de planificación familiar (31.8%), las tiendas en divisa (31.4%), las discotecas (26.6%), los centros de prevención y consultad de ITS (26.4% y 26.3% respectivamente), la calle<sup>20</sup> (22.5%), los locales donde trabaja la enfermera encuestadora (21.6%), los servicios de consejería (20.6%) y otros lugares no contemplados en el cuestionario (15.8%).

### II.3.1.3 Aceptación de las marcas que se ofertan y abastecimiento del mercado nacional

Con el propósito de hacer más eficiente la estrategia de mercadeo social de condones encaminada a posicionar prácticas sexuales seguras mediante el uso del condón en general y del masculino en particular, el Programa Nacional vela porque se distribuyan condones de calidad que garanticen la seguridad sin descuidar el placer que exige su uso. En este sentido, si bien no existe una amplia variedad de ofertas en el mercado nacional y no se comercializan condones alternativos al látex, como suelen ser los de poliuretano o más recientemente los fabricados a base de poliisopreno, en la elección de los condones de látex que se venden se ha tenido en cuenta no solo el precio del producto, sino también las preferencias de las poblaciones metas en cuanto a textura, lubricación, tamaño, grosor, color, sabor, e incluso nombre de la marca y diseño del envase.

Por ello, con el propósito de contribuir a la toma de decisiones basada en resultados, se incluyó una pregunta en el cuestionario que indaga sobre las preferencias de la población en cuanto a las

<sup>20</sup> El término "en la calle" fue una expresión mencionada comúnmente en el ensayo de la encuesta levantada en el 2013 para referirse a la obtención del condón en actividades, por medio de un conocido o en el mercado negro.

marcas de condones disponibles en el mercado nacional y el resultado más relevante que se obtuvo fue que aproximadamente dos de cada cinco personas (43.1% de los hombres, 38.8% de las mujeres, 42.7% de los HSH y 37.7% de las PPST) no tienen preferencia por ninguna de las marcas disponibles (cuadro 3.1).

Si bien las marcas de condones que mayormente ha usado la población cubana son las que oferta el mercado nacional y en consecuencia no tener preferencia por ninguna en particular pudiera interpretarse como que la persona se siente cómoda empleando cualquiera de ellas, no debe desestimarse la posibilidad de que la incapacidad de elegir una marca de preferencia entre las que se ofertan en el mercado nacional, esté sujeta a un sentimiento de inconformidad con todas las disponibles.

**Cuadro 3.1. Proporciones de personas de 15 a 49 años que prefieren una u otra de las marcas de condones que se comercializan en el mercadeo nacional**

Marca de condones que se venden en el mercado nacional que preferiría usar	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	HSH	PPST
VIGOR	17.4	18.6	16.1	18.0	24.3
VIGOR MAX	9.4	10.6	8.1	11.7	10.4
Momento	6.4	6.9	5.9	9.8	8.7
Twin Lotus	0.7	0.7	0.7	0.9	1.4
Love	1.9	1.8	2.0	1.9	3.8
No tienen preferencia por ninguna de las que ofertan	41.0	43.1	38.8	42.7	37.7
Ninguna de las que se venden	1.2	1.0	1.3	0.8	0.9
No usa ni piensa usar condones	7.0	5.7	8.4	4.8	3.9
No sabe/No Responde	15.1	11.6	18.8	9.4	8.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

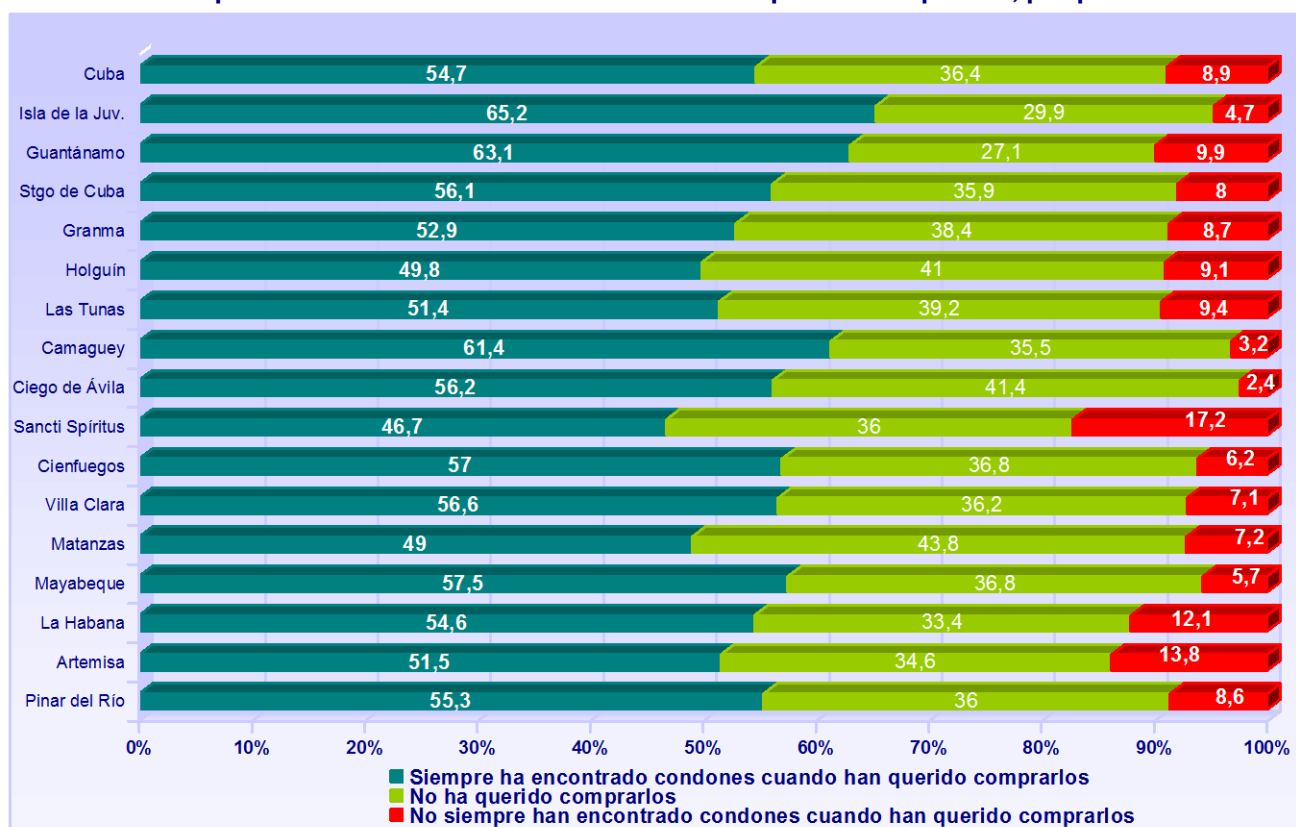
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Entre quienes tomaron partido por una u otra marca, sin diferencias estadísticamente significativas por grupos de edades u orientación sexual, se aprecia que gozan de mayor aceptación entre los usuarios los condones VIGOR y VIGOR MAX en ese orden, a pesar de que este último solo se ha vendido en un grupo de farmacias seleccionadas de la capital. Las proporciones de personas que eligieron uno u otro fueron 17.4% y 9.4% respectivamente. A los condones VIGOR y VIGOR MAX, le siguen en orden de preferencia los de marca Momento, elegidos por el 6.4%, posteriormente el Love con apenas un 1.9% de preferencia y por último el Twin Lotus, que no tiene prácticamente ninguna aceptación (0.7%).

Independientemente de la preferencia por una u otra marca, para hacer efectiva la prevención es necesario disponer de un mercado abastecido de condones, ya que sin accesibilidad a los mismos todos los esfuerzos por lograr cambios reales en el comportamiento sexual serían en vano. Consciente de ello, la dirección del Programa Nacional de ITS/VIH/sida trabaja en función de mantener un abastecimiento continuo de condones en todos los puntos de servicio habilitados para tales fines y especialmente en las farmacias, y como resultado de todo este empeño y de la cultura preventiva que poco a poco se ha ido incorporando en la población, apenas el 1.1% de quienes no se protegieron con parejas ocasionales justificaron su actuar aludiendo a que “no habían condones donde fueron a comprarlos” (cuadro 2.29).

Sin embargo, más allá del ámbito de las parejas ocasionales, al preguntarles a todas las personas sexualmente activas, si siempre que quisieron comprar condones en los últimos 12 meses, los encontraron, las respuestas indican que cerca de una de cada diez personas (8.9%) tuvo dificultad en algún momento del año para adquirir el producto, por desabastecimiento de algún punto de venta en el mercado nacional (gráfico 3.3).

**Gráfico 3.3. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente activas, que alegan que en el último año siempre han encontrado condones cuando han querido comprarlos, por provincias.**



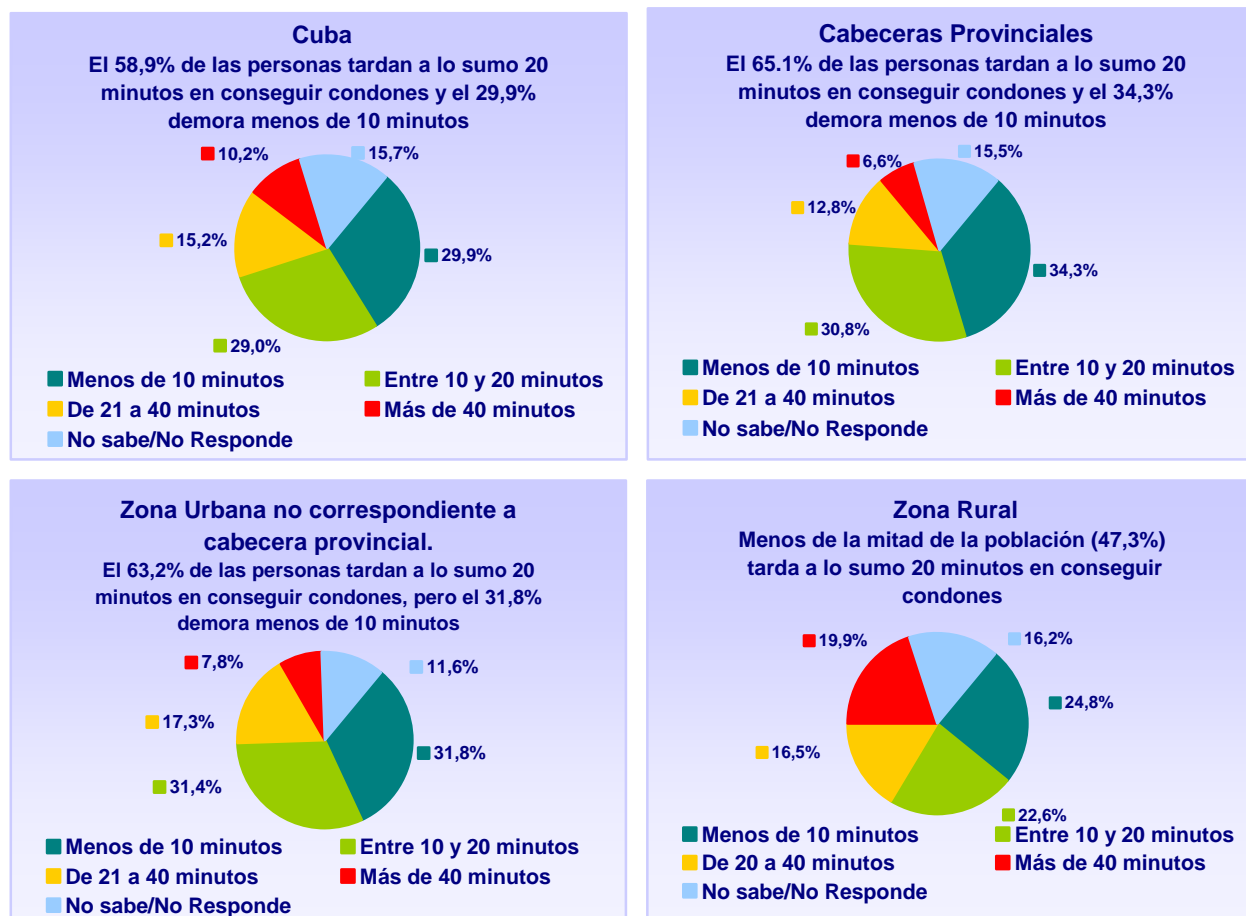
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Esta dificultad, si bien no afectó por igual a todos los territorios, no dejó exento a ninguno. Las provincias menos afectadas fueron Ciego de Ávila, Camagüey, el municipio especial Isla de la Juventud, Mayabeque y Cienfuegos (en ese orden) en tanto las proporciones de personas que no encontraron condones donde fueron a comprarlos superan la media nacional en Holguín, Las Tunas, Guantánamo, La Habana, Artemisa y Sancti Spíritus, siendo la situación más desventajosa en las últimas tres.

### II.3.1.4 Tiempo promedio requerido para adquirir los condones

Otro factor que pudiera incidir sobre la factibilidad de adquirir los condones en quienes de forma habitual no prevén la necesidad de llevarlos siempre consigo, es el tiempo que tendrían que emplear para obtenerlos. Por ello se incluyó en el cuestionario una pregunta que indaga acerca del tiempo que tardaría la persona en conseguir condones en un lugar cerca de su casa, centro de estudio o de trabajo. El análisis de las respuestas permitió un diagnóstico al respecto.

**Gráfico 3.4. Proporciones de personas de 15 a 49 años, según tiempo promedio que demorarían en conseguir un condón por zonas de residencia**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

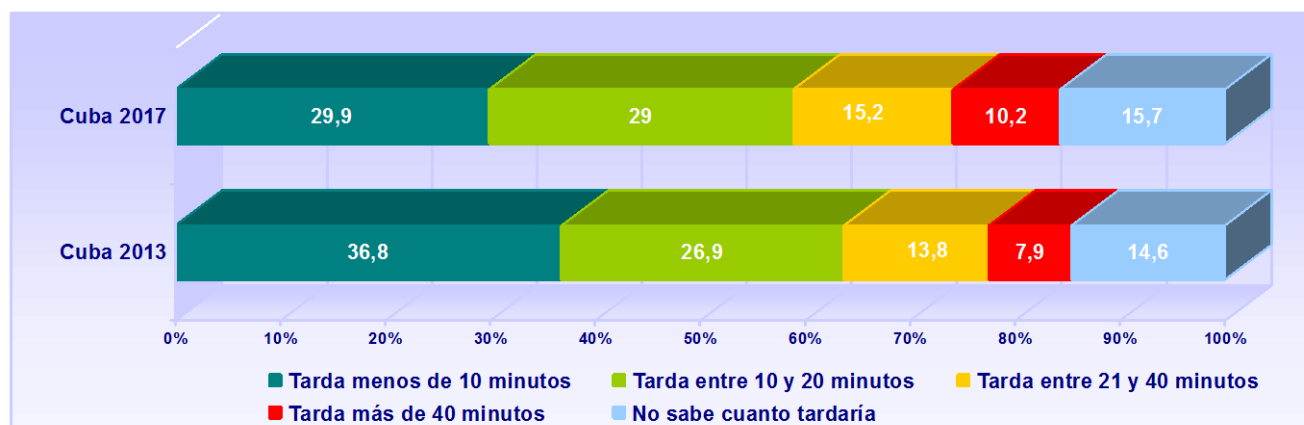
El análisis de los resultados permitió conocer que cerca de tres de cada cinco personas (58.9%) tarda a lo sumo 20 minutos en adquirir condones desde un lugar cerca de su casa, centro de estudio o centro de trabajo, pero a cerca de un tercio (29.9%) ni siquiera les ocupa 10 minutos conseguirlos (gráfico 3.4).

Aunque no es mucho el tiempo que tardan las personas en conseguir condones, la demora no es la misma en todas las zonas de residencia y el escenario es en general menos favorable que el que tenía el país hace cuatro años atrás.

En las localidades identificadas como cabeceras o capitales de provincia, que por demás son las zonas más urbanizadas del país, las personas tardan menos tiempo en obtener un condón que en el resto del territorio, siendo más dificultoso el acceso en las áreas rurales. El 65.1% de la población residente en las cabeceras de provincia tarda a lo sumo 20 minutos en conseguir un condón y el 34.3% demora menos de 10. En el resto de la zona urbana que no pertenece a las capitales de provincia la población en promedio demora un poco más de tiempo en adquirirlos; al 63.2% les toma a lo sumo 20 minutos y al 31.8% menos de 10 minutos. Ya en la zona rural menos de la mitad de la población (47.3%) obtiene un condón en menos 20 minutos y a la quinta parte de los habitantes (19.9%) les toma más de 40 minutos poder comprarlos.

Si se compara este resultado, con los registrados en el país en el año 2013, es decir, cuatro años atrás (gráficos 3.5 y 3.6), se aprecia un deterioro del indicador tanto a nivel nacional como por zonas de residencia, dado fundamentalmente por una disminución en las proporciones de personas que tardarían a lo sumo 20 minuto en adquirir un condón desde un lugar cercano a su casa, centro de estudio o centro de trabajo (63.7% en el 2013 versus 58.9% en el 2017)

**Gráfico 3.5. Proporciones de personas de 15 a 49 años según tiempo que tardarían en adquirir condones en diferentes periodos**

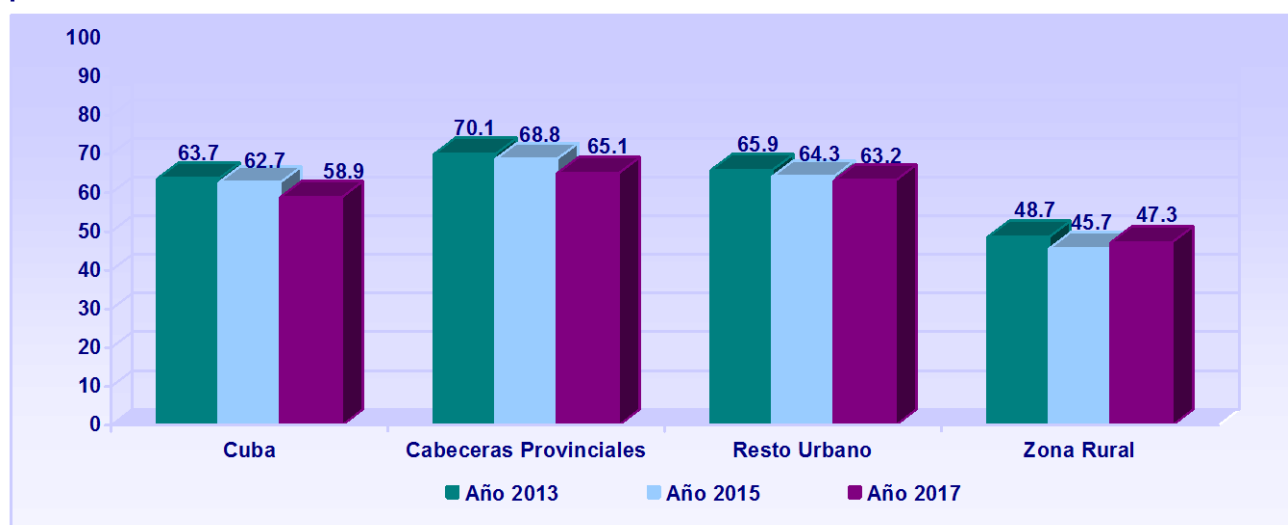


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2013 y 2017.



Por zonas de residencia, si bien de un periodo a otro se mantiene siendo más favorable el acceso a los condones en las zonas más metropolitanas y especialmente en las capitales de provincia, contrario a lo esperado, la afectación ha sido más brusca en esos territorios que en el resto del país. Mientras en las capitales de provincia ha descendido 5 puntos porcentuales respecto a cuatro años atrás, la proporción de personas que tardarían a lo sumo 20 minutos en adquirir un condón, en el resto de la zona urbana y en la zona rural la contracción fue de 2.7 y 1.4 puntos porcentuales respectivamente.

**Gráfico 3.6. Proporción de personas de 15 a 49 años que tardan a lo sumo 20 minutos en adquirir condones desde un lugar cerca de su casa, centro de estudio o centro de trabajo en diferentes periodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2013, 2015 y 2017.

Un análisis por provincias sobre la accesibilidad a los condones, medida a través del tiempo que le toma a la población obtenerlos, muestra que tampoco existe un comportamiento uniforme entre los territorios (cuadro 3.2).

Si bien en la mayoría de las provincias más de la mitad de la población demora a lo sumo 20 minutos en conseguir un condón, las mayores posibilidades de acceso se registran en Matanzas, Cienfuegos, Camagüey, Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud, donde las proporciones de quienes tardan a lo sumo 20 minutos superan el 70% (70.3%, 70.7%, 72.4%, 73.1% y 73.6% respectivamente) y dos de cada cinco de sus pobladores demoran menos de 10 minutos en conseguirlos. La situación más desventajosa se registró en Artemisa, Mayabeque, Sancti Spíritus y Santiago de Cuba donde menos de la mitad de sus pobladores consiguen un condón en menos de 20 minutos y especialmente en Sancti Spíritus, donde apenas lo logran el 39.9% y donde además, el 17.6% de la población refiere la necesidad de invertir más de 40

minutos para conseguirlos y el 17.2% de las personas sexualmente activas declararon que, durante el último año, “no siempre habían conseguido condones cuando quisieron comprarlos” (gráfico 3.3).

**Cuadro 3.2. Proporciones de personas de 15 a 49 años según tiempo promedio que demorarían en conseguir condones, por provincias.**

Provincias	Proporciones de personas según tiempo promedio que demorarían en conseguir un condón					Total
	Menos de 10 minutos	Entre 10 y 20 minutos	De 21 a 40 minutos	Más de 40 minutos	No Sabe o No responde	
Pinar del Río	27.3	24.5	18.8	15.3	14.1	100.0
Artemisa	24.6	21.6	14.7	14.1	25.0	100.0
La Habana	32.6	27.3	9.3	5.7	25.2	100.0
Mayabeque	17.4	29.6	23.1	11.7	18.2	100.0
Matanzas	41.0	29.2	12.2	6.0	11.5	100.0
Villa Clara	28.2	30.8	14.2	9.3	17.5	100.0
Cienfuegos	46.5	24.1	10.1	4.3	15.0	100.0
Sancti Spíritus	14.1	25.8	20.0	17.6	22.4	100.0
Ciego de Ávila	28.2	37.4	15.6	9.4	9.5	100.0
Camagüey	43.4	28.9	13.3	10.5	3.9	100.0
Las Tunas	29.3	33.8	13.9	9.3	13.7	100.0
Holguín	20.1	32.8	20.7	12.8	13.6	100.0
Granma	31.0	30.6	13.3	12.7	12.5	100.0
Santiago de Cuba	19.6	28.9	23.9	13.6	14.0	100.0
Guantánamo	42.8	30.4	13.9	8.3	4.6	100.0
Isla de la Juventud	46.6	26.9	7.3	3.8	15.3	100.0
<b>CUBA</b>	<b>29.9</b>	<b>29.0</b>	<b>15.2</b>	<b>10.2</b>	<b>15.7</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

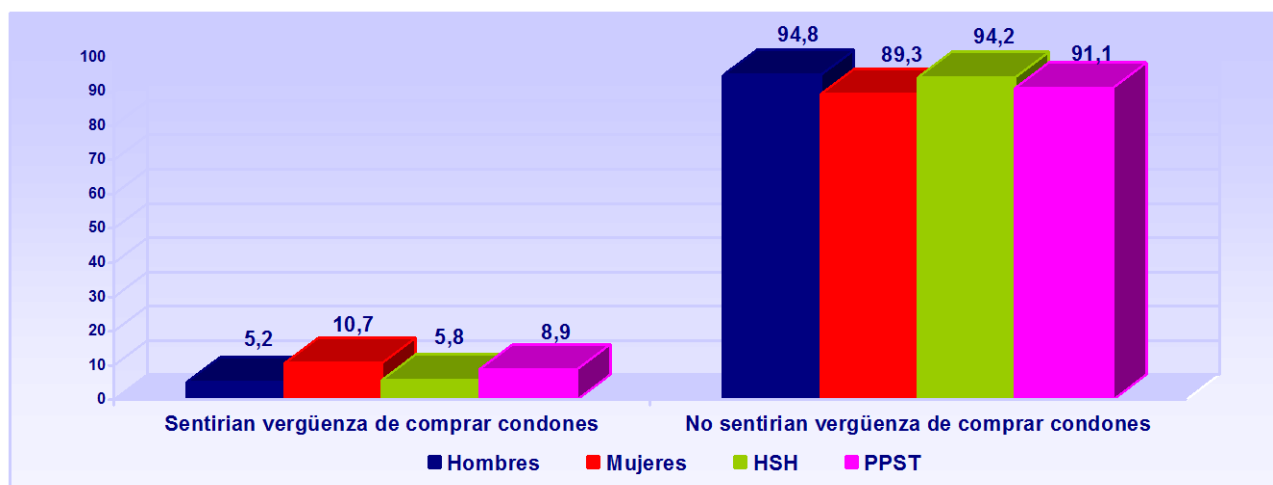
Este análisis comparativo por provincias y por zona de residencia indica la necesidad de habilitar nuevos puntos de servicios y extender las acciones de mercadeo social para brindar mayores posibilidades de acceso rápido a la población y en especial a aquellas personas que viven en las zonas menos urbanizadas. Revela además la importancia de continuar insistiendo sobre la necesidad de prever de forma individual la tenencia siempre de condones y no buscarlos cuando se les va a utilizar, para minimizar así el riesgo por desabastecimiento en los puntos de entrega.

### II.3.1.5 Sentimiento de vergüenza al momento de comprar condones.

Otra posible limitante para la adquisición de condones pudiera estar fundada por un sentimiento de vergüenza a la hora de comprarlos, ya que el avergonzarse por una acción tan natural como comprar un condón revela la presencia de factores culturales que conforman una barrera ante la adopción de comportamientos sexuales seguros debido a que obstaculiza o inhibe la acción de la compra en sí y por tanto la prevención.

Por ello se decidió incluir la pregunta en el cuestionario en aras de disponer de elementos para descartar esta variante o contemplarla entre las acciones a desarrollar para ampliar las posibilidades reales de protección en la población.

**Gráfico 3.7. Proporciones de personas de 15 a 49 años según sentimiento de vergüenza de comprar un condón en algún establecimiento cerca de su casa, centro de estudio o centro de trabajo.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

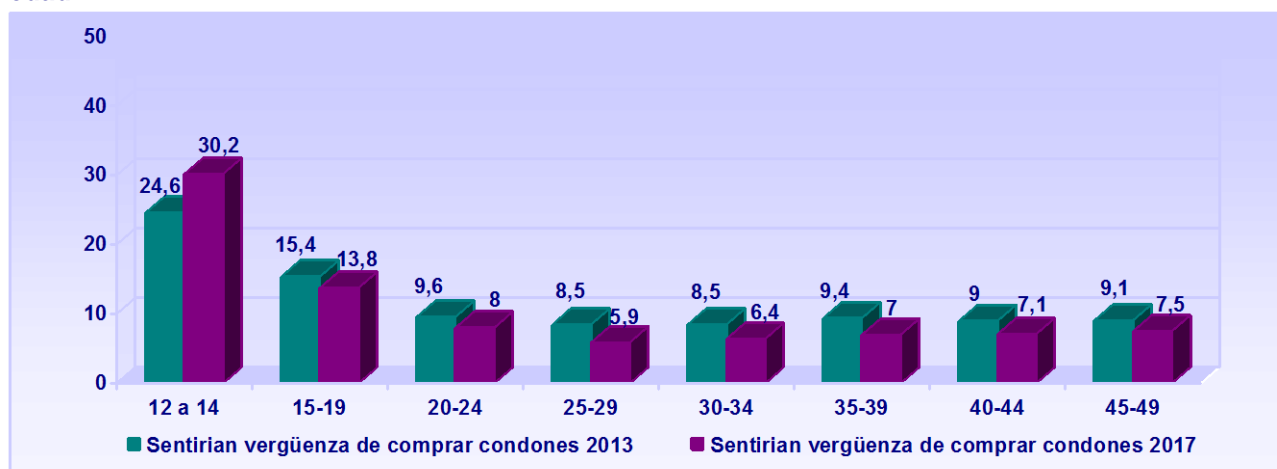
El hallazgo más distintivo del análisis de las respuestas fue que en general la mayoría de la población cubana de 15 a 49 años no siente vergüenza por comprar condones (92.1%), aunque por sexo se distingue un comportamiento diferenciado a favor de los hombres. Mientras apenas el 5.2% de ellos y el 5.8% de los HSH reconoce que le daría pena comprar condones, en el caso de las mujeres la proporción, aunque baja, se duplica (10.7%).

Sin embargo, en este escenario llama la atención el caso de las PPST entre quienes se registra una proporción de 8.9%, reforzando así la desventaja social de este grupo, ya que detrás del sentimiento de vergüenza declarado posiblemente se escondan temores, inseguridades y en general problemas de autoestima, que pudieran resultar un obstáculo para la toma de decisiones preventivas frente a potenciales intercambios de parejas.

Aunque las proporciones de personas que se ven frenadas de adquirir condones por sentir vergüenza no sean elevadas, teniendo en cuenta que se trata de una actitud modificable valdría la pena continuar trabajando en esa dirección, para lo cual se indagó si este sentimiento además guarda relación con la edad de la persona.

Un análisis por grupos de edades permite concluir que entre los adolescentes, y especialmente entre los que tienen entre 12 y 14 años, el sentimiento de vergüenza por la compra de condones es más común que el que se registra en la población más adulta (gráfico 3.8). Pero además, contrario a lo que ocurre con el resto de la población, en la primera etapa de la adolescencia se ha incrementado en 5.6 puntos porcentuales respecto a cuatro años atrás la proporción de personas que experimentan ese sentimiento (24.6% en el 2013 versus 30.2% en el 2017).

**Gráfico 3.8. Proporciones de personas de 12 a 49 años que sentirían vergüenza de comprar condones en algún establecimiento cerca de su casa, centro de estudio o centro de trabajo, según grupos de edad**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2013 y 2017

Considerando que el inicio de las relaciones sexuales ocurre hacia la mitad de la adolescencia, que esa es una etapa de constantes cambios de pareja, pero que además, afortunadamente es una etapa de la vida en la cual es más fácil lograr cambios de comportamiento sexual<sup>21</sup>, sería importante tener en cuenta este resultado para continuar trabajando desde edades tempranas y desde disímiles escenarios en pro de que se reconozca y asimile como algo natural la compra de los condones.

### II.3.2 Factores relacionados con la habilidad para protegerse

Para optar por el sexo protegido no es suficiente con que existan condones de calidad en el mercado, en lugares cercanos o a precios accesibles, es necesario además que las personas tengan conciencia sobre la necesidad de usarlos, que conozcan cómo hacerlo adecuadamente, tengan elementos para convencer a sus parejas sobre las ventajas de la prevención y que dispongan de ciertas habilidades que favorezcan el disfrute sexual sin daños para la salud.

<sup>21</sup> CEPDE-ONEI. Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH 2005, 2009, 2011 y 2013.

Entre los aspectos relacionados con la habilidad para protegerse se encuentra el conocimiento sobre el VIH que tenga la población, sobre las formas en que se transmite y las maneras en que es posible reducir el riesgo de infección, el conocimiento sobre el estado serológico, la capacidad de negociación sexual, el disfrute de una relación libre de violencia, así como aspectos relacionados con la aceptación social de las PVV, los HSH, las personas Trans y, por consiguiente, con el respeto a la diversidad sexual.

Con la idea de propiciar insumos que puedan emplearse para diseñar y orientar acciones en materia preventiva, se presentan a continuación un conjunto de factores relacionados con la habilidad para protegerse que se supone favorecen u obstaculizan el uso del condón como único medio eficaz de reducir el riesgo de infección por VIH a través de las relaciones sexuales.

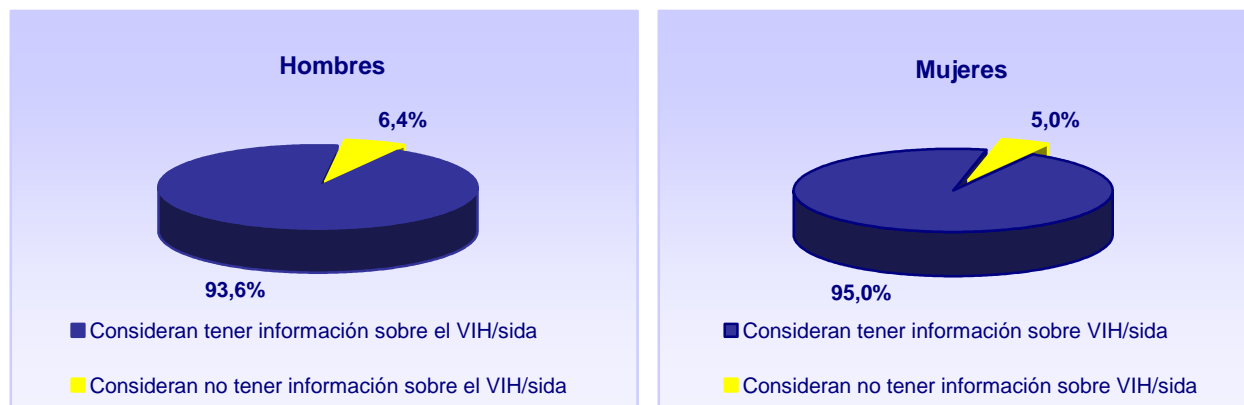
### **II.3.2.1 Conocimiento acerca del VIH/sida. Fuentes de información**

Si bien en otros estudios se ha probado que tener conocimiento sobre el VIH/sida, la forma en que se transmite y la manera en que es posible reducir el riesgo de infección no es una condición suficiente para garantizar un cambio de comportamiento sexual, no caben dudas de que resulta una condición necesaria sin la cual resultaría imposible movilizar a las personas hacia conductas preventivas responsables. De ahí que el primer aspecto que se aborde en el análisis sean las principales fuentes de información y el nivel de conocimiento que tiene la población sobre diferentes temáticas relacionadas con la infección por VIH.

En Cuba el tema del VIH ha sido abordado desde 1986 (año en que se detectó a la primera persona seropositiva en el país) en múltiples ocasiones y de disímiles formas por diferentes medios, siendo los más comunes los de comunicación masiva, la prensa plana y escrita, materiales promocionales de las campañas, materiales educativos, los servicios de consejería, a través de promotores, en las áreas de salud, las escuelas y los centros de trabajo. Incluso, con el propósito de lograr un mayor impacto, como parte de la estrategia nacional, en los últimos años se han tratado de manera más directa, profunda y reiterativa diferentes aspectos relacionados con esta materia.

Respecto a la información recibida, los resultados reflejados en el siguiente gráfico muestran que la mayoría de la población (94.3%) se siente informada, siendo la proporción de mujeres ligeramente superior a la que se registra en los hombres (95% versus 93.6% respectivamente).

**Gráfico 3.9. Proporciones de personas de 15 a 49 años que consideran tener información sobre el VIH/sida por sexo**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Sin embargo, con el propósito de conocer cuáles son las vías de información que resultaron más asequibles a la población se incluyó una pregunta en el cuestionario sobre las fuentes por las cuales había recibido información sobre el VIH o el sida, y al respecto se obtuvo que los medios de comunicación masiva fueron identificados como las principales fuentes (cuadro 3.3), ubicándose en primer lugar la televisión y en segundo lugar la radio (89.3% y 70.7% respectivamente).

**Cuadro 3.3. Proporciones de personas de 15 a 49 años que han recibido información sobre el VIH/sida, según fuentes de información, por sexo.**

Fuente de Información	Han recibido información sobre el VIH/sida				
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	HSH	PPST
Televisión	89.3	88.6	90.0	87.8	87.2
Radio	70.7	69.1	72.3	72.3	65.8
Prensa Escrita y/o Revista	61.2	60.2	62.3	61.5	59.4
Materiales promocionales como libros, afiches, plegables.	56.8	55.2	58.4	56.6	56.5
Amigo	54.4	54.5	54.3	61.0	63.3
Médico	52.0	48.8	55.3	54.3	58.9
Pareja	44.3	44.2	44.5	51.0	47.1
Por madre, padre u otro familiar	36.5	35.8	37.2	35.4	41.2
En la escuela o Centro de Enseñanza	30.9	29.9	32.0	32.6	30.2
Por promotores	21.0	19.6	22.5	22.5	25.7
Cine	14.2	13.5	15.0	15.2	18.6
Enfermera Encuestadora	13.6	12.1	15.1	14.8	15.8
Técnicas informáticas	13.4	12.5	14.3	15.3	14.3
Centros de Prevención	11.4	10.2	12.6	13.8	12.3
Consultas de ITS	9.2	7.8	10.7	11.4	14.9
Por el Servicio de Consejería	8.3	7.4	9.2	10.6	12.7
Por el Servicio de Línea Ayuda	8.2	7.4	9.1	10.2	12.7
Otra	11.2	10.6	11.8	14.0	13.6

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

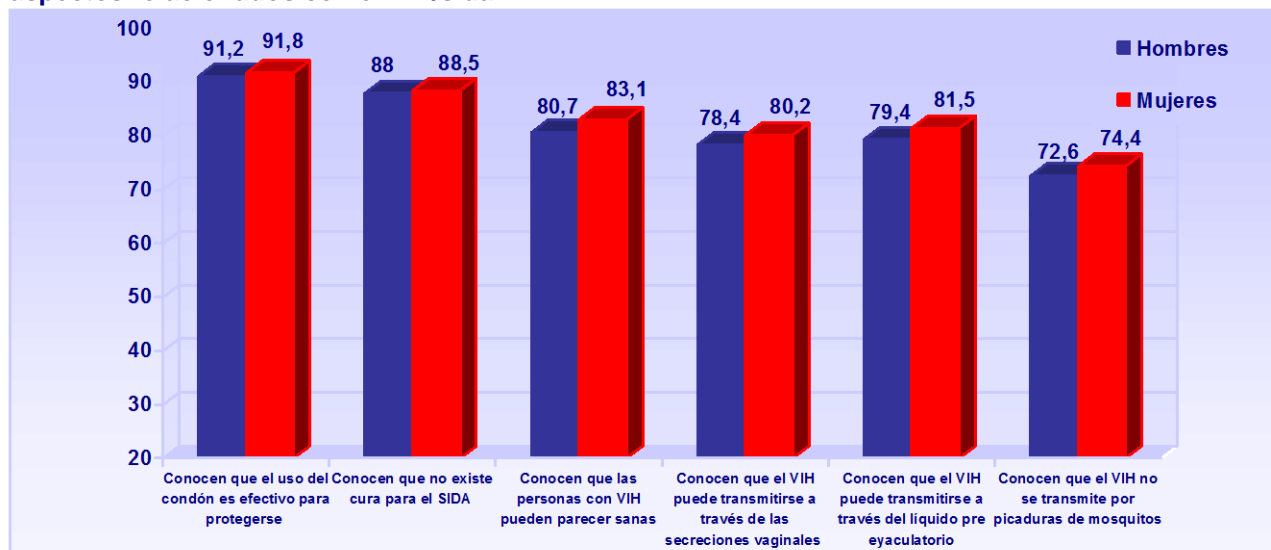
Nota: Los porcentajes no suman 100% ya que la pregunta fue diseñada para aceptar múltiples respuestas, es decir para que cada persona identificara todas las fuentes por las que había recibido información.

Le siguen en orden de importancia a la radio, la prensa escrita o revista, los materiales promocionales y los amigos, con proporciones del orden del 61.2%, 56.8% y 54.4% respectivamente. Posteriormente aparecen el personal de salud (52%), las fuentes informales como la pareja (44.3%) y la familia (36.5%), la escuela (30.9%) y los promotores (21.0%). El resto de las fuentes, sin demeritar su importancia por la incidencia directa y especializada que tienen, no han alcanzado proporciones superiores al 20%.

En general, en todas las fuentes de información señaladas, excepto “la pareja y los amigos”, se aprecia un diferencial entre las proporciones de hombres y mujeres que las identifican, a favor de las mujeres, que particularmente en el caso de los médicos alcanza la mayor amplitud con 6.5 puntos porcentuales de diferencia.

Sin embargo, el haber sido receptor de información sobre VIH no es suficiente para que la persona se encuentre bien informada o que conozca los elementos esenciales que le pueden ayudar a prevenir la infección, ya que en ello incide la naturaleza formal o informal de la fuente, el nivel de especialización de los informantes, la capacidad de asimilación de los receptores e incluso el haber tenido acceso a las disímiles aristas asociadas a esta temática.

**Gráfico 3.10. Proporciones de personas de 15 a 49 años según información acerca de algunos aspectos relacionados con el VIH/sida**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

De hecho, a pesar de considerarse informadas un porcentaje elevado de personas, si se observa el comportamiento de la selección de indicadores relacionados con el VIH incluida en el gráfico 3.10, se aprecia en principio realmente los cubanos son conocedores del tema, sin embargo, en la

medida en que se profundiza, se observa como el conocimiento se va desvaneciendo en una proporción no despreciable de personas y especialmente entre los hombres.

El 94.3% de la población considera tener información sobre el VIH, pero más del 8% no cree que el condón sea efectivo para protegerse, alrededor del 12% piensa que existe cura para el sida, cerca del 20% piensa que las personas con VIH siempre muestran síntomas y desconocen que el VIH puede transmitirse a través de las secreciones vaginales o los líquidos pre eyaculatorios y aproximadamente una de cada cuatro personas (27.4% de los hombres y 25.6% de las mujeres) consideran que los mosquitos son fuentes de transmisión, lo que revela que o bien existen espacios no cubiertos enteramente por la información o la información ofrecida a la población sobre algunos aspectos relacionados con el VIH no ha sido la suficiente.

Para profundizar en el conocimiento que tiene la población cubana de 15 a 49 años, se incluyeron en el cuestionario una serie de preguntas relacionadas con la severidad de la infección por VIH, las formas de transmisión, las posibilidades de reducir el riesgo de infección, el estado serológico, la apariencia de las personas seropositivas, entre otras. Estas variables, correlacionadas con el sexo, la edad, color de la piel, nivel educacional y zona de residencia de las personas, ayudaran a identificar los principales factores que, relacionados con el conocimiento, pudieran representar obstáculos para la adopción de comportamientos sexuales que minimicen las probabilidades de infección.

### **II.3.2.2 Conocimiento sobre la severidad del VIH/sida**

Los comportamientos sexuales en ocasiones pudieran parecer irracionales, sin embargo, quizás estén asociados al desconocimiento sobre la severidad de las enfermedades que se desarrollan cuando el deterioro del sistema inmunológico en las personas seropositivas al VIH, da paso a la aparición del sida, que, en ausencia de cura efectiva, se considera hasta la fecha como una enfermedad incurable.

También el desconocimiento de las formas de transmisión o las maneras efectivas de reducir el riesgo de infección pudieran favorecer este tipo de comportamientos. La situación se torna todavía más compleja si se tiene en cuenta que estudios realizados previamente prueban que aun cuando se identifican correctamente las verdaderas fuentes de transmisión y formas efectivas de prevención, la mezcla de conocimiento correcto con ideas erróneas también puede obstaculizar la adopción de comportamientos seguros.



Al indagar sobre el conocimiento que tiene la población de 12 a 49 años acerca del daño que puede ocasionar la infección por VIH, se comprobó que, sin distinción entre sexos, el 86.7% sabe que el sida no tiene cura y un 74.2% reconoce que se trata de una enfermedad mortal, salvo que se tenga acceso a una terapia antirretroviral (TARV) adecuada y se mantenga la adherencia al tratamiento (cuadro 3.4).

**Cuadro 3.4. Proporciones de personas de 12 a 49 años que conocen que el sida es una enfermedad mortal incurable, por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		La infección por VIH no tiene cura	El sida es una enfermedad mortal si no se tiene acceso a la TARV o no se es adherente	El sida es una enfermedad incurable que puede ser mortal
<b>Grupos poblacionales</b>	Hombre	86.4	73.9	67.6
	Mujer	87.0	74.5	67.6
	HSH	86.7	71.4	64.2
	PPST	86.9	70.5	63.8
<b>Grupos de edades</b>	12-14	65.2	65.0	50.4
	15-19	81.4	73.0	64.7
	20-24	90.1	75.0	70.0
	25-29	88.9	74.9	70.8
	30-34	89.9	76.1	70.1
	35-39	89.8	75.7	70.4
	40-44	88.8	75.1	69.3
	45-49	88.5	74.5	68.6
<b>Color de la piel</b>	Blanca	86.5	72.7	66.3
	Mulata o mestiza	87.1	76.9	69.9
	Negra	86.5	75.9	69.2
<b>Nivel de Escolaridad</b>	Enseñanza media a lo sumo	80.1	71.4	62.5
	Enseñanza media superior	89.8	75.2	69.7
	Enseñanza Superior	91.4	77.7	72.4
<b>Zona de Residencia</b>	Cabeceras Provinciales	88.0	75.4	68.8
	Resto Urbano	86.2	75.0	67.7
	Zona Rural	85.1	72.2	66.0
<b>Población de 12 a 49 años</b>		86.7	74.2	67.6

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

No obstante, teniendo en cuenta que la idea de severidad puede ser relativa en presencia o no de cura efectiva, sobre todo en países como Cuba donde la atención médica es gratuita, tiene cobertura nacional y disfruta de reconocido prestigio, se consideró oportuno indagar quienes de conjunto conocían que el sida es una enfermedad incurable que puede llegar a ser mortal si no se le monitorea periódicamente, se tiene acceso a tratamiento antirretroviral adecuado y se es adherente al tratamiento. Los resultados obtenidos muestran que se reduce a un 67.6% la proporción de personas que tienen claridad absoluta sobre las consecuencias irreversibles que acompañan la infección por el VIH en el corto, mediano o largo plazo.

Un análisis por sexo refleja que, aunque las diferencias no son muy marcadas, las mujeres suelen estar más informadas que los hombres aun cuando el 13% de ellas desconozca que el sida no tiene cura, el 25.5% no sepa que se trata de una enfermedad que puede llegar a ser mortal y en general el 32.4% ignore que el sida es una enfermedad incurable que puede llegar a causar la muerte, es decir que desconozca la severidad del daño que puede ocasionarle para la vida la infección por VIH.

Entre los HSH, quienes constituyen por demás el grupo poblacional donde mayormente se concentra la epidemia en el país, se localizan similares lagunas de desconocimiento. El 13.3% piensa que existe cura para el sida y algo más de un tercio de ellos (35.8%) no sabe que el sida es reconocido hasta la fecha como una enfermedad incurable que puede llegar a ser mortal.

Un sondeo por edades muestra que entre los adolescentes se registran las proporciones más elevadas de desconocimiento, estando más permeados de ideas erróneas los del grupo de 12 a 14 años. Un tercio (34.8%) de los adolescentes comprendidos entre los 12 y 14 años ignora que el sida no tiene cura, el 35% no sabe que se trata de una enfermedad que puede llegar a ser mortal y apenas la mitad (50.4%) conoce que se trata de una enfermedad incurable que puede ser mortal. Todo lo cual sugiere intensificar en estos aspectos desde edades tempranas a fin de garantizar que los adolescentes dispongan de elementos que los ayuden a optar por el sexo seguro o protegido desde el inicio mismo de las relaciones sexuales.

El resto de los grupos etarios se aprecia que, aunque tienen lagunas de conocimiento, los jóvenes de 20 a 39 años son los más informados y posterior a los 39 años van disminuyendo ligeramente las proporciones de personas con información correcta sobre la severidad del daño que causa la infección por VIH.

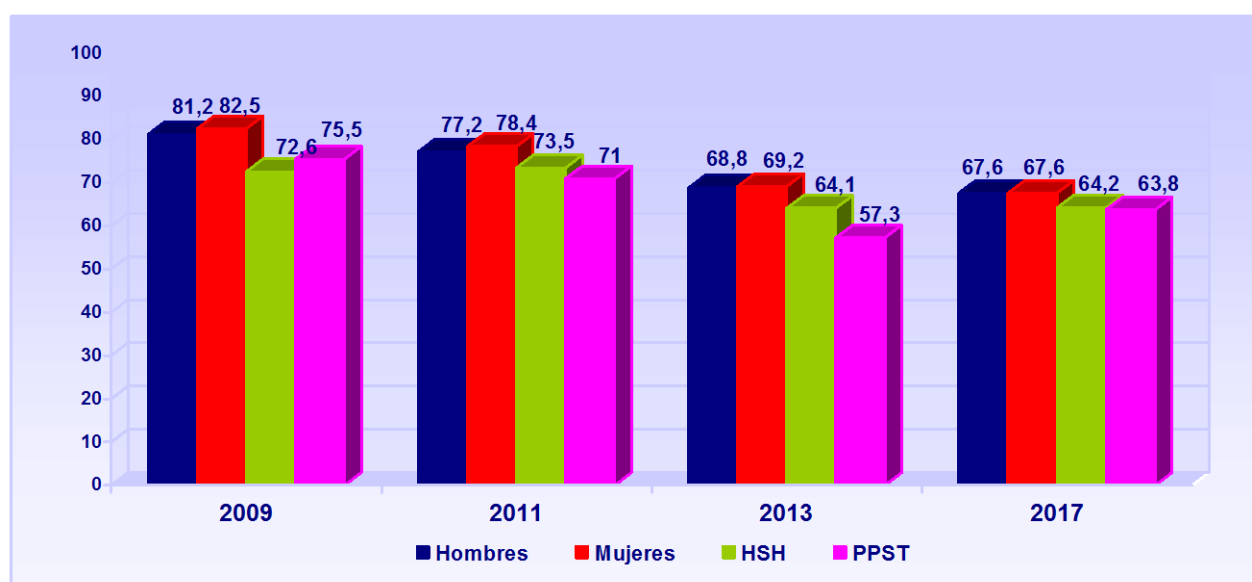
En cuanto a color de la piel, la población mestiza está más informada que la población con color de la piel negra o blanca y especialmente sobre la severidad del daño que produce el sida. Mientras el 69.9% considera que el sida es una enfermedad mortal incurable, entre la población con color de la piel negra o blanca la proporción se reduce a un 69.2% y 66.3% respectivamente.

Por zonas de residencia y nivel de escolaridad se verifican marcados contrastes que permiten concluir que el conocimiento sobre la severidad del daño de infección por VIH está directamente relacionado con el nivel de urbanización del área en que reside la persona y su nivel de escolaridad.

En resumen, pudiera plantearse que la población joven, femenina, universitaria, mestiza y residente en las zonas urbanas del país, tiene más conocimiento sobre la severidad del daño que puede ocasionar para su vida la infección por VIH que el resto de la población, en tanto las mayores lagunas de conocimiento se registran entre los adolescentes, los varones, los HSH, las PPST, quienes residen en la zona rural y quienes tienen menor nivel de instrucción.

Una comparación respecto a períodos anteriores de las proporciones de personas que conocen sobre la severidad del daño que puede ocasionar para su vida la infección por VIH, muestra que contrario a lo esperado, se ha deteriorado en el tiempo este indicador (gráfico 3.11).

**Gráfico 3.11. Proporciones de personas de 12 a 49 años que conocen que el sida es una enfermedad incurable que puede llegar a ser mortal, en diferentes períodos.**



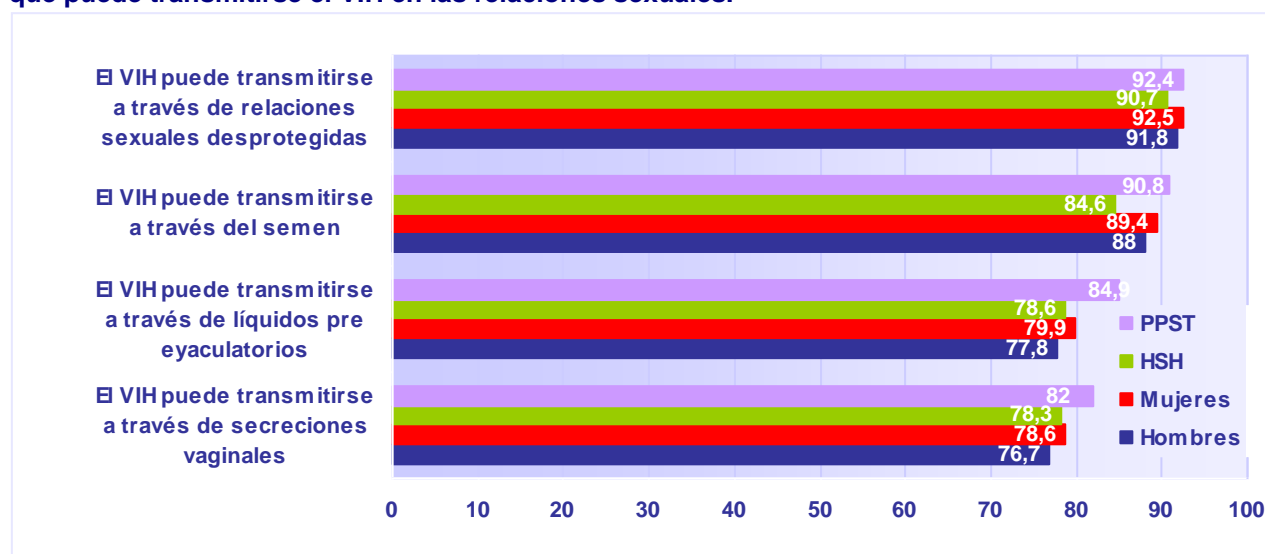
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2009, 2011, 2013 y 2017

Las proporciones de personas que en el año 2009 conocían que el sida es una enfermedad incurable que podía llegar a ser mortal, son más elevadas que las que se registraron en el 2011 y 2013 y todas superiores a las reportadas por los hombres y las mujeres en el 2017. Estos resultados hacen pensar que o bien con el acceso a la terapia antiretroviral, la eficiencia de los nuevos fármacos, el incremento de la sobrevida en buenas condiciones de salud, la disminución de la mortalidad por sida y la confianza de la población en el sistema de salud cubano, se ha percibido y difundido entre la población la idea errónea de que se encontró cura efectiva para el sida, o que no se está divulgando lo suficiente sobre la severidad del daño que ocasiona para la vida la infección por VIH; solo así se justifica que un grupo de personas hayan eliminado de su subconsciente, en un período relativamente breve, las consecuencias irreversibles que ocasionan para la vida la infección por VIH.

### II.3.2.3 Conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH

Un elemento clave en materia preventiva es el estudio acerca del conocimiento que tiene la población sobre las formas en que se transmite el VIH y particularmente a través de las relaciones sexuales. Un sondeo al respecto permitió conocer que la vía mayormente identificada son las relaciones sexuales desprotegidas (91.8% de los hombres, 92.5% de las mujeres, 90.7% de los HSH y 92.4% de PPST). Le siguen en orden quienes conocen que el semen constituye una posible fuente de infección en tanto son menores las proporciones de personas que están conscientes de que los fluidos sexuales (líquidos pre eyaculatorios y secreciones vaginales) también constituyen una vía efectiva de transmisión (gráfico 3.12).

**Gráfico 3.12. Proporciones de personas de 12 a 49 años que identifican correctamente las formas en que puede transmitirse el VIH en las relaciones sexuales.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Entre las poblaciones en estudio las PPST y las mujeres se distinguen por estar mayormente informadas sobre las formas en que puede transmitirse el VIH por contacto sexual, en tanto los hombres en general y los HSH en particular son los menos informados. No obstante, llama la atención que en general alrededor de una de cada cinco personas desconozca que el VIH se encuentra presente en cantidades suficientes como para transmitirse tanto en las secreciones vaginales como en el líquido pre eyaculatorio, lo cual pudiera propiciar el uso incorrecto del condón y que exista la posibilidad de que, aún entre quienes se protejan, este presente el riesgo de infección por VIH.

Aunque el VIH se transmite fundamentalmente por contacto sexual también es posible que se propague de madre a hijo y a través de la sangre. Esas formas de transmisión, aunque en Cuba resultan minoritarias, se incluyeron en el cuestionario junto a las relacionadas con el sexo y otras que, a pesar de que resultan erróneas, han sido identificadas como posibles vías por algunas personas, y a partir de ahí se procedió a analizar el conocimiento global que tenía la población respecto a la transmisión del VIH.

Al revisar las proporciones de quienes identifican correctamente las reales fuentes de transmisión (cuadro 3.5), se observa que, entre todas, las mayormente reconocidas son las relaciones sexuales desprotegidas, el semen, la sangre y el compartir jeringuillas o materiales quirúrgicos no estériles. Todas ellas fueron identificadas en promedio por más del 85% de la población. En segundo lugar, con proporciones de respuestas correctas que oscilan en el entorno del 80% se encuentran los fluidos sexuales. La lactancia materna constituye la vía de transmisión menos reconocida, incluso por las propias mujeres.

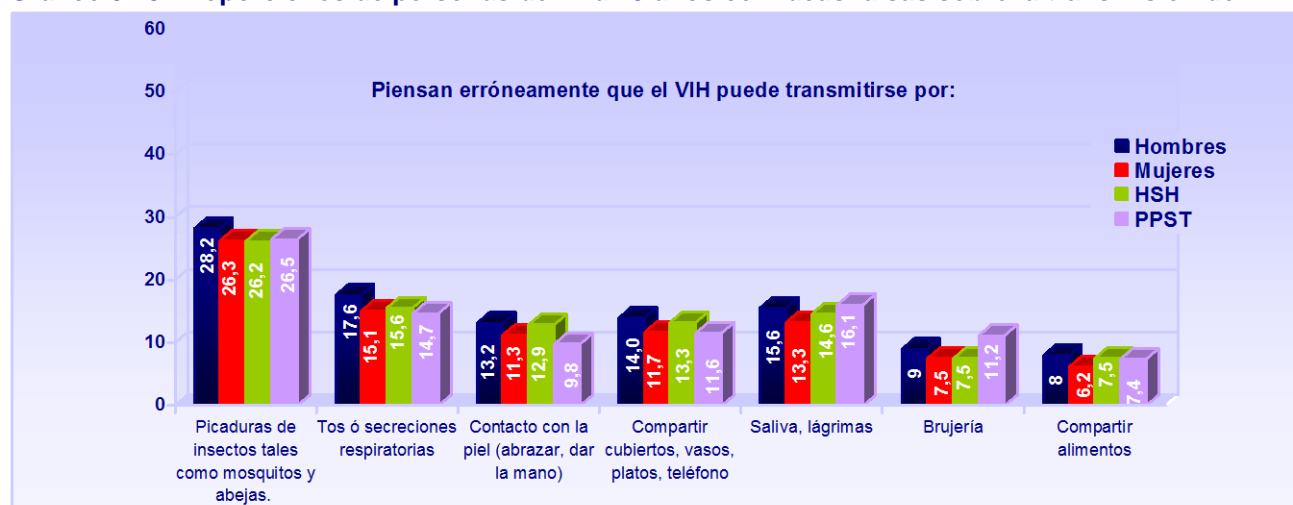
**Cuadro 3.5. Proporciones de personas de 12 a 49 años según conocimiento de las formas en que se transmite el VIH, por sexo**

Conocen que constituyen vías de transmisión del VIH	Población General			HSH	PPST
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		
	% Respuestas correctas				
Relaciones sexuales desprotegidas	92.2	91.8	92.5	90.7	92.4
Semen	88.7	88.0	89.4	84.6	90.8
Sangre	88.7	88.4	88.9	86.3	88.3
Jeringuillas, agujas, sin esterilizar	86.6	85.8	87.3	83.6	88.4
Líquidos Pre eyaculatorios	78.8	77.8	79.9	78.6	84.9
Fluidos o Secreciones vaginales	77.6	76.7	78.6	78.3	82.0
Lactancia materna	56.3	54.1	58.5	54.6	56.8

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Independientemente del nivel de conocimiento que tiene la población sobre las reales vías de transmisión, existen proporciones no despreciables de personas (gráfico 3.13), que identificaron erróneamente como correctas algunas fuentes a través de las cuales no existe posibilidad de infección.

**Gráfico 3.13. Proporciones de personas de 12 a 49 años con ideas falsas sobre la transmisión del VIH**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

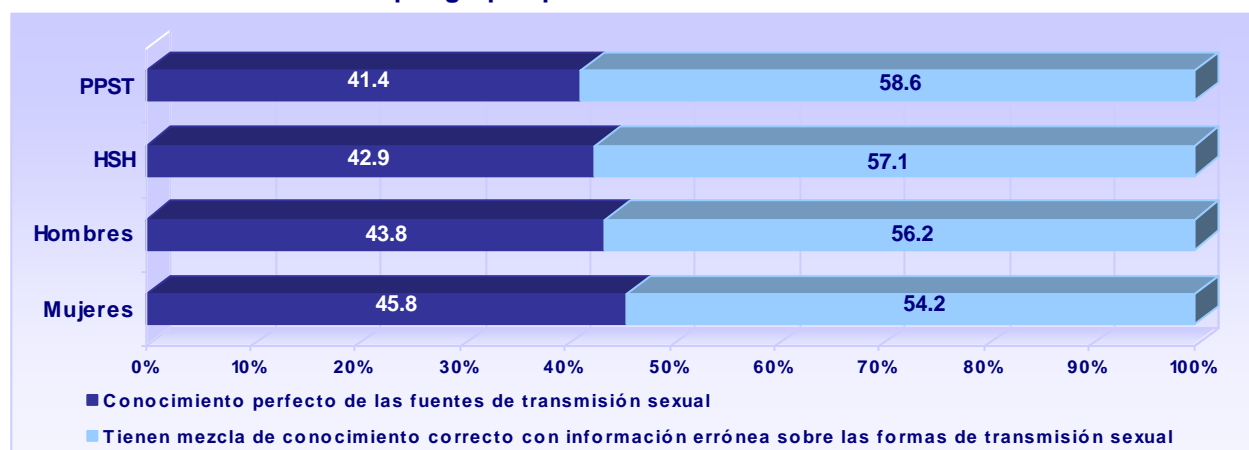
La falsa creencia mayormente difundida, (identificada como correcta por más de un cuarto de las personas es que el VIH puede transmitirse por picaduras de insectos tales como mosquitos y abejas. Otras fuentes identificadas erróneamente como correctas son la tos o secreciones respiratorias (16.4%), las lágrimas o saliva (14.4%), el establecer contacto físico (12.2%), el compartir vasos, cubiertos, un teléfono (12.9%), la brujería (8.3%) y el compartir los alimentos (7.2%).

Con el propósito de determinar qué proporción de personas tienen conocimiento “perfecto<sup>22</sup>” sobre la forma en que se transmite el VIH por contacto sexual y quienes tienen mezclados conocimientos correctos con información errónea, se creó una nueva variable en la base de datos que se codificó para cada individuo con valores 1 y 0. Se le asignó el valor 1 para aquellas personas que identificaron correctamente todas las formas en que puede transmitirse sexualmente el VIH y al mismo tiempo clasificaron como incorrectas las formas incorrectas de transmisión que aparecen en el cuestionario. El valor 0 se le asignó a aquellas que tuvieron mezclado conocimientos correctos con erróneos.

<sup>22</sup> Se ha definido que una persona tiene conocimiento perfecto sobre la transmisión sexual si identifica como correctas las principales vías de transmisión sexual del VIH (relaciones sexuales desprotegidas, semen, líquido pre eyaculatorio y fluidos vaginales) y refuta correctamente los principales conceptos erróneos sobre la transmisión, que aparecen en el gráfico 3.11.

En general, el 69.6% de las personas identifican correctamente todas las formas de transmisión sexual del VIH, sin embargo, al analizar quienes, además, niegan correctamente los principales conceptos erróneos sobre la transmisión, entonces, como se ilustra en el siguiente gráfico, el indicador se deteriora bruscamente en todos los grupos poblacionales en estudio.

**Gráfico 3.14. Proporciones de personas de 12 a 49 años según conocimiento perfecto de las formas de transmisión sexual del VIH por grupos poblacionales en estudio.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Menos de la mitad de la población (44.8%) tiene conocimiento “perfecto” sobre las formas de transmisión sexual del VIH y lo más frecuente es encontrar mezclado conocimiento correcto con información errónea (55.2%). Sin embargo, aunque esto ocurre así en todos los grupos en estudio, existen diferencias significativas entre las proporciones de hombres y mujeres que clasifican en una u otra categoría, a favor de las mujeres, que resultan las mejores informadas sobre este tema.

Una revisión por edades de las proporciones de personas que identifican correctamente las formas de transmisión sexual (cuadro 3.6), permite concluir que las personas con edades entre 20 y 39 años se encuentran más informadas que el resto de la población, destacándose en particular los jóvenes de 25 a 29 años por ser los que presentan la proporción más elevada de información correcta.

Los menos informados resultaron ser los adolescentes y principalmente de 12 a 14 años. Ni siquiera la mitad (48.5%) supo identificar correctamente todas las formas de transmisión sexual del VIH, apenas uno de cada cuatro tiene conocimiento perfecto sobre las formas de transmisión sexual del VIH y por consiguiente tres de cada cuatro (73.1%) tienen mezclada la información correcta con ideas erróneas sobre la transmisión.

**Cuadro 3.6. Proporciones de personas de 12 a 49 años según nivel de conocimiento de las formas de transmisión del VIH, por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Identifican correctamente todas las formas de transmisión sexual	(Conocimiento Perfecto) Identifican correctamente todas las formas de transmisión sexual y refutan los principales ideas falsas sobre la transmisión	Tienen mezcla de conocimiento correcto con información errónea sobre las formas de transmisión sexual
Grupos de edades	12-14	48.5	26.9	73.1
	15-19	64.1	38.8	61.2
	20-24	72.3	46.4	53.6
	25-29	73.3	49.7	50.3
	30-34	72.9	48.4	51.6
	35-39	70.6	47.4	52.6
	40-44	71.9	45.5	54.5
	45-49	71.6	45.9	54.1
Color de la piel	Blanca	68.9	45.5	54.5
	Mulata o mestiza	70.9	43.2	56.8
	Negra	70.2	45.1	54.9
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	62.3	35.9	64.1
	Enseñanza media superior	72.1	47.8	52.2
	Enseñanza Superior	78.4	55.7	44.3
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	71.3	52.6	47.4
	Resto Urbano	69.0	39.7	60.3
	Zona Rural	67.4	38.6	61.4
<b>Población de 12 a 49 años</b>		<b>69.6</b>	<b>44.8</b>	<b>55.2</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

De acuerdo con el color de la piel, si bien en las personas de piel mestiza se registran las proporciones más elevadas de conocimiento sobre las formas de transmisión sexual, es en este grupo donde existe más mezcla de información correcta con información errónea sobre la transmisión del VIH. Entre las personas con color de la piel blanca se reportan las mayores proporciones de conocimiento perfecto, seguidas en orden por las de color de la piel negra y en menor medida las de piel mestiza

Al correlacionar el conocimiento sobre las formas de transmisión sexual con el nivel educacional de la población se observa que existe una relación directa entre ambas variables. En la medida en

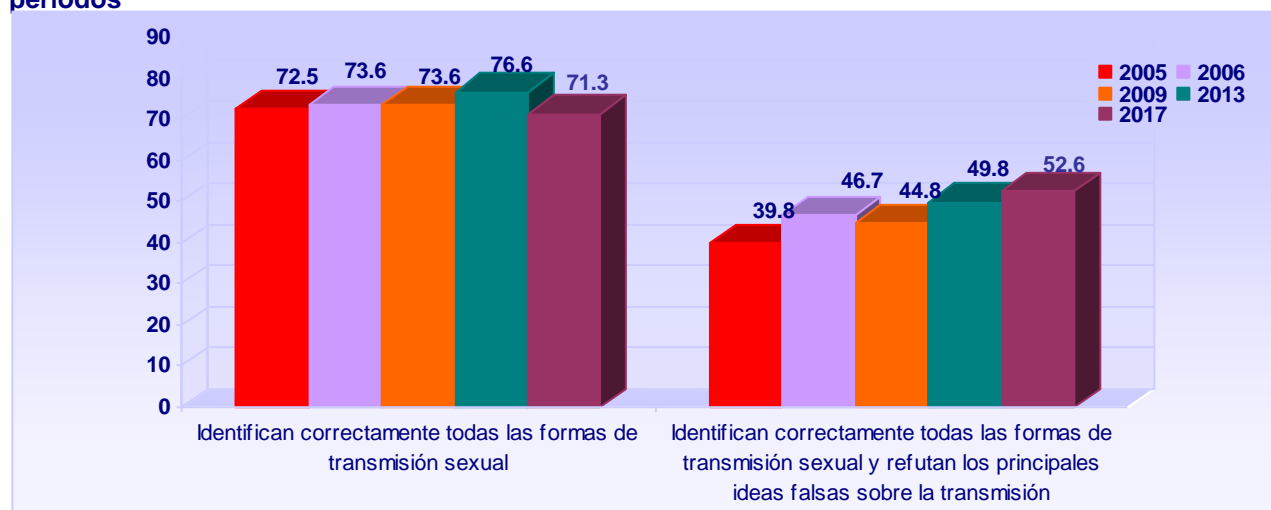


que aumenta la escolaridad, aumenta gradualmente el conocimiento correcto y disminuyen proporcionalmente las falsas creencias que actúan como limitantes para la prevención. Así, mientras cuatro de cada cinco (78.4%) universitarios identifican correctamente todas las formas de transmisión sexual y algo más de la mitad (55.7%) no tiene ideas erróneas sobre las posibles vías de transmisión del VIH, entre quienes tienen a lo sumo enseñanza media terminada la realidad es bien diferente. Solo el 62.3% conoce exactamente todas las formas en que puede transmitirse el VIH por contacto sexual y algo más de dos tercios tienen mezcla de conocimiento correcto con ideas erróneas sobre la transmisión.

Por zonas de residencia también se registran diferencias que evidencian que a mayor urbanización más conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH y por ende menos mezcla de conocimiento correcto con información errónea. Entre los residentes de las cabeceras provinciales son mayores las proporciones de personas que identifican correctamente todas las formas de transmisión sexual y refutan las principales ideas falsas sobre la transmisión, que entre quienes habitan en el resto urbano o en la zona rural (52.6% versus 39.7% y 38.6% respectivamente).

Si se compara respecto a períodos anteriores y a nivel de cabeceras de provincia, el conocimiento perfecto sobre las formas de transmisión sexual del VIH (gráfico 3.15), se aprecian cambios favorables. Se han incrementado respecto a periodos anteriores las proporciones de personas que identifican correctamente todas las vías de transmisión sexual y niegan las principales ideas falsas sobre la transmisión (39.8% en el 2005, 46.7% en el 2006, 44.8% en el 2009, 49.8% en el 2013 y 52.6% en el 2017).

**Gráfico 3.15. Proporciones de personas de 12 a 49 años residentes en las cabeceras provinciales, según conocimiento perfecto de las formas en que se transmite sexualmente el VIH en diferentes períodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2005, 2006, 2009, 2013 y 2017

En resumen, pudiera plantearse que han aumentado a nivel de cabeceras de provincia las proporciones de personas con conocimiento perfecto sobre las formas de transmisión sexual del VIH, pero todavía una parte importante de la población tiene conocimientos inexactos sobre las reales fuentes de propagación, lo que resulta más frecuente entre los HSH y las PPST, los adolescentes, las personas de más bajo nivel educacional y los residentes en las zonas menos urbanizadas del país, especialmente en la rural.

#### **II.3.2.4 Conocimiento sobre las posibilidades de reducir el riesgo de infección.**

Si bien el conocimiento que tenga la población sobre las fuentes de transmisión del VIH constituye un factor importante en la prevención también resulta elemental el dominio sobre las formas en que es posible reducir al mínimo las posibilidades de infección, fundamentalmente por vía sexual, más teniendo en cuenta que la presencia de información errónea puede incidir negativamente en la prevención.

Para conocer la información que tiene la población sobre las formas efectivas de reducir el riesgo de infección por VIH se incluyó una pregunta en el cuestionario que incluía las maneras efectivas de protegerse que tienen las personas y otro conjunto de criterios que no están relacionados con la transmisión ni prevención del VIH, pero que se manejan erróneamente entre algunos grupos.

Las repuestas de la población (cuadro 3.7) permiten comprobar que la mayoría de las personas (90.2%) conocen que es posible reducir las posibilidades de infección por VIH manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada, y similares proporciones reconocen la importancia del uso sistemático y correcto del condón para la prevención de la transmisión sexual (91.2%).

También una proporción elevada de personas (91.3%) reconoce que una manera efectiva de protegerse es asegurándose que cada inyección que le pongan sea con una aguja desinfectada. Sin embargo, la abstinencia sexual penetrativa solo fue identificada correctamente como una manera efectiva de evitar la infección con el VIH por vía sexual, por el 53.5% de la población. Ello hace pensar que no se ha difundido lo suficiente o sencillamente que la población no reconoce como relaciones sexuales, a las prácticas sexuales no penetrativas y por tanto no las considera una opción para protegerse.

**Cuadro 3.7. Proporciones de personas de 12 a 49 años según conocimiento de las formas en que se puede reducir el riesgo de infección por VIH, por sexo**

Opinan que es posible reducir el riesgo de infección por VIH de la siguiente manera:	Población de 12 a 49 años				
	Población General			HSH	PPST
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		
Formas efectivas de reducir el riesgo	% de Respuestas Correctas				
Manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada	90.2	90.3	90.0	89.5	87.9
Usando preservativos o condones durante el acto sexual	91.2	90.7	91.6	89.8	90.6
Asegurándose que cada inyección que le pongan sea con una aguja desinfectada	91.3	90.9	91.6	90.2	93.9
Teniendo relaciones sexuales sin penetración	53.5	53.8	53.2	51.0	53.6
Criterios que se manejan erróneamente por algunas personas	% de personas que las identificaron incorrectamente como medidas efectivas para reducir el riesgo de infección				
Evitando picaduras de mosquitos u otros Insectos similares	23.5	24.5	22.5	19.8	23.5
Evitando baños públicos	10.8	11.6	10.1	9.7	11.2
Con una buena dieta	10.4	11.1	9.8	11.9	10.7
Evitando compartir alimentos con una persona con VIH/sida	9.6	10.3	8.9	9.0	11.9
Evitando tocar a personas con VIH/sida	7.5	8.0	7.0	6.9	7.3
Identifican correctamente todas las formas de prevención (excluyendo las relaciones sexuales sin penetración)	81.2	80.9	81.4	77.5	79.2
Identifican correctamente todas las formas de prevención (excluyendo las relaciones sexuales sin penetración) y refutan los principales ideas falsas sobre la prevención	55.5	54.6	56.4	52.8	53.3

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Si se excluye del análisis la opción del sexo seguro entonces pudiera concluirse que el 81.2% de la población general, el 77.5% de los HSH y el 79.2% de las PPST identifican correctamente todas las formas fundamentales de reducir el riesgo de infección.

A pesar de ser relativamente altos los porcentajes de personas que disponen de información sobre las formas de protegerse, llama la atención los porcentajes de respuestas incorrectas a situaciones que no involucran riesgo. Se destaca entre ellas la falsa creencia de que es posible prevenir la infección por VIH evitando picaduras de mosquitos u otros Insectos similares (24.5% de los hombres, 22.5% de las mujeres, 19.8% de los HSH y 23.5% de las PPST la identificaron erróneamente como una opción para evitar la infección). Otras falsas creencias identificadas como alternativas preventivas fueron: evitando baños públicos (10.8%), con una buena dieta (10.4%),

evitando compartir alimentos con una persona con VIH (9.6%) y evitando tocar a personas con VIH (7.5%).

Teniendo en cuenta que la combinación de información correcta con ideas erróneas sobre las formas de reducir el riesgo de infección puede conducir a comportamientos sexuales errados y peligrosos, se construyó, al igual que en el acápite anterior, un indicador para evaluar la proporción de personas que disponían de información precisa para protegerse, es decir, que identificaban correctamente todas las formas de prevención (excluyendo las relaciones sexuales sin penetración) y refutaban los principales mitos o criterios erróneos sobre la prevención. El resultado es que solo algo más de la mitad de la población y de los grupos claves se encuentra en la condición anterior (54.6% de los hombres, 56.4% de las mujeres, 52.8% de los HSH y el 53.5% de las PPST).

Por edades (cuadro 3.8), los adolescentes, también en este caso, se distinguen por estar menos informados que el resto de la población, y especialmente aquellos que se encuentran en la primera etapa de la adolescencia, es decir, que tienen entre 12 y 14 años. También en esas edades son comparativamente inferiores las proporciones de quienes reconocen que es posible reducir el riesgo de infección manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada, y usando preservativos o condones durante el acto sexual.

De acuerdo al color de la piel (cuadro 3.8), la población de piel mestiza reporta resultados más favorables sobre la forma en que es posible reducir el riesgo de infección por VIH que la de piel blanca o negra.

En cuanto a nivel de escolaridad, se distingue una relación directa entre el conocimiento que tiene la población sobre las formas de reducir el riesgo de infección por VIH y el nivel, siendo también en este caso los universitarios quienes resultan mayormente informados y encontrándose en mayor desventaja quienes no tienen ningún nivel vencido.

Por zonas de residencia, se aprecian también diferencias significativas que indican que las personas que viven de manera habitual en las zonas más metropolitanas del país se encuentran más informadas sobre las formas en que es posible reducir el riesgo de infección por VIH que quienes residen en el resto del territorio urbano o en la zona rural.

**Cuadro 3.8. Proporciones de personas de 12 a 49 años según conocimiento de las formas en que es posible reducir el riesgo de infección por VIH, por características sociodemográficas.**

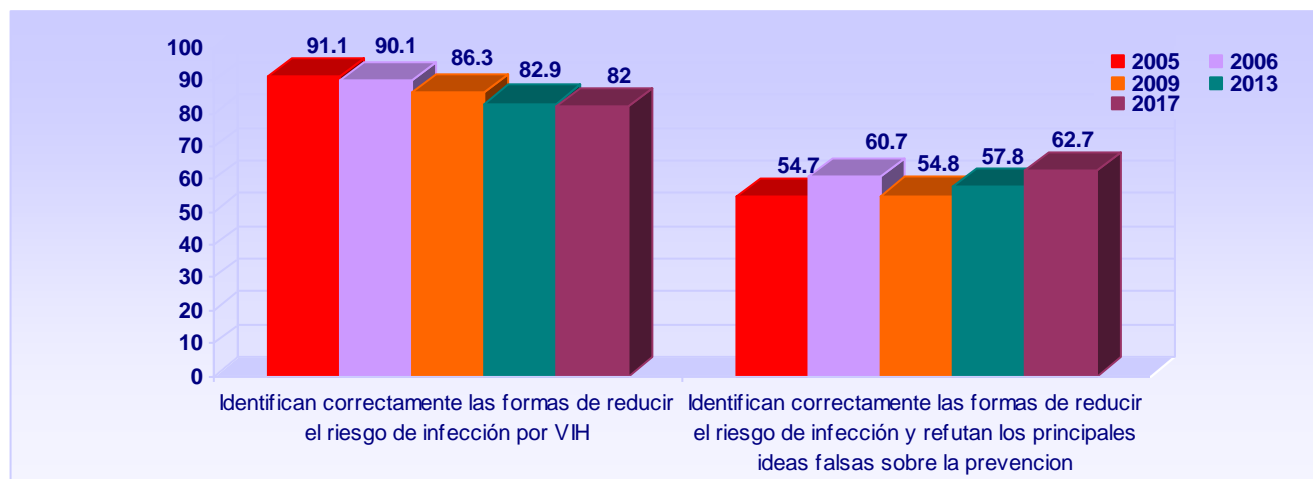
Características sociodemográficas		Identifican correctamente <b>todas las formas de prevención</b> (excluyendo las relaciones sexuales sin penetración)	Identifican correctamente todas las formas de prevención (excluyendo las relaciones sexuales sin penetración) y refutan los principales ideas falsas sobre la prevención	Manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada	Usando preservativos o condones durante el acto sexual
Grupos de edades	12-14	74.5	44.3	86.1	86.3
	15-19	77.9	48.3	86.5	89.9
	20-24	82.4	58.0	90.9	92.1
	25-29	82.3	59.1	91.1	92.1
	30-34	83.1	59.3	91.5	92.9
	35-39	81.9	58.3	90.5	91.7
	40-44	82.1	55.7	90.9	91.3
	45-49	81.5	55.3	91.3	90.8
Color de la piel	Blanca	80.9	55.6	89.7	90.9
	Mulata o mestiza	82.7	55.8	91.4	92.1
	Negra	78.4	53.5	89.7	89.8
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	77.9	47.2	87.7	88.8
	Enseñanza media superior	82.4	58.7	91.3	92.2
	Enseñanza Superior	84.8	64.2	92.3	93.4
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	82.0	62.7	90.4	91.7
	Resto Urbano	81.1	48.9	89.6	90.4
	Zona Rural	80.1	51.9	90.6	91.2
<b>Población de 12 a 49 años</b>		<b>81.2</b>	<b>55.5</b>	<b>90.2</b>	<b>91.2</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Al comparar respecto a períodos anteriores y a nivel de cabeceras de provincia, los niveles de conocimiento que tiene la población sobre las formas de prevención, se verifica una ligera recuperación del indicador. Se mantiene en el entorno del 82% la proporción de personas que identifican correctamente las formas en que es posible reducir el riesgo de infección y se incrementa respecto a periodos anteriores la proporción de personas con conocimiento perfecto sobre la prevención, es decir, que reconocen las principales formas de reducir el riesgo de

infección y refutan correctamente las ideas falsas sobre las formas de prevenir el VIH. (gráfico 3.16).

**Gráfico 3.16. Proporciones de personas de 12 a 49 años residentes en cabeceras provinciales que identifican correctamente las formas en que se puede reducir el riesgo de infección por VIH.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2005, 2006, 2009, 2013 y 2017.

No obstante, dado que los niveles actuales aún distan de la totalidad de la población y por tanto visualizan la persistencia de información errónea sobre un grupo considerable de personas, valdría la pena continuar enfatizando sobre el conocimiento de las reales formas de propagación del VIH y de las maneras efectivas de minimizar el riesgo de infección a fin de contribuir con la elección del sexo protegido en todas las relaciones sexuales para facilitar el goce de la sexualidad sin repercusiones negativas para la salud.

### II.3.2.5 Conocimiento sobre el estado serológico

El conocimiento sobre el estado serológico de la población, permite caracterizar las epidemias de los países, y en consecuencia, diseñar y conducir acciones tendientes a neutralizar su crecimiento y expansión.

Identificar los grupos poblacionales en que se concentra la epidemia, monitorear su comportamiento geográfico y disponer de estimaciones sobre la seroprevalencia oculta, ayuda a planificar los gastos en prevención, atención médica y tratamiento, focalizar las intervenciones, reducir los esfuerzos y, a la larga, obtener mejores logros.

También es importante que las personas conozcan su estado serológico, tanto para protegerse a sí mismas y evitar infectar a los demás, como para poder acceder a la atención médica y

tratamiento adecuado, en caso que sea necesario de acuerdo al deterioro de su sistema inmunológico (ONUSIDA 2006).

En Cuba grandes y sostenidos son los esfuerzos que realiza el gobierno, fundamentalmente a través del Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/sida por mantener la pesquisa activa y la vigilancia constante sobre la epidemia, así como por garantizar la atención médica, los exámenes de monitoreo y el tratamiento adecuado a todas las personas seropositivas que lo requieran. También se realizan estimaciones periódicas sobre la seroprevalencia oculta y se vigilan los cambios de comportamientos sexuales, conocimientos, actitudes, habilidades y percepciones de la población en busca de identificar continuamente las necesidades de las personas y poder orientar las acciones con el fin de encontrar una respuesta eficaz (Plan Estratégico Nacional 2014-2018).

Las Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH/sida que se levantan cada dos años en el país, aportan elementos referidos al conocimiento de la población sobre su estado serológico los cuales son empleados por el Programa Nacional como un insumo adicional a tener en cuenta en su sostenido esfuerzo por evitar que el VIH/sida se convierta en un importante problema de salud para la población cubana (Plan Estratégico Nacional 2014-2018).

Referido al estado serológico, los resultados de la encuesta indican que el 89.3% de la población de 15 a 49 años (88.5% de los hombres y 90.1% de las mujeres) sabe dónde hacerse la prueba de detección del VIH, sin embargo, apenas dos de cada cinco (41.8% de los hombres y 45.9% de las mujeres) han pensado en hacérsela alguna vez. En consecuencia, apenas la mitad de las personas comprendidas en esas edades (49.6%), recuerdan haberse realizado el examen del VIH alguna vez, y el 31.3%, que en valores absolutos representan a 1 716 982 personas, refieren haberse hecho la prueba en el último año (cuadro 3.9).

Por sexo se registran diferencias significativas que indican que este tipo de examen resulta más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y dentro de ellos mucho más común entre los HSH. Mientras el 53.9% de las mujeres mencionaron haberse realizado el examen del VIH alguna vez, en el caso de los hombres la proporción fue 8.4 puntos porcentuales inferior (45.5%), sin tener en cuenta que, al excluir del total de hombres a los homosexuales, la proporción se contrae más aún (45.2% de los heterosexuales y 48.2% de los homosexuales).

**Cuadro 3.9. Proporciones de personas de 15 a 49 años que se realizaron el examen de VIH en los últimos 12 meses, o alguna vez en la vida, por sexo.**

Conocimiento sobre el estado serológico		Población General			HSH	PPST		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Se realizaron el examen del VIH en los últimos 12 meses	%	31.3	29.3	33.4	37.1	46.9	45.4	48.9
	total	1 716 982	815 245	901 737	103 571	38 690	20 875	17 815
Se realizaron el examen del VIH alguna vez en la vida	%	49.6	45.5	53.9	48.2	55.0	53.3	57.3
	total	2 721 874	1 266 542	1 455 332	134 510	45 388	24 497	20 891
<b>Total</b>		<b>5 484 834</b>	<b>2 786 182</b>	<b>2 698 652</b>	<b>279 249</b>	<b>82 451</b>	<b>46 001</b>	<b>36 450</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Entre los grupos en estudio, las PPST son quienes más monitorearon su estado serológico el último año. Si bien la mitad refirió haberse realizado la prueba del VIH alguna vez, cerca de la mitad (46.9%) lo hizo en el último año.

Una exploración por grupos de edades (cuadro 3.10) muestra que los adolescentes se particularizan por haberse realizado el examen de VIH mucho menos que el resto de la población, lo que si bien pudiera estar condicionado por ser esa la etapa de la vida en que se inician las relaciones sexuales no debe pasarse inadvertido por cuanto a los 16 años más de la mitad ya tuvo su primera experiencia sexual y como se ilustra en el gráfico 2.10, no todos se protegieron en esa relación ni todos usaron condón en las sucesivas. A partir de los 20 años y hasta los 34 años, se observa un aumento en las proporciones de personas que investigaron si eran seropositivas al VIH y después de los 35 años comienzan nuevamente a decrecer los porcentajes de quienes alguna vez de hicieron la prueba.

Cuando el período que se considera son los últimos 12 meses, el comportamiento por edades es similar. En el último año las personas de 25 a 39 años fueron quienes acudieron con mayor frecuencia a realizarse el examen, estando las proporciones en todos los casos en el entorno del 36%. A partir de los 40 años comienzan a disminuir, registrándose la proporción más baja (30%) entre los más adultos.

De acuerdo al color de la piel (cuadro 3.10), la población mestiza ha tenido un comportamiento más responsable en cuanto al monitoreo de su estado serológico que la de piel negra o blanca, registrándose las proporciones más bajas entre las últimas.



**Cuadro 3.10. Proporciones de personas de 15 a 49 años que se realizaron el examen de VIH en los últimos 12 meses o alguna vez en la vida, por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Se realizaron el examen del VIH en los últimos 12 meses	Se realizaron el examen del VIH alguna vez en la vida
Grupos de edades	15-19	14.6	20.4
	20-24	33.4	46.2
	25-29	35.9	55.5
	30-34	37.3	57.9
	35-39	35.6	56.2
	40-44	32.2	56.0
	45-49	30.0	51.9
Color de la piel	Blanca	31.5	48.3
	Mulata o mestiza	31.5	52.7
	Negra	29.6	49.1
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	24.8	39.2
	Enseñanza media superior	32.0	51.3
	Enseñanza Superior	41.9	64.4
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	27.5	49.0
	Resto Urbano	35.4	50.6
	Zona Rural	32.4	47.4
<b>Población de 12 a 49 años</b>		<b>31.3</b>	<b>49.6</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

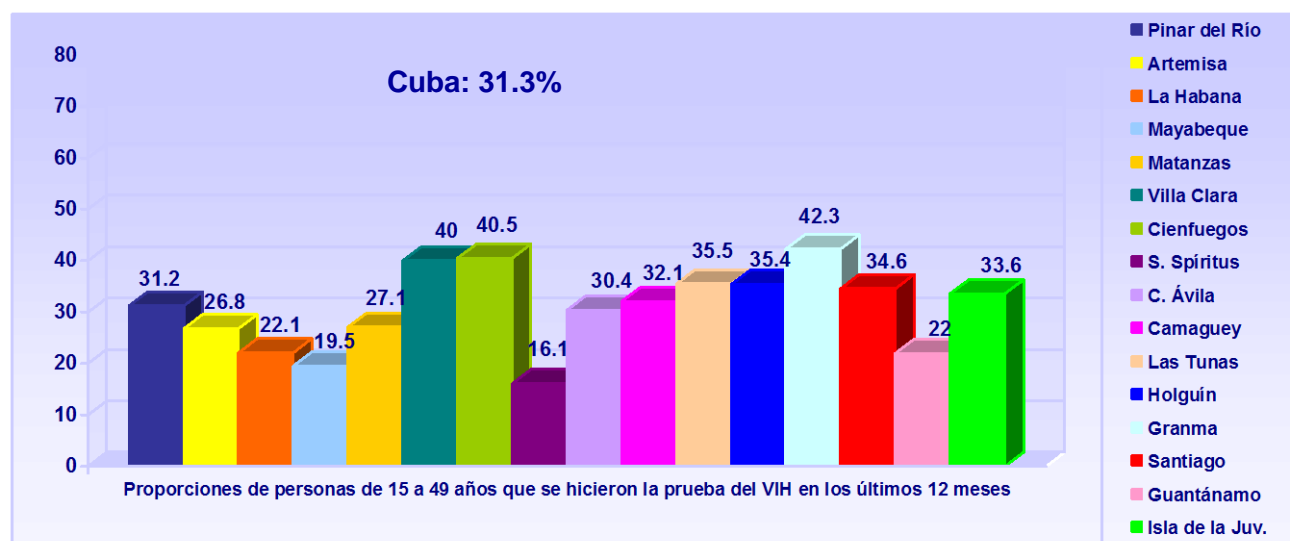
Al realizar un análisis según el nivel de escolaridad se aprecia que existe una relación directa entre éste y el monitoreo del estado serológico. Mientras cerca de dos tercios (64.4%) de las personas que tienen enseñanza superior vencida han investigado su seropositividad al VIH y dos de cada cinco (41.9%) lo hicieron en el último año, entre quienes tienen enseñanza media superior las proporciones son 51.3% y 32% respectivamente y disminuye aún más entre quienes tienen enseñanza media a lo sumo (39.2% y 24.8% respectivamente).

Por zonas de residencia, también se distinguen marcadas diferencias en las proporciones de personas que desearon conocer su estado serológico respecto al VIH. Entre los residentes en las zonas urbanas, son más elevadas las proporciones de quienes se han hecho la prueba del VIH alguna vez en la vida que entre quienes viven en la zona rural. Sin embargo, contrario a lo

esperado de acuerdo al comportamiento de la epidemia en el país y al comportamiento histórico del indicador, durante el último año fue justamente en las cabeceras de provincia donde se logró una menor movilización social al conocimiento del estado serológico, trayendo como resultado que sea en esas zonas donde se registren las menores proporciones de personas que se hicieron la prueba en los últimos 12 meses (27.5% en cabeceras versus 35.4% en el resto del territorio urbano y 32.4% en la zona rural).

Una exploración sobre el monitoreo del estado serológico en los últimos 12 meses a nivel de provincias indica que el comportamiento no fue uniforme entre unas y otras (gráfico 3.17). Mientras que, en el centro y el oriente del país, con excepción de Sancti Spíritus y Guantánamo, las proporciones de personas que se realizaron en los últimos doce meses el examen serológico para descartar la infección por VIH son superiores a la media nacional (31.3%), en todas las provincias occidentales son inferiores. No obstante, la situación más desventajosa se registró en Sancti Spíritus, Mayabeque, Guantánamo y La Habana, en ese orden, donde apenas se alcanzó al 16.1%, 19.5%, 22.0% y 22.1% respectivamente de su población.

**Gráfico 3.17. Proporciones de personas de 15 a 49 años que se realizaron el examen de VIH en los últimos 12 meses, por provincias.**



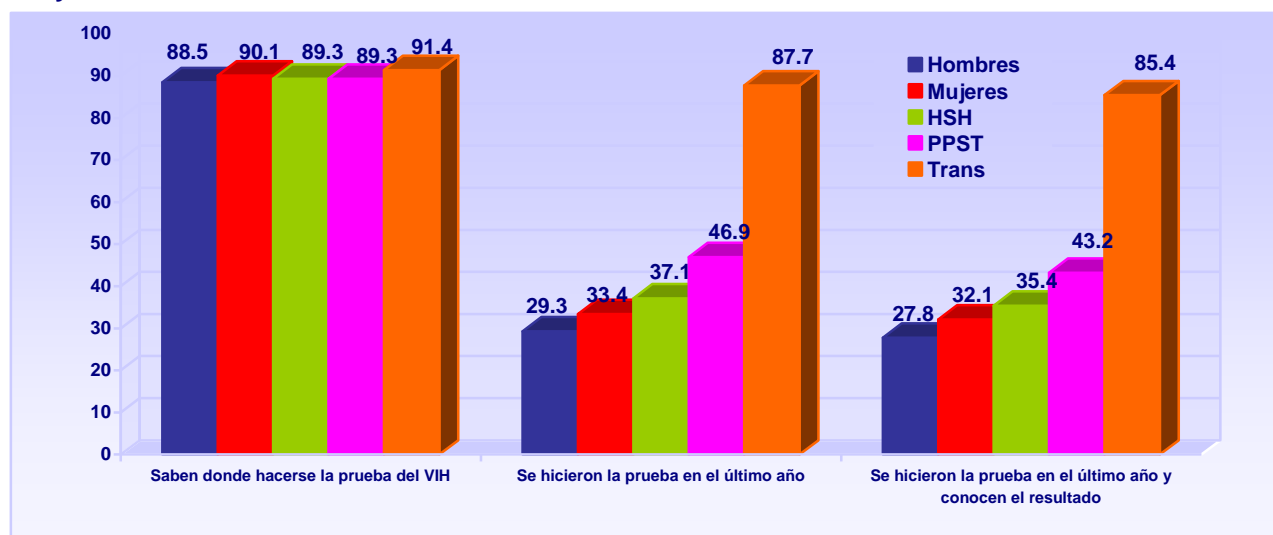
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Los análisis realizados por provincia y zonas de residencia reflejan que si bien en Cuba el acceso a la salud es gratuito y el alcance universal, lo que incluye las posibilidades de hacerse la prueba del VIH, en termino de oportunidades por disímiles razones las decisiones individuales de las personas no son las mismas cuando se reside en una u otra área. En consecuencia, este resultado amerita continuarse investigando ya que su trascendencia puede conllevar a que por

desconocimiento del estado serológico sean diferentes las oportunidades de prevención y de atención en salud entre los residentes en unos u otros territorios, pudiendo incidir incluso, con el tiempo, en la distribución geográfica de la epidemia en el país.

Si bien realizarse la prueba del VIH es importante, el primer paso para acceder al tratamiento y poder alcanzar las metas 90-90-90 del ONUSIDA es que todas las personas con VIH conozcan el resultado del examen, es decir, su estado serológico. Al respecto pudo conocerse que la mayoría de la población conoce donde hacerse la prueba del VIH y solo alrededor de un tercio (31,3%; 1 716 982 personas) se hizo la prueba durante el 2017, con la peculiaridad de que casi la totalidad de quienes se la hicieron conocen su resultado, lo que corrobora que, la brecha fundamental, en todos los grupos poblacionales en estudio, con excepción de las personas Trans, no está en buscar el resultado, sino en hacerse la prueba (gráfico 3.18).

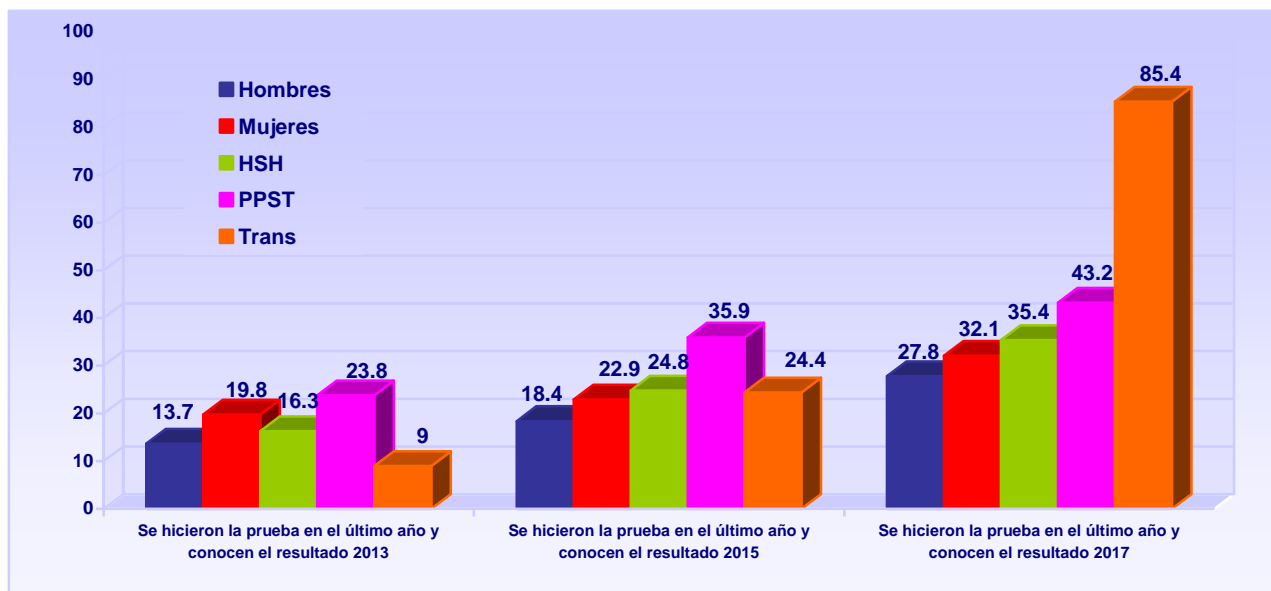
**Gráfico 3.18. Proporción de personas de 15 a 49 años que se hicieron la prueba del VIH en el último año y conocen los resultados.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Un análisis en el tiempo de este indicador (gráfico 3.19) permite verificar que ha habido una respuesta positiva al conocimiento del estado serológico respecto al VIH en todos los grupos poblacionales en estudio. En el 2017, comparativamente con años atrás, se aprecia un incremento paulatino en la proporción de personas que se hicieron la prueba en los últimos 12 meses y conocen sus resultados. No obstante, deben continuar atendándose las brechas identificadas a fin de elevar los niveles alcanzados en el indicador y poder lograr los compromisos del país con la meta del primer pilar de la Cascada 90-90-90, es decir, que para el año 2020, el 90% de las personas con VIH conozcan su estado serológico.

**Gráfico 3.19. Proporción de personas de 15 a 49 años que en diferentes periodos se hicieron la prueba del VIH en el último año y conocen los resultados.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2013, 2015 y 2017

El desconocimiento de la población sobre su estado serológico respecto al VIH aumenta las probabilidades de que se transmita el virus e incide en la prevención, en el auto cuidado y en las posibilidades de cuidar a la pareja. De ahí la necesidad de continuar insistiendo en no guiarse por las apariencias y optar por el sexo seguro o protegido como elección para continuar disfrutando de una vida sana, en lo cual la capacidad de negociación sexual puede constituir un elemento protector frente a los riesgos de infección por VIH.

#### **II.3.2.6 Negociación Sexual. Capacidad de gestión y solución de conflictos en las parejas**

Las relaciones sexuales no siempre ocurren de mutuo acuerdo entre los miembros de la pareja. En ocasiones es preciso enfrentar intereses distintos, en cuyo caso las características culturales atribuidas socialmente a hombres y mujeres, o las condiciones socioculturales del espacio en que crecieron y se desarrollaron, independientemente de su orientación sexual, pueden favorecer o no la mejor elección.

La negociación sexual se refiere a los procesos de acuerdo y toma de decisiones de una pareja sexual. Se trata de un proceso interactivo en el cual las personas involucradas cuando se enfrentan a intereses distintos, llevan a cabo una serie de acuerdos destinados a obtener aquello que desean en esa relación (Viera W. 1997).

El tema de las relaciones sexuales es mucho más amplio que lo que aborda el cuestionario, sin embargo, algunas preguntas han sido insertadas en él de manera que permitan una aproximación a esta temática y en específico que puedan emplearse para evaluar la capacidad de la población para negociar el uso del condón. Las respuestas o posiciones que adopta la población ante el conjunto de preguntas o situaciones incluidas en el instrumento (cuadro 3.11) será la base para abordar el tema de la negociación sexual entre las parejas en la actualidad.

**Cuadro 3.11. Proporciones de personas de 15 a 49 años según posición que adoptan ante situaciones que involucran la negociación del uso del condón en las relaciones sexuales.**

Preguntas para evaluar la capacidad de negociar el uso del condón	Población General			HSH	PPST
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres		
1- Le propondrías a tu pareja el uso del condón para prevenir contraer alguna ITS o el VIH.					
Si	78.4	79.2	77.6	81.3	82.1
No	14.2	14.0	14.4	12.1	12.4
No sabe	7.4	6.8	8.0	6.6	5.5
2- Te negarías a tener relaciones sexuales si tu pareja te propone usar condón.					
Si	12.3	11.7	12.9	11.4	15.3
No	87.7	88.3	87.1	88.6	84.7
3- Tendrías relaciones sexuales con tu pareja si ésta se niega a usar el condón					
Si, tendría relación sexual penetrativa	27.9	28.9	27.0	26.7	28.8
Sí, pero sin penetración	12.8	14.2	11.3	16.5	13.3
No tendría relaciones sexuales	38.5	35.3	41.7	38.1	42.7
No sabe	20.8	21.7	20.0	18.7	15.2
4- Si supieras que tienes alguna ITS o el VIH, le propondrías a tu pareja usar el condón.					
Si	97.4	97.2	97.6	97.6	95.7
No	2.6	2.8	2.4	2.4	4.3
5- Si tu pareja tuviera una ITS o el VIH le exigirías usar el condón					
Si	97.9	97.9	98.0	96.9	98.2
No	2.1	2.1	2.0	3.1	1.8
6- Si tu pareja tuviera una ITS o el VIH y no quisiera usar el condón, te negarías a tener relaciones sexuales con ella.					
Si	88.7	88.4	89.1	86.5	88.6
No	11.3	11.6	10.9	13.5	11.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Al revisar la respuesta dada por la población a las preguntas 1 y 2 relacionadas en el cuadro anterior, se aprecia que existe un desequilibrio entre la capacidad de proponer el uso del condón y la disposición de aceptar dicha propuesta. Mientras aproximadamente cuatro de cada cinco personas (78.4%), sin distinción entre sexos, ni grandes diferencias en cuanto a orientación

sexual, serían capaces de proponerle a su pareja el uso del condón para prevenir contraer alguna ITS o el VIH (pregunta 1), una de cada diez (11.7% de los hombres y 12.9% de las mujeres), indican que se negarían a tener relaciones sexuales si su pareja le propone usar condón (pregunta 2), poniendo de manifiesto que existen dificultades en la negociación del sexo protegido.

Llama la atención al respecto que siendo las PPST uno de los grupos poblacionales más expuestos al riesgo de infección por VIH, sean paradójicamente quienes más se resistan a tener relaciones sexuales si su pareja le propone usar condón (15.3%), lo que sugiere pensar que aún persisten tabúes, mitos y problemas de autoestima que obstaculizan la prevención y refuerza la necesidad de continuar desarrollando acciones tendientes a lograr en la población habilidades y destrezas suficientes para poder afrontar las causas que los originan.

Otro escenario donde se visualiza las dificultades de negociación sexual que presentan las personas en nuestro medio, es la conducta asumida ante la negativa de la pareja a protegerse (pregunta 3). Ante esta situación solo dos de cada cinco personas como promedio (38.5%) refieren que se negarían rotundamente a tener relaciones sexuales y alrededor de una de cada diez (12.8%) opinan que accederían a tener relaciones sexuales, pero sin penetración. El hecho de que el 27.9% opine que si este fuera el caso tendría de todos modos una relación sexual penetrativa y una de cada cinco personas (20.8%) no sepa qué hacer ante esta disyuntiva, revela que la capacidad de negociar para llegar a acuerdos frente a situaciones de conflicto en el ámbito de las relaciones sexuales se ve mediatizada por aspectos socioculturales entre los que se encuentran las creencias, significados y valores que se les da a las relaciones de pareja y al uso del condón. Corroborar además el supuesto teórico de que la exposición al riesgo está más determinada por representaciones culturales que por cálculos racionales.

Es conveniente destacar que en términos generales estos comportamientos no se reproducen por igual entre las poblaciones en estudio. Por sexo todo parece indicar que las mujeres son relativamente más exigentes que los hombres o que a éstos se les dificulta más, por determinadas razones, asumir posturas radicales en temas de protección. Mientras el 41.7% de ellas se negaría a tener relaciones sexuales ante la negativa de su pareja a protegerse, en el caso de los hombres el 35.3% asume esta conducta.

Un análisis entre los grupos en estudio muestra que comparativamente las PPST, quienes asumen relaciones sexuales de alto riesgo, también se encuentran en desventaja en términos de negociación sexual, y ante una negativa a protegerse por parte de su “pareja sexual”, solo dos de

cada cinco (42.7%) se niegan a tener relaciones sexuales y un 28.8% acceden a tener sexo con la persona, aun sin protegerse, reforzando así su condición de vulnerabilidad ante el VIH.

En el contexto de la capacidad de negociación de las parejas, un hallazgo del estudio que amerita la pena comentarse es que cuando se tiene la seguridad de que existen posibilidades reales de transmisión de una ITS o del VIH, se adoptan posiciones más atinadas ante la prevención. Tal es así que si bien el 78.4% de las personas le propondrían a su pareja el uso del condón para prevenir adquirir una ITS o el VIH (pregunta 1) casi la totalidad (97.4%) refiere que si supiera que es portadora de algún tipo de ITS le propondría a su pareja el uso del condón y una proporción aún mayor (97.9%) afirma que si conociera que su pareja tiene una infección le exigiría el uso del condón (preguntas 4 y 5), es decir que la certeza de riesgo motiva o moviliza indiscutiblemente hacia la prevención.

No obstante, en el caso de los HSH y las PPST la respuesta es menos radical ante una situación que tendría implicaciones potencialmente desfavorables para ambos. El 3.1% de los HSH se rehúsan a exigirle el uso del condón a su pareja aun sabiendo que está infectada y en el caso particular de las PPST un 4.3% indica que no le propondría a su pareja el empleo del condón ni aun sabiéndose infectada.

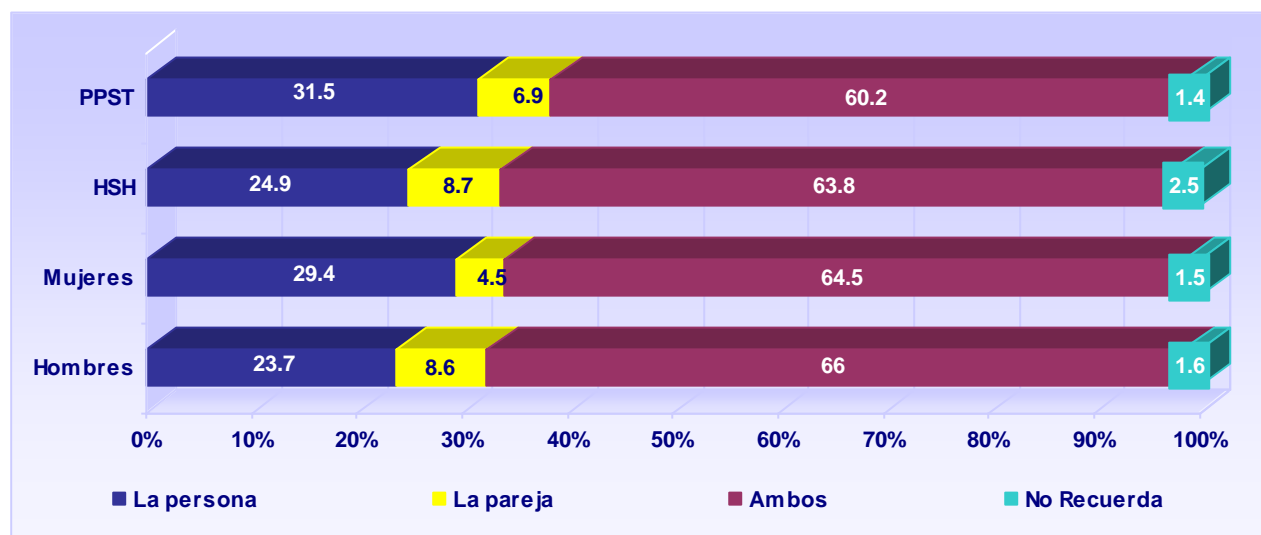
Si se comparan las respuestas dadas por la población a las preguntas 3 y 6 se corrobora nuevamente que ante la percepción de riesgo las personas actúan diferente, incluso los HSH y las PPST, aunque en el caso particular de estos las limitantes para negociar el sexo seguro sean mayores. Mientras el 27.9% de quienes no conocen que su pareja tiene una ITS o el VIH ceden a tener relaciones sexuales cuando su pareja se niega a usar el condón, solo 11.3% accedería a ello si su pareja, teniendo una ITS o el VIH, no asume el sexo protegido.

En resumen, pudiera plantearse que existen limitaciones para negociar el uso del condón entre los miembros de la pareja, siendo más frecuente esta situación entre los HSH y las PPST. No obstante, pudo corroborarse que la percepción de riesgo es un factor determinante en el modo en que las personas enfrentan o eluden determinadas situaciones de conflicto que ponen en riesgo su salud sexual.

La capacidad de negociación sexual de hombres y mujeres también se ve reflejada al evaluar quien toma la iniciativa para proponer el uso del condón. Un análisis al respecto realizado sobre las personas con relaciones ocasionales que emplearon condón en su última relación sexual

muestra que, aunque existen comportamientos diferenciados entre unos y otros, se han ido transformando los comportamientos protagónicos masculinos característicos de décadas atrás.

**Gráfico 3.20. Proporciones de personas de 15 a 49 años que usaron condón en su última relación sexual ocasional según miembro de la pareja que tomó la iniciativa para usarlo.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Como se refleja en el gráfico anterior, lo más frecuente entre quienes se protegieron es que se haya usado el condón por iniciativa y de común acuerdo entre ambos miembros de la pareja, y aun cuando este criterio es relativamente más frecuente entre los hombres que entre las mujeres (66.0% versus 64.5%), y ellos se acreditan en menor medida que ellas la toma de iniciativa para protegerse (23.7% versus 29.4%), estas diferencias hacen suponer que los cambios van encaminados al logro de una mayor igualdad en los roles sexuales de ambos y no a un desplazamiento hacia una iniciativa exclusivamente femenina.

Otro caso de incapacidad de negociación sexual lo constituye el haber sido víctima de una violación ya sea por parte de la propia pareja o de otra persona. En este caso, dado que las posibilidades de elección se vuelven nulas ante la presión o fuerza de la persona victimaria, y porque el hecho en sí involucra una práctica sexual penetrativa, posiblemente desprotegida, la situación de la persona violada es de desventaja extrema desde el punto de vista epidemiológico, pero también desde una perspectiva psicológica.

Si bien este episodio no será posible estudiarlo en toda su magnitud, debido a que solo se indagó sobre las personas que fueron víctimas de una violación en la iniciación sexual, los datos recopilados y presentados en el siguiente cuadro, permiten una aproximación sobre este aspecto.



**Cuadro 3.12. Proporciones de personas de 12 a 49 que tuvieron su primera relación sexual como consecuencia de una violación.**

Víctimas de violación en la primera experiencia sexual	Población General			HSH	PPST
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres		
Víctimas de violación por parte de su pareja.	0.1	0.0	0.2	0.1	0.2
Víctimas de violación por parte de otra persona.	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
No fueron víctimas de violación en su primera experiencia sexual	99.8	99.9	99.7	99.7	99.7
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Analizando la información, se puede concluir, sin intención de minimizar su impacto, que la frecuencia de este fenómeno es relativamente pequeña en el entorno nacional<sup>23</sup>. Casi la totalidad de la población 99.8% tuvo su primera relación sexual sin el ejercicio de la fuerza. Pese a ello, se distinguen diferenciales entre sexos y entre los grupos en estudio en las proporciones de personas que fueron víctimas de una violación. Tales diferencias corroboran que también en el contexto nacional las mujeres se encuentran más expuestas que los hombres a actos violentos, donde por demás el autor, en la mayoría de los casos, e igual que ocurre entre las PPST, es la propia pareja. Y por el contrario, en el caso de los hombres e independientemente de su orientación sexual quienes fueron víctimas de violación tuvieron en la mayoría de los casos como agresor a otra persona que no era propiamente su pareja.

Si bien la violación prácticamente invalida la capacidad de negociación sexual, también existen otras manifestaciones de violencia que se dan en las relaciones de pareja que, relacionadas con la falta de habilidades comunicativas, pueden entorpecerla. Estas manifestaciones serán presentadas en el siguiente acápite.

### II.3.2.7 Violencia en las relaciones de parejas.

La violencia es un comportamiento que, aunque tiene sus orígenes en los principios de la historia de la humanidad, ha continuado difundiéndose en las sociedades hasta nuestros días. Su impacto se observa no sólo en situaciones de conflicto, sino en la resolución de problemas, en ocasiones muy simples, de la vida cotidiana.

<sup>23</sup> Datos del estudio nacional de comportamiento sexual de Chile (2000) revelan que el 2.1% de la población fue víctima de violación en la primera relación sexual y un 2.5% en otros momentos de su vida.

Las manifestaciones de violencia pueden ser disímiles, siendo a veces tan sutiles que no se perciben como tal y generalmente se toma conciencia de ello cuando han dejado secuelas significativas. El tema de la violencia ha sido poco explorado en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe<sup>24</sup> y al menos en lo que se refiere a la violencia de género y la violencia en las relaciones de pareja, el caso de Cuba, no es una excepción<sup>25</sup>.

Con el propósito de contribuir a minimizar las lagunas informativas existentes sobre el tema de la violencia en las relaciones de pareja y conscientes de que este tipo de manifestaciones constituye un obstáculo para la prevención del VIH, aprovechando que los resultados de este estudio son representativos de toda la población de 12 a 49 años residente en el país, se diseñó un módulo de preguntas para estudiar la violencia en las relaciones de pareja que se incluyó por primera vez en el cuestionario de la encuesta aplicada en el año 2013 para su validación, y ya validado el instrumento<sup>26</sup>, en esta ocasión se volvió a aplicar, sólo que adicionándole tres nuevos ítems representativos de la violencia económica (preguntas P321 incisos A al P y P322 incisos A al F, del cuestionario).

El módulo de preguntas fue diseñado de conjunto por especialistas del CEPDE-ONEI, del Programa Nacional de ITS/VIH/sida perteneciente al MINSAP, del Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/sida, del Centro Nacional de Educación Sexual y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Participaron además en la construcción del instrumento representantes del Proyecto cubano de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, de la Línea de Apoyo a personas con VIH y de la Red-Trans de Cuba.

La batería de preguntas inicialmente propuesta pasó por un dictamen técnico de calidad. Primeramente, las preguntas fueron revisadas por expertos y como resultado de este proceso de validación algunas fueron eliminadas y otras reelaboradas. Luego de las correcciones iniciales, aquellas interrogantes resultantes fueron incluidas en un cuestionario que se aplicó sobre una muestra piloto de personas de 12 a 49 años y que derivó en un nuevo proceso de correcciones.

<sup>24</sup> Como señala el Informe Anual de CEPAL 2013-2014 El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe "El déficit de información identificado en la región se evidencia en cada oportunidad en que los países producen informes de seguimiento a tratados o convenciones internacionales, como es el caso de los informes al Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer".

<sup>25</sup> Como señala la Dra. Ada Alfonso, investigadora del Centro Nacional de Educación Sexual y colaboradora de los Servicios para la Mujer de América Latina y el Caribe, (SEMLac) "la información disponible sobre el tema de la violencia de género es fragmentada e incompleta, estando entre las brechas más significativas el "predominio de estudios descriptivos, con muestras pequeñas, que no permiten identificar la real magnitud de la violencia en el país", aunque en su opinión, también suelen ser más frecuentes los estudios realizados con metodologías cualitativas, "que si bien profundizan en el objeto de estudio, no permiten su generalización". (SEMLAC [www.redsemlac-cuba.net](http://www.redsemlac-cuba.net). Reportajes Especiales de nov 2014. Artículo Cuba: Brechas de la investigación complican enfrentamiento a la violencia de género)

<sup>26</sup> CEPDE-ONEI 2015. Publicación de Resultados de la Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH-2013

Vale señalar que en este proceso fueron consultados diferentes materiales y entre ellos la “Guía ética y segura para coleccionar datos de violencia contra la mujer” propuesta por la OMS en el año 2003, la Guía para el Reporte Mundial de Progresos en la Respuesta al VIH-2013 y la Guía para el Monitoreo Global del Sida-2017 (GARPR-2013 y GAM-2017 por sus siglas en inglés). La revisión bibliográfica realizada conllevó a que se trabajara con la premisa de mantener dentro del módulo las preguntas recomendadas por GARPR-2013 y GAM-2017 para construir el indicador de violencia de género propuesto en dicha guía (indicador 7.1). De esta manera se garantiza que no haya vacíos de información en el reporte nacional y sea posible la comparabilidad entre los países.

Una vez diseñado y depurado el módulo de preguntas, el mismo fue aplicado por primera vez en la Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH/sida-2013, y con los resultados obtenidos, fue validado el instrumento por especialistas del CEPDE-ONEI. De esta manera, hoy día el país dispone de un instrumento o constructo social capaz de identificar expresiones de violencia física, psicológica y sexual en las relaciones de pareja, cuantificar su alcance, estudiar las manifestaciones más frecuentes y poder dar seguimiento a las tendencias del comportamiento de este fenómeno.

A continuación, se presentan los resultados del Indicador 7.1 del Informe GAM-2017 y posteriormente los principales hallazgos de la aplicación del instrumento diseñado y validado, con el propósito de que sirvan de insumo a quienes tienen ante sí el reto de diseñar acciones y políticas tendientes a generar “una cultura de la no violencia”.

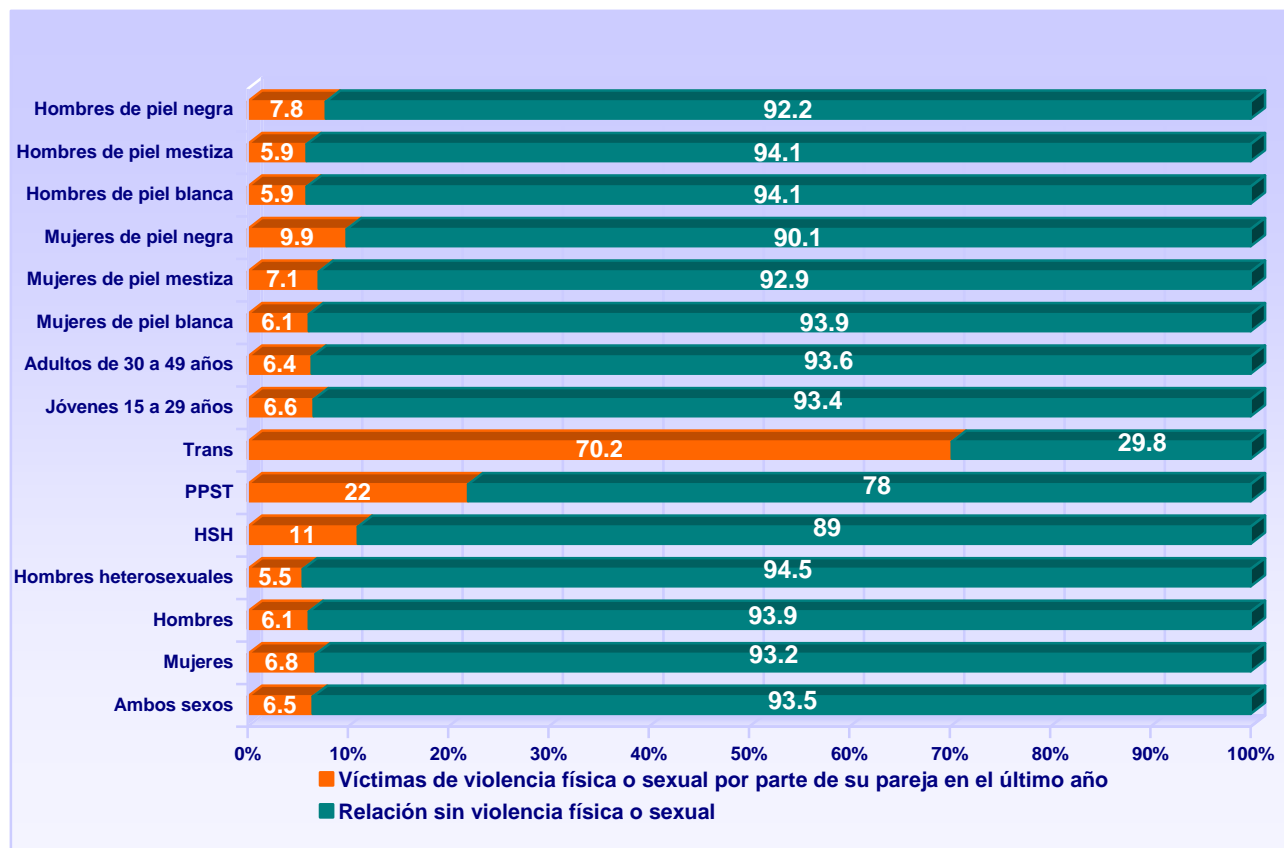
El indicador 7.1 del Monitoreo Global del Sida-2017 “Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que experimentaron violencia física o sexual de parte de su pareja masculina en los últimos 12 meses”, mide, como su nombre lo indica, la violencia contra la mujer en el marco de las relaciones de pareja estable.

Dicho indicador permite dar seguimiento a la meta de los países de ir eliminando las inequidades de género, y en este sentido lleva implícito la visión de que el hombre es el hacedor de violencia en las relaciones de pareja y la mujer la víctima. Sin embargo, aunque este parece ser el escenario más frecuente, las preguntas que lo soportan<sup>27</sup> pueden ser aplicadas también para conocer la violencia contra los hombres en el marco de este tipo de relaciones, y en general, la existencia de violencia en las relaciones de pareja estable en diferentes grupos poblacionales, lo que permite una visión más integradora sobre la manera en que se manifiesta la violencia en la pareja.

<sup>27</sup> Las preguntas que se emplean para construir el indicador 7.1 del informe GAM-2017 aparecen señaladas con asterisco en el gráfico 3.22 de esta publicación

Al revisar los resultados del indicador se verifica que en el entorno nacional la mayoría de las relaciones de pareja estable (93.5%) tienen lugar en un ambiente libre de violencia física o sexual, y a lo sumo en una de cada diez (6.5%) existen manifestaciones de estas formas de violencia por parte de alguno de sus miembros o ambos (gráfico 3.21).

**Gráfico 3.21. Proporción de personas de 15 a 49 años con pareja estable que fueron víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja en los últimos 12 meses (Indicador 7.1, GAM-2017)**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Al analizar de acuerdo al indicador 7.1 del informe GAM-2017 las proporciones de personas de cada grupo en estudio que fueron víctimas de violencia, se ratifica que en cuanto a sexo las mujeres son víctimas de violencia con mayor frecuencia que los hombres aun cuando no siempre ellos ejerzan el papel de victimarios; mientras el 6.8% de las ellas fueron víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja durante el último año, en el caso de los hombres la proporción fue del 6.1%, es decir 0.7 puntos porcentuales inferior lo que permite inferir que existe un diferencial en cuanto a sexo que certifica la prevalencia de inequidades de género al menos en lo que a este aspecto se refiere.

Los HSH experimentan violencia física o sexual por parte de su pareja estable con más frecuencia que los hombres heterosexuales de la población. El 11% de los HSH y el 5.5% de heterosexuales que tenían pareja estable durante el pasado año, fueron víctimas de violencia por parte de su pareja en algún momento de ese período, reforzando así la condición de vulnerabilidad de los gays.

Por edades, pudo verificarse que aun cuando las diferencias son de apenas 0.2 puntos porcentuales, estos episodios ocurren con mayor frecuencia entre los jóvenes que entre los adultos (6.4% versus 6.2% respectivamente).

De acuerdo al color de la piel también se aprecian diferencias significativas que muestran que la población con color de la piel negra es más propensa a situaciones de violencia en la relación de pareja estable que la de color de piel mestiza o blanca. Si bien dentro de las personas víctimas de violencia, las de piel blanca resultan mayoritarias (de las 6.5% que fueron víctimas de violencia el 57% es de piel blanca, el 13.8% de piel negra y el 29.2% de piel mestiza), ello responde a la estructura por color de la piel de la población casada o unida comprendida entre los 15 y los 49 años (61% de piel blanca, 10.1% de piel negra y 28.9% de piel mestiza) y no a que sea dentro de las personas de piel blanca donde más se verifique este fenómeno. De hecho, fueron víctimas de violencia por parte de su pareja estable en el último año el 8.8% de las personas de piel negra, el 6.5% de piel las mestizas y el 6.0% de las personas de piel blanca, con la peculiaridad de que este patrón de comportamiento se reproduce entre las mujeres y en menor medida entre los hombres.

Las mujeres con color de la piel negra fueron víctimas de violencia por parte de sus parejas durante el último año con mayor frecuencia que las de piel mestiza y las de piel blanca (9.9%, 7.1% y 6.1% respectivamente) en tanto entre los hombres fueron víctimas de violencia el 7.8% de los de piel negra y el 5.9% de los de piel mestiza o blanca, siendo particularmente distintivo de este análisis que las mayores brechas entre sexos se registran entre la población no blanca (2.1 puntos porcentuales de diferencia entre los hombres y mujeres de piel negra, 1.2 entre hombres y mujeres de piel mestiza y 0.2 entre hombres y mujeres de piel blanca).

Del análisis del indicador 7.1 del Informe GAM-2017 puede concluirse que, si bien las mujeres son en general víctimas de violencia física o sexual con mayor frecuencia que los hombres, la situación más desventajosa se registra entre las no blancas y especialmente entre las mujeres de piel negra. Ellas, junto con los HSH, las PPST y las personas Trans, constituyen los grupos mayormente afectados por este fenómeno.

En paralelo con analizar el compromiso del país de obtener y dar seguimiento al indicador 7.1 del Informe GAM-2017, se procedió a realizar el análisis de la violencia en las relaciones de pareja a través del instrumento validado en la Encuesta aplicada en el 2013.

Como resultado del estudio pudo conocerse que la violencia afecta a casi la mitad (48.4%) de las personas casadas, unidas o con pareja estable en Cuba, independientemente de que la reciba el hombre o la mujer, con la peculiaridad de que si bien en la mayoría de las parejas (95.8%) no ocurrieron manifestaciones de violencia física o sexual durante el año previo al levantamiento de la encuesta y en términos generales son similares las proporciones en que alguno de sus integrantes estuvo afectado por uno u otro tipo de agresiones (4.2%), cerca de una de cada diez personas con pareja estable (12.3%) fueron víctimas de manifestaciones de violencia económica y en casi la mitad de las parejas (47%), alguno de sus miembros recibió el impacto de la violencia psicológica (gráfico 3.22).

**Gráfico 3.22. Proporción de personas de 15 a 49 años con pareja estable que fueron víctimas de violencia física, sexual, económica o psicológica por parte de su pareja en el último año.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Si bien esta forma de violencia no deja por lo general secuelas físicas visibles, el empleo de recursos emocionales para llevar a la pareja a una situación de subordinación respecto a las intenciones de quien la ejerce, constituye una forma de maltrato, que, aunque en ocasiones puede pasar inadvertida, en otras, especialmente cuando es frecuente, resulta más dañina que las agresiones físicas, ya que quebranta eficazmente la seguridad y la confianza de la víctima en sí misma.

En cuanto a violencia física o sexual, existe la percepción social casi generalizada de que las víctimas son las mujeres, otorgándole al hombre invariablemente el papel de verdugo. Sin

embargo, aunque parece ser el escenario más frecuente, en el caso de la violencia física no se encontraron diferencias significativas en las proporciones de hombres o mujeres víctimas de este tipo de agresión ( $p=0.055$ ) y respecto a la violencia sexual el diferencial por sexo aunque pequeño (0.9 puntos porcentuales) es significativo ( $\chi^2=1662,867$ ,  $p=0.000$ ), lo que si bien corrobora que ellas son víctimas de este tipo de agresiones con mayor frecuencia que los hombres y ratifica la prevalencia de inequidades de género al menos en lo que a este aspecto se refiere, también reafirma que no siempre ellos ejercen el rol de victimarios.

Respecto a la violencia económica y psicológica, se verificó que este tipo de recurso fue empleado tanto por los hombres como por las mujeres en las relaciones de pareja, de ahí que las víctimas no sean exclusivamente del sexo femenino. El 12% de los hombres y las mujeres con pareja estable fueron víctimas de alguna manifestación de violencia económica en los últimos 12 meses y el 47.3% de los hombres y 46.8% de las mujeres con pareja estable ( $\chi^2=89,090$ ,  $p=0.000$ ) recibieron en el transcurso del año previo al levantamiento de la encuesta, el impacto de algún tipo de manifestación de violencia psicológica por parte de su pareja, aun cuando, en ocasiones, es posible que no se percataran de ello.

Vale señalar que este hallazgo, desde el año 2013 no fue muy bien acogido por una buena parte de la población cubana, pero no es exclusivo del contexto nacional, y es que, como señala la psicóloga social Silvia Fairman “todavía la sociedad tiende automáticamente a culpar al varón de la violencia en pareja” y agrega “se han realizado trabajos de investigación que demuestran que la mujer puede llegar a ser tan violenta como el hombre pero, cuando se da esta situación, se supone que no está atacando sino defendiéndose de él y a nadie en la misma situación se le ocurre que puede ser el hombre quién esté defendiéndose de los ataques de su mujer” (Fairman, 2005, p. 37). Sin embargo, otros autores, incluso desde décadas pasadas, han estado advirtiendo que la violencia puede darse en ambas direcciones (Trujano, Martínez y Camacho, 2010; González y Fernández, 2014).

Al respecto, Fiebert, profesor de Psicología de la Universidad de California, al examinar 244 estudios sobre la violencia conyugal en diferentes regiones del mundo, concluyó que las mujeres son significativamente más propensas que los hombres a expresar violencia, que el 29% de ellas reconocen haber agredido a sus parejas en los últimos cinco años, y que tienen tres veces más probabilidades de usar un arma que un hombre en el curso de un conflicto marital (Fiebert, 2004).

Asimismo, Murray A. Straus, pionero en las investigaciones de violencia doméstica, como resultado de la revisión de 200 estudios sobre el tema, refiere que en 111 se verifica la violencia



bidireccional y cruzada y señala al respecto “durante más de 25 años se han puesto en tela de juicio, a veces con acritud, las investigaciones que demuestran que las mujeres ejercen la violencia contra sus parejas masculinas en una proporción similar a la ejercida por los varones contra sus parejas femeninas. Sin embargo, los datos de casi 200 estudios son concluyentes” (Straus, 2006, p.1).

Pese a estos hallazgos, al parecer deben pasar todavía algunos años para que se desmitifique la creencia popular de que en una relación de pareja en que exista violencia la mujer es siempre la víctima y el hombre el agresor. Este criterio se sustenta en la construcción social de lo femenino y lo masculino y en el arraigo a estereotipos de género que encierran a hombres y mujeres en un marco de creencias rígido que considera que el hombre es siempre fuerte, violento y dominador, y, en contraparte, la mujer es sumisa, débil, sensible y dependiente (Montesinos, 2002), sin considerar que la violencia es un ejercicio de poder y control, más que de fuerza.

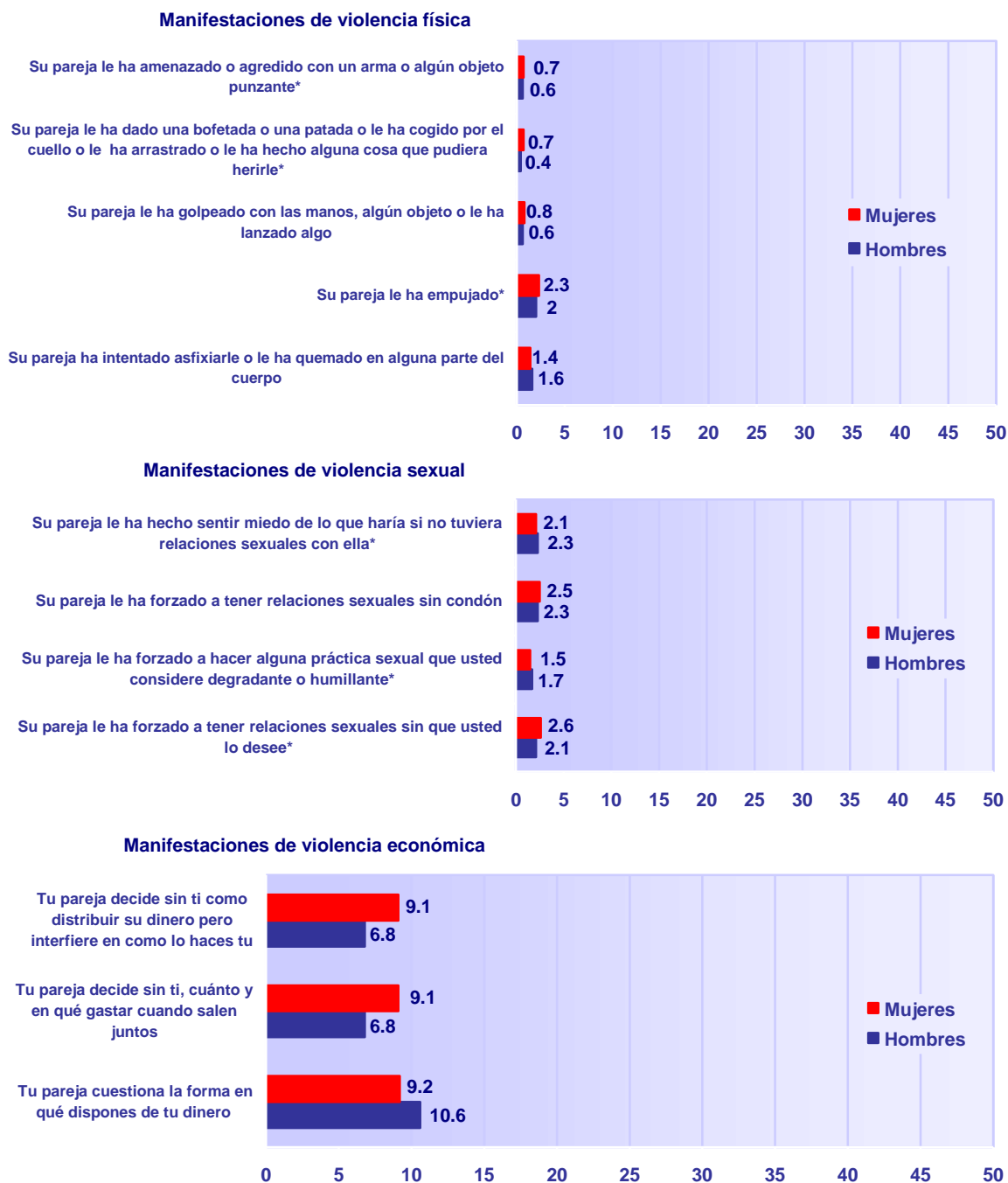
En la actualidad, y particularmente en el contexto cubano, con el empoderamiento de las mujeres y su participación cada día más activa en la construcción de la sociedad se han ido flexibilizando los roles asignados y asumidos por mujeres y hombres desde épocas remotas, modificando las expectativas acerca de los roles de género, destituyendo el modelo de las mujeres en el hogar confinadas a la organización doméstica, crianza de los hijos y cuidado de la familia, y apostando por la equidad e igualdad de género. En este nuevo escenario de distribución de roles, es lógico entender que en el cumplimiento de las obligaciones que conlleva la convivencia diaria de las parejas aumente la probabilidad de afrontar situaciones de conflicto donde, la incapacidad de resolverlos de alguno de sus miembros o de ambos, actúe como un detonante de violencia, que en última instancia pudiera presentarse incluso con mayor frecuencia en las mujeres en un proceso de defensa de sus derechos, por lo que no deben sorprender los resultados de estudios que adviertan sobre ello o sobre la presencia de violencia bidireccional.

Los hallazgos encontrados en el estudio de la violencia en las relaciones de pareja en Cuba, en última instancia, constituyen un llamado a enfocar los esfuerzos hacia evitar la perpetuidad de roles de víctimas y victimarios y eliminar la violencia, provenga de quien provenga, ya que, como dijera la propia autora “ponerle apellido masculino al ejercicio de la violencia y rostro femenino al papel de las víctimas es perpetuar los roles tradicionales, y negar o justificar la violencia femenina equivale a ser su cómplice, a legitimarla”.



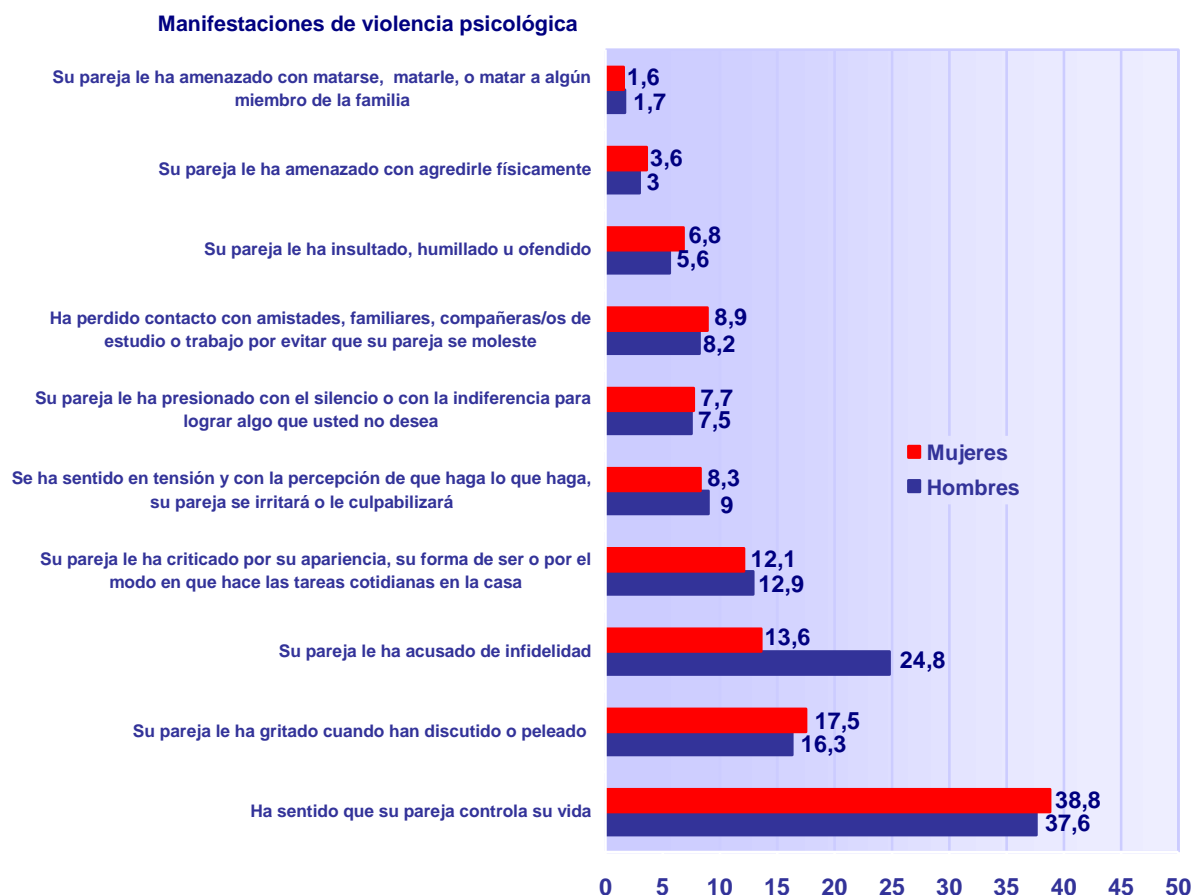
Retomando los hallazgos del estudio, en el gráfico 3.23, se reflejan todas las modalidades de violencia física, sexual, económica y psicológica que fueron incluidas en el instrumento aplicado, señalando con asterisco las que considera el Indicador 7.1 del Reporte Mundial GAM-17.

**Gráfico 3.23 Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable que fueron víctimas de determinadas manifestaciones de violencia física, sexual, económica o psicológica por parte de su pareja en los últimos 12 meses**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

**Gráfico 3.23 (Continuación) Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable que fueron víctimas de determinadas manifestaciones de violencia física, sexual, económica o psicológica por parte de su pareja en los últimos 12 meses**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Un análisis de la proporción de hombres y mujeres que resultaron víctimas de cada una de estas manifestaciones permitió conocer que la expresión más común de violencia física fueron los empujones que afectaron al 2.3% de las mujeres y 2.0% de los hombres, siendo en esta forma de maltrato de conjunto con la agresión recibida por quienes expresaron que su pareja le dio “una bofetada, una patada, le cogió por el cuello, le arrastró por el piso o le hizo alguna otra cosa que pudiera herirle” (0.4% de los hombres versus 0.7% de las mujeres), donde se reportaron los mayores diferenciales en cuanto a sexo (0.3 puntos porcentuales de diferencia en desventaja para las mujeres ( $p < 0.05$ )).

La violencia sexual, que revela la incapacidad de negociación sexual de los afectados, resultó ser en términos generales tan común que la violencia física, con la peculiaridad que en este tipo de agresión los diferenciales entre sexo son ligeramente mayores, aun cuando, en el caso extremo, no sobrepasen los 0.5 puntos porcentuales. Las modalidades más recurrentes de violencia sexual,

fueron forzar a la pareja a tener relaciones sexuales sin que lo desee (2.6% de mujeres versus 2.1% de los hombres) y obligar a la víctima a tener relaciones sexuales sin condón, referida por el 2.5% de las mujeres y el 2.3% de los hombres, en quienes se multiplican las probabilidades de adquirir una infección de transmisión sexual. La expresión menos frecuente fue obligar a la pareja a realizar determinadas prácticas sexuales que consideraba degradante o humillante. Fueron sometidos a ello el 1.5% de las mujeres y el 1.7% de los hombres, lo que lleva a pensar que las transformaciones que se han venido dando en los roles de género han contribuido a que las mujeres dejen de ser un objeto sexual para pasar a ser protagonistas activas de su sexualidad, llegando a asumir conductas antes impensables, incluido el sometimiento y control de la sexualidad en la relación con su pareja.

El recurso de la violencia económica como medio de sometimiento y control muestra por su parte resultados interesantes. La manifestación más frecuente fue el cuestionamiento sobre la forma en que dispone del dinero la pareja y refleja que en este sentido los hombres se sienten más objetados que las mujeres (10.6% versus 9.2%) en tanto ellas perciben que su pareja decide sin previa consulta cuando y en que gastar cuando salen juntos o que distribuye libremente su dinero, pero cuestiona sus gastos (6.8% de los hombres versus 9.1% de las mujeres). Todo lo cual pone en tela de juicio el aporte equitativo de ambos miembros a la economía familiar.

Respecto a la violencia psicológica, las expresiones más recurrentes en el contexto de las relaciones de pareja estable fueron: querer ejercer control sobre la pareja, los gritos, el acuso de infidelidad debido a los celos, la crítica, el culpabilizar, obligar a perder contactos con familiares o amistades y el silencio o la indiferencia. Las menos comunes fueron las amenazas de agresión o de muerte. En este escenario solo se verificaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo en dos de las manifestaciones de violencia psicológica investigadas e indican que los hombres son acusados de infidelidad por sus parejas con mayor frecuencia que las mujeres (24.8% versus 13.6% respectivamente) en tanto ellas perciben ser controladas, ofendidas u recibir gritos de sus parejas con mayor frecuencia que ellos, siendo las diferencias de 1.2 puntos porcentuales en cualquiera de estas manifestaciones con desventaja para las mujeres.

Aun cuando varios autores coinciden en que no existe un perfil típico de las personas víctimas<sup>28</sup>, los datos referidos en el cuadro 3.13 muestran que existen diferencias en las proporciones de personas que fueron víctimas de violencia en sus relaciones de pareja en los diferentes grupos establecidos. En todos se reproduce el patrón caracterizado por predominio de manifestaciones de

<sup>28</sup> Violencia de Género. Herramientas para la acción. Compilación de materiales de la Federación de Mujeres Cubanas-2012

violencia psicológica, seguida en orden por violencia económica y proporciones inferiores al 8%, excepto en las PPST e identidades Trans, de personas afectadas por expresiones de violencia física o sexual, pero al interior de cada grupo, las proporciones de personas afectadas no son las mismas.

**Cuadro 3.13. Proporciones de personas de 15 a 49 años con pareja estable que fueron víctimas de manifestaciones de violencia física, sexual o psicológica por parte de su pareja en los últimos 12 meses, por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Víctimas de violencia física	Víctimas de violencia sexual	Víctimas de violencia Económica	Víctimas de violencia Psicológica	Víctimas de violencia
<b>Grupos</b>	Hombres	4.3	3.7	12.4	47.3	48.7
	Mujeres	4.1	4.6	12.3	46.8	48.2
	HSH	7.2	6.7	12.5	50.1	51.9
	PPST	15.2	12.4	28.7	75.8	77.4
	Trans	70.2	20.5	12.3	23.1	77.4
<b>Grupos de edades</b>	15-19	3.2	2.8	8.1	41.5	42.2
	20-24	3.8	4.9	13.2	49.0	50.1
	25-29	4.6	4.0	12.8	48.1	49.5
	30-34	4.7	4.4	13.1	49.3	51.0
	35-39	4.1	3.9	12.6	48.7	50.0
	40-44	3.9	4.0	12.0	45.6	47.1
	45-49	4.0	4.5	11.9	45.0	46.5
<b>Color de la piel</b>	Blanca	3.9	4.1	11.7	43.9	45.4
	Mulata o mestiza	4.3	3.9	12.9	50.0	51.6
	Negra	5.1	5.7	14.4	52.6	53.7
<b>Nivel de Escolaridad</b>	Enseñanza media a lo sumo	5.7	5.4	13.7	51.5	52.8
	Enseñanza media superior	3.8	3.9	12.6	46.7	48.0
	Enseñanza Superior	3.1	3.6	9.5	41.8	43.6
<b>Zona de Residencia</b>	Cabeceras Provinciales	3.8	4.3	11.5	42.9	44.4
	Resto Urbano	4.7	4.1	13.4	48.0	49.6
	Zona Rural	4.1	4.2	12.3	52.7	53.8
<b>Población de 15 a 49 años con pareja estable</b>		4.2	4.2	12.3	47.0	48.4

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

En cuanto a sexo se verifica que de manera general las mujeres son víctimas de violencia en similares proporciones a los hombres, lo que ratifica la existencia de una violencia bidireccional en las relaciones de pareja estable en el país. Sin embargo, al particularizar el análisis en las diferentes expresiones de violencia se corrobora que, si de violencia sexual se trata, ellas con mayor frecuencia que ellos ejercen el rol de víctimas (4.6% versus 3.7% respectivamente) en tanto en el caso de la violencia psicológica actúan en mayor medida que ellos como victimarias (47.3% de los hombres fueron víctimas de violencia psicológica versus 46.8% de mujeres).

Este hallazgo amerita una pausa en la respuesta nacional e incluso latinoamericana, ya que si bien a partir de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993 y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, la violencia contra las mujeres fue marcando la agenda internacional de los derechos humanos, habrá que asumir nuevos retos, para aceptar, estudiar y atender la violencia contra el varón porque cuando se les niega a las víctimas varones sus derechos se les está discriminando por su género.

Los HSH experimentan violencia física, sexual o psicológica por parte de su pareja estable con más frecuencia que los hombres heterosexuales (7.2% versus 3.9% experimentaron violencia física, 6.7% versus 3.4% fueron víctimas de violencia sexual y 50.1% versus 47% recibieron agresiones psicológicas ( $p<0.05$ )) reforzando así su condición de vulnerabilidad. Sin embargo, son similares las proporciones de los que estuvieron expuestos a la violencia económica (12.5% versus 12.4% ( $p=0.400$ )).

Las PPST y personas Trans constituyen por su parte, dentro de las poblaciones claves, los grupos donde con mayor frecuencia se reportan episodios violentos en las relaciones de pareja estables, y como consecuencia de ello al menos tres de cada cuatro (77.4%) sufrieron durante el pasado año de algún tipo de agresión.

De acuerdo a la edad, en la población de 20 a 39 años los comportamientos violentos en las relaciones de pareja fueron durante el pasado año más frecuentes que entre los adultos. Luego de esa edad, se aprecia una tendencia a la disminución.

Un análisis por color de la piel revela que las expresiones de violencia psicológica fueron más frecuentes entre la población con color de piel negra o mestiza que entre población con color de piel blanca (52.6%, 50.0% y 43.9% respectivamente) y un comportamiento similar se reproduce al analizar la exposición a la violencia económica, física y, en menor medida en la sexual. Ello permite concluir que, en general, la población con color de piel no blanca está más propensa a

situaciones de violencia en las relaciones de pareja estable que la de color de piel blanca (53.7% de la población con color de piel negra, 51.6% de la de color de piel mestiza y 45.4% de la de color de piel blanca, con pareja estable, fueron víctimas de al menos una manifestación de violencia por parte de su pareja durante el año anterior al levantamiento de la encuesta). Sin embargo, dado que este diferencial por color de la piel no encuentra justificación en el marco de este estudio, deja abierto el desafío de realizar otro tipo de investigaciones, quizás cualitativas o antropológicas, que permitan encontrar las bases que lo sustentan.

Atendiendo al nivel educacional los datos corroboran que entre los profesionales también ocurren actos violentos de todo tipo, sin embargo, entre quienes tienen enseñanza superior vencida, son menores las proporciones de afectados por manifestaciones de violencia en general (43.6% versus 48% de quienes tienen enseñanza media superior y 52.8% de quienes a lo sumo han alcanzado la enseñanza media) lo que puede responder a las mayores habilidades para la comunicación que potencialmente se establecen con la educación.

De acuerdo a la zona de residencia se observan que en general, y contrario a lo verificado en el año 2013, las manifestaciones de violencia física, sexual, económica y fundamentalmente psicológicas fueron más comunes entre las parejas residentes en las zonas rurales que entre las que viven en el resto del país.

Otro tema relacionado también con la violencia y que, aunque traspasa el ámbito de las relaciones de pareja impacta negativamente en la movilización de las personas hacia la prevención, son las actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH (PVV), los HSH y las personas Trans. Los resultados de su estudio a través de la encuesta se presentan a continuación.

#### **II.3.2.8 Actitudes discriminatorias hacia las PVV y los HSH**

Desde que comenzaron a aparecer los primeros casos de personas con VIH en el mundo han aflorado diferentes formas de discriminación hacia las ellas, tal es el caso que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) definió a la discriminación en torno a este mal como una epidemia que se ha desarrollado en paralelo, multiplicando su efecto negativo y provocando que disminuya la capacidad de respuesta ante el reto que representa frenar, en mayor medida, la propagación del VIH.

Cualesquiera sean los orígenes de la discriminación, el temor a ser relegado socialmente propicia que quienes se perciben en riesgo de estar infectados no acudan a realizarse la prueba de detección y, por lo tanto, no cuenten con un diagnóstico oportuno que les permita atenderse antes

de desarrollar la sintomatología propia de la enfermedad e inmoviliza hacia la prevención por cuanto no se aceptará la posibilidad de infección con alguien que no se conozca que es seropositivo y no tenga el estereotipo que se le atribuye a quienes sí lo son. Además, en el caso de las personas ya diagnosticadas, conlleva a que por temor a que se descubra socialmente su estado serológico, aumente en ellas la ansiedad y el estrés, el aislamiento y el sufrimiento, evadan la atención médica e incluso el tratamiento, contribuyendo a un empeoramiento de su estado de salud.

Con los HSH ocurre algo similar, ya que la educación heterosexista en el país, al igual que en la mayoría de las sociedades, propició que durante muchos años solo se admitieran socialmente y se identificaran como normales las relaciones heterosexuales. Por tanto, la diversidad sexual y en particular el sexo entre hombres fue negado y estigmatizado en la mayoría de los casos, e incluso existía una tendencia a ridiculizar y agredir a quienes “incurrieran” en este tipo de prácticas. Situación que se agudizó en los primeros años de aparición del sida motivado por la falsa creencia de que era un virus que solo afectaba y se propagaba entre las sub-poblaciones “gays”<sup>29</sup>.

El tema de la discriminación hacia las PVV y hacia los HSH fue estudiado y aparece incluido en los informes de resultados de las Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH-sida aplicadas en los años 2005, 2006, 2009 y 2013. En este estudio se incorporaron nuevamente las preguntas que permiten abordar esta temática con el propósito de poder evaluar tendencias y continuar profundizando sobre los factores que mantienen latente la presencia de actitudes discriminatorias hacia estas sub-poblaciones en el país<sup>30</sup>.

Al igual que en los estudios anteriores, para evaluar la discriminación a los HSH se creó un constructo social<sup>31</sup> que permite resumir las respuestas que dieron las personas a las preguntas de la P818 a la P831 incluidas en el cuestionarios (excluyendo la P830), que indagaban si existía algún tipo de discriminación hacia ellos (cuestionario en Anexo 1).

Para los fines del constructo se determinaron a juicio de experto las alternativas de respuesta que indicaban que la persona tenía algún tipo de actitud discriminatoria hacia los HSH, como por ejemplo que no permitiera que un HSH visitara su casa, que no tuviera disposición para establecer amistad con los HSH, que no estuviera dispuesto a permitir que un hijo suyo compartiera o jugara

<sup>29</sup> Cáceres C., Pecheny M., Terto Junior V. UPCH/ONUSIDA, (2002). “SIDA y Sexo entre Hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción”.

<sup>30</sup> En lo adelante cuando se hable de discriminación se estará haciendo alusión a actitudes discriminatorias que fue lo que se indagó en el cuestionario.

<sup>31</sup> Los especialistas del Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/sida y los representantes del Proyecto cubano de HSH ayudaron a definir las preguntas que se incluirían en el cuestionario para formar el constructo y aportaron los elementos técnicos para validar las respuestas a cada pregunta incluida.

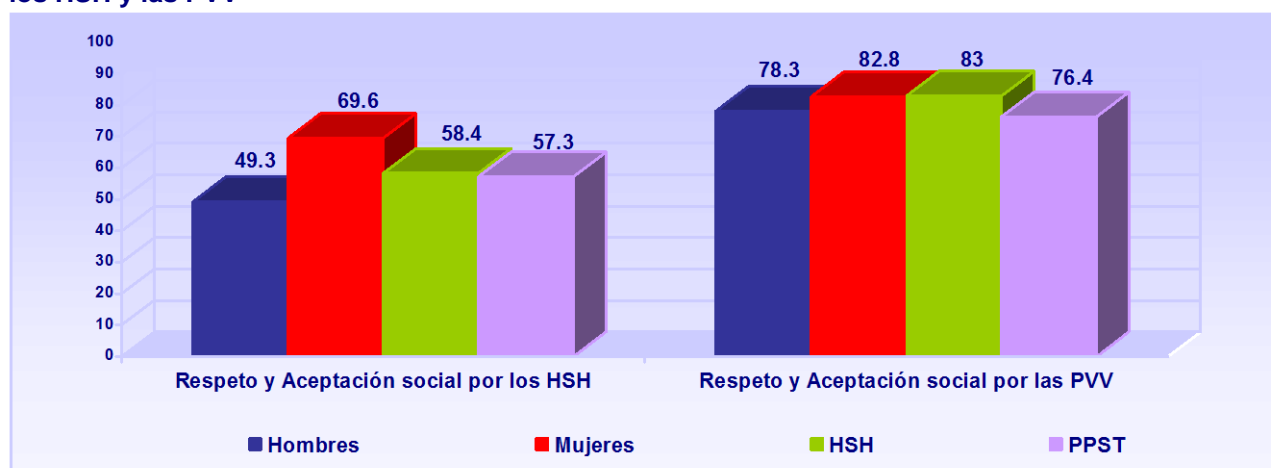
con otro niño u hombre que aparentemente tuviera inclinación por su mismo sexo, que creyera que los HSH tienden a abusar con los niños, etc. Las respuestas que no indicaban discriminación se recodificaron como 1 en la base de datos y las que indicaban discriminación, incluyendo los No sabe/No Responde, se codificaron con un cero.

Luego de recodificadas las variables originales, para crear el constructo o índice de discriminación hacia los HSH, se emplearon técnicas de análisis multivariado, en específico el análisis factorial. Una vez formado los factores y validado el constructo, se aplicó la técnica de las K-medias para clasificar a las personas con alta, media o baja discriminación hacia los HSH.

De manera similar se creó el índice de discriminación hacia las PVV a partir de las preguntas del cuestionario (P801- P816) que indagaban sobre la presencia en la población de actitudes discriminatorias hacia estas personas (cuestionario en Anexo 1).

Una vez disponibles ambos constructos, fue posible investigar sobre la existencia en la población de actitudes discriminatorias hacia las PVV y los HSH, los ámbitos en que se manifestaban y su magnitud. Pudo conocerse así que alrededor de cuatro de cada cinco personas de 12 a 49 años (80.5%) exhibe actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV en tanto dos de cada cuatro (40.7%), tiene actitudes discriminatorias hacia los HSH (gráfico 3.24).

**Gráfico 3.24. Proporciones de personas de 12 a 49 años según niveles de respeto y aceptación por los HSH y las PVV**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

### **Actitudes discriminatorias hacia los HSH y las PVV por sexo y orientación sexual.**

Al explorar sobre la presencia en la actualidad de actitudes discriminatorias hacia los HSH, los resultados, reflejados en el siguiente cuadro, denotan que aproximadamente tres de cada cinco



personas de 12 a 49 años (59.3%) acepta la diversidad sexual o al menos a los HSH, una de cada cinco (19.7%) conserva cierta reticencia al respecto y el 21% manifiesta disímiles actitudes de rechazo.

**Cuadro 3.14. Proporciones de personas de 12 a 49 años según niveles de discriminación hacia los HSH por sexo.**

Discriminación hacia los HSH	Población General			HSH	PPST		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Alta Discriminación	21.0	26.5	15.3	21.4	22.3	30.2	12.2
Discriminación Media	19.7	24.2	15.1	20.2	20.4	22.4	17.9
Poca o Ninguna Discriminación	59.3	49.3	69.6	58.4	57.3	47.4	69.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

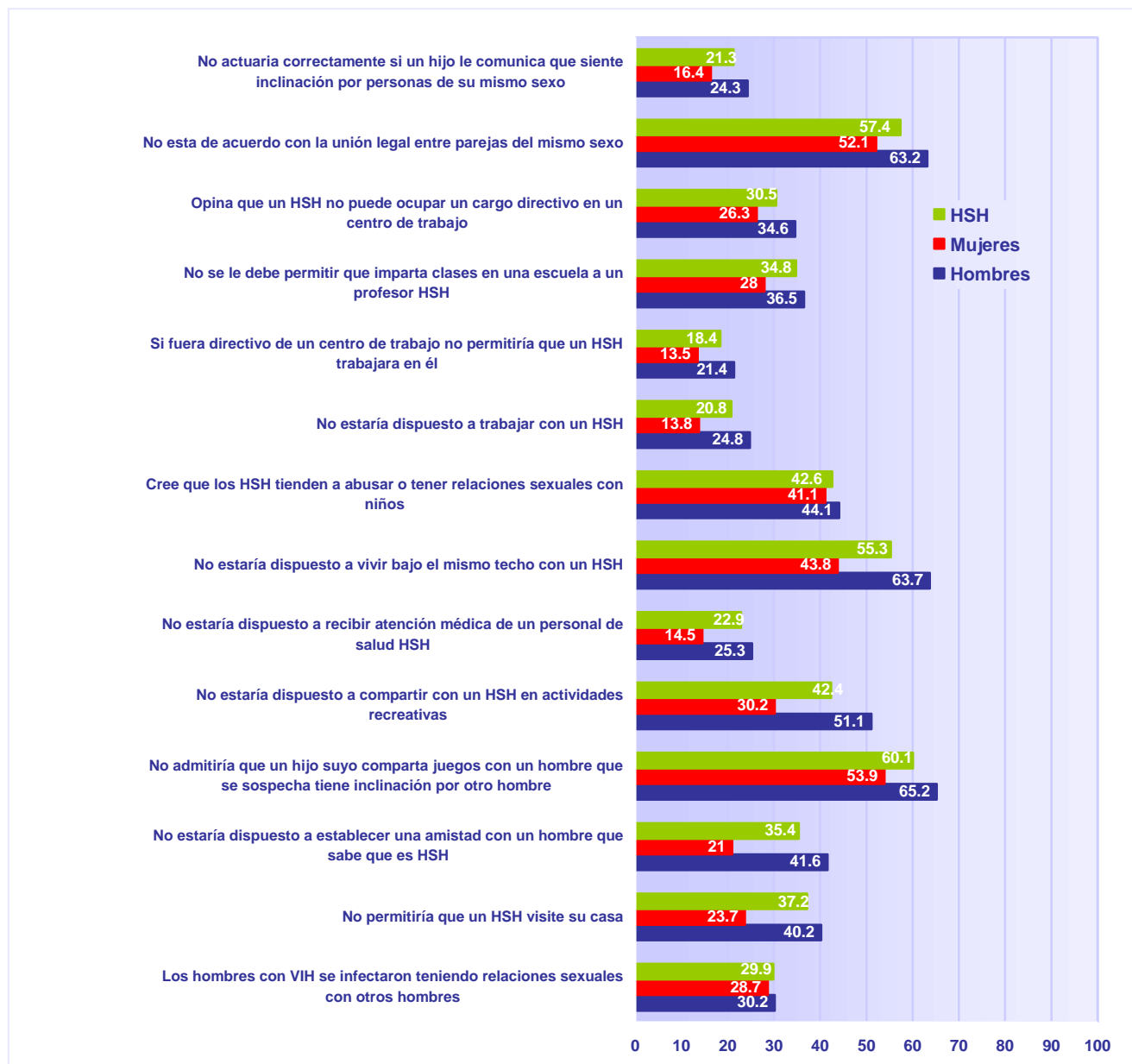
Por sexo las mujeres muestran una posición más favorable al respecto. Mientras el 69.6% de ellas mostraron tener poca o ninguna actitud discriminatoria hacia los HSH, en el caso de los hombres la proporción fue del 49.3%, es decir 20.3 puntos porcentuales inferior. Entre ellos con mayor frecuencia, y en un nivel más acentuado, persisten las actitudes de rechazo.

Entre las poblaciones en estudio se destacan las mujeres PPST por ser quienes más aceptan a los HSH y los hombres por ser quienes más los rechazan, con la peculiaridad de que incluso los propios HSH manifiestan actitudes de rechazo hacia sus pares. Algo más de la mitad (58.4%) exhibe actitudes de rechazo e incluso en el 21.4% de ellos conviven diversas actitudes discriminatorias, lo que refuerza la necesidad de continuar desarrollando acciones educativas y de sensibilización tanto hacia fuera, como hacia adentro de este grupo poblacional, en busca de elevar no solo la aceptación social y el respeto por estas personas, sino además la propia aceptación individual de algunos de ellos.

Las principales dimensiones en que se manifiesta la discriminación hacia los HSH están asociadas con la posibilidad de compartir con un HSH ciertas situaciones de la vida cotidiana relacionadas con la convivencia y la cercanía a la familia, especialmente a los hijos (gráfico 3.25). En ambos aspectos coincidieron en no estar de acuerdo más de tres de cada cinco hombres (63.7% y 65.2% respectivamente), con la peculiaridad de que aunque la posición más radical se registró entre ellos, más de la mitad de las mujeres (53.9%) e incluso el 60.1% de los HSH mostraron abiertamente su oposición a admitir que un hijo suyo compartiera juegos con un hombre que se sospecha tiene inclinación por otro hombre, en tanto dos de cada cinco mujeres (43.8%) y el 55.3% de los HSH

declararon abiertamente, que de poder decidir, no estarían dispuestos a convivir bajo un mismo techo con un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre.

**Gráfico 3.25. Principales situaciones u opiniones en que se manifiestan actitudes discriminatorias hacia los HSH**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Vale señalar que, aunque no se consideró para clasificar a la población según niveles de actitudes discriminatorias hacia los HSH, la mayoría de la población (63.8%) se mostró en contra de permitir la unión legal entre personas del mismo sexo. Incluso, aunque también en este caso los hombres mostraron una mayor reticencia (63.2% se declaró en desacuerdo), el 52.1% de las mujeres y el 57.4% de los propios HSH manifestaron su oposición al respecto.

Otras situaciones en que se verifica la discriminación hacia los HSH están vinculadas al estigma, al desconocimiento de las reales formas de transmisión del VIH o al ámbito laboral. Al respecto llama la atención por la connotación que pudiera tener en la prevención, que alrededor de un tercio de las personas (28.7% de las mujeres, 30.2% de los hombres y 29.9% de los HSH) sean capaces de asegurar que “los hombres con VIH se infectaron teniendo relaciones sexuales con otros hombres”.

Con relación a las personas con VIH, las cifras muestran resultados más favorables (cuadro 3.15). Alrededor de cuatro de cada cinco personas (80.5%) manifiestan poca o ninguna discriminación hacia las personas con VIH, aunque por sexo existan diferencias que indiquen que entre los hombres se encuentran más enraizadas que entre las mujeres las actitudes de rechazo. Mientras el 82.8% de ellas mostraron aceptación y respeto hacia las PVV y apenas en el 5.8% frecuentaban manifestaciones de rechazo, en el caso de los hombres las proporciones fueron del 78.3% y 7.1% respectivamente.

**Cuadro 3.15. Proporciones de personas de 12 a 49 años según niveles de discriminación hacia las PVV por sexo.**

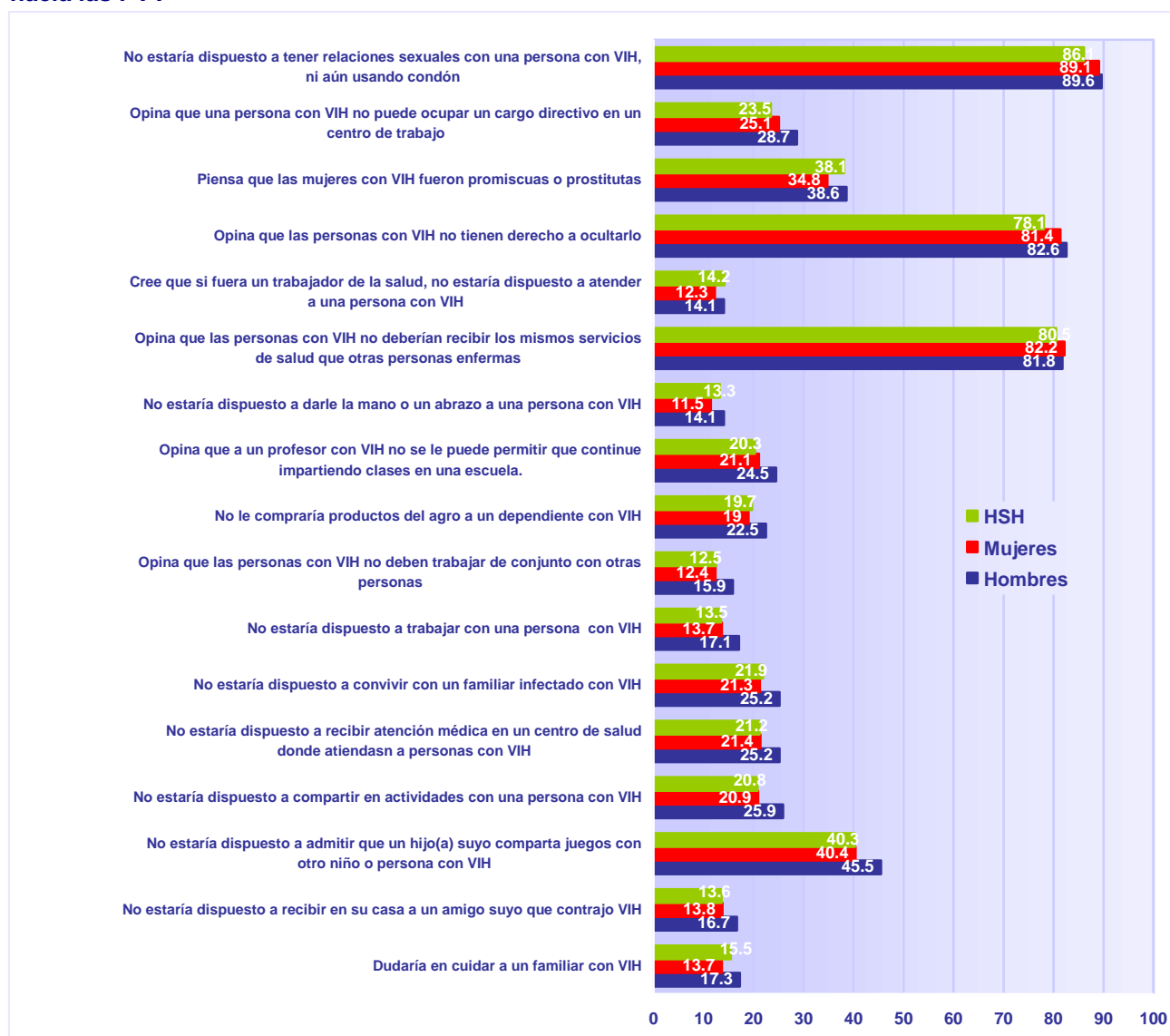
Discriminación hacia las PVV	Población General			HSH	PPST		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Alta Discriminación	6.5	7.1	5.8	5.5	7.5	6.7	8.5
Discriminación Media	13.0	14.5	11.4	11.5	16.1	16.4	15.6
Poca o Ninguna Discriminación	80.5	78.3	82.8	83.0	76.4	76.8	76.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Entre las poblaciones en estudio se destacan las mujeres y los HSH por ser quienes más manifiestan actitudes de respeto hacia las PVV y aunque las diferencias no son grandes son quienes practican sexo transaccional en quienes se registraron con mayor frecuencia actitudes de rechazo.

Un análisis independiente de las respuestas a las preguntas incluidas en el constructo permitió identificar que las actitudes discriminatorias más frecuentes están relacionadas con la confidencialidad del diagnóstico y la atención en salud que debían recibir estas personas (gráfico 3.26). Otras manifestaciones de rechazo relativamente frecuentes, aunque en menor cuantía, se vinculan con la estigmatización sobre el origen y propagación de la epidemia, así como con el temor de adquirir la infección o que la puedan adquirir los hijos, siendo en todo caso menos común aquellas posturas que expresan una estrategia irracional de prevención a través de la exclusión.

**Gráfico 3.26. Principales situaciones u opiniones en que se manifiestan actitudes discriminatorias hacia las PVV**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Estos resultados muestran que el rechazo hacia las personas con VIH que se encuentra vigente en una pequeña parte de la población, se sustenta fundamentalmente en el desconocimiento sobre las formas científicamente probadas de transmisión del virus, aunque en algunos casos esta realidad pase enmascarada detrás de falsos pretextos. Solo así se justifica que una de cada cinco personas (82%) opine que las personas con VIH no tienen derecho a ocultar su diagnóstico, o que similares proporciones de personas consideren que no deberían recibir los servicios de salud de igual modo que otros enfermos, y son justamente en estos aspectos donde mayormente se manifiestan las actitudes discriminatorias hacia estas personas en la actualidad.

En cuanto al criterio de que “Las personas con VIH no tienen derecho a ocultarlo”, vale señalar que se trata de un juicio valorativo no exclusivo de los cubanos. En resultados de estudios realizados en otros países también se aprecia que esta idea es común tanto en la población general como en el personal de salud. Por ejemplo en un estudio realizado en Valencia-España<sup>32</sup>, más del 70% de los encuestados refirieron que las PVV deben dar a conocer su estado serológico, siendo las justificaciones más habituales “para evitar Infectar a otros”, “por respeto” o “por obligación moral”; mientras que en una investigación conducida en México<sup>33</sup>, el 38.7% de los encuestados opinaron que los jefes o administradores de una empresa tenían derecho a conocer la condición serológica de sus empleados. Sin embargo aunque el tema de la confidencialidad del diagnóstico pueda resultar controversial, en Cuba las autoridades sanitarias establecen que las personas con VIH tienen el deber de evitar la propagación del VIH a otras personas, pero no está normado jurídicamente que tengan que revelar su diagnóstico<sup>34</sup>.

Respecto a la opinión de que no deben recibir los servicios de salud de igual modo que el resto de la población, la mayoría de las personas (71.8%) opinan que las PVV deben recibir más atención que otras personas, lo cual refleja una actitud sobre protectora que refuerza el estigma de que las personas con VIH son diferentes y por tanto encubre en realidad una postura de rechazo.

Un hallazgo adicional de este estudio está referido con el tema de la serodiscordancia entre parejas. Al respecto, aun cuando no se incluyó dentro del constructo y por tanto no se empleó para estratificar a la población según niveles de aceptación a las PVV, pudo verificarse que cuatro de cada cinco personas (79.4%), sin distinción entre sexos y tres de cada cuatro HSH (74.9%), sienten temor de infectarse con el VIH, lo que se refleja en el desacuerdo en tener relaciones sexuales, incluso protegidas, con una persona que conocen que tiene el VIH.

### **Actitudes discriminatorias hacia los HSH y las PVV por provincias**

El nivel relativamente alto de rechazo hacia los HSH observado en la población, es común en la mayoría de las provincias del país, solo que, contrario a lo esperado estos comportamientos son más comunes en el occidente que en el centro y el oriente del país. Mientras en esos territorios, con excepción de Cienfuegos, Sancti Spíritus y Santiago de Cuba, las proporciones de personas con actitudes de respeto hacia los HSH superan la media nacional (59.3%), en las provincias

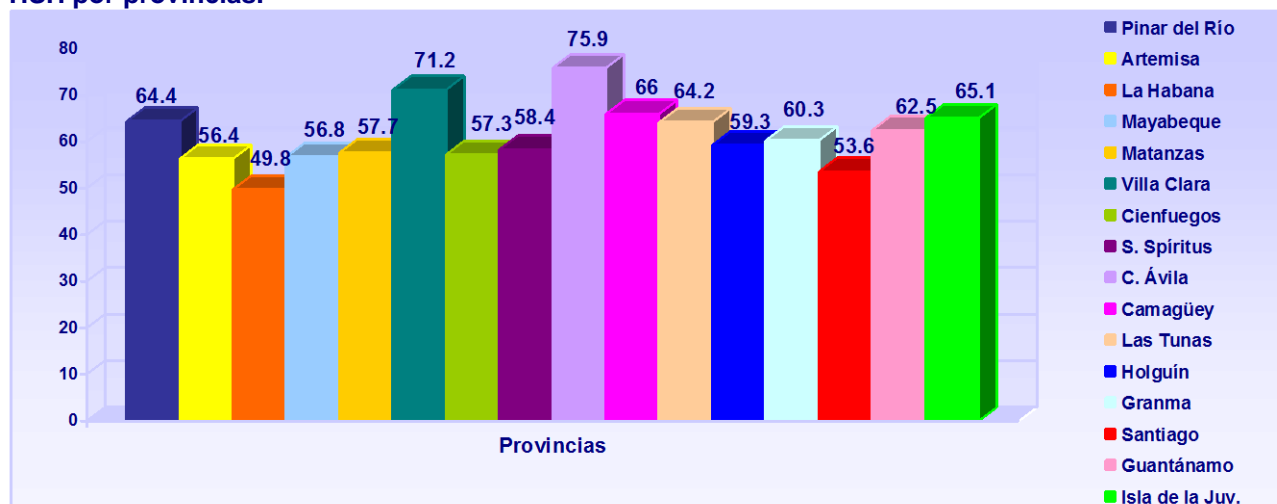
<sup>32</sup> Referencia encontrada en el artículo “Conocimientos y Actitudes de los Médicos de Familia en VIH”, inscrito en la revista Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana”

<sup>33</sup> Infante C, Zarco A, Cuadra S M, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Revista Salud Pública Mex 2006; Vol 48(2): 141-150

<sup>34</sup> Fonseca N, Valdés J R, Mederos L. Parejas serodiscordantes al VIH/sida, deberes y derechos. La Habana: Editorial Lazo Adentro, 2009:12-32

occidentales solo se reportan proporciones superiores a la media nacional en Pinar del Río y el municipio especial Isla de la juventud, siendo la situación más desfavorable en las dos provincias más densamente pobladas del país: la capital y Santiago de Cuba (gráfico 3.27).

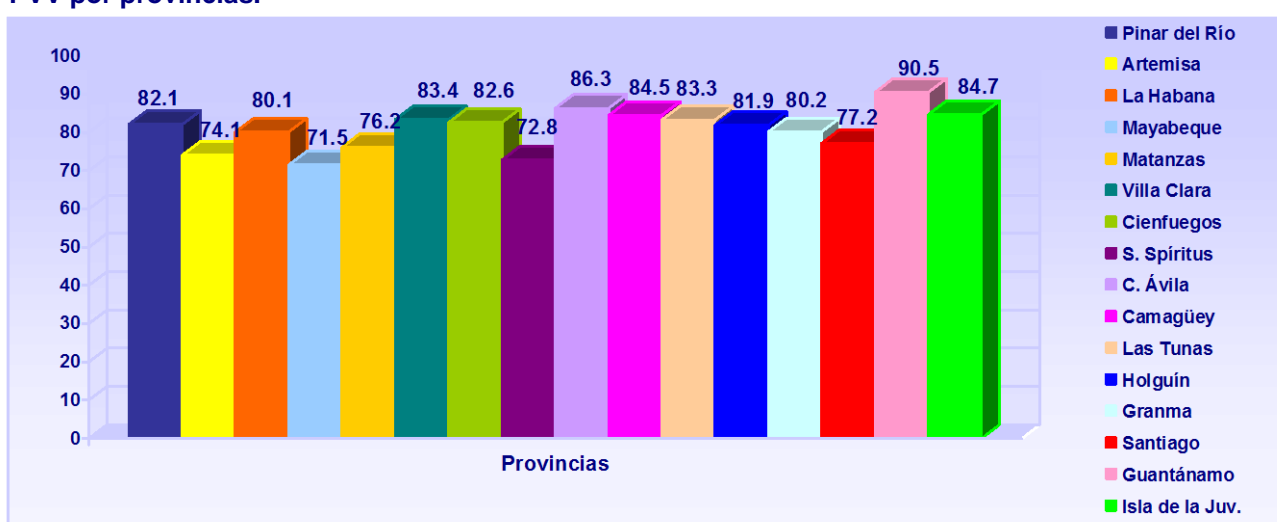
**Gráfico 3.27. Proporciones personas de 12 a 49 años con actitudes de aceptación y respeto hacia los HSH por provincias.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Respecto a la discriminación/aceptación y respeto hacia las PVV también se aprecian diferencias entre unas y otras provincias (gráfico 3.28), aunque en todas, tal y como ocurre a nivel nacional, resultan más comunes las actitudes de respeto hacia las PVV que hacia los HSH.

**Gráfico 3.28. Proporciones personas de 12 a 49 años con actitudes de aceptación y respeto hacia las PVV por provincias.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

Mientras en la mayoría de las provincias (Pinar del Río, La Habana, Villa Clara, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Holguín, Granma, Guantánamo y el municipio especial Isla de la

juventud), son superiores al 80% las proporciones de personas con actitudes de aceptación y respeto hacia las PVV, en otras son superiores al 20% las proporciones de personas con actitudes de rechazo, siendo más frecuente este elemento negativo en Mayabeque y Sancti Spíritus, donde se registran proporciones del orden del 28.5% y 27.2% respectivamente.

### Actitudes discriminatorias hacia los HSH y las PVV por características sociodemográficas

Además del sexo, la orientación sexual y la provincia de residencia, existen otras características sociodemográficas de la población que inciden en las actitudes de aceptación y respeto hacia los HSH o las PVV. Tal es el caso de la edad, el color de la piel, el nivel educacional o la zona de residencia.

**Cuadro 3.16. Proporciones de personas de 12 a 49 años con actitudes de aceptación y respeto hacia los HSH y PVV, por características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Aceptación y Respeto hacia los HSH	Aceptación y Respeto hacia las PVV
Grupos de edades	12-14	39.3	56.4
	15-19	55.0	72.7
	20-24	65.1	84.1
	25-29	63.3	85.6
	30-34	64.0	84.4
	35-39	62.5	83.7
	40-44	58.3	82.4
	45-49	58.1	82.3
Color de la piel	Blanca	61.2	80.5
	Mulata o mestiza	56.6	80.7
	Negra	55.2	80.1
Nivel de Escolaridad	Enseñanza media a lo sumo	50.5	72.1
	Enseñanza media superior	61.9	83.8
	Enseñanza Superior	71.7	89.1
Zona de Residencia	Cabeceras Provinciales	58.8	82.3
	Resto Urbano	61.4	80.5
	Zona Rural	55.2	78.2
<b>Población de 12 a 49 años</b>		<b>59.3</b>	<b>80.5</b>

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida-2017

De acuerdo a la edad (cuadro 3.16), en todos los grupos definidos son más frecuentes las actitudes de aceptación hacia las PVV que hacia los HSH. No obstante, mientras las mayores proporciones de aceptación por los HSH y las PVV se registran en el grupo de 20 a 39 años, entre los adolescentes en general y los que tienen entre 12 y 14 años en particular, resultan más comunes que en el resto de la población las actitudes de rechazo. En tres de cada cinco adolescentes de 12 a 14 años (60.7%) se reportaron disímiles actitudes de rechazo hacia los HSH en tanto entre los que tienen entre 15 y 19 años estas manifestaciones estuvieron presentes en cerca de la mitad (45%). También fueron comparativamente más elevadas las proporciones de adolescentes con actitudes de rechazo hacia las PVV, siendo del orden del 44.6% entre los que se encuentran en la primera etapa de la adolescencia y del 27.3% entre los que tienen entre 15 y 19 años, ambas superiores a la media nacional.

Por color de la piel si bien no se verifican diferencias estadísticamente significativas en los niveles de aceptación hacia las PVV, los HSH gozan de mayor aceptación y respeto por parte de las personas de color de piel blanca, seguido en orden por las de piel mestiza y en menor medida por quienes tienen color de la piel negra (61.2%, 56.6% y 55.2% respectivamente).

Un análisis según el nivel de escolaridad muestra que existe una relación directa entre éste y la aceptación y respeto por uno u otro grupo. Mientras algo más de dos tercios (71.7%) de las personas que tienen enseñanza superior vencida muestran actitudes de aceptación y respeto por la diversidad sexual, y en especial por los HSH, entre quienes tienen enseñanza media superior o enseñanza media a lo sumo, las proporciones son del orden del 61.9% y 50.5% respectivamente. De igual manera se verifica que mientras nueve de cada diez (89.1%) personas con enseñanza superior vencida muestran actitudes de respeto y aceptación por las PVV, entre quienes tienen enseñanza media superior la proporción es 5.3 puntos porcentuales inferior (83.8%), siendo ambas más elevadas a la que se registra entre quienes tienen enseñanza media a lo sumo (72.1%).

La zona de residencia también impone un diferencial importante en las proporciones de personas con actitudes discriminatorias tanto hacia los HSH como hacia las PVV. La mayor aceptación social se registra entre los residentes en las zonas urbanas en tanto en la zona rural son más frecuentes las actitudes discriminatorias hacia ambos grupos.

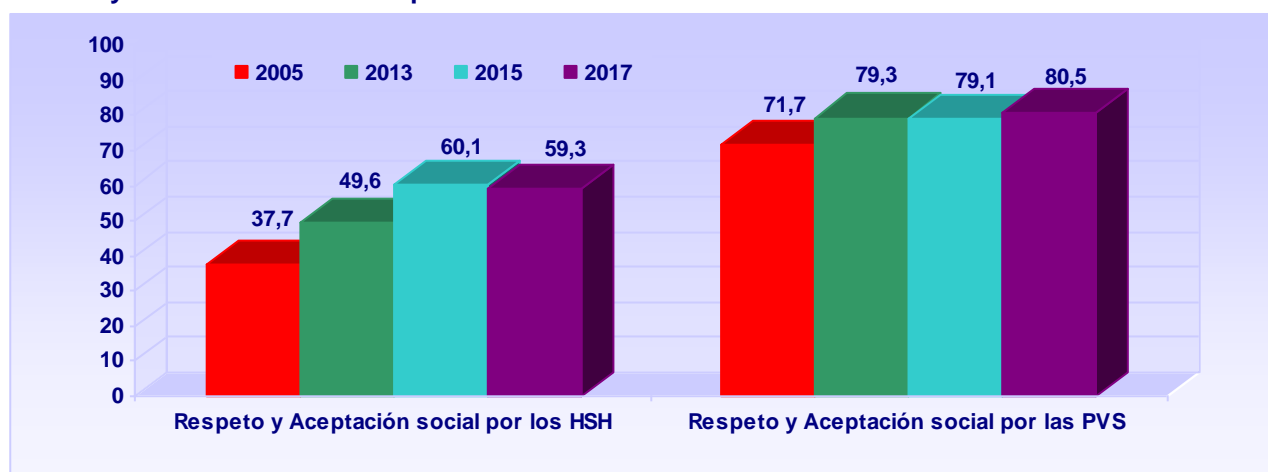
Esta situación de las zonas rurales pudiera estar asociada a la persistencia de valores machistas inherentes a la educación heterosexista que ha prevalecido durante siglos en la sociedad cubana, y en general en la región latinoamericana; no obstante, cualquiera sea su origen sin dudas impone retos tanto por el efecto que produce en las personas el sentimiento de rechazo, como por las



limitantes que ello pudiera tener en la prevención, y el consiguiente efecto negativo en la epidemia por VIH en el país.

Si se comparan en el tiempo, los niveles de aceptación y respeto hacia los HSH y las PVV existentes en la población se aprecia que, en el caso de los HSH, las acciones de sensibilización desarrolladas en los últimos años en pro de la aceptación de la diversidad sexual y el respeto por los HSH, no han surtido el mismo efecto que hace unos años atrás (gráfico 3.29). En este sentido las mayores ganancias se registraron en el período 2005-2013, donde la proporción de personas con actitudes de aceptación y respeto por los HSH se elevó en 11.9 puntos porcentuales pasando de un 37.7% a un 49.6% respectivamente. En el período 2013-2015 continuó recuperándose el indicador; se incrementó a un 60.1% la proporción de personas con actitudes de respeto hacia este colectivo. Pero comparativamente, dos años después, en el 2017 no se evidencia un cambio estadísticamente significativo en la proporción de personas que expresan actitudes de respeto hacia este grupo poblacional, quizás asociado a que, en la nueva generación de adolescentes, son relativamente muy comunes las actitudes de rechazo.

**Gráfico 3.29. Proporciones de personas de 12 a 49 años según niveles de aceptación y respeto hacia los HSH y las PVV en diferentes períodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2005, 2013, 2015 y 2017.

Respecto a las proporciones de personas que manifiestan actitudes de aceptación y respeto por las PVV, un análisis en el tiempo muestra que las mayores ganancias se alcanzaron también en el período 2005-2013, en el cual se incrementó de un 71.7% a un 79.3% la proporción de personas con actitudes positivas. Sin embargo, desde ese entonces, se mantiene en el entorno del 80% la proporción de personas con actitudes de respeto hacia ellas (gráfico 3.29).

### **II.3.2.9 Actitudes discriminatorias hacia las personas Trans**

La población Trans comprende “a todas aquellas personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer” (OPS; 2012). Forman parte de este colectivo las personas travestis, transexuales, transgénero y transformistas, que han sido, dentro de los grupos claves para la prevención del VIH, los menos estudiados, y, por consiguiente, los menos atendidos de manera diferenciada de acuerdo a sus particularidades propias, debido a que internacionalmente, y también en Cuba, eran consideradas personas gays y se les intentaba atender como tal (Salazar, X. L., & Villayzan, J. A., 2010).

Aunque personas con esas características han existido desde la antigüedad, el término Trans apareció hace relativamente poco tiempo, atribuyéndose su introducción a David Cauldwell en el año 1949 en ámbitos médicos. Ello pone de manifiesto la visión de padecimiento o enfermedad que se tenía en torno a dicho fenómeno, sin embargo, en sociedades contemporáneas, ello no tiene igual connotación.

Frente a aquel enfoque dominante proveniente del ámbito médico y que señala la transexualidad como una patología que como tal debía ser atendida, la perspectiva del derecho está ganando espacio al enfrentar a las personas Trans a roles culturalmente contruidos y romper con normas de género arraigadas que las exponen a una vulnerabilidad que puede tener grandes costos. De hecho, a pesar de la existencia registrada de personas Trans a través del tiempo, las problemáticas que las han afectado, aunque pueden ser variables, son de gran magnitud, destacándose en la actualidad las vinculadas a la salud.

La violencia a la que en gran medida están expuestas las personas Trans, es potencialmente el aspecto que más puede incidir en su salud debido a las agresiones físicas, psicológicas y sexuales que experimentan y que han conducido a crímenes de odio sustentados en una transfobia extrema, particularmente en América Latina. (OPS; 2012). Asociado también a los altos niveles de transfobia en forma de discriminación, estigmatización, violencia y enjuiciamiento a que se enfrentan las personas Trans, se encuentran en riesgo de experimentar niveles altos y crónicos de estrés, asociados a tasas desproporcionadas de problemas mentales tales como depresión, ansiedad y tendencia a conductas suicidas, lo que ha conllevado en algunos países, como los Estados Unidos, a que sea dentro de este grupo poblacional donde se registren las tasas más elevadas de suicidio (Grant, J.M; 2010).

En similar sentido y asociado a las dificultades que presentan para negociar un sexo seguro y protegido, las personas Trans se ven desproporcionadamente afectadas por las infecciones de transmisión sexual y en particular por el VIH, registrándose en algunos países tasas hasta 40 veces más elevadas que las de la población general (OPS; 2012).

De manera similar los servicios educativos son inadecuados para dicha población resultando un campo propicio para la estigmatización y la agresión desmedida por parte de estudiantes e incluso docentes, con la falta además de enseñanzas que contribuyan a entender la diversidad de identidades, incluyendo la sexual, y a fomentar la tolerancia y el respeto a las mismas. La referida situación se traduce en una elevada deserción escolar y como consecuencia de ello en el bajo nivel escolar que presentan las personas Trans, situación que se evidencia en estudios llevados a cabo en diversos países latinoamericanos como Argentina, México, Colombia, Uruguay y Chile (MIDES/DNPS; 2014, IPEC-MISIONES; 2015, OPS; 2012).

La familia, considerada la célula base de la sociedad, como institución donde se fomentan las relaciones para la convivencia armónica de las personas de acuerdo a los valores culturales existentes en una sociedad determinada, también puede convertirse en una fuente de conflicto perdiendo sus funciones de apoyo y referencia para algunos de sus miembros cuando éstos no comparten los valores que promueve, como puede ser el caso de las personas Trans, resultando como consecuencia de ello el aislamiento o la expulsión del hogar, reduciendo el círculo de personas en las que puede tener confianza y compartir afecto, conduciendo ello frecuentemente a la depresión y crisis de autoestima.

La inserción laboral es otro de los grandes desafíos que enfrentan las personas Trans, por causas similares a las señaladas con anterioridad (MIDES/DNPS; 2014, IPEC-MISIONES; 2015, Human Rights Campaign; 2013). Los problemas a los que conduce la legislación existente en la mayoría de los países, por su sustento sexista y otro número importante de obstáculos de apreciable magnitud ante los cuales no está protegida de manera adecuada la población Trans, deben ser atendidos con brevedad por la sociedad y el estado para alcanzar el bienestar, en varios sentidos, de dicho sector y de la sociedad en general.

En Cuba, las personas Trans, desde comienzos de siglo, realizan actividades bajo el acompañamiento del CENESEX perteneciente al MINSAP, y desde diferentes espacios públicos y sociales se han realizado acciones de sensibilización a la familia y la población en general a fin de mitigar en el corto plazo, y eliminar en perspectiva, el efecto negativo que genera la transfobia.

En aras de contribuir a acelerar la respuesta a esta problemática, a solicitud de la red de personas Trans en Cuba, el CENESEX, el PNUD, el Programa Nacional de ITS/VIH/sida y por interés académico de un grupo de especialistas del CEPDE-ONEI, se construyó y validó por primera vez a través de la Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH levantada en el año 2013, un instrumento para investigar las actitudes discriminatorias que podía tener la población cubana hacia las personas Trans.

Dicho instrumento, compuesto por 18 ítems, se aplicó nuevamente en esta ocasión (Anexo 1, Cuestionario, preguntas P832 a P849), a escala nacional, y permitió dar seguimientos sobre la presencia en la población de actitudes discriminatorias que pudieran estar condicionando el irrespeto hacia los hombres y las mujeres con identidades de género diferentes a las construidas e impuestas culturalmente de acuerdo al sexo biológico de cada uno.

Vale señalar que, aunque se está consciente de que la estigmatización y la discriminación son procesos complejos entrelazados con estructuras más generales de la sociedad, no ha sido objetivo en este estudio considerar la discriminación desde el punto de vista institucional, ni indagar sobre aquellas situaciones que trasciendan el espacio de la vida social. Se es del criterio de que, para ayudar a fomentar una cultura de derecho, se requiere primero conocer la opinión de las personas para, a posteriori, poder luchar contra la discriminación que genera la transfobia.

Como se ilustra en el siguiente gráfico, la mayoría (84%) de la población cubana de 12 a 49 años esta permeada de múltiples actitudes de rechazo hacia las personas Trans, lo que posiblemente este asociado a que a través de la historia se ha enseñado y aprendido a pensar desde una concepción binaria en la cual el sexo biológico es lo que define la identidad de las personas y de acuerdo a este, quien tenga genitales masculinos se clasifica como hombre y quien tenga órganos sexuales femeninos como mujer<sup>35</sup>.

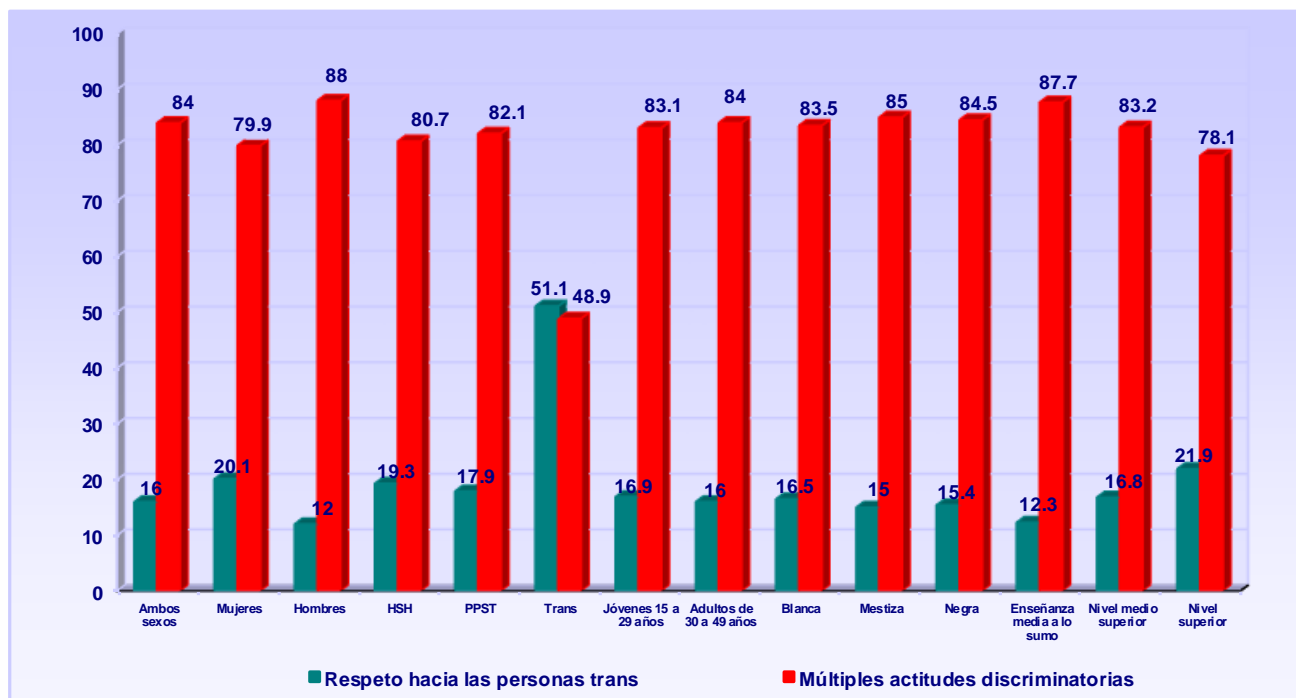
Sin embargo, aun cuando este sea el escenario más frecuente y constituya la base que rige las normas, reglamentos y leyes de la sociedad, como punto de partida para aceptar la diversidad dentro de la especie humana, es necesario reflexionar en la idea de identificar a una persona por su sexo psicológico y no por el biológico, solo así podrá entenderse que las Trans son mujeres u hombres exactamente igual que el resto de las mujeres y los hombres y dejará de verse con

---

<sup>35</sup> MINJUS. Modelo Oficial de Inscripción de Nacimiento en Cuba

rechazo, desprecio o no aceptarse, que una mujer transexual viva como la mujer que es o un hombre transexual viva como el hombre que es, pero esta polémica a la fecha no está resuelta.

**Gráfico 3.30. Proporciones de personas de 12 a 49 años según niveles de respeto y aceptación por las personas Trans.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En cuanto al sexo biológico las mujeres se muestran mucho más comprensivas que los hombres aun cuando en alrededor de cuatro de cada cinco (79.9%) imperen las actitudes de rechazo. Mientras en el 20.1% de ellas predominan las actitudes de respeto hacia las personas Trans, en el caso de los hombres apenas en uno de cada diez (12%) no se exteriorizan las manifestaciones de rechazo, con la particularidad de que comparativamente, en ellos como grupo, se evidencia mayormente la transfobia.

En relación con las poblaciones claves en la prevención del VIH, entre los HSH los niveles de transfobia son ligeramente inferiores a los que se registra en la población general, el 19.3% de ellos manifiesta respeto por las Trans, aunque en cuatro de cada cinco (80.7%) se advierten múltiples actitudes de rechazo. Entre las PPST el rechazo por las Trans es comparativamente mayor al que se reporta entre los HSH, en el 82.1% de ellas son múltiples las actitudes rechazo. Asimismo, un análisis desde la perspectiva de las propias personas Trans indica que tampoco ellas mismas se auto aceptan; cerca de la mitad manifiestan múltiples actitudes de rechazo hacia

sus pares, lo que asociado a un problema real de autoestima puede constituirse en un obstáculo adicional para lograr de manera efectiva su inserción social.

Un análisis por edad revela que, aunque en todos los grupos prevalece el rechazo, las Trans son ligeramente más aceptadas por las personas más jóvenes que por las más adultas (16.9% versus 16% respectivamente), lo que resulta un punto de partida favorable si se tiene en cuenta que es más fácil cambiar la manera de pensar en los jóvenes que en las personas de mayor edad cuyas concepciones están más enraizadas.

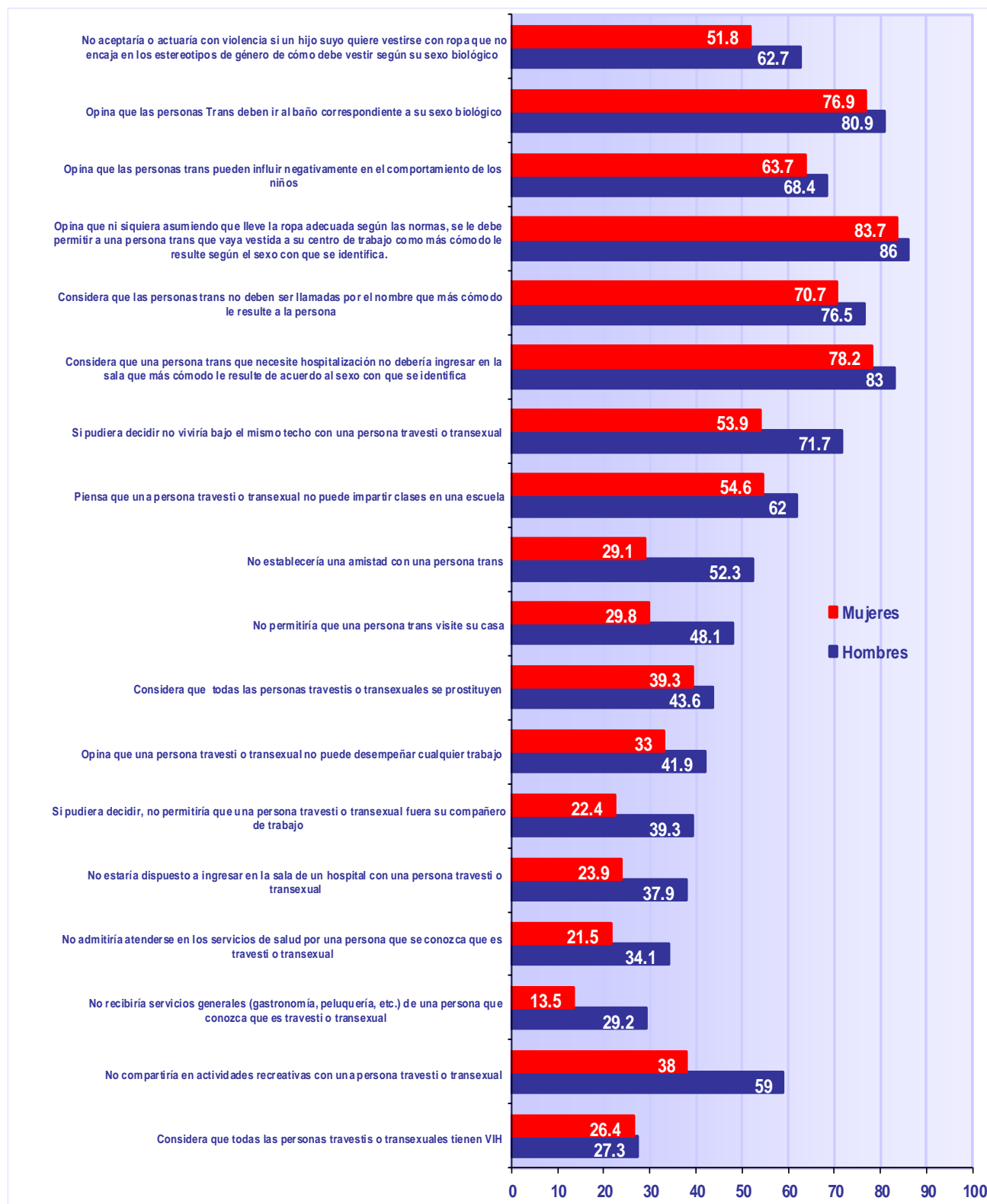
Por color de la piel no se comprobaron diferencias estadísticamente significativas, ni tampoco, por zonas de residencia. Sin embargo, el nivel de instrucción si impone un diferencial en cuanto al respeto por las personas Trans.

De acuerdo a la escolaridad se describe una relación directamente proporcional entre el nivel alcanzado por la persona y su capacidad de respetar a las personas Trans. Así, mientras apenas el 12.3% de quienes tienen enseñanza media a lo sumo manifiestan actitudes de respeto hacia las Trans, entre quienes tienen nivel medio superior vencido la proporción es del 16.8% y llega a ser del 21.9% entre las personas universitarias.

Un análisis independiente de las respuestas a las preguntas incluidas en el constructo permitió identificar que las actitudes discriminatorias más frecuentes están relacionadas con la inserción social de la población Trans en diferentes medios y con la convivencia. No obstante, según se refleja en el siguiente gráfico, en una buena parte de la población imperan manifestaciones de rechazo con bases estigmatizantes y exclusivas.

Dos de las expresiones discriminatorias más frecuentes en la población están relacionadas con las posibilidades de acceso al trabajo de las Trans (gráfico 3.31). Casi la totalidad (86% de los hombres y 83.7% de las mujeres) considera que ni aun vistiendo con la ropa adecuada según las normas, se le debe permitir a una persona Trans que vaya a su centro de trabajo vestida como más cómodo le resulte según el sexo con que se identifica y alrededor de tres de cada cuatro personas (76.5% de los hombres y 70.7% de las mujeres) opinan además que las Trans no deben ser llamadas por el nombre que más cómodo les resulte sino por el nombre que aparece en su documento legal.

**Gráfico 3.31. Principales situaciones u opiniones en que se manifiestan actitudes discriminatorias hacia las personas Trans, por sexo**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Si bien en el capítulo I, artículo 9, de la actual Constitución de la República de Cuba se constata que por ley “el estado garantiza que no haya hombre o mujer, en condiciones de trabajar, que no tenga oportunidad de obtener un empleo con el cual pueda contribuir a los fines de la sociedad y a la satisfacción de sus propias necesidades”, para las personas Trans se complican las gestiones de acceso a un puesto de trabajo debido a que su documento de identidad indica un sexo legal diferente al que muestra su apariencia física. Si a ello se suma que las manifestaciones de rechazo más frecuentes hacia ellas que tiene la población están relacionadas con sus posibilidades de inserción laboral, podrá entenderse entonces por qué si el estado garantiza el acceso al trabajo y la tasa de desocupación en la población de 12 a 49 años es del 1.5%, en el caso de las Trans el 43%<sup>36</sup> se encuentra buscando empleo.

Si bien hasta la fecha no existe en Cuba y tampoco en la mayoría de los países, un marco jurídico que dé cobertura al ejercicio de los derechos de las personas Trans, el acceso al trabajo de estas poblaciones es un problema pendiente de resolver que encuentra barreras adicionales en la manera de pensar de no pocas personas. Al respecto, en adición al conflicto entre apariencia y documentos legales, y al rechazo de la población a que una persona Trans vista o sea llamada por el nombre que más cómodo le resulte según el sexo con que se identifica, habría que añadir, que más de un tercio de las personas (41.9% de los hombres y 33% de las mujeres) opinan que las Trans no pueden desempeñar cualquier trabajo, algo más de la mitad no aprueba que se les permita impartir clases en una escuela (62% de los hombres y 54.6% de las mujeres), algo más de un tercio de los hombres (34.1%) y cerca de una de cada cinco mujeres (21.5%) no admitiría atenderse por un profesional de salud que fuera travesti o transexual y que alrededor de uno de cada cuatro hombres (29.2%) y el 13.5% de las mujeres ni siquiera aceptaría recibir servicios generales de una persona Trans.

Al revisar estos datos se pone de manifiesto que las actitudes y manera de pensar de la mayoría de la población cubana constituyen el primer obstáculo a vencer en el largo camino que habrá que recorrer para lograr una cultura del derecho de las personas Trans.

A modo de ejemplo, una de las dificultades que enfrentan las personas Trans y que también guarda relación con aspectos sociales y legales, radica en decidir la sala en que debe ser ingresada una persona Trans en el caso de que requiriera hospitalización. Si bien queda reflejado en la Constitución que la atención médica en Cuba es gratuita y universal y el estado garantiza que

<sup>36</sup> Según la Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH-2013, el 43% de las Trans se encontraban buscando empleo



no haya enfermo que no tenga atención médica (capítulo I, artículo 9 de la actual Constitución), para las Trans, para el personal de salud y para la población se genera un conflicto a la hora de tomar una decisión en este sentido. Al respecto, cuatro de cada cinco personas (83% de los hombres y 78.2% de las mujeres) no están de acuerdo en que se hospitalice a una persona Trans en la sala en que más cómodo le resulte de acuerdo al sexo con que se identifica. La mayoría (68.1%) opina que debe ingresar en la sala que le corresponda de acuerdo a su sexo biológico, sin percatarse que esto no solo resulta discriminatorio, sino que le generaría un conflicto de acuerdo a su apariencia física y un malestar adicional al que tiene de base y por el cual buscó atención médica.

De cualquier manera, este es un tema que genera una gran polémica en la actualidad porque ingresar a la persona en la sala que más cómodo le resulte según su identidad de género está en correspondencia con el respeto a sus derechos, pero al parecer, dado los prejuicios imperantes que se ponen de manifiesto en las respuestas dadas por la mayoría de la población, se estaría generando un conflicto con el resto de los pacientes hospitalizados en dicha sala. Toca entonces al personal de salud de las instituciones hospitalarias determinar donde resultaría más conveniente ubicar a la persona de manera que logre un equilibrio entre los intereses de todos los implicados y pueda ofrecérsele la atención que demanda sin daños psicológicos adicionales.

Vinculado con la salud, otro tema polémico donde la transfobia se exagera es el relativo a los servicios sanitarios, los cuales en la mayoría de los casos no son de género neutro. Para las personas Trans, una actividad cotidiana, tan básica como ir al baño, puede ser tan complicada y desconcertante que simplemente optan por regular los alimentos que ingieren o pasar largas horas sin beber para tratar de no utilizar estos servicios, ya que por lo general estos espacios, ya sean públicos o ubicados dentro de instalaciones como escuelas o centros de trabajo, se encuentran segregados por sexo y predomina entre la población el criterio de que las personas Trans no deben usar el baño correspondiente a su identidad de género.

Cerca de cuatro de cada cinco personas (80.9% de los hombres y 76.9% de las mujeres) considera que las personas Trans deben usar las instalaciones sanitarias correspondientes a su sexo biológico y, si este fuera el caso, dado que su cuerpo no encaja en los estereotipos de género de como se ve un hombre o una mujer, focalizan la mirada e incluso le niegan el acceso, sin pensar en las verdaderas consecuencias que sufre la salud de las personas cuando se les niega el acceso a los baños.

Otro tema que también deriva en la exclusión social de las personas Trans es el relacionado con la convivencia. En este aspecto, aunque en los hombres se verifica una postura mucho más radical que en las mujeres, en ellas prevalecen también las actitudes de rechazo. Mientras cuatro de cada cinco hombres (71.7%) expresa abiertamente su negativa a vivir bajo el mismo techo con una persona Trans en el caso de las mujeres el 53.9% ratifica esta posición. Sin embargo, si bien pudiera pensarse que la convivencia bajo el mismo techo es deseada únicamente, o quizás mayormente, en los casos en que se comparten fuertes vínculos familiares y esto justificaría que no se desee residir de manera habitual con ninguna otra persona, sea o no Trans, la exclusión de las Trans de este escenario se hace evidente si se analiza que cerca de la mitad de los hombres (48.1%) y el 29.8% de las mujeres ni siquiera permitirían que una persona Trans visite su casa.

En adición a las manifestaciones de rechazo señaladas también se verificaron expresiones estigmatizantes referidas a las Trans que refuerzan la discriminación hacia ellas y contribuyen a lacerar su integridad. Una de las creencias más comunes es “que todas las personas Trans se prostituyen”. Si bien este criterio fue defendido por dos de cada cinco hombres (43.6%) y dos de cada cinco mujeres (39.3%), la realidad es que la proporción de personas Trans que practican sexo transaccional es cercana a la mitad (52.1%). Otro atributo impuesto a las Trans por alrededor de un cuarto de la población (27.3% de los hombres y 26.4% de las mujeres) es que “todas tienen VIH” cuando en realidad, aunque a la fecha no se tienen estadísticas robustas sobre la prevalencia del VIH en la población Trans, las estimaciones señalan que, a nivel nacional, a lo sumo una de cada cinco son las que están infectadas.

Un análisis comparativo con los resultados obtenidos en el año 2013 (Iglesias, M.; González, H. y Mena, M. (2017)), refleja que cuatro años después, se mantiene en el mismo entorno la proporción de personas con actitudes discriminatorias hacia la población Trans (83.7% en el año 2013 versus 84% en el año 2017), lo que hace un llamado a continuar trabajando, desde distintas aristas, en función de lograr fomentar en la población una cultura de aceptación de la diversidad, que derive en un respeto por igual a los derechos de todos los ciudadanos, ya que sólo respetando los derechos de esta población a una vida plena puede lograrse el necesario avance social y humano.

### **II.3.3 Factores relacionados con la motivación para protegerse**

Se identifican con factores relacionados con la motivación para protegerse las opiniones, mitos, tabúes, creencias, sistemas de valores y percepciones acerca del uso del condón y el VIH/sida que tiene la población.

Estos, como parte de los determinantes sociales de la salud, influyen en sus conductas, actitudes y voluntades, movilizándolo o inhibiendo a que, una vez que existan oportunidades para protegerse y disponiendo de las habilidades necesarias para ello, por iniciativa propia y según sus propios modos y estilos, las personas modifiquen favorablemente sus actitudes y comportamientos sexuales<sup>37</sup>.

Relacionados con el tema de la motivación para protegerse, se presentan a continuación las opiniones acerca del condón y el VIH/sida que tienen las personas, así como su percepción sobre el riesgo individual de infección por el VIH al que se exponen.

#### **II.3.3.1 Mitos y falsas creencias sobre el uso del condón**

En la promoción de conductas sexuales saludables las actitudes y decisiones de las personas se ven mediatizadas por el entorno sociocultural en que éstas crecen y se desarrollan. De ahí la necesidad de conocer y atender aspectos culturales asociados al uso del condón que están presentes en la sociedad y que, unido a otro conjunto de mitos y falsas creencias, incrementan la resistencia a usarlo.

Para conocer la opinión que tiene la población sobre el uso del condón se incluyeron en el cuestionario una serie de criterios y se le pidió a cada persona que opinara si se encontraba “de acuerdo” o “en desacuerdo” con cada uno. Se consideró además como alternativa de respuesta la opción: no sabe/no responde. Las opiniones de la población sobre cada criterio aparecen reflejadas en el cuadro 3.17.

Una mirada global a las respuestas evidencia que en general persisten en la población mitos y falsas creencias sobre el uso del condón, asociados en algunos casos a vivencias personales, pero en otros, fomentados por opiniones particulares que se reproducen y llegan a convertirse en mitos. Tal es el caso del planteamiento “los condones se rompen, aunque no estén vencidos”, en lo que coincidieron algo más de un tercio de las personas (35.3%). Sin embargo, si bien no deja de

<sup>37</sup> PSI-CEPDE 2003. “Dashboar de Cuba”, UNESCO 2003. “Un enfoque cultural para la prevención y atención del VIH/sida”, Colección Especial No 10. Síntesis de Estudios por país: un panorama internacional.

ser cierto que los condones, como cualquier objeto material, pueden romperse, las probabilidades de que esto ocurra son prácticamente nulas si no están vencidos y se siguen correctamente los pasos recomendados para su uso, por lo que lejos de representar un obstáculo constituye el medio más eficaz para la prevención.

**Cuadro 3.17. Proporciones de personas de 12 a 49 años según opinión acerca del uso del condón**

Opiniones acerca del uso del condón	Población de 12 a 49 años		
	De Acuerdo	En Desacuerdo	No Sabe/No responde
Los condones se rompen, aunque no estén vencidos	35.3	49.1	15.6
El VIH puede traspasar el material con que se fabrican los condones	6.1	80.0	13.9
Los condones reducen el placer	21.6	61.3	17.1
Las personas que te proponen usar el condón desconfían de ti	10.1	75.9	14.0
Sólo los que tienen parejas múltiples deben usar condones	10.2	80.4	9.4
Si propones usar condón piensan que tu desconfías	12.2	73.9	13.9
Si propones usar condón piensan que tienes algún problema	12.6	74.1	13.4
Con la pareja estable NO hay que usar condones	21.2	70.2	8.6
Los condones son para personas que practican la prostitución	8.6	83.0	8.4
Los condones NO son eficaces para prevenir la infección el VIH	9.2	81.6	9.2
Para prevenir la infección por VIH es necesario usar dos condones	12.0	77.4	10.6

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Asociado al criterio antes comentado, otro error común en el 12% de la población, y sobre el que una de cada diez personas responde con dudas, es pensar que “para prevenir la infección por el VIH es necesario usar dos condones”. Quienes piensan así, y además emplean dos condones para intentar protegerse, posiblemente se sumen a las personas que opinan que “los condones se rompen”, ya que el recalentamiento del látex producido por la fricción entre ambos condones es muy probable que termine por romperlos.

Otros falsos criterios sobre el uso del condón que también reflejan desconocimiento son: “el VIH puede traspasar el material con el que se fabrican los condones”, refrendado por el 6.1% de las personas, “los condones no son eficaces para prevenir la infección por el VIH” presente en un 9.2%, “con la pareja estable no hay que usar condones”, defendido por un 21.2%, “sólo los que tienen parejas múltiples deben usar condones” dictaminado por el 10.2% y “los condones son para personas que practican la prostitución” con lo que estuvo de acuerdo el 8.6%.

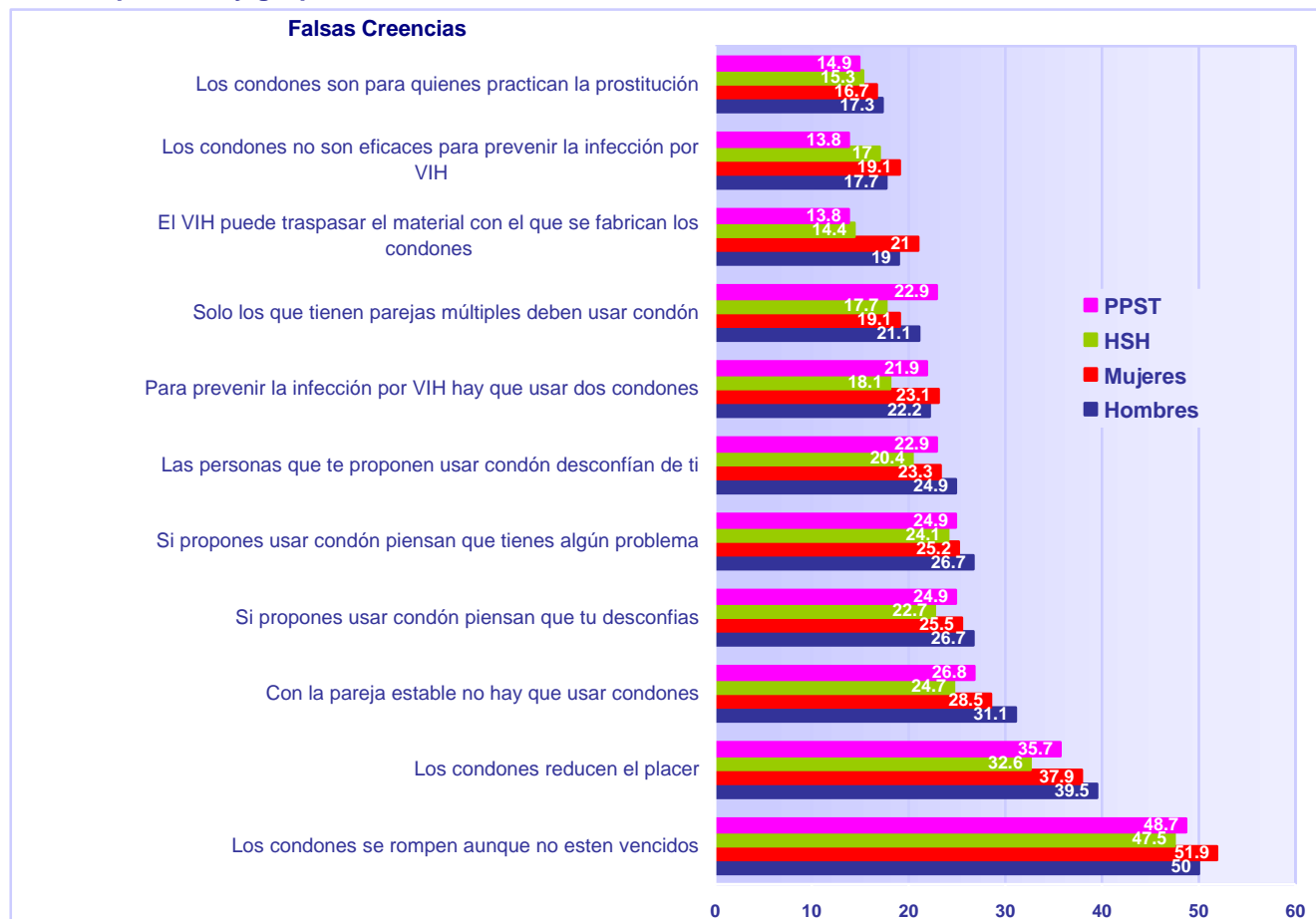
También obstaculizan la prevención las opiniones vinculadas a temores, inseguridades y problemas de autoestima que afrontan algunas personas y que limitan su capacidad para negociar el sexo protegido. Tal es el caso del 12.2% que opina que “si propones usar condón piensan que

desconfías”, quienes consideran que “las personas que te proponen usar el condón desconfían de ti” (10.1%) o sencillamente aquellas que temen que “si propones usar condón piensen que es porque tienes algún problema” (12.6%).

Habría que destacar adicionalmente que a diferencia de lo que ocurre con el resto del cuestionario, resultan significativamente elevadas las proporciones de personas que declaran que “no saben o sencillamente no responden” los ítems relacionados con los criterios sobre el uso del condón incluidos en la pregunta que sirvió de base para este análisis (cuadro 3.17). Ello incrementa las proporciones de individuos con falsas creencias y que ameritan ser atendidos por las dificultades que presentan para optar por el condón como estrategia preventiva.

Un análisis sobre las respuestas incorrectas, incluyendo entre tales a las alternativas de “no sabe o no responde” indica que en cuanto a sexo persiste información errónea acerca del uso del condón tanto entre los hombres como entre las mujeres, solo que comparativamente estas son más comunes entre ellos (gráfico 3.32).

**Gráfico 3.32. Proporciones de personas de 12 a 49 años con falsas creencias sobre el uso del condón, por sexo y grupos claves**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

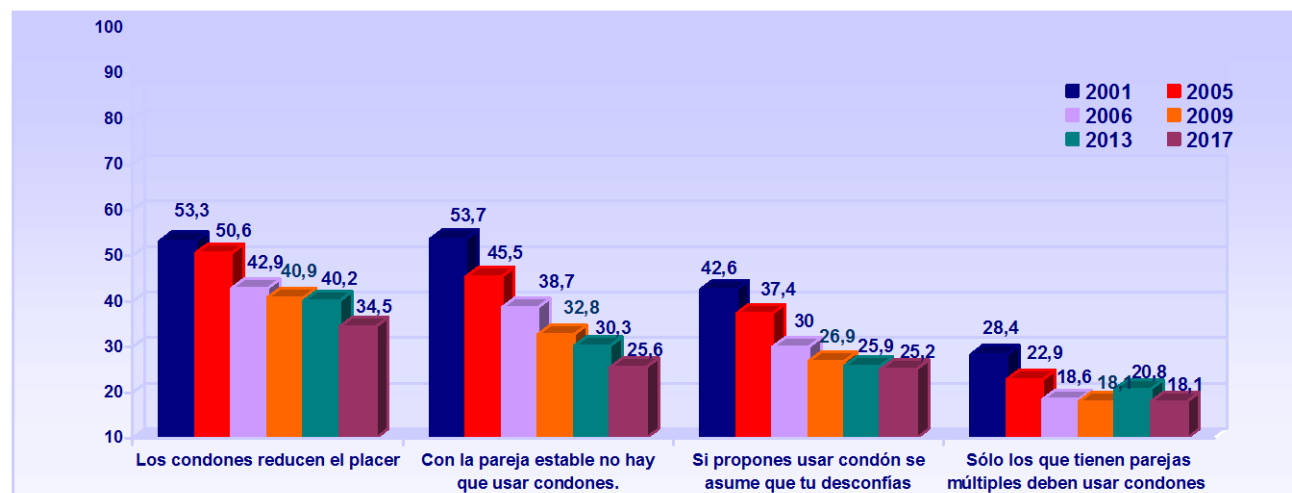
El criterio erróneo en torno al uso del condón que resulta más frecuente tanto entre los hombres como entre las mujeres es que “los condones se rompen, aunque no estén vencidos”, con el cual coincidieron la mitad de los hombres y algo más de la mitad de las mujeres (51.9%). Le siguen en orden la aseveración “los condones reducen el placer” (39.5% de los hombres y 37.9% de las mujeres) y “con la pareja estable no hay que usar condones” en la que concuerdan el 31.1% de ellos y el 28.5% de ellas.

Otras opiniones que marcan la diferencia entre hombres y mujeres y al mismo tiempo visualizan cierta flexibilidad entre los roles femeninos y masculinos es el hecho de encontrar mayores temores entre los hombres y mayor disposición entre las mujeres para proponerle el uso del condón a su pareja.

Las falsas creencias que se encontraron de manera habitual entre los hombres y las mujeres, también se manejan entre los HSH y las PPST, con la peculiaridad de que comparativamente son menos comunes entre los primeros y más frecuentes, especialmente los vinculados a la capacidad de negociación sexual, entre quienes practican sexo transaccional.

Un análisis en el tiempo, a nivel de cabeceras de provincia que es donde se concentra mayormente la epidemia en el país (gráfico 3.33), muestra que aun cuando quedan importantes desafíos, han ido disminuyendo paulatinamente en la población las creencias erróneas sobre el uso del condón, lo que sin dudas puede interpretarse como un logro.

**Gráfico 3.33. Proporciones de personas de 12 a 49 años residentes en cabeceras provinciales con falsas creencias sobre el uso del condón en diferentes períodos**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2001, 2005, 2006, 2009, 2013 y 2017

### II.3.3.2 Mitos y falsas creencias sobre el VIH/sida

Para conocer acerca de la existencia de criterios erróneos entre la población sobre el VIH/sida, se procedió de manera similar a como se hizo para identificar las falsas creencias existentes en torno al uso del condón.

Se incluyeron en el cuestionario una serie de criterios relacionados con el VIH y se indagó entre la población la opinión que tenían sobre cada uno. La pregunta se le formuló a todas las personas, permitiendo como alternativas de respuesta tres opciones: de acuerdo, en desacuerdo, no sabe/no responde.

Las respuestas dadas por la población permitieron identificar que persisten ideas falsas sobre el VIH y el sida (cuadro 3.18). Entre ellas se destacan el planteamiento de que “el sida no es una enfermedad mortal”, en lo que concuerda el 19.5% de la población, la creencia de que “el condón no hay que usarlo porque en Cuba todas las personas con VIH están internadas en un sanatorio” (10.9%), la idea de que “es posible prevenir el VIH retirando el pene ante de eyacular” (10.3%), la falsa percepción de que “las personas con VIH siempre muestran síntomas” (10.3%) o que en Cuba, la infección por VIH es propia de homosexuales (7.0%).

**Cuadro 3.18. Proporciones de personas de 12 a 49 años según opinión acerca del VIH/sida**

Opiniones acerca del VIH/sida	Población de 12 a 49 años		
	De Acuerdo	En Desacuerdo	No Sabe/No responde
El condón no hace falta porque en Cuba no hay muchas personas con VIH/sida	2.6	89.0	8.4
El condón no hay que usarlo porque en Cuba todas las personas con VIH/sida están en un Sanatorio	10.9	81.5	7.6
El SIDA es una enfermedad incurable que puede llegar a ser mortal	74.2	19.5	6.2
Ya existe cura para el VIH/sida por lo que no es necesario usar condones	4.8	86.7	8.5
En Cuba la infección por VIH es propia de los homosexuales	7.0	83.6	9.4
Es posible prevenir el VIH retirando el pene antes de eyacular	10.3	75.5	14.2
Una persona de apariencia sana puede transmitir el VIH	89.9	3.5	6.6
Las personas infectadas por el VIH siempre muestran síntomas	10.3	80.6	9.1

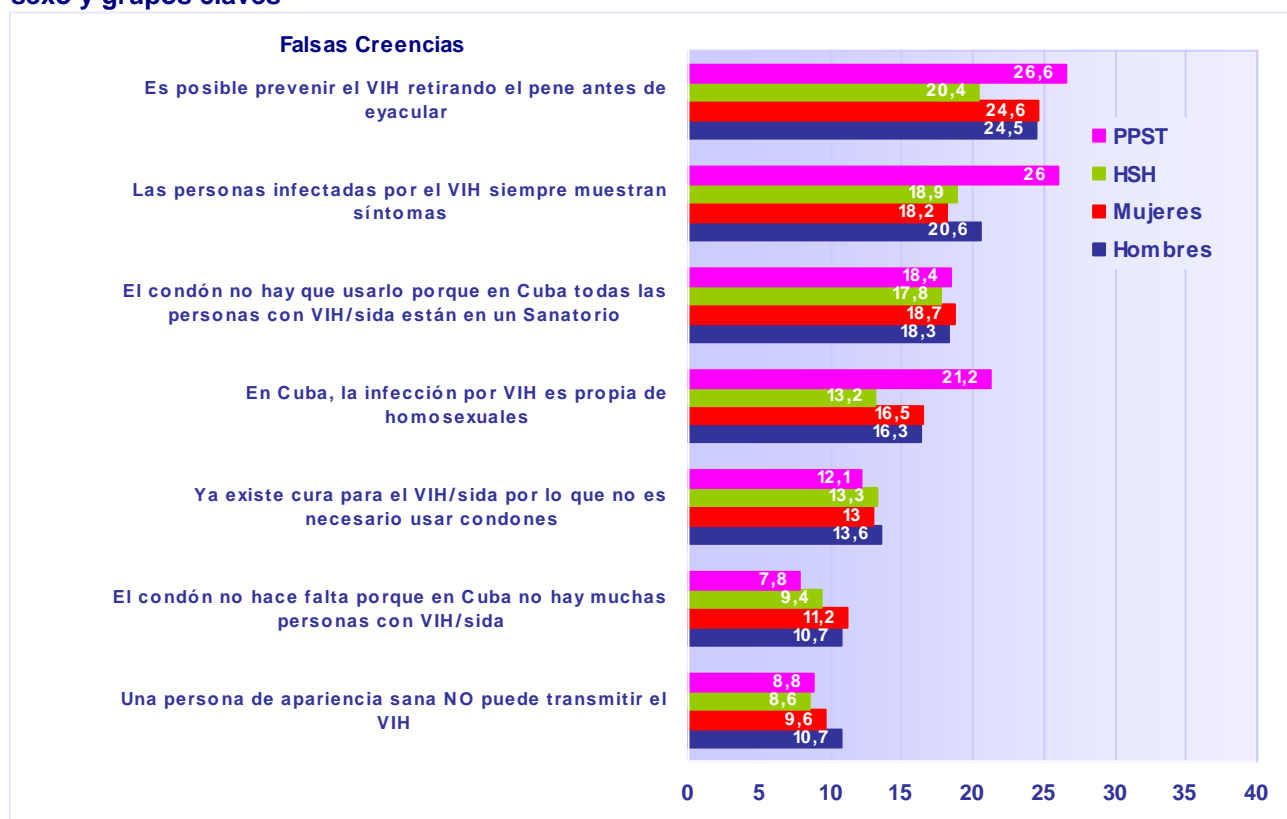
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Adicionalmente se distinguen otra serie de elementos erróneos que también constituyen una amenaza para la prevención. Algunos de ellos reflejan la falsa percepción que tienen un grupo de personas acerca de las apariencias de quienes están infectados con el VIH. Otros, indican la poca

disposición de adoptar comportamientos seguros que tienen algunas personas por asumir que no existe riesgo de transmisión sexual debido a que son pocos los casos de seropositivos en el país o sencillamente por creer que ya existe cura para el VIH/sida.

Si se adiciona a las proporciones de personas que clasifican claramente con falsas creencias, los porcentajes de aquellas que para cada ítem respondieron “no saber o sencillamente no respondieron”, lo cual evidencia desconocimiento, entonces los porcentajes de quienes tienen ideas erróneas acerca del VIH/sida son aún mayores (gráfico 3.34).

**Gráfico 3.34. Proporciones de personas de 12 a 49 años con falsas creencias sobre el VIH/sida, según sexo y grupos claves**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En cuanto a sexo, las proporciones de hombres con criterios erróneos en relación con el VIH/sida son superiores a las que se registran entre las mujeres. Mientras que, entre las poblaciones claves, las PPST constituyen el grupo mayormente permeado de falsas creencias.

No obstante, en todos los grupos el criterio errado que predomina es que “es posible prevenir el VIH retirando el pene antes de eyacular”. En ello coincide alrededor de un cuarto de la población, entre quienes se evidencia el desconocimiento sobre la posibilidad de transmisión en el líquido pre



eyaculatorio y las secreciones vaginales, pero además entre quienes se potencia el riesgo de infección por considerar que es posible prevenir la infección sin necesidad de usar condón.

Otra de las ideas erróneas frecuente y que amerita una especial atención es que “las personas infectadas por el VIH siempre muestran síntomas (20.6% hombres, 18.2% de las mujeres, 18.9% de los HSH y 26% de las PPST). Entre quienes así piensan posiblemente esté presente el riesgo de infección debido a que no perciben la necesidad de protegerse ante una persona de apariencia sana y saludable; consideran entonces que quienes frecuentan en la calle no tienen VIH sencillamente porque han concebido un estereotipo de persona con VIH en el cual no encaja una persona de apariencia sana o asintomática.

Es de notar que proporciones similares de personas desconocen que desde el año 2003 las personas con VIH en Cuba reciben atención ambulatoria y no sanatorial. Por lo que cerca de una de cada cinco personas posiblemente no se proteja para evitar la infección por el VIH debido a que no percibe riesgo en la calle ya que tienen en su mente el cliché de que al igual que ocurría en el siglo pasado, en la actualidad “en Cuba todas las personas con VIH están en un sanatorio”.

Otros criterios erróneos también difundidos, aunque en menor frecuencia, son que “en Cuba la infección por VIH es propia de homosexuales”, “que ya existe cura para el VIH/sida”, que “no hay que protegerse porque son muy pocas las personas con VIH en el país” o que “una persona con apariencia sana no puede transmitir el VIH”.

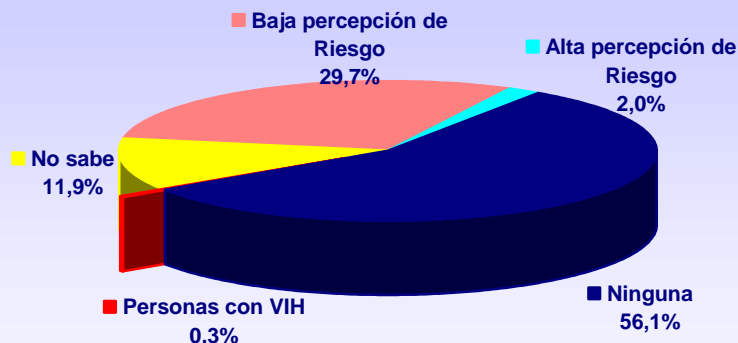
A modo de conclusión pudiera plantearse entonces que entre las personas de 12 a 49 años residentes en el país, persisten un grupo de falsas creencias en torno VIH/sida y al uso del condón como medio de protección que actúan como inhibidores de la motivación para protegerse y representan por consiguiente un potencial para la propagación del VIH en el país.

### **II.3.3.3 Percepción de riesgo de infección por VIH**

Para analizar la percepción que tienen las personas sobre el riesgo de contraer el VIH se incluyó en el cuestionario la pregunta: “Según su opinión ¿Qué posibilidad tiene usted de contraer el VIH?”. La misma se les realizó a todas las personas independientemente de que fueran seropositivas o no y como resultado se obtuvo que en general, e igual a lo que ocurría en períodos anteriores, la población cubana ve lejana la posibilidad de infectarse con el VIH (gráfico 3.35). Más de la mitad (56.1%) considera no tener absolutamente ninguna probabilidad, alrededor de un cuarto (29.7%) opinan tener muy poca posibilidad y el 11.9% no tiene idea al respecto.

**Gráfico 3.35. Proporción de personas de 12 a 49 años según percepción que tienen sobre la posibilidad de infectarse con el VIH.**

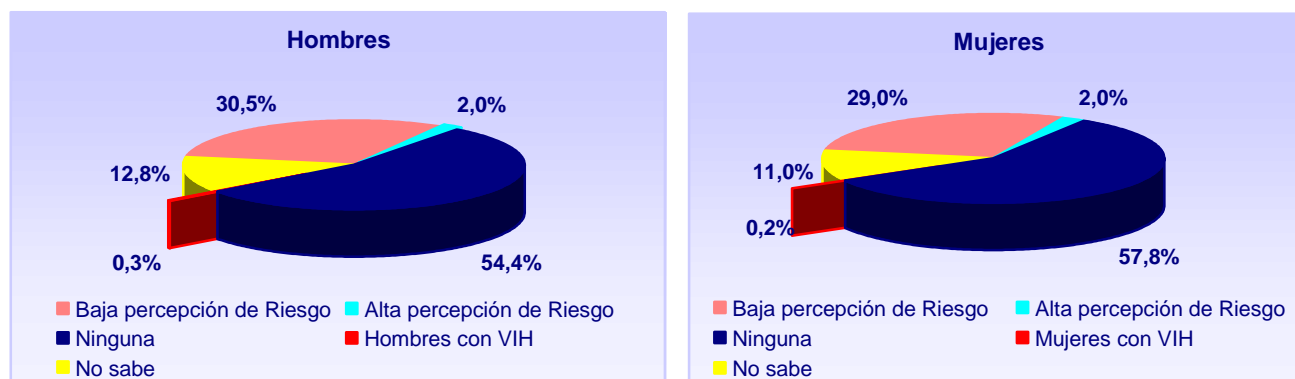
Cuatro de cada cinco personas (85,8%) consideran tener poca o ninguna posibilidad de infectarse con el VIH.



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

En cuanto a sexo se distinguen algunas diferencias (gráfico 3.36). Mientras en el caso de los hombres el 0.3% se encuentra infectado, entre las mujeres la prevalencia es menor (0.2%), en consecuencia, aunque ambos tienen muy poca percepción de riesgo, ellas perciben más remota las posibilidades de infectarse, el 57.8% opinan no tener ninguna posibilidad en tanto en el caso de los hombres este criterio es sostenido por el 54.4%.

**Gráfico 3.36. Proporción de personas de 12 a 49 años según percepción que tienen sobre la posibilidad de infectarse con el VIH, según sexo**

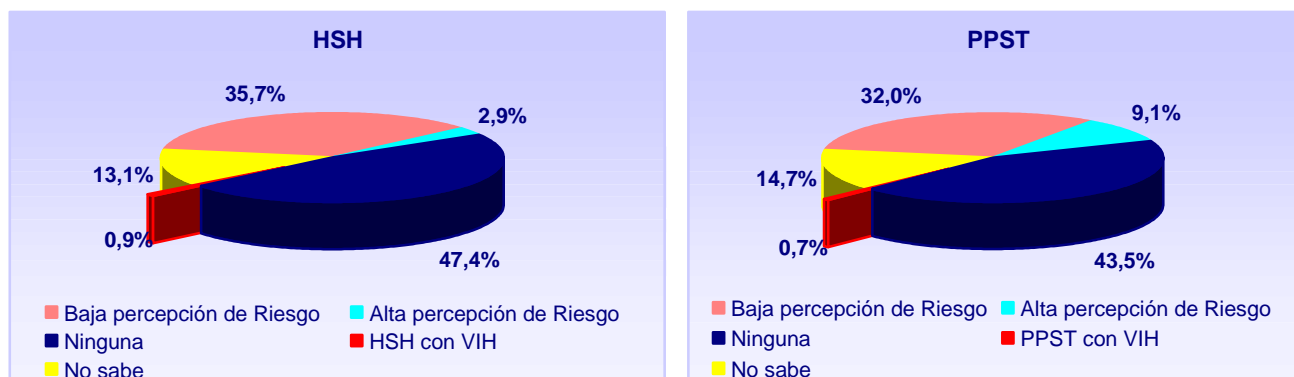


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Entre los grupos poblacionales en estudio quienes mayormente perciben estar expuestos al riesgo son las PPST (gráfico 3.37). Sin embargo, a pesar de las relaciones riesgosas en que se involucran quienes tienen sexo a cambio de alguna transacción, apenas una de cada diez (9.1%) percibe tener una elevada posibilidad de infectarse. El 43.5% considera no tener ninguna

posibilidad, un 32% considera tener muy poca probabilidad y el 14.7% refiere no tener idea al respecto.

**Gráfico 3.37. Proporción de HSH y PPST de 12 a 49 años según percepción que tienen sobre la posibilidad de infectarse con el VIH.**

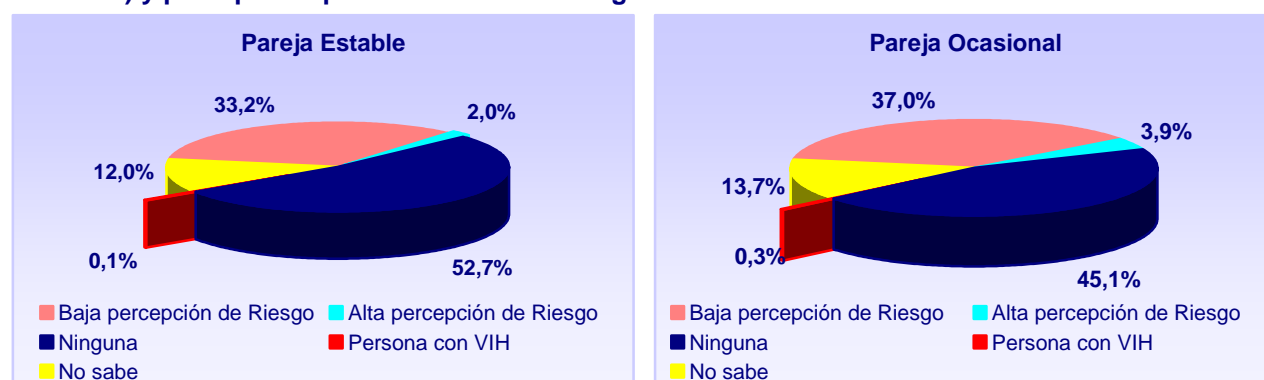


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Los HSH, a pesar de ser el grupo poblacional en que se concentran las mayores proporciones de personas seropositivas del país y, por ende, ser ellos quienes tienen mayores probabilidades de tener relaciones sexuales con una persona ya infectada, muestran tener muy poca conciencia sobre las posibilidades reales de adquirir el VIH a las que se exponen. Algo más de un tercio (35.7%) consideran tener pocas posibilidades de infectarse, cerca de la mitad (47.4%) piensan que no están expuestos al riesgo, un 13.1% opina no tener idea al respecto y solo un 2.9% manifiesta tener una alta percepción de riesgo.

Según tipos de parejas sexuales también se identifican diferencias en cuanto a la percepción del riesgo de infección por VIH (gráfico 3.38).

**Gráfico 3.38. Proporción de personas de 12 a 49 años según tipo de pareja sexual (estable u ocasional) y percepción que tienen sobre el riesgo de infectarse con el VIH/sida**

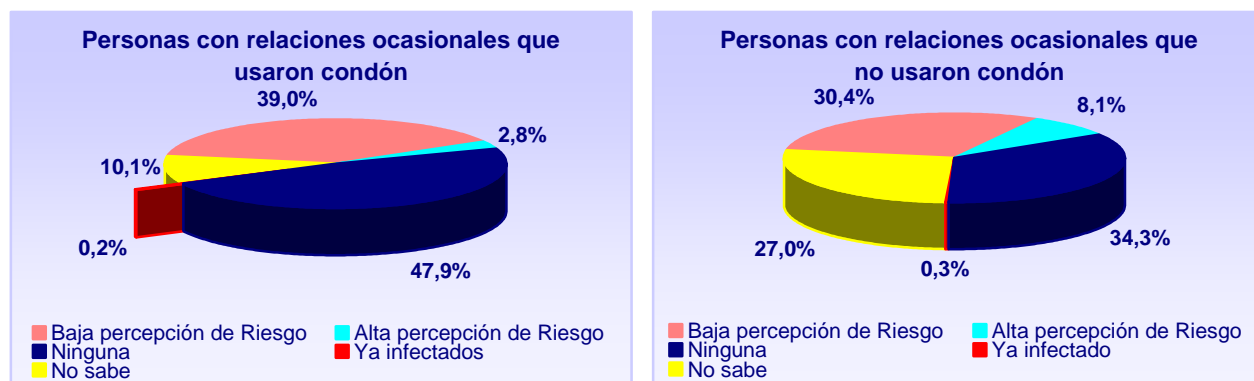


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida- 2017

Mientras el 85.9% de las personas con pareja estable consideran tener poca o ninguna posibilidad de infectarse, el 82.1% de quienes tuvieron relaciones sexuales con parejas de menos de un año de duración piensan lo mismo, siendo la diferencia más notable si se comparan los porcentajes de quienes creen no tener ninguna probabilidad (52.7% de quienes tienen pareja estable y 45.1% de quienes tienen pareja ocasional). De ahí que pueda plantearse que, aunque es baja la percepción de riesgo independientemente de uno u otro tipo de pareja sexual, las personas con parejas ocasionales perciben tener mayor riesgo de infectarse que quienes solo tuvieron relaciones sexuales con una pareja estable.

Para determinar si existe relación entre la percepción de riesgo y el uso del condón, se cruzaron ambas variables entre las personas con relaciones ocasionales, pudiendo verificarse (gráfico 3.39) que quienes usaron condón con parejas ocasionales, perciben tener un menor riesgo de infectarse con el VIH que quienes no lo usaron (86.9% versus 64.7% de los segundos perciben tener poca o ninguna probabilidad de infectarse) en tanto entre quienes no se protegieron son más elevadas las proporciones de personas que consideran tener un alto riesgo de infectarse que entre quienes usaron condón (27% versus 10.1% respectivamente).

**Gráfico 3.39. Proporciones de personas con relaciones sexuales ocasionales según uso del condón y percepción del riesgo de infección con el VIH**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA- 2017

Este resultado corrobora que, aunque la percepción de riesgo se mantiene baja tanto entre quienes se protegieron como entre quienes no lo hicieron, existe una relación inversa entre la percepción de riesgo y el uso del condón solo que pareciera que el uso del condón incide en la percepción de riesgo y no exactamente al revés.

#### **II.3.3.4 Tenencia de ITS y percepción de riesgo de infección por VIH**

Las Infecciones de Transmisión Sexual se consideran a nivel mundial como uno de los problemas de salud más comunes y aunque se desconoce su real magnitud se estima que en los países en desarrollo es una de las causas más frecuentes de búsqueda de servicios de salud en población mayor de 15 años<sup>38</sup>. La repercusión de sus secuelas en ambos sexos, su relación con el incremento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, el cáncer genital y su papel facilitador en la transmisión sexual del VIH están bien documentados y evidencian la trascendencia de este grupo de dolencias (WHO,2007; OMS,2016).

La Estrategia Mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (OMS, 2016), está encaminada a guiar los esfuerzos destinados a acelerar y focalizar las iniciativas de prevención integrales mediante la ampliación de los enfoques comportamentales, biomédicos y estructurales combinados que estén basados en datos científicos; facilitar el acceso de las personas a la información sobre su estado en relación con las ITS; mejorar el acceso a tratamiento y a cuidados integrales a largo plazo, cuando sea necesario, y hacer frente a la estigmatización y la discriminación generalizadas. Promueve un enfoque centrado en las personas, basado en los principios de los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad sanitaria, determinando que la respuesta del sector salud frente a las ITS resulta decisiva para lograr la cobertura sanitaria universal, una de las principales metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) establecidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, lo que permitirá a su vez consolidar los avances hacia el objetivo de poner fin a las epidemias y en específico a la del VIH.

Por ello, es considerado una obligación de los estados y de la sociedad en su conjunto trabajar para garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud que ofrezcan prevención y tratamiento de las ITS de calidad mediante la introducción de intervenciones eficaces. En este sentido Cuba es un ejemplo a seguir. En el país la salud es pública, gratuita y tiene cobertura nacional; existe la voluntad política de apoyar la respuesta nacional a las ITS y al VIH, que se soporta en un programa de prevención combinado que presta atención a los determinantes sociales de la salud y, en consecuencia, el Programa Nacional, con el apoyo del estado, logró, desde el año 2015, que Cuba fuera certificada por la OMS como “el primer país en el mundo en eliminar la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH”.

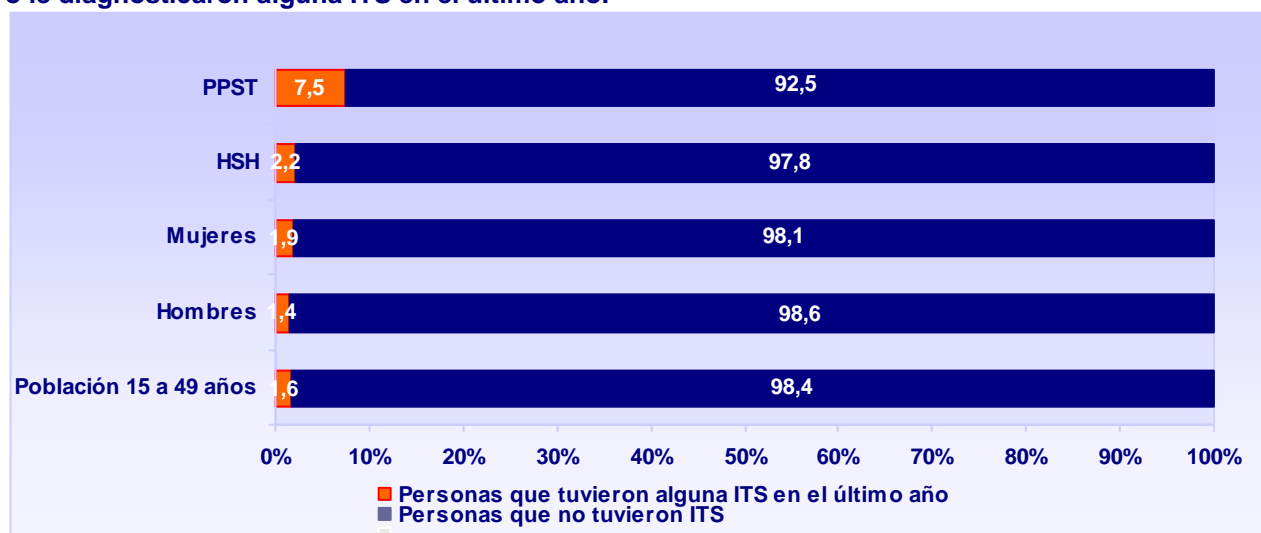
<sup>38</sup> Según la OMS (OMS, 2016), se estima que todos los años se registran 357 millones de nuevos casos de cuatro tipos de ITS curables en personas de entre 15 y 49 años y la prevalencia de ITS víricas es igualmente elevada (417 millones están infectadas por herpes simple de tipo 2 y aproximadamente 291 millones de mujeres son portadoras del virus del papiloma humano).

En el Plan Estratégico Nacional de Respuesta a las ITS y el VIH 2014-2018<sup>39</sup>, se contemplaban los componentes principales (técnico y sensibilizador) de la Estrategia Mundial de prevención y control de las ITS 2006–2015, pero desde el pasado siglo el tema de las ITS era atendido como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y el esquema de trabajo estaba en línea con la estrategia Mundial 2016-2021, parte de lo cual propició los resultados que hoy se exhiben en el país.

Con el propósito de apoyar al Programa Nacional en la respuesta a las ITS y al VIH y poder conocer además si el haber sufrido realmente un episodio de ITS pudiera estar incidiendo en una mejor evaluación del riesgo y, por tanto, en una mayor autopercepción de probabilidad de infección con el VIH, en la encuesta se indagó sobre la prevalencia de disímiles ITS durante el año previo al levantamiento en la población de 15 a 49 años sexualmente experimentada y la relación que existía entre ambas variables.

Pudo conocerse al respecto que el 1.6% de las personas sexualmente experimentadas comprendidas en esas edades tenían o le diagnosticaron al menos una ITS durante el año previo a la encuesta (gráfico 3.40), lo que, si bien en términos relativos pudiera parecer pequeño, en valores absolutos se estima en 84 089 personas a lo largo del territorio nacional.

**Gráfico 3.40. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentada que adquirieron o le diagnosticaron alguna ITS en el último año.**



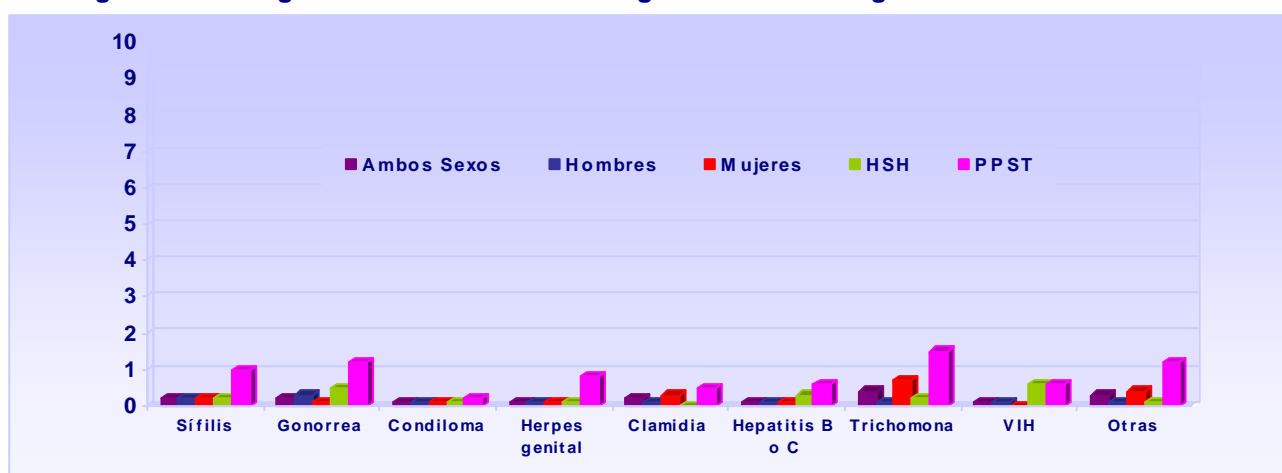
Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA- 2017

<sup>39</sup> MINSAP. Plan estratégico Nacional 2014-2018

La tasa de no respuesta fue de 0.6% como promedio tanto para hombres como para mujeres, y la proporción de mujeres que declararon haber tenido o que le hubieran diagnosticado una ITS en los últimos 12 meses fue comparativamente superior a la de los hombres (1.9% versus 1.4% respectivamente), lo que de acuerdo al riesgo pone en desventaja a las mujeres. Per se, es en primer lugar en las PPST seguido en orden por los HSH donde se registraron las mayores prevalencias de ITS durante el año previo al levantamiento de la encuesta, lo que corrobora la vulnerabilidad de ambas poblaciones a la infección por VIH.

Las ITS más frecuentes resultaron ser la trichomonas y clamidia en el caso de las mujeres con una prevalencia de 0.7% y 0.3% respectivamente; la gonorrea y sífilis en los hombres que afectaron al 0.3% y 0.2% respectivamente; el VIH, la gonorrea, hepatitis B o C, la sífilis y la trichomonas en la población HSH (0.6%, 0.5%, 0.3%, 0.2% y 0.2% respectivamente) y, en las PPST, si bien todas las ITS resultaron más frecuentes que en los otros grupos, las más comunes fueron la trichomonas (1.5%), gonorrea (1.2%), sífilis (1%), herpes genital (0.8%), hepatitis B o C (0.6%), VIH (0.6%), clamidia (0.5%) y en menor medida el condiloma que afecto al 0.2% de esta población (gráfico 3.41).

**Gráfico 3.41. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentada que adquirieron o le diagnosticaron alguna ITS en el último año según sexo e ITS diagnosticadas.**

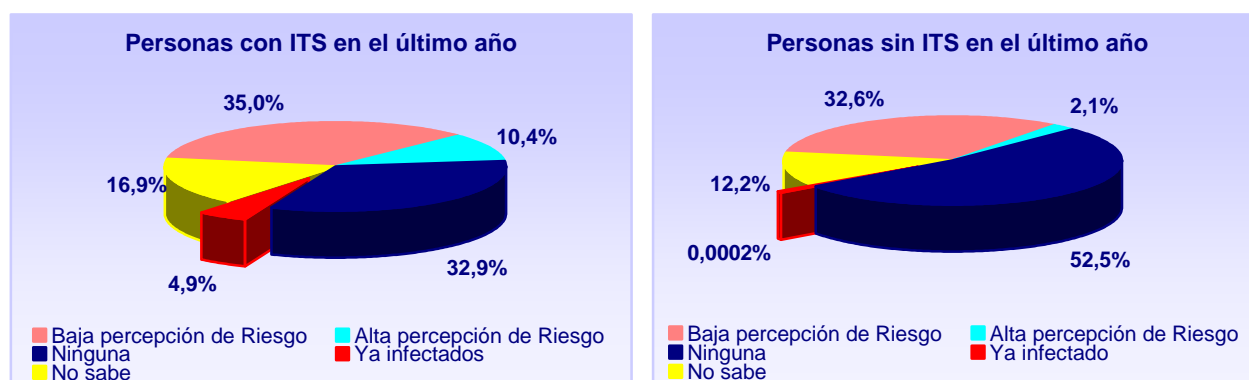


Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA- 2017

Teniendo en cuenta que la mayoría de estas Infecciones son incurables, que las que pudieran tener cura como es el caso de la sífilis y la gonorrea, si se diagnostican en estadios avanzados pueden dejar secuelas importantes en la vida de las personas y que la presencia de ITS es facilitadora de la infección por VIH, se estudió entonces la percepción de riesgo de infección por VIH entre quienes tuvieron la vivencia de haber tenido o que le hubieran diagnosticado una ITS durante el último año.

Pudo conocerse entonces que la percepción de tener un alto riesgo de infección con el VIH es, aunque baja, 8 puntos porcentuales superior entre quienes tuvieron la vivencia de haber adquirido una ITS que entre quienes no pasaron por ello (10.4% versus 2.1%) y 20 puntos porcentuales inferior las proporciones de quienes opinan no tener ningún riesgo de infectarse (32.9% versus 52.5%), lo que evidencia que existe una relación directa entre la autopercepción de riesgo y haber vivido un episodio de ITS (gráfico 3.42).

**Gráfico 3.42. Proporciones de personas de 15 a 49 años sexualmente experimentadas según tenencia de ITS en año previo al levantamiento de la encuesta y percepción del riesgo de infección con el VIH.**



Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA- 2017

Sin embargo, el hecho de que más de las dos terceras partes (67.9%) de las personas que tuvieron una ITS durante los 12 meses previos a la encuesta perciban tener poca o ninguna posibilidad de infectarse ponen en evidencia que no existe una consistencia conductual entre la percepción de riesgo y la vivencia de ITS. De ahí que pueda concluirse que la percepción de riesgo desarrollada por las personas enfrentadas al riesgo no es suficiente entonces para generar una movilización total hacia una respuesta preventiva efectiva, lo que constituye un tema para el debate por tratarse de una población vulnerable altamente expuesta al riesgo.