

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CARACTERÍSTICAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA EL
VIH DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y
TRABAJADORAS SEXUALES EN OCHO CIUDADES DEL ECUADOR**

Dr. Thomas Koehler

Tesis de grado presentado como requisito
para la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Quito, mayo de 2008

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACION DE TESIS

**Características y comportamientos de riesgo para el VIH de hombres que
tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales en ocho ciudades del
Ecuador**

Dr. Thomas Köhler

Mauricio Espinel, Ph.D.

Director de la Tesis

.....

William Waters, Ph.D.

Miembro del Comité de Tesis

.....

Pablo Acosta, Dr.

Miembro del Comité de Tesis

.....

Benjamín Puertas, Dr. MPH

Director de la Maestría en Salud Pública

.....

Enrique Noboa, Dr.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

.....

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.

Decano del Colegio de Postgrados

.....

Quito, mayo de 2008

© Derechos de Autor
Dr. Thomas Köhler
2008

Resumen

La epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador se encuentra todavía en un estado concentrado con seroprevalencias en la población general alrededor del 0,3 %. Sin embargo, en las poblaciones de mayor afectación, los hombres teniendo sexo con hombres (HSH) y las trabajadoras sexuales (TS), las seroprevalencias llegan hasta el 27,8 % y 2,1 %, respectivamente. Si bien se conoce el rol importante de estas poblaciones en la propagación continuada y la generalización del VIH/SIDA, no se cuenta con datos exactos de características y comportamientos de riesgo de HSH y TS a nivel nacional. Mediante el análisis de 4943 entrevistas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) realizadas en ambas poblaciones en ocho ciudades del país, la presente tesis estudia a profundidad los HSH y TS. Los resultados demuestran claramente la alta prevalencia de comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH/SIDA en estas poblaciones comparados con la población general. Además, evidencian el rol crucial de HSH y TS en la propagación ininterrumpida del virus mediante contactos entre sí, y con personas que actúan como puentes epidemiológicos de la transmisión de la enfermedad a la población general. La información presentada exige la actuación rápida por parte de las autoridades del sistema de salud en cuanto a estudios más profundos e intervenciones específicas dirigidas a HSH y TS. En caso contrario la generalización del VIH/SIDA en Ecuador será inevitable.

Abstract

The HIV/AIDS epidemic in Ecuador is still situated in the concentrated state showing sero-prevalences in the general population of around 0.3 %. However, the segments of the population most affected by the virus, men who have sex with men (MSM) and female sex workers, exhibit sero-prevalences up to 27.8 % and 2.1 %, respectively. Although there exists a broad understanding of the importance of these population segments in the continuous spreading and the generalization of HIV/AIDS, Ecuador is lacking exact data of the characteristics and the risk behavior of MSM and female sex workers on a national level. By analyzing 4943 “knowledge, attitudes, beliefs and practices” (KABP) surveys carried out in the two population groups in eight cities of the country, the present thesis studies profoundly the features of MSM and female sex workers. The results clearly demonstrate the high prevalence of risk behavior related to the transmission of HIV/AIDS within these groups compared to the general population. Furthermore, they present evidence of the crucial role of MSM and female sex workers in the uninterrupted spread of the disease (1) by maintaining sexual relations with other MSM and female sex workers, and (2) by maintaining sexual relations with people outside of these groups who act as bridge populations transmitting the disease to the general population. The results compiled by this study call for rapid action of the authorities of the health sector conducting more profound studies and initiating specific interventions. If not, the generalization of HIV/AIDS in Ecuador will be inevitable.

TABLA DE CONTENIDO

Portada.....	i
Hoja de aprobación de Tesis	ii
Derechos de Autor.....	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Tabla de contenido	vi
Lista de Cuadros y Diagramas	viii
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes	1
1.1 Biología molecular del VIH y ciclo replicativo	1
1.2 Vías de transmisión del VIH, grupos de riesgo y grupos puente	3
1.3 Prevalencia del VIH/SIDA a nivel mundial y en el Ecuador	4
1.4 Categorías epidemiológicas del estado de la epidemia del VIH	5
1.5 Sistemas de vigilancia del VIH/SIDA.....	7
1.6 La vigilancia del VIH/SIDA en el Ecuador	8
1.7 La epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador.....	9
1.8 Estudios anteriores sobre comportamientos de riesgo en el Ecuador	11
2. Planteamiento del problema	13
3. Justificación.....	15
4. Hipótesis.....	17
5. Objetivos	18
METODOLOGÍA	19
1. Diseño del estudio	19
2. Universo del trabajo, tamaño de muestra y muestreo	20
3. Instrumentos y procedimientos de la investigación	21
4. Procesamiento y análisis de los datos	23
RESULTADOS	26
1. Resultados para hombres sexo con hombres (HSH):.....	27
1.1 Información socio-demográfica:	27
1.2 Situación laboral.....	31
1.3 Ahorros.....	33
1.4 Integración y soporte social.....	34

1.5	Uso de condón.....	37
1.6	Comportamiento sexual.....	41
1.7	Encuentros sexuales anteriores.....	43
1.8	Disponibilidad de condones	48
1.9	Conocimientos sobre el VIH y las ITS y antecedentes	49
2.	Resultados para Trabajadores Sexuales (TS):.....	54
2.1	Información sociodemográfica.....	54
2.2	Situación laboral.....	58
2.3	Ahorros.....	62
2.4	Integración y soporte social.....	64
2.5	Uso de condón.....	67
2.6	Comportamiento sexual.....	70
2.7	Encuentros sexuales anteriores.....	71
2.8	Disponibilidad de condones	75
2.9	Compañero regular	76
2.10	Conocimientos sobre el VIH y las ITS y antecedentes	77
RESUMEN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		83
1.	Características de los HSH y TS	83
2.	Factores y comportamientos de riesgo	90
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES		97
BIBLIOGRAFÍA.....		105

LISTA DE CUADROS Y DIAGRAMAS

INTRODUCCIÓN

Cuadro 1: Estructura molecular VIH.....	2
Cuadro 2: Proporciones de infecciones por el VIH en diferentes grupos de población por región, 2005.....	4
Cuadro 3: Categorías del estado de la epidemia.....	6
Cuadro 4: Calidad de sistemas de vigilancia serológica ALC.....	8

METODOLOGÍA

Cuadro 1: Número de entrevistas y pesos por ciudad y grupo poblacional.....	26
--	----

RESULTADOS

Figura 1: Ubicación geográfica de las ocho ciudades del estudio.....	27
Cuadro 1.1.1: Distribución de HSH según sitio de encuentro/ entrevista.....	28
Cuadro 1.1.2: Distribución de HSH entrevistados por edad.....	28
Cuadro 1.1.3: Distribución HSH por grupos etarios.....	29
Diagrama 1.1.1. Estado civil actual de los HSH entrevistados.....	29
Cuadro 1.1.4: Pertenencia a grupos sexuales según autoconsideración de HSH....	30
Cuadro 1.1.5: Hijos propios en el momento de la entrevista.....	31
Diagrama 1.1.2: Distribución de número de hijos/as HSH.....	31
Cuadro 1.1.6: Distribución de niveles de estudios alcanzados por los HSH.....	31
Cuadro 1.2.1: Situación laboral actual de HSH.....	32
Cuadro 1.2.2: Grupos de ingresos semanales como múltiplos del sueldo mínimo...33	
Cuadro 1.2.3: Promedio de días por semana y horas por día trabajados.....	33
Cuadro 1.2.4: Lugar de residencia igual al lugar de trabajo.....	33
Cuadro 1.3.1: Cantidad promedio de ahorros y deudas.....	34
Cuadro 1.3.2: Disposición de vender bien o cosa si necesario.....	34
Cuadro 1.4.2: Distribución de HSH según índice de integración social y promedio.....	35
Cuadro 1.4.3: Problemas por preferencias en familia y comunidad.....	36
Cuadro 1.4.4: Distribución de los HSH según el Índice de soporte social.....	36
Cuadro 1.4.5: Distribución de HSH según Índice de destrezas para la vida.....	37
Cuadro 1.5.1: Distribución de HSH según tiempo de uso del condón.....	38
Diagrama 1.5.1: Distribución de razones por no usar condón en los HSH.....	39

Cuadro 1.5.2:	Porcentaje de HSH que observan fecha de caducidad de condones..	39
Cuadro 1.5.3:	Distribución de los HSH según ruptura del condón durante acto sexual.....	39
Cuadro 1.5.4:	Fuentes de enseñanza del uso de condón.....	40
Cuadro 1.5.5:	Distribución de lugar de recepción de condones gratis y comprados.....	41
Cuadro 1.5.6:	Promedio de condones adquiridos y precio pagado en la última compra.....	41
Cuadro 1.6.1:	Promedio de edad del inicio de las relaciones sexuales como HSH..	42
Cuadro 1.6.2:	Promedio de edad al tener la primera relación sexual pagada.....	42
Cuadro 1.6.3:	Número de contactos sexuales diferentes de los HSH en la última semana.....	43
Cuadro 1.7.1:	Distribución de los HSH según lugar de contacto con último/a compañero/a.....	44
Cuadro 1.7.2:	Distribución de los HSH según sexo del último compañero.....	44
Cuadro 1.7.3:	Distribución de los HSH según sexo de los/las tres últimos/as compañeros/as.....	45
Diagrama 1.7.1:	Distribución de HSH según sexo del compañero (tres últimos contactos).....	45
Cuadro 1.7.4:	Distribución de los HSH según clase social del último compañero.....	46
Diagrama 1.7.2:	Distribución de HSH según número de veces sexo con penetración último compañero.....	46
Cuadro 1.7.5:	Distribución de los HSH según uso del condón con el/la último/a compañero/a.....	47
Cuadro 1.7.6:	Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de una ETS/ITS.....	48
Cuadro 1.7.7:	Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de la infección del VIH/SIDA.....	48
Cuadro 1.8.1:	Distribución de los HSH según disponibilidad de condones la última vez que tuvieron sexo sin condón.....	49
Cuadro 1.8.2:	Distribución de los HSH según razones por no tener condones disponibles.....	49

Cuadro 1.9.1:	Distribución de los HSH según conocimiento básico sobre ITS.....	50
Cuadro 1.9.2:	Distribución de los HSH según conocimiento básico sobre VIH/SIDA.....	50
Cuadro 1.9.3:	Distribución de los métodos de prevención del VIH/SIDA identificados por HSH.....	51
Cuadro 1.9.4:	Distribución de los HSH según razones para realizarse un examen de VIH.....	51
Cuadro 1.9.5:	Distribución de los HSH según institución del examen del VIH.....	52
Cuadro 1.9.6:	Promedio de precio pagado por examen de VIH según lugar de asistencia.....	53
Cuadro 1.9.7:	Orden de los lugares recomendados para realizarse la prueba de VIH.....	53
Cuadro 1.9.8:	Confidencialidad de los lugares de los exámenes de VIH.....	54
Cuadro 2.1.1:	Distribución de los sitios de encuentro/ entrevista con las TS.....	55
Cuadro 2.1.2:	Distribución de TS entrevistadas por edad.....	55
Cuadro 2.1.3:	Distribución TS por grupos etarios.....	56
Diagrama 2.1.1:	Estado civil actual de las TS entrevistadas.....	56
Cuadro 2.1.4:	Hijos propios en el momento de la entrevista.....	57
Diagrama 2.1.2:	Distribución de las TS con hijos/as según el número total de hijos/as.....	57
Cuadro 2.1.5:	Distribución de las TS según nivel de estudios alcanzado.....	58
Cuadro 2.2.1:	Distribución de las TS según autoconsideración como TS.....	59
Cuadro 2.2.2:	Distribución de las TS según tenencia de carnet para realizar trabajo sexual.....	59
Cuadro 2.2.3:	Estadísticas promedio del tiempo dedicado al trabajo sexual.....	60
Cuadro 2.2.4:	Distribución de las TS según número de clientes (sexo pagado) en última semana.....	60
Cuadro 2.2.5:	Grupos de ingresos semanales como múltiplos del sueldo mínimo...61	
Cuadro 2.2.6:	Cruce de distribución de TS según trabajo no sexual y clientes última semana.....	61
Cuadro 2.2.7:	Tiempo total y ganancias del trabajo sexual y trabajo no sexual.....	62
Cuadro 2.2.8:	Distribución de TS según lugar de residencia igual/diferente al lugar de trabajo.....	62
Cuadro 2.3.1:	Cantidad promedia de ahorros y deudas de las T.....	63

Cuadro 2.3.2:	Distribución de las TS según deuda condicionada a seguir trabajando como TS.....	63
Cuadro 2.3.2:	Disposición de vender bien o cosa si necesario.....	64
Cuadro 2.4.1:	Distribución del índice de integración social y promedio.....	65
Cuadro 2.4.2:	Distribución de TS según consciencia de la familia sobre trabajo sexual.....	65
Cuadro 2.4.3:	Distribución de los TS según el Índice de soporte social.....	66
Cuadro 2.4.4:	Distribución de TS según tiempo desde hace último abuso/golpe por cliente/policía.....	67
Cuadro 2.4.5:	Distribución de TS según reporte del abuso.....	67
Cuadro 2.4.6:	Distribución de las TS según Índice de destrezas para la vida.....	67
Cuadro 2.5.1:	Distribución de las TS según tiempo de uso del condón.....	68
Cuadro 2.5.2:	Porcentaje de TS que observan la fecha de caducidad de condones..	68
Cuadro 2.5.3:	Fuentes de enseñanza del uso de condón.....	69
Cuadro 2.5.4:	Distribución de lugar de recepción de condones gratis y comprados.....	70
Cuadro 2.5.5:	Promedio de condones adquiridos y precio pagado en la última compra.....	70
Cuadro 2.5.6:	Promedio de condones de TS en el momento de la entrevista.....	70
Cuadro 2.6.1:	Promedio de edad del inicio de las relaciones sexuales de las TS.....	71
Cuadro 2.6.2:	Promedio de edad al tener la primera relación sexual pagada.....	71
Cuadro 2.6.3:	Distribución de las TS según ruptura del condón alguna vez durante acto sexual.....	71
Cuadro 2.7.1:	Distribución de las TS según lugar de contacto con último cliente...	72
Cuadro 2.7.2:	Promedios del pago recibido por los tres últimos clientes.....	72
Cuadro 2.7.3:	Distribución de las TS según clase social de los clientes.....	73
Cuadro 2.7.4:	Distribución de los clientes de TS según estructura etaria.....	73
Cuadro 2.7.5:	Distribución de TS según estado marital del último cliente.....	74
Cuadro 2.7.6:	Distribución de los servicios más proporcionados por las TS.....	74
Cuadro 2.7.7:	Distribución de las TS según uso del condón con el último cliente..	75
Cuadro 2.7.8:	Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de una ETS/ITS.....	75
Cuadro 2.7.9:	Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de la infección del VIH/SIDA.....	75

Cuadro 2.8.1:	Distribución de TS según disponibilidad de condones la última vez que tuvieron sexo sin condón.....	76
Cuadro 2.9.1:	Distribución de las TS según existencia de pareja estable en el momento.....	77
Cuadro 2.9.2:	Distribución de las TS según uso de condón con pareja estable la última vez.....	77
Cuadro 2.9.3:	Razones para no usar condón con pareja estable.....	77
Cuadro 2.10.1:	Distribución de las TS según conocimiento básico sobre ITS.....	78
Cuadro 2.10.2:	Distribución de las TS según conocimiento básico sobre VIH/SIDA.....	78
Cuadro 2.10.3:	Distribución de métodos de prevención del VIH/SIDA identificados por las TS.....	79
Cuadro 2.10.4:	Distribución de respuestas acerca del riesgo de contraer el VIH en caso de ETS/ITS.....	79
Cuadro 2.10.5:	Distribución de las TS según razones para realizarse un examen de VIH.....	80
Cuadro 2.10.6:	Distribución de las TS según lugar de realizar el examen del VIH...80	
Cuadro 2.10.7:	Promedio de precio pagado por examen de VIH según lugar de asistencia.....	81
Cuadro 2.10.8:	Orden de lugares más recomendados para realizarse la prueba de VIH.....	81
Cuadro 2.10.9:	Confidencialidad de los lugares de los exámenes de VIH.....	82
Cuadro 2.10.10:	Distribución de TS según síntomas de ETS y tiempo pasado desde hace última vez.....	82
Cuadro 2.10.11:	Distribución de las TS según lugar de recibir tratamiento.....	83
Cuadro 2.10.12:	Distribución de TS según razones por no buscar tratamiento.....	83

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Cuadro 1:	Comparación de algunas características de HSH y TS.....	99
------------------	---	----

INTRODUCCIÓN

1. *Antecedentes*

A principios de los años ochenta, justo cuando se pensaba que la humanidad lograba controlar el impacto de las enfermedades transmisibles a nivel mundial, aparece una nueva pandemia con los primeros reportes de casos del virus de la inmunodeficiencia humana VIH y del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).¹

Probablemente transferido a seres humanos por chimpancés en el Camerún o el Congo en los años 1950, el virus llegó a los Estados Unidos donde se evidenciaron, a principios de los años ochentas, los primeros casos de un síndrome antes desconocido entre hombres homosexuales de San Francisco, Los Ángeles y Nueva York. Las características de este síndrome eran infecciones oportunistas y formas raras de cánceres resistentes a los tratamientos normales. Eventualmente, este síndrome recibió el nombre del SIDA.^{2,3} Poco tiempo después, se identificó también el virus asociado a la linfadenopatía o virus linfotrópico de células T humanas (LAV/HTLV-III), hoy conocido por el nombre VIH, como causante de este síndrome^{4,5}. Sin embargo, debido a la manera específica de su transmisión y al inicial desconocimiento acerca de la misma, el VIH se propagó rápidamente desde unos pocos casos aislados hacia la presencia del virus en niveles nacionales y mundiales.

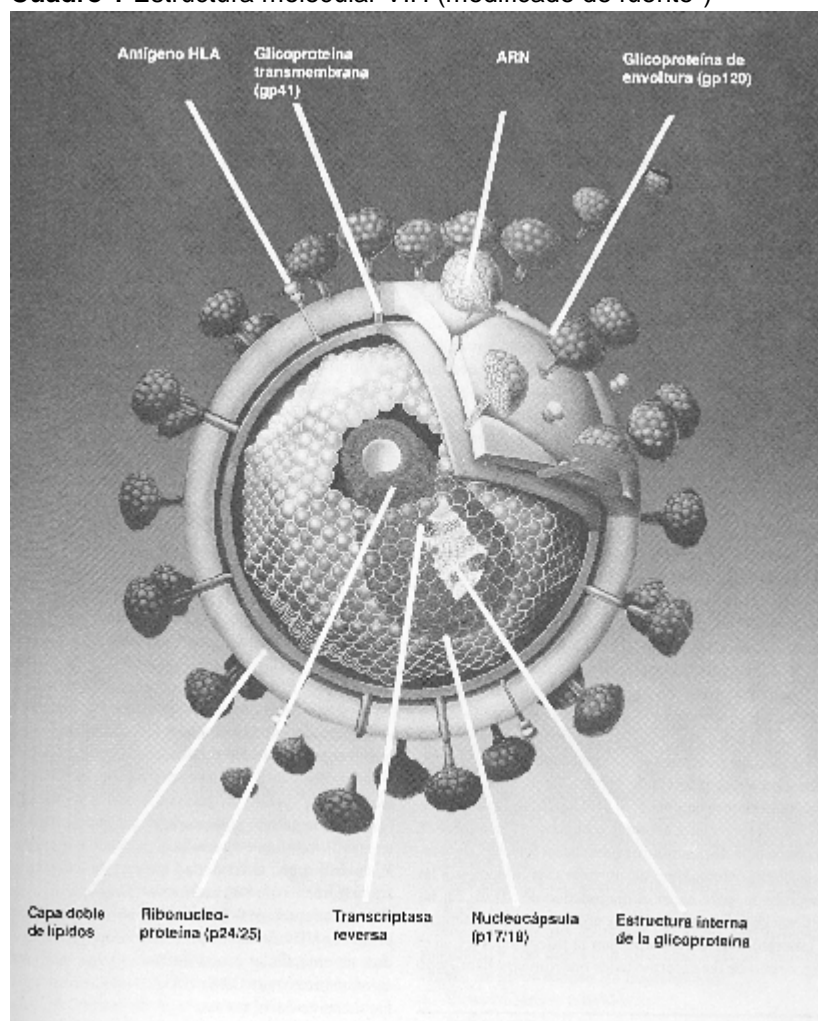
Como resultado, hoy en día este síndrome se ha convertido en una pandemia con aproximadamente 40.3 millones de personas viviendo con el VIH, 5 millones de nuevos infectados cada año⁶ y una búsqueda continua por encontrar una solución al problema mundial del VIH/SIDA.

1.1 **Biología molecular del VIH y ciclo replicativo**

El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a una clase especial de virus llamado “retrovirus”, y dentro de esta clase, a la familia de los “lentivirus”. Igual que todos los virus, el VIH requiere de la infección de una célula para su replicación. Fuera de la célula solamente existe en una forma avital conocida como “virión” (véase cuadro 1)⁷. El virión es una partícula de estructura icosaédrica de aproximadamente 0.1µm, formado por una cubierta externa de bicapa lipídica en la que están integradas ciertas glicoproteínas de superficie, gp120 y gp 41. Sobre todo, el gp120 interactúa con el antígeno CD4 de las células humanas T,

u otras células, exprimiendo este receptor en su superficie para establecer la adhesión del virus a la célula huésped como primer paso del ciclo replicativo. La cubierta externa contiene un nucleocápside constituido por ARN vírico genómico como material genético. El ARN del VIH solamente contiene 9 genes que, al infectar una célula, primero tiene que ser transformado en ADN mediante una enzima llamada transcriptasa inversa. Solo en forma de ADN, el genoma del virus logra compatibilidad con el material genético humano y puede integrarse en el genoma de las células humanas. Este proceso de transcripción invertida de ARN a ADN ha dado a los virus de esta clase el nombre de “retrovirus”⁸.

Cuadro 1 Estructura molecular VIH (modificado de fuente⁹)



Debido a la transcripción invertida y la inestabilidad de la ARN, el VIH se caracteriza por una alta variabilidad genética que conlleva a la existencia de dos tipos del virus, el VIH-1 y VIH-2 con varios grupos y subtipos que han contribuido a la rápida propagación del virus. Además, esto tiene consecuencias en cuanto a la efectividad del tratamiento con antirretrovirales. Si bien, los diferentes tipos del virus se distinguen por su infecciosidad (el tipo 2 parece ser menos infeccioso), todos causan el mismo SIDA. Sin embargo,

a nivel mundial el tipo VIH-1 es el responsable de la mayoría de los casos del SIDA.

Una vez integrado al ADN de la célula, el VIH permanece frecuentemente inactivo por algún tiempo hasta que la célula empieza a transcribir la información genética del virus, produciendo nuevas partículas que emergen de la célula. Presentes en la sangre y otros

líquidos corporales, las partículas pueden infectar a otras células del propio cuerpo u a otras personas que tienen contacto con la sangre o fluidos corporales infecciosos.¹⁰

1.2 Vías de transmisión del VIH, grupos de riesgo y grupos puente

Consecuentemente, existen tres grandes vías de transmisión del virus de una persona a otra: (1) vía sexual mediante sexo oral¹¹, vaginal o anal, (2) vía parenteral mediante transfusiones de sangre, compartiendo agujas para el uso de drogas inyectables, prácticas de piercing y accidentes con material contagiado en la práctica médica, y (3) vía perinatal de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o mediante la leche materna¹².

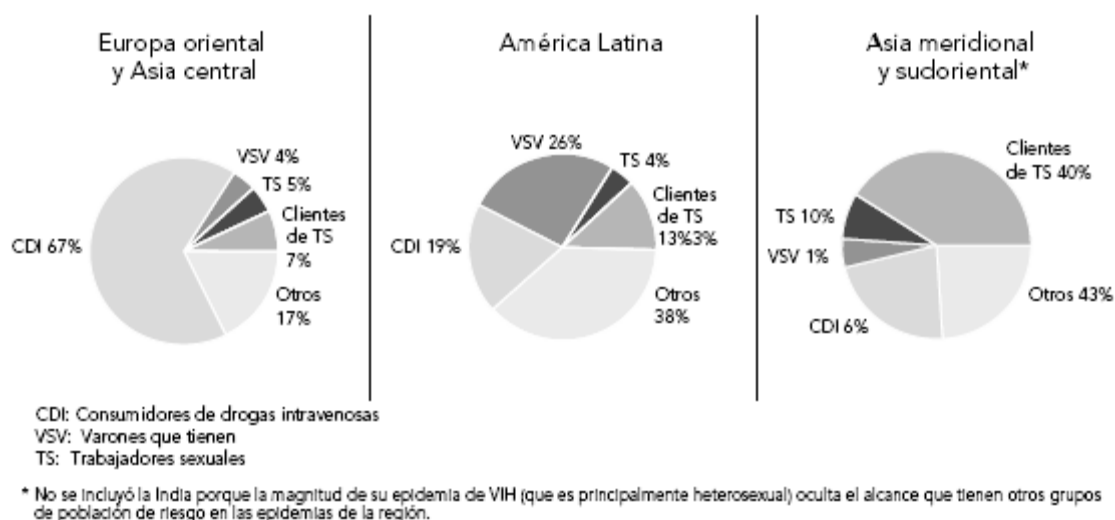
Relacionados con estas posibles vías de transmisión del VIH están ciertos grupos poblacionales que son los más afectados por el VIH/SIDA en todo el mundo debido a comportamientos de riesgo prevalecientes entre ellos, los cuales facilitan la propagación del virus. Generalmente, estos “grupos de riesgo” comprenden principalmente a hombres teniendo sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y consumidores de drogas intravenosas (CDI). Sin embargo, el uso de estas categorías para juntar personas que exponen ciertos comportamientos relacionados con una mayor vulnerabilidad frente el VIH/SIDA, ha causada críticas porque omite otros factores fundamentales para entender la expansión del VIH/SIDA. Especialmente, la denominación HSH para describir comúnmente las relaciones sexuales entre hombres, y evitar la estigmatización de las personas homosexuales al asociarlas con el VIH/SIDA, descuida las diferencias fundamentales existentes entre este grupo de personas en cuanto a identidad, personalidad y actividad sexual. Las siglas HSH reúnen en un todo aparentemente homogéneo, el cual no corresponde a la realidad, a homosexuales, gays, bisexuales, travestis, transsexuales, transgéneros y otros HSH^{13,14,15}. Además, el concepto de los grupos de riesgo puede aumentar el rechazo y aislamiento de las personas viviendo con VIH (PVVIH) y de quienes pertenecen a estos grupos. Adicionalmente, favorece la percepción de que el VIH no es un problema para la población general, si no sólo de ciertos grupos aislados, noción que no corresponde a la realidad presente.

Si bien a principios de los años ochenta el VIH/SIDA se transmitió a nivel mundial sobre todo dentro de los grupos de riesgo, con los años, el virus ha logrado su propagación desde estos grupos a la población en general. Un rol importante en este proceso juegan los llamados “grupos puente” o “puentes epidemiológicos” por su desenlace de relaciones

sexuales dentro de grupos de riesgo y la población general, como por ejemplo, HSH con prácticas bisexuales o TS que no usan condones de manera regular con clientes y la pareja estable. Esto conlleva a que ahora la manera más frecuente de transmisión global del VIH sean contactos sexuales heterosexuales¹⁶.

Sin embargo, hay que constatar que el modo predominante de la transmisión del virus varía todavía mucho según las diferentes regiones mundiales. Mientras el contacto heterosexual es el modo más prevalente en África, el consumo de drogas intravenosas causa la mayoría (67%) de las nuevas infecciones en Europa del Este y en Asia Central. En América Latina y el Caribe, a cambio, la expansión de la epidemia es diversa. En las islas del Caribe predomina la transmisión por contactos heterosexuales, mientras en América Latina una de cada cuatro (26%) infecciones en el 2005 se registró en HSH (varones teniendo sexo con varones, VSV) y un 19% en consumidores de drogas intravenosas (véase cuadro 2)^{17,18}.

Cuadro 2 Proporciones de infecciones por el VIH en diferentes grupos de población por región, 2005



(Modificado de ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2006²⁰)

1.3 Prevalencia del VIH/SIDA a nivel mundial y en el Ecuador

Al igual que la transmisión predominante del virus varía según las diferentes regiones, la distribución de los casos no se presenta homogénea a nivel mundial. Existen grandes diferencias entre las regiones y países del mundo en cuanto a la incidencia del VIH/SIDA, evidenciándose una mayor concentración de la epidemia particularmente en las regiones pobres del mundo. Se estima que el 95 % de todos los casos ocurren en el mundo en vías de

desarrollo¹⁹, dentro del cual África subsahariana se muestra como la región más afectada, con una prevalencia del VIH entre los adultos de 5,9 %. Esta alta prevalencia causa que las dos terceras partes (65 %) del total mundial de adultos y niños con VIH vivan en esta región, y casi las tres cuartas partes (72 %) del total de fallecimientos de adultos y niños causados por SIDA en el 2006 hayan ocurrido allí.

En América Latina y el Caribe (ALC) la prevalencia del VIH entre adultos se sitúa en 0,5 % y 1,2 %, respectivamente, haciendo que la región, en cifras absolutas, sea la segunda más afectada del mundo con aproximadamente 2 millones de infectados. Respecto a la epidemia en los niveles nacionales, prevalecen grandes diferencias dentro de la región. Mientras casi las dos terceras partes de las personas infectadas viven en los cuatro países más grandes de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia y México), la prevalencia estimada del VIH es máxima en los países pequeños de América Central y del Caribe: el 1,5 % en Honduras, el 2,5 % en Belice, y de 2 a 4 % en las Bahamas, Haití, y Trinidad y Tobago²⁰.

En el Ecuador se estima que la prevalencia del VIH/SIDA es de 0,3 % oficialmente para la población total, siendo una de las tasas más bajas de la región²¹. Sin embargo, en algunas subpoblaciones de las ciudades grandes del país la prevalencia puede llegar a cifras tan altas como del 15 al 27.8%, según estudios realizados, por ejemplo, entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Quito y en Guayaquil²². Además, el sistema de vigilancia serológica del VIH en el Ecuador expone varias deficiencias en cuanto a la calidad y representatividad de datos²³, por lo cual las cifras publicadas probablemente no demuestran el impacto real de la epidemia en el país.

1.4 Categorías epidemiológicas del estado de la epidemia del VIH

El predominio de ciertas formas de transmisión y la prevalencia principal en algunos grupos de la población no tiene solamente importancia estadística para las diferentes regiones. Observaciones de progreso de la epidemia del VIH/SIDA han demostrado que la transmisión y expansión del virus sigue un patrón similar en todos los países, afectando primero a ciertos grupos de la sociedad antes de llegar a un estado generalizado con infecciones en toda la población. Esto indica que estudiando la distribución actual de casos y de nuevas infecciones se puede identificar un determinado estado de la epidemia en una región o país que ayuda a

diseñar posibles programas de vigilancia e intervenciones para el control de la situación y la prevención de la progresión del VIH/SIDA.

Generalmente el estado de la epidemia se clasifica dentro de una de las tres categorías epidemiológicas siguientes, según las características de la expansión actual del VIH/SIDA en los diferentes grupos de la población (véase también tabla 1)^{24,25}:

- (1) *Categoría baja* en la cual la población afectada es constituida principalmente por TS, HSH, y personas consumiendo drogas intravenosas (UDI) con una seroprevalencia del VIH en todos los grupos por debajo del 5%;
- (2) *Categoría concentrada* en la que la seroprevalencia en alguno de los subgrupos de riesgo excede el 5%, pero se encuentra por debajo del 1% en mujeres embarazadas en zonas urbanas. La epidemia afecta también a clientes de trabajadoras sexuales, poblaciones migrantes y otros grupos de mediación de la infección;
- (3) *Categoría generalizada*. Aquí la seroprevalencia supera el 1% en mujeres embarazadas y la infección ya no está limitada a subpoblaciones, sino afecta a la población en general.

Cuadro 3 Categorías del estado de la epidemia

Estadio Epidemia	Población afectada	Nivel de riesgo	Prevalencia aproximada en población afectada
Bajo	TS/ HSH/ UDI	Alto riesgo	< 5 %
Concentrado	TS/ HSH/ UDI, clientes de TS, poblaciones migrantes/móviles	Riesgo alto y riesgo mediano, "poblaciones puente"	> 5 % en poblaciones de alto riesgo, < 1 % en embarazadas
Generalizado	Población general	Bajo riesgo	> 1 % en embarazadas

Consecuentemente, tomando en cuenta las posibles categorías del estado de la epidemia y las diferentes vías principales de transmisión, se evidencian dos puntos claves para poder controlar y prevenir la propagación del VIH/SIDA. Primero, no hay una estrategia única y común contra la epidemia que sirva y garantice el éxito en todo el mundo. Por ello resulta imprescindible adaptar cualquier programa de control o intervención a la situación específica de cada región²⁶. Esta flexibilidad permitirá responder a las necesidades y características especiales de los grupos más afectados, e invertir de forma eficiente los escasos recursos.

Obviamente, esto exige, como condición y segundo punto, información y conocimientos suficientes de la situación actual de la epidemia, de los grupos más afectados y de los grupos con más riesgo, para adaptar las intervenciones según la realidad de cada país.

1.5 Sistemas de vigilancia del VIH/SIDA

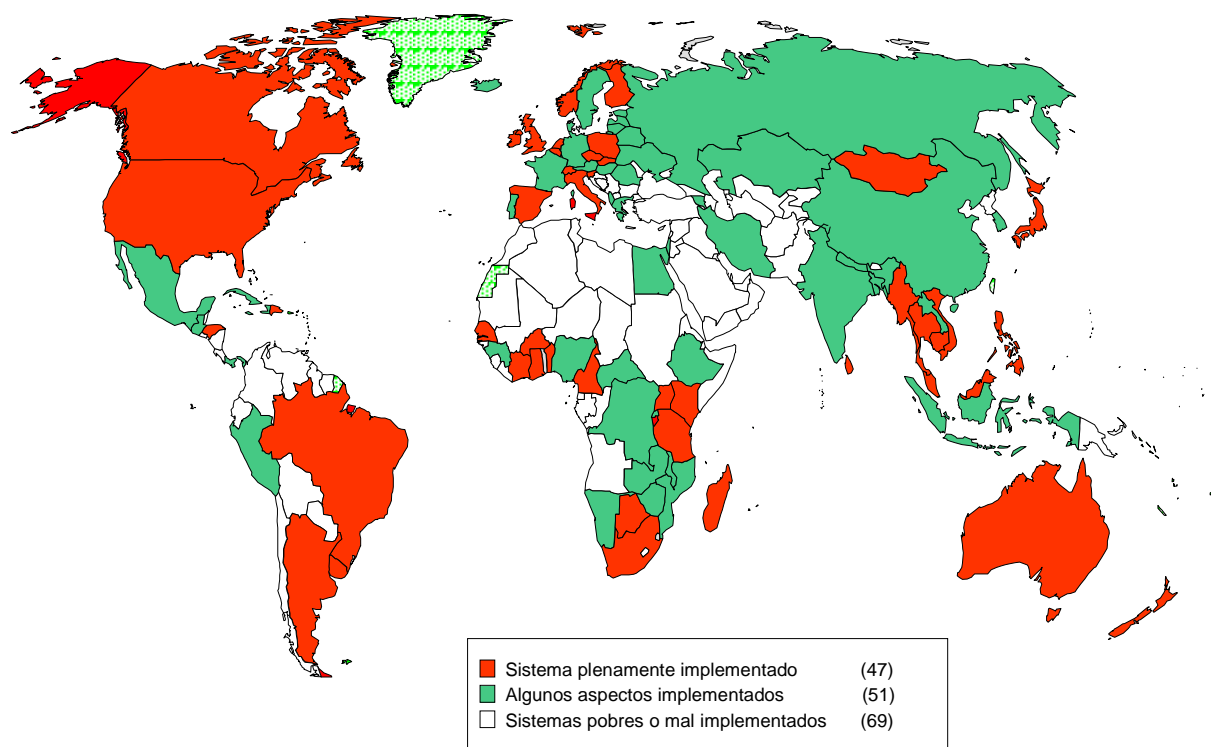
Por lo anteriormente mencionado, se requieren sistemas de vigilancia a todo nivel para que éstos produzcan datos actualizados y fidedignos que, al igual que los programas de control e intervención, deben adaptarse a la situación especial de la epidemia.

Estos sistemas de vigilancia, propuestos por la OMS y UNAIDS como de vigilancia de segunda generación²⁷, deben cumplir con los requisitos de identificar la prevalencia e incidencia en la población y estudiar los grupos de riesgo en conjunto con los comportamientos de riesgo prevalentes más importantes para la propagación del VIH/SIDA. Para ello, se aprovechan tres grandes categorías de recolección de datos para la vigilancia de la epidemia: la vigilancia biológica, la vigilancia del comportamiento, y otras fuentes de información²⁸. Dentro de la categoría de la vigilancia biológica se sitúa, por ejemplo, la vigilancia serológica en subgrupos de población determinados, o la detección de rutina de VIH entre donantes de sangre. La vigilancia del comportamiento, por el contrario, se refiere a estudios transversales repetidos de la población general o de subgrupos con alto riesgo de infección. Considerando la falta de un tratamiento curativo, el enfoque de la vigilancia en el caso del VIH/SIDA prioriza la prevención de la transmisión de la infección por el virus²⁹. Por lo tanto, resulta tan importante diseñar sistemas de vigilancia focalizados en grupos con comportamientos de alto riesgo con el fin de entender los patrones de comportamiento riesgoso. Este proceso de focalización ayuda a mejorar la cobertura de diferentes grupos poblacionales que reúnen ciertas características. En consecuencia, se puede desarrollar intervenciones educativas apropiadas y atractivas que al final resultarán más efectivas en cuanto a la reducción del riesgo de adquirir el VIH u otras ITS. Si a esto se suma que los sistemas de vigilancia producen datos continuamente, se pueden observar tendencias de cambios de comportamientos nacionales y regionales, y evaluar la efectividad de acciones de salud pública. Solamente de esta manera será posible controlar exitosamente la propagación del VIH/SIDA a nivel nacional e internacional.

Desgraciadamente, en América Latina los sistemas de vigilancia del VIH y SIDA demuestran actualmente grandes deficiencias. Si bien en el año 1986 se formó oficialmente un sistema de vigilancia del SIDA iniciado por la OPS, en algunos de los 47 países y territorios de la región de las Américas que están incluidos en el sistema no funcionan todavía programas de vigilancia. Los datos de aquellos países vienen de estudios aislados, informes o boletines que solamente permiten una estimación aproximada de la situación de la epidemia del VIH/SIDA³⁰.

Como se puede apreciar en el cuadro 3, uno de estos países con sistemas de vigilancia pobres o mal implementados es el Ecuador, donde hasta ahora no existen estudios de vigilancia epidemiológicos sistemáticos entre los grupos de población más afectados y mujeres embarazadas, lo cual dificulta el análisis de la situación actual del VIH/SIDA³¹.

Cuadro 4. Calidad de sistemas de vigilancia serológica ALC



(adaptado de Walker et al. CDC AIDS 2001: 15, 1545-1554²³)

1.6 La vigilancia del VIH/SIDA en el Ecuador

Si bien, el Ecuador cuenta con un Sistema Estadístico Nacional, regentado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, que es responsable del levantamiento de las Estadísticas Vitales (nacimientos y defunciones) por ejemplo, otros actores del sistema de

salud, como el Ministerio de Salud Pública (MSP), disponen de subsistemas de información que recopilan la producción de sus establecimientos de salud, así como la información relacionada con la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de notificación obligatoria. En cuanto al VIH/SIDA, el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (PNS) del MSP asume el liderazgo del sector y es responsable de levantar y publicar las cifras oficiales de la epidemia. A fin de contar con información actualizada y validada, el PNS ha fijado en el 2006 el objetivo de "implementar un sistema de vigilancia de segunda generación que permitirá suministrar información útil, confiable y oportuna para la evaluación del comportamiento de la infección por el VIH en la población necesaria para orientar la construcción de políticas, la planificación de intervenciones y la toma de decisiones en el ámbito del control y prevención de este problema de salud"³².

Esto incluye la vigilancia de la infección por VIH y de los casos de SIDA, registros de mortalidad por esta causa, vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), vigilancia centinela en subgrupos de población, detección de rutina del VIH entre donantes de sangre, detección de rutina entre cohortes laborables y otros subgrupos, vigilancia del comportamiento, y estudios transversales repetidos en subgrupos de población. No obstante, en el estado de arte el Sistema Epidemiológico Nacional todavía no ha logrado generar datos suficientes, en representatividad, consistencia y continuidad. Hoy en día, únicamente la notificación obligatoria de casos de VIH/SIDA funciona de los componentes de la vigilancia de segunda generación.³³ Además, los datos disponibles de la epidemia presentan todavía diversos problemas metodológicos, no han sido estandarizados y son dispersos, por lo cual es difícil construir un mapa integrado y con base científica de la epidemia en el Ecuador³⁴.

1.7 La epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador

Los datos disponibles del Ecuador establecen que la epidemia del VIH/SIDA sigue propagándose rápidamente en el país y que la forma de transmisión es principalmente sexual. Pese a esto, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, en el Ecuador la epidemia se encuentra todavía en el estado concentrado con predominio en determinados grupos poblacionales, afectando principalmente a hombres teniendo sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS)³⁵. En el 2001, por ejemplo, los hombres homosexuales tenían un riesgo 5.4 y 11.4 veces mayor de adquirir la infección que hombres y mujeres heterosexuales respectivamente³⁶.

Según datos de la OMS/OPS y de estudios particulares en el Ecuador, la prevalencia entre HSH figura entre el 4 y el 27.8 %, dependiendo de factores de selección de los participantes. En TS se han encontrado porcentajes de prevalencia del 0,5 al 2,1%, mientras en mujeres embarazadas el porcentaje varía entre el 0,1 y el 1,05%, y entre los donadores voluntarios de sangre llega al 0,26 %^{37,38,39,40}. Cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública estiman que el número de personas viviendo con VIH/SIDA es de 40.000⁴¹, pero la cifra real podría ser mucho más alta considerando que hay indicios que apuntan que la epidemia del VIH ha crecido en un 224% en los últimos 5 años y que se ha propagado generalmente en algunas de las grandes ciudades del país. Según el estudio más grande del VIH realizado en el país hasta el momento, por ejemplo, que llevó a cabo la Universidad San Francisco de Quito y durante el cual se llenaron 16.000 encuestas y se tomaron 12.000 muestras de sangre en todas las regiones del país, incluyendo también algunos grupos de difícil acceso, como las fuerzas armadas, HSH y TS, se estima tasas de seroprevalencias en embarazadas entre 0,4 % hasta 1,6 % y en los HSH en ciudades como Machala o Guayaquil tasas de seroprevalencia hasta el 42 % (para más detalle, véase el reporte del estudio)⁴². Además, cifras oficiales confirman que alrededor de 42% del total de casos del VIH notificados en el año 2007, por ejemplo, corresponden solamente a personas viviendo en Guayaquil⁴³. En consecuencia, la distribución geográfica de los casos reportados en el Ecuador y las tasas respectivas de incidencia del VIH/SIDA en las diferentes provincias demuestran la existencia de subepidemias en el país. La región Costa, en especial las provincias del Guayas y el Oro, resulta ser la más afectada con tasas de incidencia hasta 140 casos por 1000.000 habitantes. En la región Sierra se evidencian tasas hasta 59 casos por 1000.000 habitantes en Pichincha debido a una alta incidencia en la ciudad de Quito, mientras en el Oriente la tasa promedio se encuentra alrededor de 18 casos por 1000.000 habitantes⁴⁴.

Tomando en cuenta la existencia de estas subepidemias y la propagación continua, rápida e ininterrumpida, se estima que la prevalencia del VIH/SIDA se quintuplicará en los próximos 5 años en el Ecuador⁴⁵, una situación que exige acciones rápidas y eficientes para evitar llegar a una epidemia generalizada.

1.8 Estudios anteriores sobre comportamientos de riesgo en el Ecuador

En cuanto a los mayores factores y comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH/SIDA, escasean estudios o datos a nivel regional y nacional, tanto para los grupos de la población más afectados como para la población general.

Dos estudios relacionados con HSH y TS en el Ecuador de Montano *et al.* y Bautista *et al.* identifican solamente contactos sexuales con más de dos diferentes personas por semana y el antecedente de una ETS como principales factores de riesgo. No obstante, estos estudios no se ocupan de otros comportamientos relacionados con la transmisión del virus^{46,47}. No proporcionan datos acerca de comportamientos de riesgo importantes aparte de los mencionados o características específicas de los grupos estudiados que posibiliten sacar conclusiones acerca del desarrollo futuro de la epidemia y los principales riesgos de infección. Un reporte de la Fundación Equidad proporciona información acerca de la función de algunos HSH y TS como posibles puentes epidemiológicos importantes entre los grupos con mayores factores de riesgo de infección y la población general debido a la falta de utilizar el condón de manera sistemática con sus clientes y parejas estables⁴⁸. Sin embargo, el reporte no proporciona datos específicos de comportamientos de riesgo, y al igual que los estudios mencionados anteriormente, se limita en su mayoría solamente a las dos ciudades más grandes del Ecuador, Guayaquil y Quito, y presenta muestras pequeñas de la situación del país. Otros dos trabajos realizados en el Ecuador sobre el tema del VIH/SIDA se concentraron principalmente en estudiar la seroprevalencia del VIH y la distribución de diferentes subtipos del virus sin aportar información acerca de comportamientos de riesgos^{49,50}.

En cuanto a características de la población general, datos oficiales del ENDEMAIN de 1999 y 2004 informan acerca de comportamientos de riesgos, así como el inicio de la vida sexual y el uso de condones de mujeres en la edad fértil. Según este informe, el 9,9% de las adolescentes inician su vida sexual hasta los 15 años, y a los 19 años 47% de ellas son sexualmente activos⁵¹. En cuanto a la situación específica de las mujeres jóvenes y adolescentes, los datos revelan que un 8,0% ha tenido su primera relación sexual a los 15 años y antes de los 20 años este porcentaje llega al 40%. Preocupante resulta el dato que solamente el 1,5% de las adolescentes usan condones en sus relaciones sexuales a pesar de que el 45% saben acerca de la protección que el condón ofrece contra la transmisión del VIH/SIDA y otras ETS. De igual manera, un porcentaje muy bajo de habitantes del sexo femenino, el 6,1%, de las mujeres de 15 a 49 años, reporta el uso del condón en sus relaciones sexuales en los últimos treinta días previos a la entrevista⁵².

Considerando los datos disponibles, se evidencia la existencia de comportamientos de riesgo, tanto en los grupos de riesgo como en la población general, que pueden favorecer la propagación continua del VIH/SIDA en el Ecuador. Esta situación, en conjunto con la ausencia de un sistema de vigilancia permanente o por lo menos con datos fidedignos acerca de la epidemia para poder controlar su propagación, debería causar grandes preocupaciones. El país enfrenta todavía un estado epidemiológico del VIH/SIDA concentrado con prevalencia de la infección principalmente en grupos de riesgo. Existe la gran posibilidad de contener la propagación de la enfermedad en este estadio con medidas específicas y adaptadas a los grupos más afectados para inhibir una generalización de la epidemia. Sin embargo, para lograrlo con éxito, se requiere de un sistema de vigilancia que aprovecha las tres diferentes fuentes de información (vigilancia biológica, de comportamiento, y otras fuentes de información) para contar con datos completos y detallados sobre las tendencias de la epidemia y los factores más importantes de su propagación⁵³. El PNS, en su función de referencia nacional, debe emprender sobre todo acciones de vigilancia biológica a nivel nacional y levantar las estadísticas oficiales de muertes o de la prevalencia e incidencia del VIH y SIDA del Ecuador. Pese a ese imperativo, el PNS no dispone de los recursos y las condiciones necesarias para realizar estudios de comportamiento, estudios transversales repetidos de la población general y de subgrupos específicos, es decir de los grupos de riesgo. Por ello, se requiere de esfuerzos adicionales que produzcan datos detallados de los comportamientos frecuentes de riesgo en los grupos de mayor afectación, de la dinámica de la transmisión del VIH dentro de las poblaciones afectadas y cómo interactúan estos grupos con otros y con el conjunto de la población. Un método para generar la información requerida son las encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) que permiten conocer los comportamientos prevalecientes dentro de los grupos de riesgo y pueden añadir datos importantes a las estadísticas nacionales del PNS para diseñar los programas más aptos y eficientes para la situación específica del Ecuador.

Para ponerlo en las palabras de un reporte de ONUSIDA “conocer la propia epidemia es la base para conocer la propia respuesta”⁵⁴. En el caso contrario, el VIH/SIDA se propagará desde los grupos de riesgo a la población general y el Ecuador correrá el riesgo de enfrentar una situación parecida a la de los países del Caribe que sufren ya de estados generalizados del VIH/SIDA con prevalencias por encima del 1% en la población general.

2. Planteamiento del problema

En un intento por contribuir a generar evidencia acerca de las características y comportamientos de riesgo de los grupos más afectados por la epidemia del VIH/SIDA con relación a la seroprevalencia en el Ecuador, este estudio enfoca hombres teniendo sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS). Con este fin, se basa en el trabajo del “Proyecto Prevención en las Fronteras de la epidemia (PPF)” que fue iniciado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México y el International HIV/AIDS Alliance en el Ecuador⁵⁵, y que fue operativizado en todas las áreas de acción en el país por la fundación KIMIRINA. En el margen del proyecto, se diseñó, con la participación activa de los grupos con mayor riesgo frente a infecciones de transmisión sexual, un paquete de intervenciones dirigidas específicamente a ellos para potenciar la efectividad de las mismas. Paralelamente, se desarrolló una línea de base para la evaluación futura de las intervenciones y para proporcionar información sobre las características de los grupos de riesgo.

Durante el 2007, se realizaron, en el marco de la evaluación del PPF, nuevamente encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) en los grupos de mayor riesgo (HSH y TS) en ocho ciudades del Ecuador: Machala, Milagro, Daule, Esmeraldas, Santo Domingo, Quevedo, Quito y Guayaquil. Mediante la información obtenida de estas encuestas, el presente trabajo proporciona datos descriptivos de características importantes de las poblaciones de riesgo y estudia la prevalencia de comportamientos relacionados con el riesgo de la transmisión del VIH entre HSH y TS y los grupos puente en las diferentes ciudades. Para ello se solicitó el permiso de utilizar los datos y se recibió autorización del PPF y las instituciones vinculadas.

En ambos grupos se analiza, primero por separado, datos sociodemográficos, información relacionada con la situación laboral, cantidades de ahorros y deudas, integración y apoyo social, uso de condón y lubricantes, disponibilidad de condones, comportamiento sexual, encuentros sexuales anteriores, y conocimientos sobre el VIH e ITS.

Después del análisis de las variables separadamente se cruzan algunas variables para establecer relaciones entre características y comportamientos de riesgo en los grupos de riesgo. Adicionalmente, se compara los resultados obtenidos de TS y HSH para identificar similitudes y diferencias entre las dos subpoblaciones de riesgo con el fin de posibilitar el

diseño de programas adaptados a las peculiaridades de cada población específicamente. Con estos datos se responderá la siguiente pregunta principal de la investigación:

¿Cuáles son las características específicas y las prevalencias de comportamientos de riesgo de TS y HSH del Ecuador más relevantes para la propagación del VIH de grupos de riesgo a la población general, y cómo se puede influir tales comportamientos para inhibir la generalización de la epidemia?

La respuesta a esta pregunta no sólo contribuirá a un conocimiento aumentado de los mayores grupos de riesgo para la propagación del VIH en el país, sino que también permitirá identificar nuevas áreas de acción y de investigación. Además, establecerá una línea de partida para su comparación con resultados de estudios posteriores. De esta manera, ayudará a combatir la propagación continuada del VIH entre los grupos de riesgo y la generalización de la infección a otros grupos de la población. Servirá además, como es la idea fundamental dentro del marco del PPF, para la evaluación de programas y acciones de salud pública emprendidas para evitar la mala asignación de recursos, volviendo a las intervenciones más eficientes.

3. Justificación

Como se ha expuesto anteriormente, en el Ecuador viven aproximadamente 40.000 personas con el VIH, y en el 2005 murieron unas 1.500 personas del SIDA.⁵⁶ Si bien, la situación epidemiológica del país todavía es considerado como concentrada, en ciertos grupos de riesgo la seroprevalencia llega hasta un 27,8 %⁵⁷ y se estima que en los últimos 5 años la epidemia del VIH/SIDA ha crecido en un 225 %⁵⁸. Consecuentemente, la propagación del virus a la población generalizada parece sólo una cuestión de tiempo si no se inician medidas efectivas para la contención y el control de la epidemia.

Un prerrequisito para el diseño de programas efectivos contra la propagación del VIH/SIDA es la disponibilidad de datos acerca del estado específico de la epidemia a nivel nacional y regional. Por ello la OMS/UNAIDS recomienda la instalación de sistemas de vigilancia de segunda generación para la recolección de datos que se adaptan a la situación particular de la epidemia en los diferentes países⁵⁹. En países con patrones de una epidemia concentrada del VIH/SIDA como el Ecuador, las acciones de vigilancia deben enfocarse en los segmentos de la población que juegan un rol importante en la transmisión del VIH y exponen una prevalencia relativamente alta del VIH/SIDA comparado con el resto de la población^{60,61}.

De acuerdo con estudios generales^{62,63} y específicos^{64,65,66}, los grupos más relevantes para la propagación del VIH en el Ecuador representan hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales, debido a la presencia de comportamientos de riesgos y a su potencial función de transmisión del virus a otros grupos poblacionales. Como se mencionó anteriormente, a pesar de su aparente homogeneidad por la denominación como grupos de riesgos, las TS y los HSH se componen de varios subgrupos con diferentes personalidades, identidades y preferencias sexuales que conllevan en consecuencia a distintas comportamientos de riesgo. Idealmente, deberían entonces existir estudios representativos y centrados en determinar los comportamientos de riesgo relevantes para la propagación del virus en los subgrupos de riesgo, y entre ellos y la población general mediante los grupos puente. Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento se basan únicamente en muestras selectivas y pequeñas, que afectan su representatividad y validez para sacar conclusiones generales. Únicamente proporcionan escasa información sobre comportamientos de riesgo y los comportamientos generales prevalentes en los grupos de riesgo y la relación

de ellos con la transmisión o presencia de la infección del VIH. Además, no consideran factores sociales y psicológicos que influyen en la vulnerabilidad especial de TS y HSH para el VIH debido a los tabúes sexuales presentes en la sociedad ecuatoriana o a la homofobia internalizada, entre otros elementos.

Sobre la base de lo expuesto en los párrafos anteriores, el presente estudio, dentro del marco del PPF, se concentra en la recolección y análisis integrado de datos acerca de los comportamientos de riesgo relacionado con el VIH en HSH y TS en ocho ciudades del país. Los datos incluyen no sólo información sociodemográfica, si no también información sobre apoyo e integración social de las personas. Además, describe los diferentes subgrupos dentro de los grupos de HSH y TS mediante datos acerca de su orientación sexual, profesional y situación económica. Las variables de comportamientos de riesgo escogidas para este estudio se orientan en la evidencia internacional acerca de la epidemia del VIH/SIDA^{67,68,69} y en los resultados de los estudios anteriores de Bautista⁷⁰ y Montano⁷¹ en el país y la región con el fin de identificar los detalles más relevantes.

De esta manera, se espera contribuir a establecer un sistema de vigilancia nacional funcional con datos confiables acerca de la situación específica de la epidemia del VIH/SIDA en el país y generar evidencia al respecto de métodos y programas específicos para la prevención y control del VIH. Igualmente, la información servirá como base para evaluar los programas a los que se hace referencia en un futuro próximo y mediante estudios repetitivos entender las tendencias de la propagación del VIH en el Ecuador.

4. Hipótesis

Hipótesis afirmativa:

El análisis de los datos obtenidos de las encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) de una muestra representativa de los HSH y TS en las ciudades ecuatorianas de Machala, Milagro, Daule, Esmeraldas, Santo Domingo, Quevedo, Quito y Guayaquil, demuestra características particulares de ambos grupos y prevalencias altas de comportamientos de riesgo que guardan relación con la transmisión del VIH comparado con la población en general.

5. Objetivos

Objetivo general:

Identificar las características específicas y la prevalencia de los comportamientos de riesgo de hombres teniendo sexo con hombres y trabajadoras sexuales que guardan relación estadísticamente significativa con la propagación del VIH en el Ecuador, basado en datos recolectados en estos grupos poblacionales en las ciudades Machala, Milagro, Daule, Esmeraldas, Santo Domingo, Quevedo, Quito y Guayaquil durante los meses de mayo a julio del 2007, y proveer pautas novedosas para la creación de programas de prevención del VIH exitosos y costo-efectivos.

Objetivos específicos:

1. Utilizar y analizar los datos obtenidos de las encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) en una muestra representativa de hombres teniendo sexo con hombres y trabajadoras sexuales en estas ocho ciudades del Ecuador realizadas dentro del marco del Proyecto Prevención en las Fronteras de la epidemia entre los meses de mayo y julio del 2007.
2. Establecer las características sociodemográficos de hombres teniendo sexo con hombres y trabajadoras sexuales en estas ocho ciudades del Ecuador.
3. Establecer la prevalencia de los comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH entre hombres teniendo sexo con hombres y trabajadoras sexuales en estas ocho ciudades del Ecuador.
4. Comparar las características y comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH de cada grupo e identificar similitudes y diferencias relevantes para el diseño adaptado de programas de información y prevención del VIH en un futuro.

METODOLOGÍA

1. *Diseño del estudio*

Para la parte de recolección de datos de este estudio se llevó a cabo una encuesta sociodemográfica de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) para obtener información sobre comportamientos de riesgo y pruebas serológicas para el estudio de seroprevalencia.

Dentro del marco del Proyecto Prevención en las Fronteras de la epidemia (PPF), se definieron anteriormente los grupos meta u objetivo del estudio. Estos fueron seleccionados en función de las evidencias recogidas por estudios e investigaciones previas en el tema y los requerimientos del estudio. Los siguientes son los grupos a los que estará dirigido este estudio cualitativo:

- Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH),
- Trabajadoras sexuales (TS)

La recolección de datos se realizó entre los meses mayo y julio del 2007 en ocho ciudades del Ecuador: Machala, Milagro, Daule, Esmeraldas, Santo Domingo, Quevedo, Quito y Guayaquil. La selección de estas ocho ciudades para el estudio se basa en la línea basal producida por el PPF y en evidencia publicada en otros documentos que las identificó como las de mayor problemática con relación al VIH/SIDA en el Ecuador⁷².

En total se completaron 2.504 encuestas en el grupo de HSH y 2.521 encuestas en el grupo de TS. En el caso de los HSH la encuesta contuvo 391 variables, mientras la encuesta para TS se limitó a 354 variables, en ambos casos se incluyeron las siguientes variables: sociodemográficas, datos sobre comportamientos sexuales - en particular información sobre el tipo de parejas sexuales o clientes, tipo de práctica sexual, uso de condón, tarifa cobrada (en el caso de las TS) y otros detalles sobre los 3 clientes o parejas más recientes, información sobre la pareja estable (en caso de que existiera) -, datos sobre conocimientos de VIH/SIDA e ITS en general, y sobre actitudes hacia personas viviendo con VIH/SIDA.

El análisis de los datos obtenidos se realizó entre agosto y diciembre del 2007 en la ciudad de Quito y se presentaron los resultados al principios del 2008.

2. Universo del trabajo, tamaño de muestra y muestreo

El universo de trabajo se compone de todos los hombres teniendo sexo con hombres y trabajadoras sexuales de las ocho ciudades del Ecuador elegidas para la realización del estudio. Para determinar el tamaño total de la muestra del estudio, se estimó al inicio del PPF el número de sujetos necesarios para poder medir cambios en el uso de condón entre la línea basal y las encuestas de seguimiento. El tamaño de las poblaciones de interés en cada una de las ciudades se calculó mediante un mapeo que llevó a cabo la Corporación KIMIRINA con la participación de las poblaciones clave (PC), es decir, TS y HSH en cada lugar.

En cuanto a la técnica del muestreo, el problema básico para seleccionar una muestra totalmente representativa de grupos poblacionales marginales como HSH y TS se debe a las dificultades de identificación de ambas poblaciones en la población general. La discriminación y el estigma social que sufren quienes son identificados abiertamente como parte de estos grupos, conlleva a la inexistencia de un marco muestral de referencia o de un registro completo y fiable sobre el que efectuar la selección. Solo se sabe que los entes de la población a investigar existen en algún lugar del universo. En consecuencia, no se puede aplicar las técnicas probabilísticas conocidas, como por ejemplo, el muestreo aleatorio simple o estratificado sistemático.

Por estas dificultades logísticas, se decidió aplicar las encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) mediante una técnica de muestreo llamado “en bola de nieve”. Esta es una forma de muestreo que permite la identificación de redes dentro de las poblaciones con difícil acceso gracias a la idea central de que cada individuo puede nominar a otros individuos en la población que cumplen con las características requeridas para el estudio. El muestreo en bola de nieve se compone de las siguientes etapas. En la primera, que consiste en la creación de la mapa de la red, se realiza una descripción de la población objetivo de la mejor forma posible. Durante la segunda etapa, llamado el proceso de referenciación, un informante clave aporta nombres y contactos de individuos dentro de la población objetivo con el fin de disponer de varios puntos de partida para la realización de entrevistas que son seleccionados aleatoriamente. En el presente estudio, la localización inicial de los sujetos se concretó con la ayuda de la Federación de Trabajadoras Sexuales del Ecuador y 15 organizaciones de población HSH. Ellos definieron los sitios en donde se congrega la población de interés y se contactaron a los informantes claves. La realización de las entrevistas con los individuos identificados, la tercera etapa, sirve para recolectar la información requerida para el estudio y para obtener de los entrevistados de nuevo contactos

de otras personas dentro de la población. Repitiendo este mismo procedimiento, se forma una cadena de respondientes-referenciado-respondiente que permite la identificación de individuos para el estudio a pesar de la inexistencia de un marco muestral de referencia hasta alcanzar el número esperado de encuestas en cada sitio. Además, por la selección aleatoria de los contactos iniciales que da a los individuos identificados la misma probabilidad de ser seleccionados, se considera que el grupo de estudio identificado mediante este tipo de muestreo se aproxime a una muestra aleatoria. Así, los resultados pueden ser proyectados con mayor seguridad de la muestra del estudio al universo de trabajo.

Sin embargo, si bien el muestreo en bola de nieve es un método eficiente para poblaciones de difícil identificación o donde cierto grado de confianza es requerido para que estén dispuestos a participar en la investigación, presenta algunas desventajas debido a diferentes tipos de sesgos, como por ejemplo, el sesgo reflexivo o el sesgo forzado de campo/ de participación. Eso conlleva a la producción de estimadores sesgados e influye en la representatividad entre los resultados, ya que individuos muy populares dentro de una población tiene mayores oportunidades de ser seleccionados.

3. Instrumentos y procedimientos de la investigación

Las encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) son una herramienta muy útil para el análisis cualitativo de la situación del VIH/SIDA. Para la vigilancia del comportamiento se utilizaron cuestionarios estandarizados, a fin de poder maximizar la capacidad de comparar los datos entre las series de la encuesta y entre grupos y regiones geográficas. Por ello era necesario, previa a la aplicación de las encuestas, su validación y adaptación de sus contenidos. Eso se realizó mediante un piloto, de no más de treinta encuestas, que permitió identificar los puntos en los que se tenían que cambiar la sintaxis o el modo en que son expresadas las preguntas, a fin de asegurar el uso del lenguaje local y que las preguntas sean comprendidas correctamente por los entrevistados.

Previo a la administración de las encuestas, se llevó a cabo un entrenamiento de todo el personal de campo involucrado en la realización de la investigación. Los encuestadores de HSH y TS, que fueron personas vinculadas a las distintas poblaciones objeto, recibieron una capacitación específica en el mapeo de la muestra, el manejo de la encuesta, cuestiones de confidencialidad y privacidad, en consejería y en los procedimientos para la toma, y en el manejo y envío de una muestra serológica voluntaria al final de la encuesta.

Las encuestas se realizaron por los encuestadores HSH y TS entrenados y antes de empezar la misma se llenó y se firmó el consentimiento informado por las personas entrevistadas, teniendo en cuenta que el contenido de la información a ser recogida era de carácter privado y podía ser estigmatizante. Por ello, la identidad de los encuestados se manejó con la máxima confidencialidad. Para garantizar el anonimato de los participantes, su nombre fue suplantado por un código. El vínculo de nombre y código fue guardado bajo llave. Todos los documentos del estudio y las muestras biológicas fueron marcados con el código y no con el nombre de los entrevistados para que no fuera posible la correlación de los datos con los nombres de las personas encuestadas. Para entregar los resultados de laboratorio a cada participante se le dio una tarjeta con su código personal para que pudiese reclamar los resultados de una manera confidencial y anónima en el caso que así lo desee.

4. Procesamiento y análisis de los datos

Después de la recolección de los datos mediante las encuestas CACP y las pruebas de laboratorio, se concentró toda la información en la oficina central del PPF y se realizó un ingreso doble de datos para control de calidad de las bases de datos. La captura de datos se llevó a cabo usando LSD (Sistemas Integrales). Para el presente estudio se utilizaron y analizaron exclusivamente los datos obtenidos de las encuestas CACP, por lo cual el procesamiento de las pruebas para el análisis de seroprevalencia no se explicará aquí.

Para garantizar la calidad de los datos obtenidos, los entrevistadores realizaron un control de integridad de cada formulario al final de la entrevista y evaluaron la forma de responder de cada entrevistado en una escala con una división de uno (muy bien) a cinco (muy mal). Entrevistas que recibieron la calificación cuatro y cinco según esta escala, no pasaron a los análisis estadísticos para no influir los resultados obtenidos. Adicionalmente, las entrevistas fueron posteriormente revisadas por un supervisor de campo.

De las 5.025 entrevistas totales, sólo un número insignificante, 91 en total (1.81 %), no pasó este control de calidad. En el grupo de HSH, 46 entrevistas (1.8 %) resultaron incompletas y otras nueve (0.4 %) fueron eliminadas por la mala calidad de responder las preguntas. En el grupo de TS, se encontraron 27 entrevistas (1.1 %) incompletas o con mala o muy baja calidad de respuestas. En consecuencia, los resultados del siguiente análisis estadístico se produjeron de los restantes 4.943 entrevistas, 2.449 de HSH y 2.494 de TS.

El análisis estadístico de las variables de las encuestas se llevó a cabo mediante el programa SPSS en su versión 12.0 y las variables incluidas en el análisis se revisaron para eliminar valores aberrantes. Principalmente, se aplicaron análisis univariados y bivariados. De esta manera, se generaron estadísticas descriptivas de las características sociodemográficas de las TS y HSH y de la prevalencia de los comportamientos de riesgo identificados en las encuestas CACP. Para las variables categóricas se calcularon porcentajes. Para las variables continuas se calcularon promedios, medianas y desviaciones estándar. Los índices aplicados para describir la integración y el soporte social de HSH y TS se construyeron como publicado en el reporte basal del Ecuador del PPF.⁷³ El Índice de Integración Social se basó en la asistencia en los 6 meses anteriores a la encuesta a alguna actividad social, como se especifica en detalle en la parte de resultados, y expone una escala de 0, que indica que la persona no

acudió a ningún sitio, a 7, que significa que la persona participó en todas las actividades sociales. El Índice de Soporte Social se construyó como el promedio de las respuestas dadas al contar con alguien que las apoye en diferentes actividades. En el caso de HSH se evaluaron 5 actividades y en el caso de TS 7 actividades, que significa que un valor cercano a 5 o 7, respectivamente, significa un soporte social elevado, y un valor cercano a 0 un soporte social mínimo. El índice de Destrezas para la Vida se construyó con el promedio de respuestas afirmativas a tener control sobre decisiones en la vida diaria. Un valor cercano a 5 significa amplias destrezas para manejo en estas situaciones, y un valor cercano a 0, implica destrezas mínimas.

A diferencia de otros estudios previos, que enfocaron el análisis de los datos separadamente por ciudades, el propósito de este estudio fue el análisis de las encuestas realizadas en las ocho ciudades en conjunto con el fin de determinar características y comportamientos de riesgo del total de HSH y TS en el Ecuador.

Con respecto a este propósito, resulta importante considerar el número de entrevistas recolectado en cada ciudad con relación al total de entrevistas obtenidos y el tamaño de cada una de las ciudades en cuestión con relación a la población total del Ecuador. Para contar con datos representativos del total de HSH y TS a nivel nacional y para poder hacer generalizaciones hacia estas poblaciones basado en los resultados del estudio, es necesario entonces que una ciudad con más habitantes y más HSH o TS sea representado por más entrevistas en la muestra según corresponde a su tamaño. Idealmente, en una ciudad con el doble de HSH o TS que otra, se debe haber llenado también el doble de entrevistas. Al no ser el caso, se introduce un posible sesgo que sobre o sub representa la información dada por los HSH y TS en esta ciudad en los resultados obtenidos del análisis de los datos en total. Para evitar este sesgo, se incluyó en el análisis estadístico del estudio una ponderación de los datos de las encuestas según la ciudad de origen. El factor de ponderación se calculó en el grupo de HSH y TS separadamente del número de encuestas obtenidas en cada ciudad dividido para el total de encuestas, y multiplicado por el número total de habitantes en las ocho ciudades incluidas en el estudio dividido para el número de habitantes de cada ciudad. En el cuadro número 1 se puede observar la distribución exacta de encuestas las realizadas por grupo y ciudad y los factores de ponderación respectivos.

Si bien, el proceso de ponderación se basa en la población general como estimador para la población de HSH/ TS en cada ciudad suponiendo un porcentaje igual de estos grupos en las ocho ciudades, y no elimina las debilidades del muestreo en bola de nieve mencionadas,

hace más factible la generalización de los resultados obtenidos del estudio en cuanto a características y comportamientos de riesgo de HSH y TS a nivel nacional. Por ello se permite hablar en el resto del documento de los HSH y TS en general cuando se reportan y se discuten los datos del estudio.

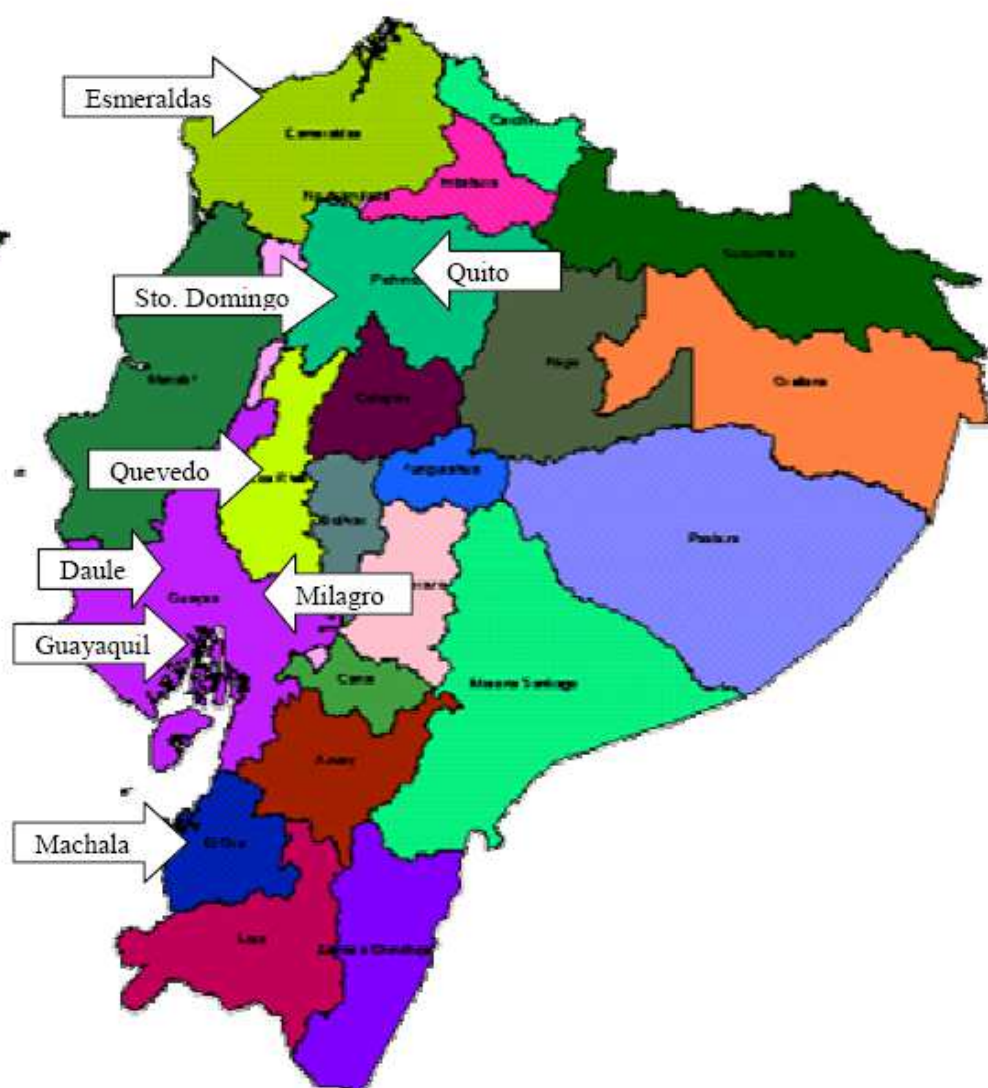
Cuadro 1. Número de entrevistas y pesos por ciudad y grupo poblacional

CIUDAD	HSH	PESOS HSH	TS	PESOS TS	TOTAL
Machala	173	0,63	249	0,45	422
Milagro	195	0,29	297	0,20	492
Daule	176	0,27	264	0,18	440
Esmeraldas	387	0,11	270	0,16	657
Sto. Domingo	315	0,33	237	0,45	552
Quevedo	380	0,16	366	0,17	746
Quito	387	2,42	382	2,50	769
Guayaquil	373	2,93	396	2,81	769
No definido	63	1	33	1	96
TOTAL	2449		2494		4943

RESULTADOS

En total se incluyeron entre los dos grupos de investigación 4.943 entrevistas en el estudio, 2.449 en el caso de los HSH y 2.494 en el caso de las TS, en las ocho ciudades del Ecuador indicadas con su ubicación geográfica respectiva en la figura 1.

Figura 1 Ubicación geográfica de las ocho ciudades del estudio



(Modificado de International HIV/AIDS Alliance, FIJCG and INSP, 2005. Indicadores del Proyecto Prevención en las Fronteras: Reporte de Resultados de la Línea Basal en Ecuador⁵⁷)

1. Resultados para hombres sexo con hombres (HSH):

1.1 Información socio-demográfica:

El contacto con los HSH para realizar las entrevistas se concretó en diferentes establecimientos de la vida pública. Como demuestra el cuadro 1.1.1 a continuación, la mayoría de las entrevistas tuvieron lugar en los llamados “Night Clubs”. Si bien, no todos los sitios en los cuales los HSH fueron entrevistados, pueden ser considerados como localizaciones específicas de trabajo o contacto para este grupo de riesgo, la distribución indica ciertas preferencias de los HSH por estos lugares. Las entrevistas en los “Boliches” junto con los “Night Clubs”, por ejemplo, ya representan casi un 50 % del total de contactos.

Cuadro 1.1.1 Distribución de HSH según sitio de encuentro/ entrevista:

Sitio de encuentro/ entrevista	N°	%
Night Club	750	30,6
Cine, parque, parada de bus, terminal	733	29,9
Bolicho / Casa de cita	410	16,7
Bar / Cerveceros	196	8,0
Centro de salud / Centro Médico	170	6,9
Hotel / Pensión	117	4,8
Calle / Carretera	31	1,3
Casa de Masaje	14	0,6
Otro lugar	1	0
No especificado	27	1,1
Total	2449	100,0

La distribución de HSH por edad (estadísticos promedio) se puede observar en el cuadro 1.1.2. El promedio de edad de todos los HSH es 26 años, con una desviación estándar de 8 años. No se encontraron diferencias significativas en este promedio en las ocho ciudades del estudio. Existe un rango grande entre la edad mínima, 14 años y la edad máxima, 80 años.

Cuadro 1.1.2 Distribución de HSH entrevistados por edad (estadísticas promedio):

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Años cumplidos en el momento de entrevista	14	80	25.98	7.898

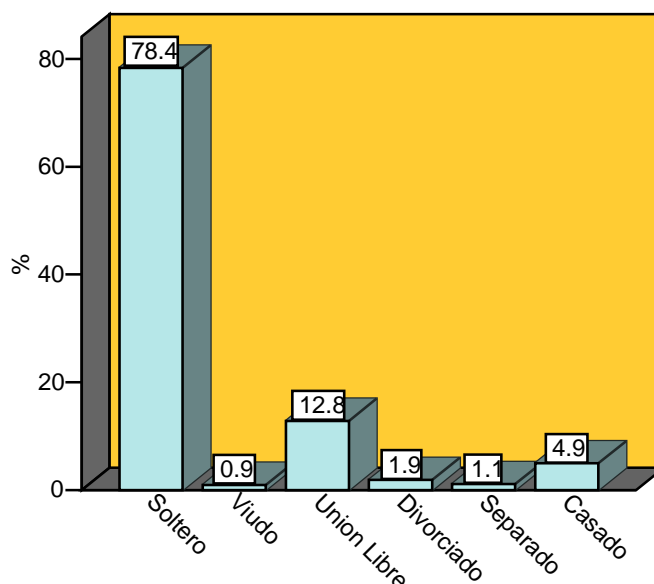
Si se analiza adicionalmente la distribución de los HSH entrevistados por grupos etarios (véase Cuadro 1.1.3), destaca que un importante 6,1 % del total de los contactos realizados pertenecen al grupo 1 representando a menores de edad. En general, la mayoría (75,3%) de los HSH provienen de los grupos etarios por debajo de 30 años, mientras solamente 1,2% son mayores de 50 años. Consecuentemente, se puede constatar que el grupo de HSH se compone prioritariamente de adultos jóvenes.

Cuadro 1.1.3 Distribución HSH por grupos etarios:

Años (grupo etario)	N°	%	% válido	% acumulado
14 – 17 (grupo 1)	252	6,1	6,1	6,1
18 – 24 (grupo 2)	1096	45,0	45,3	51,5
25 – 29 (grupo 3)	524	23,6	23,8	75,3
30 – 39 (grupo 4)	376	16,3	16,4	91,7
40 – 49 (grupo 5)	150	7,1	7,1	98,8
50 o más (grupo 6)	32	1,2	1,2	100,0
No especificado	19	0,8	100,0	
Total	2449	100,0		

El diagrama 1.1.1 indica la distribución del estado marital de los HSH del estudio. Si bien, la categoría de “soltero” reúne la mayoría de personas, existe también un número considerable de HSH casados, con 4.9% del total, siendo la tercera categoría más elegida detrás de solteros y personas viviendo en unión libre. El status de “casado” junto con las categorías “divorciado”, “separado” (no divorciado legalmente) y “viudo”, que representan 3,9% del total, indican que una parte de HSH a pesar de su orientación sexual homosexual, viven o han vivido relaciones matrimoniales con mujeres.

Diagrama 1.1.1 Estado civil actual de los HSH entrevistados:



Este resultado ya señala que el grupo de HSH no se limita a personas de orientación sexual exclusivamente homosexual y que ellos no pueden ser considerados como un grupo homogéneo. De hecho, los HSH del Ecuador se autoconsideran pertenecientes a diferentes subgrupos sexuales que muestran ciertas peculiaridades cada uno en cuanto a los roles y relaciones sexuales mantenidas. La contemplación del cuadro 1.1.4 muestra como categoría principal de autoconsideración al “gay hombrado”, y un alto porcentaje de HSH que realizan contacto sexual con hombres y mujeres dentro del grupo “bisexual”.

Cuadro 1.1.4 Pertenencia a grupos sexuales según autoconsideración de HSH:

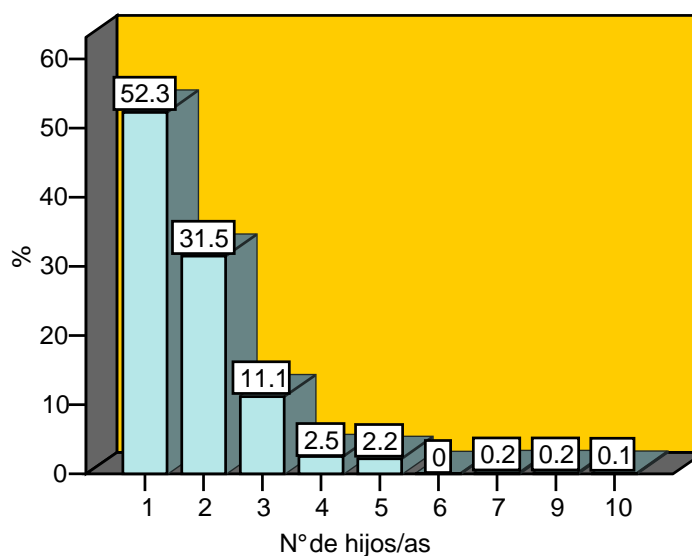
Grupo sexual	%	% Válido
Gay hombrado	40,3	41,2
Bisexual activo	18,4	18,9
Bisexual activo y pasivo	13,0	13,3
Travesti	7,1	7,3
Bisexual pasivo	5,4	5,5
Heterosexual	4,3	4,4
Otro. Especifique	3,7	3,8
Transgénero	2,5	2,6
Transformista	2,1	2,1
Transexual	1,0	1,0
No especificado	2,2	0
Total	100,0	100,0

Concordante con la observación anterior, como mínimo el 26,2 % (n = 262) de los HSH con una pareja estable en el momento de la entrevista tienen como pareja una mujer o una mujer y un hombre al mismo tiempo. El 49,9 % de este grupo realizan de nuevo relaciones sexuales con un hombre aparte de la pareja estable. Eso indica un punto de puente entre los grupos de HSH y la población heterosexual en las relaciones sexuales y la posible transmisión de ETS/ITS.

En cuanto a hijos/as de los HSH, el estudio dio como resultado que el 16,9 % cuentan con hijos/as propios/as, mientras 83,1 % no tuvieron ningún hijo/a en el momento de la entrevista (cuadro 1.1.5). Si bien, el número de hijos varía entre uno y diez, en el primer grupo más de la mitad reportó solo un hijo y el promedio de hijos sobre la base de todas las entrevistas de los HSH se estima en 1,7. La distribución exacta de hijos/as se muestra en el diagrama 1.1.2.

Cuadro 1.1.5 Hijos propios en el momento de la entrevista:

	%	% válido
Si	16,7	16,9
No	81,8	83,1
No especificado	1,6	0
Total	100,0	100,0

Diagrama 1.1.2 Distribución de número de hijos/as HSH:

Según los informes obtenidos acerca de los niveles de estudios alcanzados, la mayoría de los HSH entrevistados llegó hasta la secundaria, pero solamente un 57 % de los 1.435 HSH en este nivel de estudio logró aprobar el último grado y graduarse. Eso significa que 818 HSH del presente estudio, equivalente al 33% del total, alcanzaron el bachillerato o niveles superiores de estudios. El cuadro 1.1.6 demuestra la distribución de niveles alcanzados por el grupo de HSH.

Cuadro 1.1.6 Distribución de niveles de estudios alcanzados por los HSH:

Nivel de estudios	Nº	%	% válido
Preescolar o kinder	6	0,2	0,2
Primaria	368	15,0	15,4
Secundaria	1435	58,6	74,6
Carrera técnica / Artesanal	54	2,2	76,8
Superior no universitario	123	5,0	81,9
Superior universitario	408	16,7	98,7
Postgrado	12	0,5	99,2
Ninguno	20	0,8	100,0
No especificado	23	0,9	
Total	2449	100,0	

1.2 Situación laboral

A la pregunta ¿actualmente a qué te dedicas principalmente?, los HSH respondieron en un 64,1 % al trabajo. La segunda ocupación más frecuente es el estudio con 23,5 %, seguido de personas con ningún trabajo fijo y los desempleados que representan en conjunto casi un 11 % (véase Cuadro 1.2.1).

Cuadro 1.2.1 Situación laboral actual de HSH:

Ocupación actual	%	% válido
Trabajo	63,0	64,1
Estudio	23,1	23,5
A Nada en particular	5,6	5,7
Desempleado	4,8	4,9
Otro	1,8	1,8
No especificado	1,8	-
Total	100,0	100,0

El trabajo realizado por los HSH corresponde generalmente a actividades no sexuales (64.1 % del total), de las cuales las ocupaciones de estilista, empleado privado y comerciante/vendedor aparecen como las más frecuentes en las entrevistas. Solamente un grupo pequeño de los HSH (4,8 % del total) informa realizar algún tipo de trabajo sexual pagado, y todavía un porcentaje inferior (3,3 %) informa tener este trabajo sexual como principal fuente de ingresos. Consecuentemente, para el 67,1 % de los HSH la principal fuente de ingresos constituye el trabajo no sexual. En concordancia con la edad relativamente joven de los HSH, un 23,6 % de los entrevistados informa recibir dinero principalmente de los padres.

La cantidad de ingresos semanales disponibles para la vida diaria de los trabajos mencionados pone de manifiesto grandes diferencias de categorías salariales. El margen de ingresos habituales varía entre 0 hasta 8.000 dólares semanales, con un promedio de ingresos en 144 dólares. Si bien, este promedio semanal se encuentra muy por encima de 40 dólares que equivale aproximadamente al sueldo mínimo mensual de 160 dólares dividido por cuatro semanas, el valor promedio de 144 dólares desdibuja la realidad de muchos de los HSH.

Una mejor idea de los ingresos reales se obtiene agrupando los valores semanales como múltiplos del sueldo mínimo y analizando la distribución de personas en estos grupos salariales (cuadro 1.2.2). Este proceso descubre que casi el 12 % de los HSH viven con el equivalente del sueldo mínimo y cerca de la mitad con máximo el doble del sueldo mínimo.

Solamente un 34 % de los HSH disponen de más de 480 dólares mensuales o más de 3 veces el sueldo mínimo. Eso indica que a pesar de algunos HSH con ingresos muy superiores al promedio, la mayoría dispone de ingresos semanales de hasta 120 dólares. Además, hay que considerar que de estos ingresos dependen, en promedio, una persona adulta más y un/a niño/a.

Cuadro 1.2.2 Grupos de ingresos semanales como múltiplos del sueldo mínimo

Grupo (Ingreso en dólares)	%	% válido	% acumulado
0 (0)	2,5	3,7	3,7
1 (1 - 40)	5,5	8,1	11,8
2 (41 - 80)	21,3	31,1	42,9
3 (81 - 120)	16,0	23,5	66,4
4 (121 - 160)	6,5	9,6	76,0
5 (161 - 200)	6,9	10,1	86,1
6 (>200)	9,5	13,9	100,0
No especificado	31,6	0	-
Total	100,0	100,0	100,0

Para recibir los ingresos especificados arriba, los HSH trabajan en promedio más que cinco días a la semana con un promedio de 8 horas al día. Es decir, la mayoría realiza su trabajo a tiempo completo (cuadro 1.2.3).

Cuadro 1.2.3 Promedio de días por semana y horas por día trabajados

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Días trabajados	0	7	5,52	1,559
Horas trabajadas	0	16	8,07	3,296

En cuanto a la movilidad por razones de trabajo, los HSH reportan en un 96,1 % trabajar en la misma ciudad en la cual residen. Solamente una parte muy pequeña, 3,9 %, viaja al lugar de trabajo indicando que el grupo de HSH no expone gran movilidad local por estas razones (cuadro 1.2.4).

Cuadro 1.2.4 Lugar de residencia igual al lugar de trabajo:

	%	% válido
No, solo vengo a trabajar	3,8	3,9
Sí, vivo aquí	94,3	96,1
No especificado	2,0	-
Total	100,0	100,0

1.3 Ahorros

A pesar de los ingresos relativamente limitados, un 37,9 % de los HSH reporta tener ahorros en forma de dinero y solamente 31,4 % confirman la existencia de alguna deuda en efectivo frente a un tercero. En cuanto a las cantidades de los ahorros y deudas, el cuadro 1.3.1 muestra que el promedio de los ahorros supera el promedio de las deudas acumuladas. Sin embargo, se puede observar que tanto los ahorros como las deudas llegan a sumas máximas importantes en algunos pocos casos con 500.000 y 100.000 dólares, respectivamente.

Cuadro 1.3.1 Cantidad promedio de ahorros y deudas

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Ahorros	0	500.000	1.707,91	10.411,943
Deudas	0	100.000	1.470,76	4.428,882

A parte de ahorros monetarios, los HSH cuentan también con reservas monetarias en forma de objetos de valor. Por lo menos 15,5 % poseen una casa o un departamento, hasta un 75,7% dispone de su propio celular y un 19,6% tiene joyas valiosas. A la pregunta ¿Qué cosa o bien tuyo venderías si necesitaras dinero urgentemente?, las respuestas más frecuentes (véase Cuadro 1.3.2) son el teléfono celular, el televisor y bienes como joyas, equipo de sonido, casa/ departamento, automóvil, motocicleta u otros. La venta de esos objetos pondría en promedio unos 303 y 115 dólares extra, en el caso del televisor y el celular, a disposición de los HSH.

Cuadro 1.3.2 Disposición de vender bien o cosa si necesario:

Bien o cosa a vender	%	% válido	Promedio valor de venta
Teléfono celular	10,9	10,9	114,97
Televisor	9,7	9,7	303,16
Joyas	2,9	2,9	437,58
Equipo de sonido	2,5	2,5	227,01
Casa/ Departamento	2,5	2,5	42.734,38
Automóvil	2,1	2,1	6.660,43
Electrodoméstico	2,1	2,1	310,95
Terreno	1,8	1,8	16.466,04
Computadora	1,2	1,2	851,60

1.4 Integración y soporte social

Mediante la información sobre la participación en ciertas actividades sociales se estudió la integración social de los HSH. Se construyó el índice de integración social como indicado en la parte metodológica tomando en cuenta la asistencia a la iglesia, una cooperativa, boda, programas de desarrollo infantil, bares, reuniones familiares u otros grupos, durante los 6 meses anterior a la entrevista. Consecuentemente, el índice tiene una escala de 0, que indica que la persona no acudió a ningún sitio, a 7, que significa que la persona participó en todas las actividades sociales. Como muestra el cuadro 1.4.2, más de una quinta parte de los HSH no asiste a ninguna actividad social en los últimos 6 meses, mientras solamente un 13,5 % participo en cuatro o más actividades diferentes. En promedio, los HSH acuden ni a dos actividades sociales diferentes en total en 6 meses, que indica una cierta falta de integración social.

Cuadro 1.4.2 Distribución del índice de integración social y promedio

	N°	% válido	% acumulado
0	528	21,0	21,0
1	620	24,7	45,7
2	621	24,7	70,4
3	405	16,1	86,5
4	222	8,9	95,4
5	100	4,0	99,4
6	12	0,5	99,9
7	3	0,1	100,0
Total	2512	100,0	-
Promedio	1,81	Desviación estándar	1,428

Para estimar mejor la integración y el soporte social de los HSH se usaron otros indicadores más relacionados con sus orientaciones sexuales. El 20,4 % reportan, por ejemplo, problemas con su familia y 15,9 % no han contado a su familia sobre sus preferencias especiales. En cuanto a la comunidad social, los porcentajes respectivos, con 11,9 % y 14,1 %, resultaron inferiores a los porcentajes dentro de la familia. Así, un 73,9 % informa no haber tenido problemas con la comunidad social versus el 63,7 % que reporta haber tenido conflictos con su familia (Cuadro 1.4.3).

Cuadro 1.4.3 Problemas por preferencias en familia y comunidad:

Problemas	Familia		Comunidad	
	%	% válido	%	% válido
Si	19,6	20,4	11,5	11,9
No	61,4	63,7	71,2	73,9
No saben de mis preferencias sexuales	15,3	15,9	13,6	14,1
No especificado	3,6	-	3,7	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

El índice de soporte social se construyó como la unión de la información obtenida a las preguntas de contar con alguien que les apoye en diferentes actividades (contar con alguien cuando se necesita dinero, para ir al doctor/ hospital, para conversar, necesidad de comida o un lugar, en caso de agresión física). El índice presenta en una escala de 0, soporte social mínimo, a 5, soporte social máximo, la integración de los HSH en la sociedad. Como se puede observar en el cuadro 1.4.4, el promedio del índice obtenido se ubica en 4,6 mostrando una integración social adecuada de los HSH. Menos de 10 % caen dentro de las categorías 0 – 3 con una integración deficiente. La gran mayoría (80 %) cuentan con el soporte social máximo.

Cuadro 1.4.4 Distribución de los HSH según el Índice de soporte social:

	N°	% válido	% acumulado
0	29	1,2	1,2
1	29	1,2	2,4
2	61	2,5	4,8
3	103	4,2	9,1
4	268	11,0	20,0
5	1955	80,0	100,0
Promedio	4,63	Desviación estándar	0,9188

El índice de destrezas para la vida describe el control que ejercen los HSH sobre diferentes ámbitos de la propia vida. En su escala de 1 a 5, el índice reúne las respuestas a las preguntas del control sobre las decisiones en la vida propia, el control sobre el uso de condón de los clientes y la posibilidad de influir en las decisiones de trabajo. Un valor cercano a uno significa tener siempre control sobre los ámbitos mencionados, mientras un valor cercano a cinco corresponde a la falta total de control y destrezas mínimas del manejo de situaciones personales. De acuerdo al índice, la mayoría de HSH dispone de amplias destrezas de la vida

(75 %) y solamente el 1,7 % carece las mismas. El promedio del índice permite la misma conclusión con un valor de 1,66 (cuadro 1.4.5).

Cuadro 1.4.5 Distribución de los HSH según Índice de destrezas para la vida:

Valor índice	N°	%	% válido	% acumulado
1 – 2	1764	70,2	75,0	75,0
> 2 - < 4	549	21,9	23,3	98,3
4 – 5	39	1,5	1,7	100,0
No especificado	160	6,4	-	
Promedio	1,66	Desviación Estándar		0,7974

1.5 Uso de condón

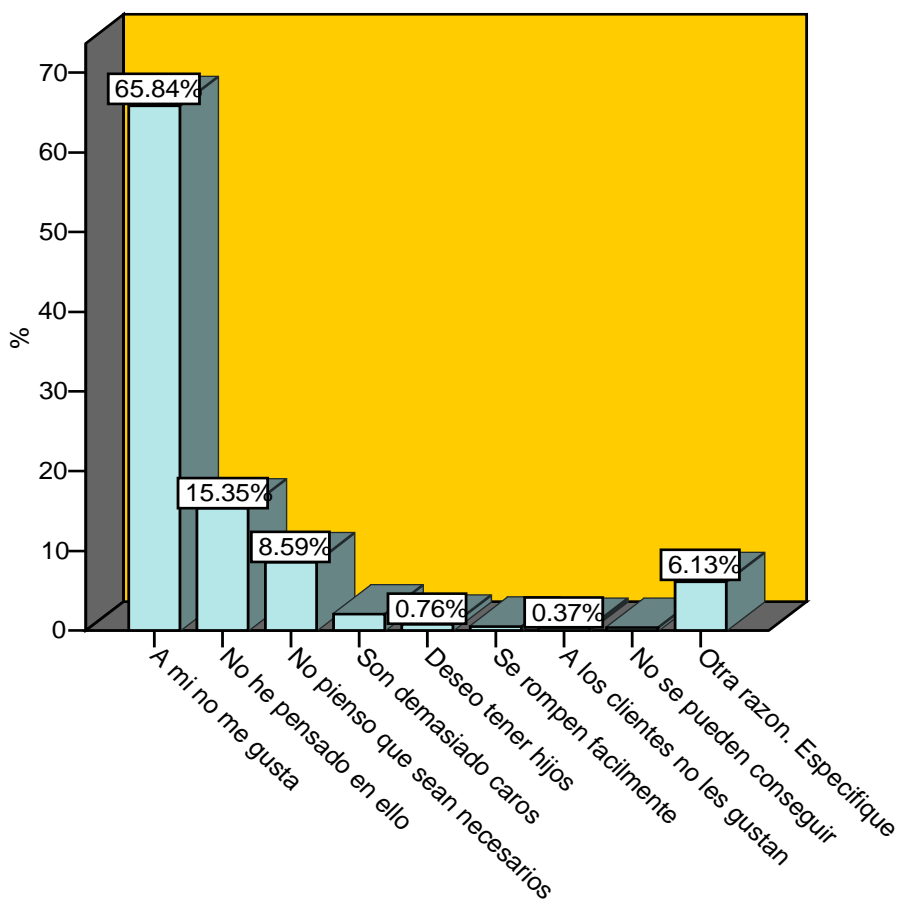
El uso del condón entre los HSH representa una de las medidas más importantes para prevenir la transmisión de enfermedades sexuales y sobre todo del VIH/SIDA. Como demuestra el cuadro 1.5.1, más del 90 % de los HSH tienen experiencia en el uso de condón y la mayoría lo usa ya desde hace un año o más tiempo en sus relaciones sexuales. Solamente un 3,3 % reporta usarlo desde hace menos que 6 meses.

Cuadro 1.5.1 Distribución de HSH según tiempo de uso del condón:

	N°	%	% válido	% acumulado
Nunca he usado	144	5,7	6,9	6,9
Menos de 6 meses	69	2,8	3,3	10,2
De 6 meses hasta 1 año	120	4,8	5,7	15,9
De 1 a 2 años	191	7,6	9,1	25,0
De 2 a 3 años	189	7,5	9,0	34,1
De 3 a 4 años	184	7,3	8,8	42,9
De 4 a 5 años	192	7,7	9,2	52,0
6 años o más	1004	40,0	48,0	100,0
No especificado	418	418	-	-
Total	2512	100,0	100,0	100,0

Los HSH que nunca han usado condón hasta el momento reportan varias razones para este comportamiento (diagrama 1.5.1). La razón mencionada más frecuentemente es con diferencia grande el disgusto personal al usar el condón (65,8 %), seguido de la falta general de pensar en ello en un 15,4 % de los HSH entrevistados. Problemas con la compra por el precio o la dificultad de conseguir condones no parecen ser razones importantes. En la categoría de otra razón se detectan preferencias individuales, como el disgusto del compañero al usar condón, sin lograr frecuencias totales importantes.

El uso eficiente del condón depende de algunas variables como la observación de la fecha de caducidad y la aplicación correcta del mismo durante las relaciones sexuales. El 68,8 % de los HSH reportan observar la fecha de caducidad, mientras 31,2 % no toman en consideración este dato (véase cuadro 1.5.2). Otro punto que influye en la efectividad del uso del condón, es la posible rotura del mismo durante el acto sexual. El 52,2 % de los HSH informan que el condón se ha roto por lo menos una vez durante el acto sexual (cuadro 1.5.3).

Diagrama 1.5.1 Distribución de razones por no usar condón en los HSH**Cuadro 1.5.2** Porcentaje de HSH que observan la fecha de caducidad de condones:

	N°	%	% válido
Si	1550	61,7	68,8
No	702	27,9	31,2
No especificado	260	10,4	-
Total	2512	100,0	100,0

Cuadro 1.5.3 Distribución de los HSH según ruptura del condón durante acto sexual:

¿Alguna vez se te ha roto el condón?	N°	%	% válido
Si	1191	47,4	52,2
No	1091	43,4	47,8
Total respuestas	2282	90,8	

La aplicación correcta del condón la aprendió sin instrucción de otra persona la mayoría de los HSH con 45,9 %. Por lo menos como segunda fuente más importante aparece con la categoría ONG un actor del sistema de salud pública, seguido de compañeros/ amigos y educador como otras fuentes de enseñanza del uso del condón. Según los reportes de los

HSH, ningún medio (prensa escrita, radio, televisión), ni los médicos o enfermeras funcionan como recurso relevante para instrucción sobre la aplicación correcta (véase cuadro 1.5.4). Sin embargo, 49 % de los HSH informan haber asistido a una demostración del uso de condón a lo largo de su vida y califican la misma como muy buena.

Cuadro 1.5.4 Fuentes de enseñanza del uso de condón:

Fuentes	%	% válido
Aprendí solo	40,6	45,9
ONG	11,2	12,7
Un compañero / amigo	9,0	10,2
Educador	6,6	7,5
Compromiso / Pareja	6,5	7,3
Un cliente	3,8	4,3
En la TV	2,6	3,0
Marido / Novio	1,4	1,6
Médico / enfermera	1,0	1,2
CETS / CITS	,7	,8
Trabajadora social	,6	,7
En la Prensa Escrita	,5	,6
En la Radio	,5	,5
Otra	3,4	3,8
No especificado	11,7	-
Total	100,0	100,0

Los HSH que usan condones los consiguen de diferentes fuentes (cuadro 1.5.5). Solamente un 28,9 % reportan haber recibido condones gratis, mientras 62,5 % dicen que compran todos los condones necesarios. Las fuentes más importantes de la recepción gratis son el propietario o el burdel, un amigo/a y el propio novio. Las instituciones oficiales del sistema de salud, como los centros de salud u hospitales, no constan como las principales fuentes de suministro de condones identificados por los HSH. En cuanto a la compra de condones, la farmacia resulta ser casi el único sitio. El 95 % de los condones comprados provienen de farmacias según la información obtenida. El precio de los condones adquiridos varía mucho según los testimonios de los HSH. En promedio, en su última compra pagaron 3,07 dólares para cuatro condones (cuadro 1.5.6). No obstante, relacionando el número de condones directamente con el precio pagado, los HSH reportan que el precio por cada condón puede llegar hasta un máximo 25 dólares, aunque la mayoría consigue los condones en 50 centavos de dólar. Permanece en oculto qué circunstancias hacen incrementar tanto este precio que puede ser tan bajo como 1 centavo de dólar por condón considerando que los

condones que se expenden en el Ecuador tienen costos que oscilan entre los 0.05 de dólar y 0.50 de dólar por unidad⁷⁴.

Cuadro 1.5.5 Distribución de lugar de recepción de condones gratis y comprados:

Fuente/ Lugar de procedencia	Condomes gratis		Condomes comprados	
	N°	% válido	N°	% válido
Farmacia	10	1,3	1679	94,7
Propietario / Burdel	383	49,4	0	,0
Marido / Novio	39	5,1	2	,1
Centro de salud	16	2,0	12	,7
Hotel / casa de huéspedes	10	1,3	7	,4
Bar / licorería	24	3,1	7	,4
ONG	2	,2	3	,2
Compromiso / Pareja	5	,7	0	0
CETS / CITS	6	,8	0	,0
Clínica u hospital	3	,4	0	,0
Otro (Amigo/a)	277 (127)	35,7 (5,0)	3	,2
Total	776	100,0	1733	100,0

Cuadro 1.5.6 Promedio de condones adquiridos y precio pagado en la última compra:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
N° de condones comprados	0	50	3,85	4,589
Precio pagado por ellos (\$)	,00	80,00	3,07	4,349

1.6 Comportamiento sexual

El inicio de relaciones sexuales como HSH sucede en promedio en una edad todavía muy joven. Como demuestra el cuadro 1.6.1, si bien el inicio puede ser tan tarde como con 60 años, el promedio se encuentra en 15 años. 15 años significa al mismo tiempo la edad en la cual se realiza más frecuentemente la primera relación como HSH.

Cuadro 1.6.1 Promedio de edad del inicio de las relaciones sexuales como HSH:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Edad a la primera relación sexual con HSH	1	60	15,31	4,178

Solamente dos años se encuentran en promedio entre el inicio de relaciones sexuales como HSH y la primera vez que ellos recibieron un pago por tener tales relaciones que se realiza a los 17 años (véase cuadro 1.6.2). Sin embargo, solamente un 35 % de los HSH confirma haber recibido un pago alguna vez en su vida. 65 % nunca han tenido relaciones sexuales pagadas. Del 35 % de los HSH que alguna vez recibieron pago por tener relaciones sexuales, un 38,9 % realizó esta práctica también en la semana anterior a la entrevista. Según las respuestas de aquellos HSH, tuvieron en promedio cinco veces sexo a cambio de dinero (cuadro 1.6.2).

Por el otro lado, el 15,5 % de los HSH reportan que han pagado alguna vez por tener relaciones sexuales con otro HSH. De este grupo, 68,3 % pagaron de una a treinta veces durante la semana anterior a la entrevista para tener relaciones sexuales. En promedio informan haber realizado casi tres veces sexo a cambio de pago durante este tiempo (cuadro 1.6.2).

Cuadro 1.6.2 Promedio de edad al tener la primera relación sexual pagada:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Edad a la primera relación sexual a cambio de dinero	1	44	17,48	4,333
Nº de veces de recibir dinero por tener relaciones sexuales última semana	1	60	5,43	9,348
Nº de veces de pagar dinero por tener relación sexual última semana	1	30	2,79	4,352

Con relación a parejas o contactos sexuales cambiantes, más de un 30 % de los HSH parecen tener múltiples contactos diferentes durante una semana. A la pregunta ¿con cuántos hombres distintos has tenido relaciones sexuales durante la última semana?, 37,4 % no reportan ningún contacto y otros 30,5 % informan solamente sobre un contacto. El resto de los entrevistados realizó contactos sexuales con más de dos personas distintas en el mismo tiempo: 28,8 % con dos a cinco personas diferentes, 2,1 % con seis a nueve y 1,2 % con diez o más personas distintas (cuadro 1.6.3).

Cuadro 1.6.3 Número de contactos sexuales diferentes de los HSH en la última semana:

N° de compañeros diferentes	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Ninguno	811	33,1	37,4	37,4
Solo 1	663	27,1	30,5	67,9
De 2 a 5	625	25,5	28,8	96,7
De 6 a 9	45	1,8	2,1	98,8
10 o más	27	1,1	1,2	100,0
No especificado	278	11,4		
Total	2449	100,0		

1.7 Encuentros sexuales anteriores

Los HSH realizan la mayoría de los contactos con sus compañeros/as en los lugares expuestos en el cuadro 1.7.1. A pesar de diferencias pequeñas entre los lugares de encuentro con el/la último/a, penúltimo/a y antepenúltimo/a compañero/a, las variaciones no logran tener significancia estadística, por lo cual solo se expone la distribución de los HSH según el lugar del contacto con el/la último/a compañero/a como representación de los tres. Se puede observar que la casa (privada) consta como el sitio más reportado de contactos con un 50,9 % de los contactos totales ocurridos. En segundo lugar se reporta una discoteca/ bar con 12,1 %, seguido del parque o la calle y fiestas. En la categoría “otro lugar”, un hotel/motel resulta ser el sitio más reportado de encuentro delante de la peluquería.

Cuadro 1.7.1 Distribución de los HSH según lugar de contacto con último/a compañero/a

	Frecuencia	%	% válido
Casa	1245	50,8	54,6
Discoteca/Bar	296	12,1	13,0
Parque/calle	164	6,7	7,2
Fiesta	145	5,9	6,4
Cine	55	2,2	2,4
Centro comercial	40	1,6	1,8
Café Net	32	1,3	1,4
Internet	21	,9	,9
Otro	284	11,6	12,4
(Hotel/ Motel)	(104)	(4,3)	(4,6)
No especificado	167	6,8	-
Total	2449	100,0	100,0

En la parte de datos sociodemográficos, ya se ha demostrado que el grupo de HSH no se limita a personas de orientación sexual exclusivamente homosexual. Los HSH se autoconsideran pertenecientes a diferentes subgrupos y mantienen relaciones sexuales no solamente con hombres. El cuadro 1.7.2 expone la distribución de los HSH según el sexo del último compañero. Si bien, en 85,7 % el último contacto de los HSH perteneció al sexo masculino, por lo menos 14,3 % reportan que fue una mujer.

Cuadro 1.7.2 Distribución de los HSH según sexo del último compañero

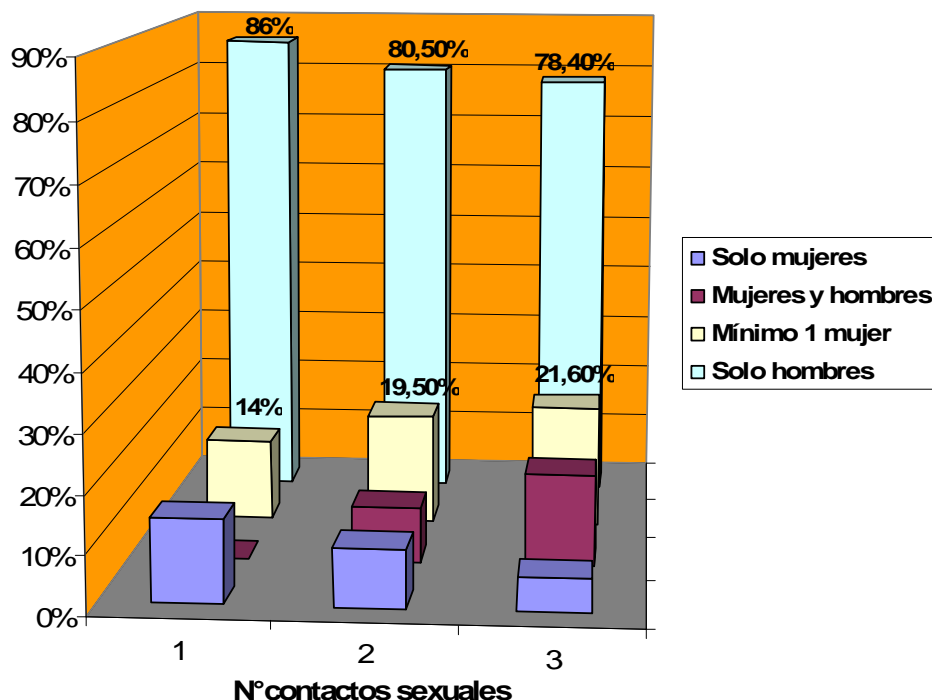
	Frecuencia	%	% válido
Hombre	2008	82,0	85,7
Mujer	336	13,7	14,3
Sin respuesta	105	4,3	-
Total	2449	100,0	100,0

Un análisis de la información del sexo de los o las tres últimos/as compañeros/as indica que el porcentaje de los HSH que mantienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos sube con la cantidad de contactos del pasado incluidos en el estudio (cuadro 1.7.3). Más de 20 % de los HSH reportan mínimo un contacto sexual con una mujer entre los tres últimos contactos, un incremento de 6 % comparado con el 14,3 % en caso del análisis solamente del último contacto. Al mismo tiempo se disminuye el porcentaje de los HSH que reportan relaciones sexuales exclusivamente con hombres de 85,7 % a 78,4 %. Se puede observar estas tendencias también en el diagrama 1.7.1 que resume las respuestas a las preguntas ¿tu ultimo/a, penúltimo/a, antepenúltimo/a compañero/a era hombre o mujer?.

Cuadro 1.7.3 Distribución de los HSH según sexo de los/las tres últimos/as compañeros/as

	Frecuencia	%	% válido
Solo hombres	1842	75,2	78,4
Solo mujeres	132	5,4	5,6
Hombres y mujeres	376	15,4	16,0
Sin respuesta	99	4,0	-
Total	2449	100,0	100,0

Diagrama 1.7.1 Distribución de HSH según sexo del compañero (tres últimos contactos)



Adicionalmente, se puede constatar de los últimos contactos sexuales de los HSH que cerca de un 60 % son compañeros frecuentes que han tenido alguna relación anteriormente con el mismo HSH. Por lo tanto, en cada nuevo contacto sexual un 40 % representa

compañeros “primeros”, es decir se trata posiblemente de personas fuera del entorno social habitual.

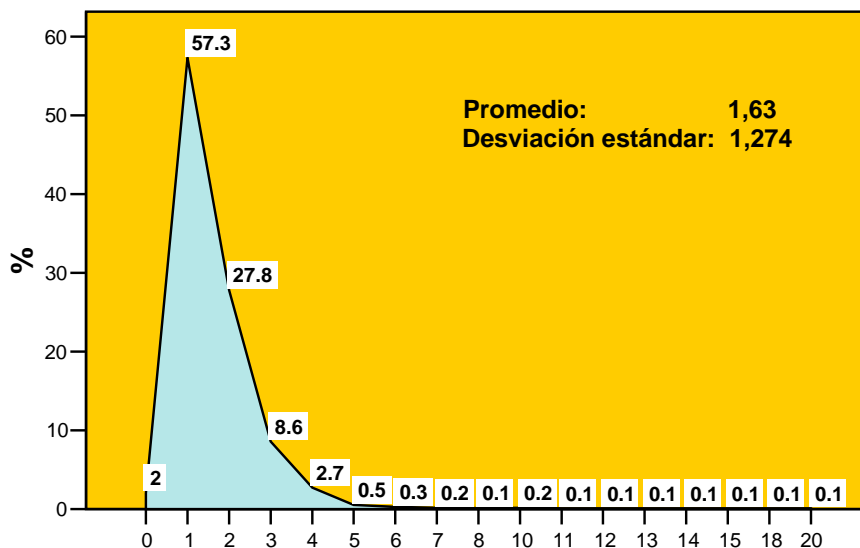
En cuanto a otras características de los compañeros/os de los HSH, se obtuvo los siguientes resultados de la clase social que pertenecen los mismos (cuadro 1.7.4). No se observó diferencias estadísticamente significativas entre los tres últimos contactos estudiados, por lo cual se presenta las distribuciones de los reportes del último compañero como representativos para todos los compañeros de los HSH. Según estas, cerca de un 70 % provienen de la clase media y proporcionan la gran mayoría de los compañeros. En un 20 % ellos vienen de la clase pobre y solo un 10 % equivale a personas de la clase alta o de dinero.

Cuadro 1.7.4 Distribución de los HSH según clase social del último compañero

Clase social	Frecuencia	%	% válido
Pobre	455	18,6	19,8
Media	1652	67,5	71,9
Alta (de dinero)	190	7,8	8,3
Sin respuesta	152	6,2	
Total	2449	100,0	

Según los informes de los HSH, casi todos (98,1 %) mantienen relaciones íntimas con sus compañeros que representan prácticas con riesgo de transmisión de enfermedades sexuales, incluso por ejemplo el VIH/SIDA. Solamente un número insignificante se limita a prácticas seguras que no incluyen sexo vaginal, anal y/u oral. Consecuentemente, 98 % de los HSH reportan haber tenido por lo menos una vez sexo con penetración con su último/a compañero/a y solo 2 % niegan el mismo (vea diagrama 1.7.2).

Diagrama 1.7.2 Distribución de HSH según número de veces sexo con penetración último compañero



El uso de condón durante todas las relaciones sexuales de este tipo con el último compañero es confirmado por la mayoría de los HSH según los reportes. Sin embargo, un tercio de los HSH informa la realización de las mismas sin el uso de condón (cuadro 1.7.5).

Cuadro 1.7.5 Distribución de los HSH según uso del condón con el/la último/a compañero/a

	Frecuencia	%	% válido
Si	1492	60,9	66,6
No	749	30,6	33,4
Sin respuesta	208	8,5	-
Total	2449	100,0	100,0

Este no uso del condón parece ser fundado en una decisión compartida de los HSH mismos y sus compañeros. Del 7,7 % del total de los HSH que indican que había querido usar un condón en sus relaciones sexuales con el último compañero, solamente el 0,1 % reporta el no uso del mismo por otras razones que la voluntad propia.

El riesgo de contraer una enfermedad/infección de transmisión sexual (ETS/ITS) debido a un compañero infectado estima la mayoría de los HSH como muy baja o nada probable. En una escala de una a cuatro se preguntó a ellos si piensan que es muy probable, poco probable, igual de probable o nada probable que uno de sus tres últimos compañeros tenía una ETS/ITS o el VIH/SIDA. Un valor cerca a uno representa en esta escala mucha probabilidad, mientras un valor cerca a cuatro representa la opinión que es nada probable. Los resultados se pueden apreciar en los cuadros 1.7.6 y 1.7.7.

En cuanto a ETS/ITS diferente al VIH/SIDA, el promedio de las respuestas se encuentra para los tres últimos contactos en 3,6. Es decir, la mayoría piensa que es poco probable que alguien de los compañeros pasados tuviera una de tales enfermedades. En otra pregunta directa solamente cerca del 2 % de los HSH piensan, según los informes, que el último compañero tenía una ETS/ITS.

Los resultados acerca del VIH/SIDA se parecen a los expuestos para los ETS/ITS. El promedio se ubica en 3,67 o 3,66 en caso de los tres últimos contactos. Igualmente, se considera la posibilidad de una infección como nada probable. Todavía un porcentaje inferior de los HSH piensa que el último compañero pudiera haber tenido una infección por el VIH/SIDA que en el caso de ETS/ITS: los informes dan como resultado 1,1 %.

Cuadro 1.7.6 Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de una ETS/ITS:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Probabilidad último/a compañero/a	1	4	3,60	,796
Probabilidad penúltimo/a compañero/a	1	4	3,60	,798
Probabilidad antepenúltimo/a compañero/a	1	4	3,60	,801

Cuadro 1.7.7 Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de la infección del VIH/SIDA:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Probabilidad último/a compañero/a	1	4	3,67	,746
Probabilidad penúltimo/a compañero/a	1	4	3,66	,752
Probabilidad antepenúltimo/a compañero/a	1	4	3,66	,752

1.8 Disponibilidad de condones

Los reportes de los HSH acerca del uso de condón indicaron que un tercio no aplica el mismo en sus relaciones sexuales con cada de los tres últimos/as compañeros/as. El análisis de los tres contactos en conjunto da como resultado que solamente 55,7 % de los HSH usó el condón en todas sus relaciones y por lo menos 24 % no usaron condón en ningún caso.

La pregunta si tenían un condón disponible la última vez que tuvieron sexo sin condón respondieron 34,4 % de los HSH con “sí” y 65,6 % con “no” (cuadro 1.8.1). Las razones más nombradas por no tener condón constan en el cuadro 1.8.2. Según los reportes, el hecho de no estar acostumbrado a usar condones o de no usar condones nunca predominan con 30,9 % y 36,2 % respectivamente sobre el resto de razones. Eso indica que la falta de disponibilidad de condones en la mayoría de los casos no se funda en problemas de acceso a los sitios de venta u otras circunstancias, sino más bien se explica por la falta de voluntad de usar condones en primer lugar.

Cuadro 1.8.1 Distribución de los HSH según disponibilidad de condones la última vez que tuvieron sexo sin condón:

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Siempre tengo disponible	18	,7	3,0	3,0
Si	189	7,7	31,4	34,4
No	394	16,1	65,6	100,0
Sin respuesta	1848	75,5	-	
Total	2449	100,0	100,0	

Cuadro 1.8.2 Distribución de los HSH según razones por no tener condones disponibles:

	Frecuencia	%	% válido
Nunca uso condones	136	5,6	36,2
No acostumbraba usar condones	116	4,7	30,9
No pude conseguir	73	3,0	19,4
El lugar de venta estaba cerrado	21	,9	5,6
No tenía dinero	19	,8	5,1
Otra razón	11	,4	2,9
Sin respuesta	2073	84,6	
Total	2449	100,0	

1.9 Conocimientos sobre el VIH y las ITS y antecedentes

De los HSH entrevistados, un 95,3 % ha oído de la infecciones de transmisión sexual y todavía un porcentaje más alto, un 99,3 %, ha oído alguna vez sobre el VIH/SIDA. Consecuentemente, sólo una pequeña parte de los HSH no comparten estos conocimientos básicos (cuadro 1.9.1 y 1.9.2).

Cuadro 1.9.1 Distribución de los HSH según conocimiento básico sobre ITS:

¿Has oído hablar de ITS?	Frecuencia	%	% válido
Si	2275	92,9	95,3
No	112	4,6	4,7
Sin respuesta	62	2,5	-
Total	2449	100,0	100,0

Cuadro 1.9.2 Distribución de los HSH según conocimiento básico sobre VIH/SIDA:

¿Has oído hablar del VIH/SIDA?	Frecuencia	%	% válido
Si	1084	44,3	99,3
No	8	,3	0,7
Sin respuesta	1357	55,4	-
Total	2449	100,0	100,0

A parte de los conocimientos más básicos, el 97,6 % de los HSH sabe también que se puede prevenir el VIH/SIDA, versus un 2,4 % que está plenamente informado sobre cómo hacerlo. Acerca de los métodos o las posibilidades de prevenir la transmisión del VIH/SIDA no existe tanta claridad. Si bien, los dos posibles métodos de prevención más nombrados solo o en combinaciones con otros por los HSH son el uso de condón y el no tener sexo con una persona infectada por el VIH/SIDA, pocos entrevistados identificaron correctamente la combinación de los 3 métodos efectivos de prevención (cuadro 1.9.3). Muchas respuestas mencionaron junto a métodos válidos otras alternativas no efectivas para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA.

Cuadro 1.9.3 Distribución de los métodos de prevención del VIH/SIDA identificados por HSH

Método de prevención	Frecuencia	%
1 Evitar picado de mosquitos	121	5,4
2 No tener sexo con persona infectada por el VIH	1100	49,5
3 Practicar sexo sin penetración	514	23,1
4 Tratamiento temprano de ITS	317	14,3
5 No compartir alimentos	32	1,4
6 Practicar sexo oral en vez de sexo anal/vaginal	254	11,4
7 Uso de condón	2050	92,3
8 Otro	46	2,1
Combinación correcta (2,3,7)	131	5,9

En cuanto a los antecedentes de un examen del VIH/SIDA, alrededor de 60 % de los HSH reportan haberse realizado uno anteriormente, comparado con un 35 % que nunca se han hecho el mismo examen.

Como motivaciones más frecuentes para el examen aparecen el trabajo que lo requería (32,2 %) y la consciencia del VIH/SIDA en general (30,3 %). Otras razones mencionadas son la colaboración con algún estudio del VIH/SIDA o la solicitud del médico. Por lo menos 6,7 % de los HSH se hicieron la prueba también por la muerte o la infección de alguna persona de su entorno social cercano o por presentar síntomas propios del VIH/SIDA (véase cuadro 1.9.4).

Cuadro 1.9.4 Distribución de los HSH según razones para realizarse un examen de VIH:

Motivación para realizarse el examen	Frecuencia	%
Mi trabajo lo requería	473	32,2
Por estar consciente del VIH/SIDA	444	30,3
Colaborar con un estudio de VIH/SIDA	219	14,9
Un médico me lo solicitó	112	7,6
No uso condones en forma regular	88	6,0
Un educador (ONG) me lo sugirió	57	3,9
Mi compañero/ pareja murió de SIDA	26	1,8
Un colega/compañero murió de SIDA	26	1,8
Un pariente murió de SIDA	20	1,4
Una trabajadora social/ de salud me lo sugirió	21	1,4
Presentaba síntomas del VIH/SIDA	16	1,1
Uno de mis clientes era positivo del VIH	9	0,6
Otra razón	110	7,5

El lugar más acudido por los HSH para realizarse la prueba de VIH/SIDA son las instituciones de la Cruz Roja con 43,4 %. Los hospitales públicos ocupan el segundo lugar de los exámenes de VIH efectuados, pero con 14,7 %, solamente un tercio de los HSH que asisten a instituciones de la Cruz Roja vienen a los hospitales públicos. Las clínicas y laboratorios privados atienden en conjunto alrededor del 20 % de los HSH para su examen de VIH, seguido de los laboratorios del Instituto de Higiene con un 10 % de asistencia (véase cuadro 1.9.5).

Los precios promedio que tuvieron que pagar los HSH para el examen del VIH varían según lugar de asistencia (véase cuadro 1.9.6). Según los informes, los exámenes más baratos los realizan las ONG, con un promedio de costo de 1,36 dólares. Comparado con este valor, los 6,43 dólares que piden los centros de planificación familiar ya parecen caros, sin embargo el promedio total de todas las instituciones se encuentra todavía en un precio más elevado con 10,31 dólares. El costo más alto para el examen reportan los HSH de las clínicas y laboratorios privados con 18,16 y 19,39 dólares respectivamente. La Cruz Roja, que realiza con diferencia la mayoría de los exámenes, se ubica con 8,39 dólares por debajo del promedio total y detrás de los hospitales públicos que ofrecen este servicio por 7,70 dólares, ubicándose en cuarto lugar de la clasificación de precios.

Cuadro 1.9.5 Distribución de los HSH según institución del examen del VIH:

Lugar de realizarse la prueba	Frecuencia	%	% válido
Cruz Roja	479	19,6	43,3
Hospital público	162	6,6	14,7
Clínica privada	121	4,9	11,0
Laboratorio privado	116	4,7	10,5
Instituto de Higiene	104	4,2	9,4
ONG	69	2,8	6,2
Centro de planificación familiar	18	,7	1,6
CETS / CITS	12	,5	1,1
Otro lugar. Especifique	24	1,0	2,2
Sin respuesta	1344	54,9	-
Total	2449	100,0	100,0

Cuadro 1.9.6 Promedio de precio pagado por examen de VIH según lugar de asistencia:

Lugar donde se realizó el examen del VIH	Promedio	Desviación estándar
ONG	1,3630	3,72915
Centro de planificación familiar	6,4286	4,66928
Hospital público	7,7004	6,40924
Cruz Roja	8,3868	5,53555
Instituto de Higiene	8,5057	6,99647
CETS / CITS	12,4000	13,09750
Clínica privada	18,1609	12,14737
Laboratorio privado	19,3900	13,76362
Otro lugar. Especifique	12,6000	12,11244
Total	10,3152	9,50373

Según los informes de los HSH, el sitio más acudido para la prueba del VIH es también el sitio más recomendable. El 63,4 % responde a la pregunta, “¿si alguien quisiera hacerse un examen de VIH, a donde podría acudir?”, la Cruz Roja. En segundo lugar, se ubican los hospitales públicos con 26,7 %. En general, el orden de la lista de sitios recomendados corresponde a la distribución de los HSH según el sitio en el cual se realizaron ellos mismos la prueba. Eso indica que la atención en los sitios asistidos fue por lo menos lo bastante satisfactorio para volver a la misma institución la próxima vez. Únicamente las clínicas privadas no lograron mantener el mismo lugar en el orden de las recomendaciones comparado con el número de personas atendidas. Tal vez debido al precio elevado del examen mismo o por deficiencias en la atención, los HSH recomendaron estas instituciones con menor frecuencia (véase cuadro 1.9.7 y 1.9.5 para la comparación).

Cuadro 1.9.7 Orden de los lugares recomendados para realizarse la prueba de VIH:

Lugar para la prueba	Frecuencia	%
Cruz Roja	1420	63,4
Hospital público	597	26,7
Laboratorio privado	508	22,7
Instituto de Higiene	466	20,8
Clínica privada	415	18,5
ONG	196	8,8
Centro de planificación familiar	127	5,7
CETS / CITS	87	3,9
Otro lugar. Especifique	14	0,6

En cuanto a la confidencialidad de los diferentes lugares que realizan los exámenes de VIH, los HSH opinan en su mayoría que todos manejan sus datos y resultados con

confidencialidad adecuada (véase Cuadro 1.9.8). Ellos atribuyen la mayor confianza a los laboratorios privados y a las ONG's con 96,1 y 94,6 % de respuestas positivas acerca de la confidencialidad de los lugares. La Cruz Roja recibe también cerca del 90 % según los informes y solamente los hospitales públicos logran en menos del 80% respecto a la confianza de los HSH.

Cuadro 1.9.8 Confidencialidad de los lugares de los exámenes de VIH:

Lugar de examen	%
Laboratorio privado	96,1
ONG	94,2
Clínica privada	90,8
CETS/CITS	88,7
Cruz Roja	88,4
Centro de planificación familiar	87,9
Instituto de Higiene	82,4
Hospital público	78,0

2. Resultados para Trabajadores Sexuales (TS):

2.1 Información sociodemográfica

Las entrevistas con las TS se realizaron en establecimientos de la vida pública similares a los mencionados en el caso de los HSH. El cuadro 2.1.1 muestra la distribución de las TS según el sitio de entrevista a continuación. La mayoría (15,7 %) de las entrevistas se llevaron a cabo en los llamados “Night Clubs” que equivale a lo expuesto anteriormente en relación a los HSH. Los siguientes lugares más reportados son un hotel/pensión sirvió con 15,5 %, el cine/parada de bus/terminal con 14,5 % y los llamados “Boliches” o casas de cita con 11,8 % de las entrevistas.

Cuadro 2.1.1 Distribución de los sitios de encuentro/ entrevista con las TS:

Sitio de encuentro/ entrevista	N°	%
Night Club	396	15,7
Hotel/ pensión	390	15,5
Cine/ parque/ parada de bus/ terminal	366	14,5
Bolicho/ casa de cita	297	11,8
Casa de masaje	280	11,1
Calle/ carretera	269	10,7
Bar/ cervecero	249	9,9
Centro de Salud/ centro médico	241	9,6
No especificado	33	1,3
Total	2521	100,0

La distribución etaria de las TS se expone en los cuadros 2.1.2 y 2.1.3. En promedio, el grupo de TS tiene entre 27 y 28 años con una desviación estándar de 7,4 años y un rango de 49 años entre la TS más joven entrevistada con 16 años y la TS con la edad más avanzada de 65 años. De las ocho ciudades del estudio, solamente Machala difiere con un promedio de 22,4 años mayormente en su estructura etaria. El resto de las ciudades se ubica cerca del promedio total.

Cuadro 2.1.2 Distribución de TS entrevistadas por edad (estadísticas promedio):

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Años cumplidos en el momento de entrevista	16	65	27,68	7,424

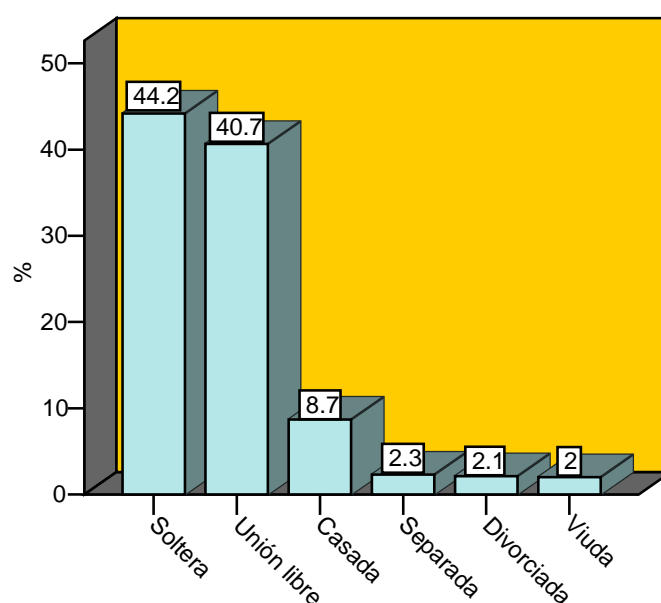
En el análisis de la distribución de las TS entrevistadas según **grupos etarios** (véase cuadro 2.1.3) se nota que el grupo 1 de menores de edad con 0,3 % resulta relativamente pequeño comparado, por ejemplo, con el 6,1 % que representa este grupo de los HSH. No obstante, la mayoría (66,8 %) de las TS provienen también de los grupos etarios por debajo de 30 años, mientras solamente 1,2 % son mayores de 50 años. En consecuencia, el grupo de TS puede ser considerada todavía como compuesto prioritariamente de personas jóvenes.

Cuadro 2.1.3 Distribución TS por grupos etarios:

Años (grupo etario)	%	% válido	% acumulado
14 – 17 (grupo 1)	,3	,3	,3
18 – 24 (grupo 2)	37,9	38,1	38,4
25 – 29 (grupo 3)	28,2	28,3	66,8
30 – 39 (grupo 4)	26,0	26,1	92,9
40 – 49 (grupo 5)	5,9	5,9	98,8
50 o más (grupo 6)	1,2	1,2	100,0
No especificado	0,6	-	-
Total	100	100,0	100,0

La distribución de las TS del estudio según su estado marital muestra el diagrama 2.1.1. Como se puede observar, más de 80 % reportan vivir actualmente como solteras o en unión libre con una pareja que representan con diferencia los estados maritales más frecuentes. Solamente 8,0 % de las TS están casadas y otro 6,4 % cuenta con una relación matrimonial en su pasado. Sin embargo, en cuanto al compañero de vivienda, 33 % de las TS reportan vivir con el hombre/ esposo versus 20 % que dicen que viven con un hombre que no es su esposo. Queda entonces la duda si el bajo porcentaje de TS casadas corresponde a la situación real.

Diagrama 2.1.1 Estado civil actual de las TS entrevistadas:



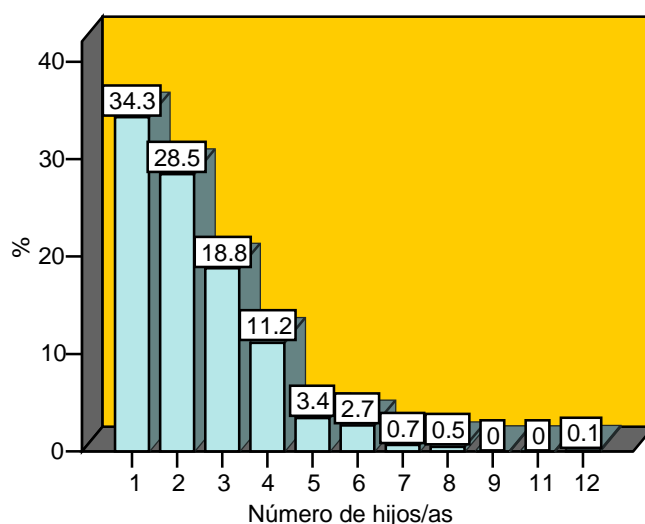
A pesar de la gran parte de las TS viviendo como solteras o en unión libre, más de 83 % reportan tener por lo menos un hijo/a propio/a en el momento de la entrevista (véase cuadro 2.1.4). En promedio las TS cuentan con más de 2 hijos/as cada una y con un máximo de hasta 12 hijos/as.

Cuadro 2.1.4 Hijos propios en el momento de la entrevista:

	%	% válido
Si	83,3	83,5
No	16,4	16,5
Sin respuesta	0,3	-
Total	100,0	100,0

La distribución exacta de TS según el número de hijos/as se puede observar en el diagrama 2.1.2. Eso indica que menos de 20 % de las TS con hijos/as cuentan un número mayor de tres y solamente un 5 % tienen más de cinco hijos/as. Sin embargo, esta estadística oculta la existencia de algunos casos extremos encontrados en el estudio de TS en las edades entre 18 y 20 años con ya cuatro o más hijos/as. Además, comparado con el número total de hijos, un porcentaje importante no estudia en el momento de entrevista, es decir no atiende a ninguna escuela o ningún colegio.

Diagrama 2.1.2 Distribución de las TS con hijos/as según el número total de hijos/as:



Según los informes obtenidos acerca de los niveles de estudios alcanzados por las TS mismas, la mayoría (61,4 %) alcanzó por lo menos a llegar a la secundaria. Sin embargo, únicamente acerca de un 19 % logró aprobar el último grado de este nivel de estudios y tener

acceso a algún tipo de educación superior. Consecuentemente, el porcentaje de TS con carreras técnicas o superiores (universitarios) resulta con aproximadamente 11 % muy reducido y queda muy por debajo del porcentaje obtenido en el caso de los HSH. En promedio, las TS solo han podido aprobar hasta el séptimo curso de la secundaria. La distribución de las TS según niveles de estudio alcanzados la demuestra el cuadro 2.1.5.

Cuadro 2.1.5 Distribución de las TS según nivel de estudios alcanzado:

Nivel de estudios	%	% válido
Preescolar o kinder	0,5	0,5
Primaria	26,7	27,0
Secundaria	60,8	61,4
Carrera técnica / Artesanal	1,5	1,5
Superior no universitario	2,5	2,5
Superior universitario	5,8	5,9
Postgrado	1,2	1,3
No especificado	1,1	-
Total	100,0	100,0

2.2 Situación laboral

Antes de presentar las características de la situación laboral del grupo de TS hace falta notar que no todas las personas entrevistadas como trabajadoras sexuales se sienten como tales. Mediante el cuadro 2.2.1 se manifiesta este mensaje: un sólido 26,3 % de las supuestas TS no se autoconsideran pertenecientes a este grupo poblacional, es decir, a pesar de recibir o haber recibido dinero a cambio de favores sexuales con clientes, dichas mujeres no perciben esta actividad como trabajo sexual, mientras 73,7 % se declaran abiertamente como trabajadoras sexuales. Esta distribución puede indicar que algunas de las TS no se dedican a tiempo completo al trabajo sexual o no realizan este trabajo en el momento de la entrevista, si no que tienen otros trabajos ocupando la mayor parte de sus días.

Cuadro 2.2.1 Distribución de las TS según autoconsideración como TS:

¿Te consideras una trabajadora sexual?	%	% válido
Si	72,7	73,7
No	25,9	26,3
Sin respuesta	1,4	-
Total	100,0	100,0

Por lo que se refiere al carnet para realizar trabajo sexual, 88,2 % de las TS confirman la posesión del mismo y de esta manera se identifican claramente como trabajadoras sexuales oficiales. Solamente 11,8 % informan no tener el carnet (véase cuadro 2.2.2).

Cuadro 2.2.2 Distribución de las TS según tenencia de carnet para realizar trabajo sexual:

Carnet para realizar trabajo sexual	%	% válido
Si	86,3	88,2
No	11,5	11,8
Sin respuesta	2,2	-
Total	100,0	100,0

La pregunta de la cantidad de tiempo que dedican las TS al trabajo sexual, responde el cuadro 2.2.3. Según las encuestas, en la semana anterior a la misma las TS reportan un promedio de 36 horas de trabajo sexual con un rango entre cero y 168 horas, que significa básicamente un horario de 24 horas al día los siete días de la semana. El promedio de semanas trabajadas durante el último mes se ubica alrededor de dos semanas y media, y en total las TS reportan trabajar un poco más de seis meses en promedio a este ritmo. Sin embargo, un 67 %

de las TS reclama haber trabajado todas las semanas durante el último mes y un 60 % afirma lo mismo durante los doce meses del último año.

Cuadro 2.2.3 Estadísticas promedio del tiempo dedicado al trabajo sexual:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Horas trabajadas la última semana	0	168	36,47	22,805
Semanas trabajadas el último mes	0	5	2,56	1,015
Meses trabajados el último año	0	12	6,14	3,279

En cuanto a la cantidad de clientes en una semana de trabajo sexual, las TS activas reportan números entre 1 a 200. El promedio se calcula de los informes en 34 clientes a la semana por TS activa y da una idea general del volumen del trabajo. La distribución de las TS según número de clientes (sexo pagado) en última semana (cuadro 2.2.4) especifica más este volumen. Se puede observar que más de 50 clientes a la semana no es una excepción para las TS, el 20,5 % reportan un número de clientes correspondiente a esa cifra.

Cuadro 2.2.4 Distribución de las TS según número de clientes (sexo pagado) en última semana

N° de clientes durante última semana	%	% válido
0	11,6	13,0
1 – 10	16,5	18,5
11 – 20	18,1	20,2
21 – 30	8,7	9,8
31 – 40	7,4	8,3
41 – 50	8,6	9,6
51 – 100	15,4	17,2
101 – 200	3,1	3,5
Sin respuesta	10,5	-
Total	100,0	100,0

La remuneración del trabajo sexual realizada durante una semana puede variar mucho. Si bien, el promedio de la ganancia durante una semana se encuentra en 250 dólares, la gama de ingresos muestra diferencias de cero hasta 8000 dólares según las entrevistas con las TS. Sin embargo, comparado con el promedio de ingresos de los HSH de 144 dólares, las TS disponen de mayor poder adquisitivo. Esta realidad se refleja también en la distribución de las TS según grupos salariales como múltiplos del sueldo mínimo (véase cuadro 2.2.5). Llama la atención en la observación del cuadro que en el grupo 6 con ingresos semanales por encima de 200 dólares se ubica alrededor de 38 % de las TS, más que en cualquier otro grupo. Según

los reportes, el segundo grupo más grande es con 13 % el grupo 5 y casi el mismo porcentaje se ubica en el grupo 0 que recibe ningún ingreso del trabajo sexual. El cruce de ingresos con el número de clientes durante la última semana de las respectivas TS aclara que este grupo representa casi exclusivamente TS no “activas” en el trabajo sexual en el tiempo en cuestión (98 %). La distribución dentro de los grupos restantes se presenta relativamente homogénea (cerca de 10% en cada uno), con excepción del grupo 1. Este grupo de salario sólo reúne 4,2 % de las TS.

Cuadro 2.2.5 Grupos de ingresos semanales como múltiplos del sueldo mínimo

Grupo (Ingreso en dólares)	%	% válido	% acumulado
0 (0)	10,9	12,0	12,0
1 (1 - 40)	3,8	4,2	16,2
2 (41 - 80)	9,9	10,9	27,1
3 (81 - 120)	11,1	12,2	39,3
4 (121 - 160)	8,1	8,9	48,2
5 (161 - 200)	11,8	13,0	61,2
6 (>200)	35,3	38,8	100,0
No especificado	9,0	-	-
Total	100,0	100,0	100,0

Acercas de otro tipo de ocupaciones aparte de trabajo sexual, solamente 13,6 % de las TS informan sobre un trabajo no sexual, mientras 86,4 % se dedican exclusivamente al mismo. Si bien el porcentaje que reporta tener un trabajo no sexual equivale al 13,6 % aproximadamente de las TS que no poseen un carnet de trabajadora sexual y también a las TS no activas (sin clientes en la última semana), el cuadro 2.2.6 muestra que no sólo este grupo de TS se dedica a un trabajo no sexual. Según las entrevistas, 261 TS activas tienen un trabajo no sexual aparte comparado con 88 de las TS inactivas. En relación con el número total de los dos grupos, un porcentaje mayor de las TS inactivas realiza otro tipo de trabajo con 21,9 % versus 14,5 % de las TS activas.

Cuadro 2.2.6 Cruce de distribución de TS según trabajo no sexual y clientes última semana

		Clientes en última semana		Total
		No	Si	
Trabajo no sexual	Si, trabajo fijo	43	110	153 (6,9 %)
	Si, trabajo ocasional	45	151	196 (8,9 %)
	No	313	1545	1858 (84,1 %)
	Total	401 (18,2 %)	1806 (81,8 %)	2207

El tiempo total dedicado al trabajo no sexual se ubica en casi exactamente la mitad de las horas reportadas para el trabajo sexual, con promedio de 19 horas. Consecuentemente, los ingresos del trabajo no sexual, 80,71 dólares en promedio, no se acercan a las ganancias obtenidas por el trabajo sexual. Sin embargo, el salario por hora calculado de los promedios respectivos resulta no mucho más bajo para el trabajo no sexual. El cuadro 2.2.7 resume el tiempo dedicado y las ganancias de los dos tipos de trabajo.

Cuadro 2.2.7 Tiempo total y ganancias del trabajo sexual y trabajo no sexual:

		Promedio	Salario por hora
Trabajo no sexual	Horas trabajadas última semana	18,93	4,26
	Ganancia total última semana	80,71	
Trabajo sexual	Horas trabajadas última semana	36,47	6,85
	Ganancia total última semana	249,92	

En cuanto a la movilidad por razones de trabajo, las TS reportan en un 80,6 % trabajar en la misma ciudad en la cual residen. Una de cada cinco TS viene al lugar de trabajo exclusivamente por razones laborales. Comparado con el grupo de HSH en el cual solamente 3,9 % no trabajan en donde viven, este resultado demuestra una mayor movilidad local de las TS (cuadro 2.2.8). Esta movilidad está causada en gran parte por el tipo de trabajo de las TS. Según las entrevistas, 31 % de las TS llevan menos de un mes en su sitio actual de trabajo y 53 % menos de seis meses. Más de 4 años en el mismo sitio son con 10 % la excepción.

Cuadro 2.2.8 Distribución de TS según lugar de residencia igual/diferente al lugar de trabajo:

	%	% válido
No, solo vengo a trabajar	19,1	19,4
Sí, vivo aquí	79,3	80,6
No especificado	1,6	-
Total	100,0	100,0

2.3 Ahorros

Un 37,6 % de las TS reporta tener ahorros en forma de dinero y un porcentaje ligeramente inferior con 31,8 % confirma la existencia de alguna deuda en efectivo frente a un tercero. No obstante, el análisis de las cantidades de los ahorros y deudas (véase cuadro 2.3.1) revela que el promedio del dinero ahorrado casi llega al doble del promedio de las deudas acumuladas.

Cuadro 2.3.1 Cantidad promedio de ahorros y deudas de las TS:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Ahorros	1,70	80000	2095,33	4252,634
Deudas	3	63000	1254,45	4196,737

Aunque en un promedio, los ahorros parecen superar en cantidad las deudas acumuladas de las TS, casi la mitad de ellas informa que alguna parte de su deuda está condicionada a que sigan trabajando como trabajadora sexual (véase cuadro 2.3.2). Eso indica que los promedios de los valores de deuda y ahorros ocultan ciertas circunstancias acopladas a la existencia de deudas detrás del mero valor monetario.

Cuadro 2.3.2 Distribución de las TS según deuda condicionada a seguir trabajando como TS

Parte de la deuda condicionada al trabajo sexual	Frecuencia	%	% válido
Si	359	14,2	45,4
No	431	17,1	54,6
Sin respuesta	1737	68,7	-
Total	2527	100,0	100,0

A parte de ahorros de dinero, las TS disponen también de reservas monetarias en forma de objetos de valor: 36,3 % poseen una casa o un departamento, un 74,8% reporta tener un celular propio y un 17,4 % tiene joyas valiosas. A la pregunta ¿Qué cosa o bien tuyo venderías si necesitaras dinero urgentemente?, como respuestas más frecuentes (vea cuadro 2.3.2) aparecen el televisor, electrodomésticos y bienes como joyas. Una buena parte de las TS considera también la venta del propio cuerpo en caso de que sea necesario. La venta de esos objetos pondría en promedio unos 172 y 406 dólares extra, en el caso del televisor y algún electrodoméstico, a disposición de las TS.

Cuadro 2.3.2 Disposición de vender bien o cosa si necesario:

Bien o cosa a vender	N°	%	Promedio valor de venta
Televisor	334	13,2	172,44
Electrodomésticos	184	7,3	406,86
Joyas	66	2,6	1726,63
Equipo de sonido	65	2,6	256,17
Casa/ Departamento	65	2,6	19122,19
Teléfono celular	45	1,8	105,75
Terreno	43	1,7	9795,28
Cuerpo	37	1,5	154,18
Automóvil	36	1,4	6095,37

2.4 Integración y soporte social

La integración social de las TS se valora mediante el índice de integración social construido de la misma forma en la que se explicó anteriormente en los resultados para los HSH. Como muestra, en el cuadro 2.4.1 se aprecia que más de un tercio de las TS obtiene un índice mínimo y no asistió a ninguna actividad social en los últimos 6 meses. Si bien, 52,1 % se ubica en las categorías de uno a tres y recibe un índice bajo a medio de integración social, las TS con un índice alto, que participaron en más de cuatro actividades diferentes, son casi una rareza con un porcentaje de 3,6 del total.

En promedio, las TS acuden ni a dos actividades sociales diferentes en total en 6 meses, lo que indica en conjunto con la distribución en general una falta de integración social de este grupo poblacional.

Cuadro 2.4.1 Distribución del índice de integración social y promedio:

	N°	% válido	% acumulado
0	882	34,9	34,9
1	536	21,2	56,1
2	430	17,0	73,1
3	351	13,9	87,0
4	238	9,4	96,4
5	74	2,9	99,3
6	14	,5	99,9
7	3	,1	100,0
Promedio	1,53	Desviación estándar	1,511

Otro indicio para valorar la integración y el soporte social de las TS es el saber de la familia acerca del trabajo sexual. Resulta que las familias de las TS saben en menos del 50 % sobre el tipo de trabajo realizado, mientras el 52,8 % de las TS tiene el trabajo sexual oculto frente su familia (Cuadro 2.4.2).

Cuadro 2.4.2 Distribución de TS según consciencia de la familia sobre trabajo sexual:

Problemas	%	% válido
Si	45,8	47,2
No	51,3	52,8
Sin respuesta	2,9	-
Total	100,0	100,0

El índice de soporte social de las TS se construyó de la misma forma que para el caso de los HSH. Sin embargo, para valorar debidamente la situación especial de las TS se incluyó dos categorías a las cinco existentes. Las preguntas adicionales proporcionan información de contar con alguien que les apoye en caso de que un cliente quiera tener sexo sin condón en contra de su voluntad y de contar con alguien en caso de que rechacen a un cliente violento o agresivo. En consecuencia, el índice presenta una escala de 0 a 7 en el caso de las TS, en la cual 0 significa un soporte social mínimo (no contar con nadie en las 7 situaciones) y 7 indica un soporte social máximo (contar con mínimo una persona en todas de las 7 situaciones). Como se puede observar en el cuadro 2.4.3, el promedio del índice obtenido se ubica por encima de 5 mostrando un apoyo social adecuado de las TS. Menos de 10 % caen dentro de las categorías 0 - 2 con una integración deficiente. El grupo más grande según el porcentaje (56,2 %) cuenta incluso con el soporte social máximo.

Cuadro 2.4.3 Distribución de los TS según el Índice de soporte social:

Valor índice	N°	% válido	% acumulado
0	68	2,7	2,7
1	50	2,0	4,7
2	65	2,6	7,3
3	126	5,1	12,4
4	178	7,1	19,5
5	263	10,6	30,1
6	341	13,7	43,8
7	1400	56,2	100,0
Promedio	5,79	Desviación estándar	1,807

La violencia de clientes o la policía vivieron según los informes fue experimentado por casi un 20 % de las TS en su trabajo sexual. Cerca de 2 % reportan un incidente de esta naturaleza durante el mes anterior a la entrevista y alrededor de 8 % durante el último año (vea cuadro 2.4.4). Sin embargo, un 18,6 % (n = 435) de las TS no respondieron la pregunta. Eso indica que los porcentajes reales podrían estar más altos. Otro punto importante es que las respuestas totales a la pregunta si las TS buscaron ayuda después del incidente de violencia revelan que casi el 50 % de las TS no reporta el abuso (cuadro 2.4.5).

Cuadro 2.4.4 Distribución de TS según tiempo desde hace último abuso/golpe por cliente/policía:

Última vez golpeada/abusada	Frecuencia	%	% válido
Nunca	1699	67,2	82,5
Desde hace < 1 mes	38	1,4	1,9
Desde hace < 1 año	161	6,4	7,8
Desde hace > 1 año	161	6,4	7,8
Sin respuesta	435	18,6	-
Total	2494	100,0	100,0

Cuadro 2.4.5 Distribución de TS según reporte del abuso:

Reporte del abuso	Frecuencia	%	% válido
Si	206	8,1	52,3
No	188	7,4	47,7
Total respuestas	394	15,6	

Por lo que se refiere al control de las TS en diferentes ámbitos de la vida propia, se aplicó el índice de destrezas para la vida similar al mencionado para el caso de los HSH. La única diferencia consiste en la cantidad de ámbitos de la vida incluidos en el índice. Se incluyen para las TS preguntas sobre la iniciativa del uso de condón, la posibilidad de rechazar al cliente si no quiere usar condón, la posibilidad de rechazar al cliente por seguridad propia y el acceso a servicios de VIH/SIDA. Igual que en el caso de HSH, un valor cercano a uno significa tener siempre control sobre los ámbitos mencionados, mientras un valor cercano a cinco corresponde a la falta total de control y destrezas mínimas del manejo de situaciones personales. De acuerdo al índice, la gran mayoría de las TS dispone de amplias destrezas para la vida (96,8 %) y solamente unos casos extremos (0,1 %) exponen la falta total control sobre su vida. El promedio del índice permite la misma conclusión con un valor de 1,32 (cuadro 2.4.6). Llama la atención que el ámbito donde las TS reportan el menor control sobre las decisiones es el lugar de trabajo con un promedio del índice individual en 2,36.

Cuadro 2.4.6 Distribución de las TS según Índice de destrezas para la vida:

Valor índice	N°	%	% válido	% acumulado
1 – 2	2306	91,2	96,8	96,8
> 2 - < 4	73	2,9	3,1	99,9
4 – 5	3	0,1	0,1	100,0
Total respuestas	2381	94,2	100,0	-
Promedio	1,32	Desviación estándar		0,359

2.5 Uso de condón

Más del 99 % de las TS reporta el uso del condón por lo menos alguna vez y la mayoría realiza esta práctica ya desde hace mínimo 2 años. El porcentaje que empezó usar el condón dentro de los últimos seis meses representa el grupo relativamente más pequeño e indica adicionalmente que las TS tienen experiencia en el uso de condón y consciencia de este método de prevención de ETS/ITS y VIH/SIDA. Las pocas TS que nunca han usado condón hasta el momento (n = 7) reportan como razón para este comportamiento sobre todo el disgusto personal de usar el condón. El resto difiere en sus razones y debido al bajo número de cada una no se mencionan específicamente aquí.

Cuadro 2.5.1 Distribución de las TS según tiempo de uso del condón:

	N°	%	% válido	% acumulado
Nunca he usado	7	,3	,3	,3
Menos de 6 meses	127	7	5,4	5,7
De 6 meses hasta 1 año	380	15,1	16,3	22,0
De 1 a 2 años	384	15,2	16,4	38,4
De 2 a 3 años	252	10,0	10,8	49,2
De 3 a 4 años	229	9,0	9,8	59,0
De 4 a 5 años	293	11,6	12,6	71,5
6 años o más	665	26,3	28,5	100,0
Total respuestas	2337	92,5	100,0	-

En cuanto al uso correcto y eficiente del condón, la observación de la fecha de caducidad juega un rol importante. Las TS confirman en un 82,7 % la observación de esta fecha antes de usar el condón. Comparado con el 17,3 % que no realiza este control, la gran mayoría de las TS toma en cuenta este dato (véase cuadro 2.5.2).

Cuadro 2.5.2 Porcentaje de TS que observan la fecha de caducidad de condones:

	N°	%	% válido
Si	2018	79,9	82,7
No	423	16,7	17,3
Total respuestas	2018	79,9	82,7

La aplicación correcta del condón representa otro punto importante para el uso eficiente del condón. La mayoría de las TS, 47,1 %, aprendió esto de forma autodidáctica. Las otras fuentes de enseñanza más usadas son una compañera/amiga y las CETS/CITS, pero sólo en un porcentaje muy inferior comparado con el autoaprendizaje. Las ONG's que juegan un

rol importante como fuente de enseñanza para los HSH se ubican por detrás del compromiso o la pareja en quinto lugar para las TS. Parecido a la situación en el caso de los HSH, los medios de información (prensa escrita, radio, televisión) y los médicos o enfermeras tampoco funcionan como recurso relevante para el aprendizaje del uso de condón en el grupo de TS. (véase cuadro 2.5.3). A pesar del alto porcentaje de las TS que reporta el autoaprendizaje, 44 % informan sobre la participación en una demostración del uso del condón y confirman una muy buena calidad de la misma. No obstante, las demostraciones no aparecen como fuente importante de enseñanza del condón.

Cuadro 2.5.3 Fuentes de enseñanza del uso de condón:

Fuentes	N°	%	% válido
Aprendí sola	1118	44,8	47,1
Compañera / amiga	532	21,3	22,4
CETS / CITS	216	8,7	9,1
Compromiso / Pareja	148	5,9	6,3
ONG	115	4,6	4,8
Marido / Novio	100	4,0	4,2
Médico / enfermera	86	3,4	3,6
Trabajadora social	57	2,3	2,4
Educador	41	1,6	1,7
Ciente	40	1,6	1,7
TV	38	1,5	1,6
Radio	13	0,5	0,5
Prensa Escrita	6	0,2	0,2
Otro	33	1,3	1,4
No especificado	118	4,7	-
Total	2494	-	-

En cuanto a los lugares de procedencia de los condones, esos varían según condones comprados y condones regalados (cuadro 2.5.4). Alrededor de 80 % de las TS reportan haber recibido condones gratis alguna vez, la mitad de ellas recibieron los condones dentro del último mes. Como las fuentes más importantes de los condones gratis aparecen las instituciones oficiales del sistema de salud: en primer lugar los centros de salud con 26,4 %, seguido de las CETS/ CITS con 25,6 %. Incluso el 10,3 % de las TS recibieron condones sin pago de alguna ONG. La compra de condones, que según las encuestas un 95,6 % de las TS ha realizado alguna vez (en promedio desde hace 9 días la última vez), tiene lugar mayormente en las farmacias. El 63,2 % de las TS compraron sus condones allí. Los burdeles y hoteles/casas de huéspedes constan también como lugares de compra con 6,8 % y 4,5 %, respectivamente.

Cuadro 2.5.4 Distribución de lugar de recepción de condones gratis y comprados:

Fuente/ Lugar de procedencia	Condones gratis		Condones comprados	
	N°	% válido	N°	% válido
Farmacia	6	,3	1409	63,2
Propietario / Burdel	111	5,4	151	6,8
Hotel / casa de huéspedes	32	1,5	101	4,5
Centro de salud	547	26,4	72	3,2
Bar / licorería	19	,9	35	1,6
CETS / CITS	531	25,6	34	1,5
ONG	214	10,3	10	,5
Clínica u hospital	17	,8	7	,3
Marido / Novio	9	,4	3	,2
Compromiso / Pareja	6	,3	1	,0
Otro	579	28,0	405	18,2
Total respuestas	2071	100,0	2230	100,0

El precio de los condones adquiridos puede variar según lugar de compra y TS entrevistada. En promedio, en su última compra las TS pagaron 6,55 dólares para un promedio de 70 condones (cuadro 2.5.5) obteniendo un precio calculado de menos de 10 centavos por condón. No obstante, relacionando el número de condones directamente con el precio pagado, las TS reportan que el precio por cada condón puede llegar hasta un máximo 10 dólares.

Cuadro 2.5.5 Promedio de condones adquiridos y precio pagado en la última compra:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
N° de condones comprados	0	600	70,26	95,653
Precio pagado por ellos (\$)	0	300,00	6,5503	12,24500

Uno de los parámetros más importantes para el uso del condón es la disponibilidad del mismo en el caso de que sea necesario. Por ello se preguntó a las TS por el número de condones que traen consigo en el momento de la entrevista. El 75,4 % tuvieron por lo menos un condón en este momento, mientras un poco más de 20 % no dispusieron de ningún condón. En promedio las TS traían consigo de 10 a 11 condones cada una en el momento de la entrevista (cuadro 2.5.6).

Cuadro 2.5.6 Promedio de condones de TS en el momento de la entrevista:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
N° condones	0	50	10,50	10,986

2.6 Comportamiento sexual

La primera relación sexual con penetración reportan las TS en promedio a los 15 años (cuadro 2.6.1). Según las entrevistas, se encuentran también casos extremos del inicio de las relaciones sexuales a edades muy jóvenes. El 18,5 % de las TS, por ejemplo, tuvieron su primera relación sexual ya durante su niñez. Solo el 6,0 % empezaron la vida sexual activa con más de 18 años.

Cuadro 2.6.1 Promedio de edad del inicio de las relaciones sexuales de las TS:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Edad a la primera relación sexual	1	33	15,39	2,184

Entre la primera relación sexual y el inicio de relaciones sexuales a cambio de dinero se encuentra un lapso de tiempo de 6 a 7 años en promedio. A los 22 años las TS empiezan en promedio el trabajo sexual (véase cuadro 2.6.2). Sin embargo, 15,3 % reportan la primera relación a cambio de dinero en una edad inferior a los 18 años, es decir como menores de edad.

Cuadro 2.6.2 Promedio de edad al tener la primera relación sexual pagada:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Edad a la primera relación sexual a cambio de dinero	8	46	21,97	5,049

Ya se estableció anteriormente que casi el 99 % de las TS ha hecho uso en sus relaciones del condón y que la mayoría realiza esta práctica ya desde hace mínimo 2 años. Acerca de la efectividad del uso del condón, 73,9 % de las TS informan que el condón se ha roto por lo menos una vez durante el acto sexual (cuadro 2.6.3).

Cuadro 2.6.3 Distribución de las TS según ruptura del condón alguna vez durante acto sexual:

¿Alguna vez se te ha roto el condón?	Frecuencia	%	% válido
Si	1818	72,0	73,9
No	641	25,4	26,1
Total respuestas	2459	97,3	100,0

2.7 Encuentros sexuales anteriores

Según los informes de las TS, la forma más frecuente de hacer contacto con clientes es el encuentro directo en los “Boliches” o casas de cita. En un 48,7 % el contacto se concreta en estos lugares. Los “Night Clubs” y bares son otros lugares de importancia para encontrarse con clientes con un 20,5 % y 9,7 % respectivo. La carretera o la calle aprovechan en conjunto todavía 13,1 % de las TS para establecer contacto con clientes. La distribución exacta de los lugares de encuentro se puede observar en el cuadro 2.7.1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de cliente último al cliente penúltimo y antepenúltimo.

Cuadro 2.7.1 Distribución de las TS según lugar de contacto con último cliente:

Lugar de encuentro	Frecuencia	%	% válido
Bolicho/ Casa de cita	1198	48,0	48,7
Night Club	504	20,2	20,5
Bar/ Licorería	239	9,6	9,7
Carretera	195	7,8	7,9
Calle	127	5,1	5,2
Hotel/ Casa de huéspedes	74	3,0	3,0
Casa TS	46	1,8	1,8
Salón de masajes	32	1,3	1,3
Celular/ Teléfono	19	,8	0,8
Otro	28	1,1	1,1
No especificado	32	1,3	-
Total	2494	100,0	100,0

El pago que reciben las TS por los servicios ofrecidos a los clientes varía entre 0 hasta 200 dólares. Sin embargo, estos valores extremos constan como la excepción según los informes de las TS. La mayoría recibe entre 5 a 10 dólares de sus clientes y el promedio del pago recibido se ubica alrededor de nueve dólares por cada cliente con ligeras diferencias entre los tres último contactos (véase cuadro 2.7.2). Llama la atención que este valor no representa los ingresos reales por cliente, porque muchas de las TS son obligadas a pagar una comisión al dueño del establecimiento en el cual se encuentran con sus clientes, para poder ofrecer sus servicios. La comisión corresponde en promedio a alrededor de 2,60 dólares.

Cuadro 2.7.2 Promedios del pago recibido por los tres últimos clientes:

Cliente	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Último	0	200	9,77	13,974
Penúltimo	0	150	9,00	11,552
Antepenúltimo	0	200	8,98	11,807

Por lo que se refiere a las características de los clientes, las TS reportan que de los tres últimos contactos casi un 60 % son compañeros frecuentes, mientras 41 % representan compañeros nuevos. Del total de clientes de las TS, resulta que la mayoría de clientes proviene de la clase media, el 60 %. Un 31 % de ellos pertenecen a la clase pobre y solamente el 8 % de las TS reportan clientes de la clase social alta/de dinero (véase cuadro 2.7.3).

Cuadro 2.7.3 Distribución de las TS según clase social de los clientes:

Clase social	Frecuencia	%	% válido
Pobre	750	30,1	31,5
Media	1438	57,7	60,4
Alta (de dinero)	193	7,7	8,1
Sin respuesta	113	4,5	-
Total	2494	100,0	100,0

La estructura etaria de los clientes de las TS se muestra en el cuadro 2.7.4. Se puede observar que sobre todo personas jóvenes y de edad madura buscan los servicios de las TS. Los hombres de edad madura constan por lo tanto como el grupo más representado con 48,1 %. Solamente 11,5 % de los clientes pertenecen a personas “viejas” según los reportes.

Cuadro 2.7.4 Distribución de los clientes de TS según estructura etaria:

Grupo etario del cliente	Frecuencia	%	% válido
Joven	987	39,6	40,4
De edad madura	1175	47,1	48,1
Viejo	282	11,3	11,5
Sin respuesta	50	2,0	-
Total	2494	100,0	100,0

Otro criterio importante para poder caracterizar a los clientes de las TS es la pregunta acerca de su estado marital. Las entrevistas dieron como resultado que alrededor del 60 % de las TS opinan que sus últimos clientes eran casados a pesar de buscar sus servicios. Sólo en un 40 % creen que el último cliente no era casado (cuadro 2.7.5). Este comportamiento de los hombres casados indica un posible puente entre el grupo poblacional de las TS y la población en general para la transmisión de ETS/ITS e incluso del VIH/SIDA.

Cuadro 2.7.5 Distribución de TS según estado marital del último cliente:

¿Crees que tu último cliente era casado?	Frecuencia	%	% válido
Si	1077	43,2	59,2
No	741	29,7	40,8
Sin respuesta	676	27,1	-
Total	2494	100,0	100,0

La distribución de los tipos de servicios proporcionados a los clientes indica el cuadro 2.7.6. Según los informes de las TS, básicamente todas realizan prácticas con sus clientes que representan un riesgo para la transmisión de enfermedades sexuales, incluso del VIH/SIDA. Como se puede observar la mayoría de las TS proporciona sexo normal (vaginal) a los clientes, pero no exclusivamente. Con menor frecuencia proporcionan también sexo oral y/o anal a los clientes. Otros tipos de servicios son la excepción. Eso significa que las prácticas con más riesgo de transmisión de enfermedades sexuales constan como las más realizadas.

Cuadro 2.7.6 Distribución de los servicios más proporcionados por las TS:

Tipo de servicio proporcionado	Frecuencia	% válido
Sexo normal (vaginal)	2398	98,2
Sexo oral	447	18,3
Sexo anal	101	4,1
Baile/ desnudarse	10	0,4
Compañía/ conversar	16	0,7
Masaje	13	0,5
Masturbación	13	0,5
Sexo en las piernas	3	0,1
Otro	2	0,1
Total respuestas	2441	100,0

El uso de condón durante todas las relaciones sexuales de este tipo con el último compañero confirma la mayoría de las TS según los reportes. El 98,5 % usó el condón en todas las prácticas sexuales de riesgo y solamente 1,5 % informa sobre la realización de las mismas sin el uso de condón (véase cuadro 2.7.7). En la mitad de estos casos el no uso satisface la intención del cliente, mientras en la otra mitad el cliente y la TS o la TS sola no quisieron usar el condón. Una ampliación del análisis del uso de condón en todas las relaciones sexuales a los tres últimos compañeros incrementa ligeramente el porcentaje de las TS que no usaron condón por lo menos con un cliente a 2,1 %. Consta que casi la mitad de las TS que aparecen en esta estadística no usaron condón en las relaciones sexuales con ninguno de los tres últimos clientes.

Cuadro 2.7.7 Distribución de las TS según uso del condón con el último cliente:

	Frecuencia	%	% válido
Si	2402	96,3	98,5
No	37	1,5	1,5
Sin respuesta	55	2,2	
Total	2494	100,0	

Por lo que se refiere al riesgo de contraerse de una enfermedad/infección de transmisión sexual (ETS/ITS) o del VIH/SIDA debido a un cliente, las TS estiman la probabilidad en la mayoría de los contactos como muy baja o nada probable. La escala para estimar la probabilidad se construyó como mencionado en el caso de los HSH y los promedios para los tres últimos clientes se presentan en los cuadros 2.7.8 y 2.7.9.

El riesgo de contraerse de una ETS/ITS diferente al VIH/SIDA, estiman las TS en cerca de 3,40. Es decir, la mayoría piensa que es entre poco e igual de probable que alguien de los compañeros pasados tenía una de tales enfermedades.

Los resultados acerca del VIH/SIDA se parecen a los expuestos para los ETS/ITS y se estiman entre poco e igual de probable. Sin embargo, el promedio se ubica con 3,29 un poco más bajo. Eso equivale a la opinión de las TS que la probabilidad de una infección del VIH/SIDA es incluso más alta que la de una ETS/ITS.

Cuadro 2.7.8 Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de una ETS/ITS:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Probabilidad último/a compañero/a	1	4	3,37	,997
Probabilidad penúltimo/a compañero/a	1	4	3,41	,960
Probabilidad antepenúltimo/a compañero/a	1	4	3,42	,960

Cuadro 2.7.9 Promedio de las respuestas acerca de la probabilidad de la infección del VIH/SIDA:

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Probabilidad último/a compañero/a	1	4	3,29	1,053
Probabilidad penúltimo/a compañero/a	1	4	3,29	1,047
Probabilidad antepenúltimo/a compañero/a	1	4	3,29	1,049

2.8 Disponibilidad de condones

Los datos acerca del uso de condón con los últimos tres clientes ya señalaron que un alto porcentaje (98,5 %) de las TS aprovecha el mismo como método de prevención de enfermedades transmisibles sexuales. Consecuentemente, el número restante de TS que niega el uso del condón es relativamente pequeño ($n = 37$). Eso se refleja también en el bajo número de respuestas a las preguntas de esta sección comparada con otras.

Para la pregunta acerca de la disponibilidad de condones la última vez que tuvieron sexo sin condón se registraron solamente 238 respuestas, menos del 10 % de las TS del estudio. La gran mayoría de ellas, un 83,6 %, confirman que sí tuvieron condones disponibles y solamente 16,4 % no los tuvieron a la mano (cuadro 2.8.1). Este resultado sugiere que la falta de disponibilidad de condones no parece tener mayor importancia como razón por no usar condón.

Cuadro 2.8.1 Distribución de TS según disponibilidad de condones la última vez que tuvieron sexo sin condón:

Condones disponibles	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Siempre tengo	29	1,2	12,2	12,2
Si	170	6,8	71,4	83,6
No	39	1,6	16,4	100,0
Subtotal	238	9,5	100,0	
Sin respuesta	2256	90,5		
Total	2494	100,0		

Las razones más mencionados por no tener condón a la mano o no conseguirlo, son la falta de costumbre de usarlo o simplemente el no uso en general. Otras razones, como por ejemplo, que se habían acabado o que el lugar de venta estaba cerrado representan a menos del 0,5 % del total de las TS entrevistadas y demuestran casos excepcionales.

2.9 Compañero regular

Un 57,2 % de las TS entrevistadas reportan tener una pareja estable en el momento de la entrevista. Casi en un 100% esta pareja es un hombre, y una pareja mujer o mujer y hombre al mismo tiempo, consta como la excepción. El 42,4 % no están con una pareja estable aparte de las relaciones con los clientes (véase Cuadro 2.9.1).

Cuadro 2.9.1 Distribución de las TS según existencia de pareja estable en el momento:

Pareja estable	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Sí, hombre	1407	56,4	57,2	57,2
Sí, mujer	8	,3	,3	57,5
Sí, hombre y mujer	1	,0	,0	57,6
No	1044	41,9	42,4	100,0
Sin respuesta	34	1,4	-	
Total	2494	100,0	100,0	

En las relaciones sexuales con la pareja estable, que no difieren del tipo de las relaciones sexuales con los clientes, solamente el 11 % de las TS usa el condón, comparado con el uso en 98,5 % con los clientes, una diferencia importante (cuadro 2.9.2). Las razones para este comportamiento diferente son sobre todo el disgusto de la pareja o de la TS misma al usar condón y el no uso de principio con la pareja. En conjunto las tres razones mencionadas representan al 91,4 % de las respuestas (cuadro 2.9.3).

Cuadro 2.9.2 Distribución de las TS según uso de condón con pareja estable la última vez:

Uso de condón	Frecuencia	%	% válido
Sí	138	5,5	11,0
No	1117	44,8	89,0
Sin respuesta	1239	49,7	
Total	2494	100,0	

Cuadro 2.9.3 Razones para no usar condón con pareja estable:

Razón	Frecuencia	% válido	% acumulado
A él no le gusta	470	42,3	42,3
No uso con mi pareja	512	46,0	88,3
A mí no me gusta	34	3,1	91,4
Deseo tener hijos	14	1,3	92,6
No necesito para sexo oral	1	,1	92,7
No he pensado en ello	30	2,7	95,4
No pienso que sean necesarios	45	4,0	99,5
No se pueden conseguir	1	,1	99,6
Otra	5	,4	100,0

2.10 Conocimientos sobre el VIH y las ITS y antecedentes

El conocimiento básico de las TS sobre las ITS/ETS y VIH/SIDA se valora en lo siguiente mediante los mismos indicadores mencionados en el caso de los HSH.

De las TS entrevistadas, un 97 % ha oído de la infecciones de la transmisión sexual y todavía un porcentaje más alto, un 99,2 %, ha oído alguna vez sobre el VIH/SIDA. Consecuentemente, sólo una pequeña parte de las TS no comparten estos conocimientos básicos (cuadro 2.10.1 y 2.10.2).

Cuadro 2.10.1 Distribución de las TS según conocimiento básico sobre ITS:

¿Has oído hablar de ITS?	Frecuencia	%	% válido
Si	2347	94,1	97,0
No	72	2,9	3,0
Sin respuesta	75	3,0	-
Total	2494	100,0	100,0

Cuadro 2.10.2 Distribución de las TS según conocimiento básico sobre VIH/SIDA:

¿Has oído hablar del VIH/SIDA?	Frecuencia	%	% válido
Si	2428	97,4	99,2
No	19	,8	,8
Sin respuesta	47	1,9	-
Total	2494	100,0	100,0

Acerca de los conocimientos más específicos del VIH/SIDA, según las entrevistas el 97,8 % de las TS tiene consciencia de la posibilidad de la prevención de esta infección. No obstante, sobre los métodos efectivos de la prevención, las TS disponen en parte de información equivocada. Si bien, los dos posibles métodos de prevención más nombrados solo o en combinaciones con otros por las TS son el uso de condón y el no tener sexo con una persona infectada por el VIH/SIDA, con 91 % y 44,1 % respectivamente, pocas entrevistadas identificaron correctamente la combinación de los 3 métodos efectivos de prevención (1,5 %). Varias TS mencionaron junto a métodos válidos otras alternativas no efectivas para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA. En total, casi un 40 % de las respuestas registradas nombra alternativas no válidas y el resto identifica incompletamente todos los posibles métodos de la prevención disponibles en la lista para la elección (observe cuadro 2.10.3).

Cuadro 2.10.3 Distribución de métodos de prevención del VIH/SIDA identificados por las TS

Método de prevención	Frecuencia	%
1 Evitar picado de mosquitos	146	6,4
2 No tener sexo con persona infectada por el VIH	1012	44,1
3 Practicar sexo sin penetración	233	10,2
4 Tratamiento temprano de IST	254	11,1
5 No compartir alimentos	77	3,4
6 Practicar sexo oral en vez de sexo anal/vaginal	185	8,1
7 Uso de condón	2086	91,0
8 Otro	25	1,1
Combinación correcta (2,3,7)	34	1,5

A pesar de las deficiencias en la identificación completa de los métodos de prevención del VIH/SIDA, la mayoría de las TS sabe sobre el riesgo incrementado de contraer el VIH/SIDA si una persona tiene alguna infección de transmisión sexual (cuadro 2.10.4). Cerca del 90 % describe el riesgo como mayor de lo normal en esta situación especial.

Cuadro 2.10.4 Distribución de respuestas acerca del riesgo de contraer el VIH en caso de ETS/ITS:

Riesgo de transmisión del VIH con ETS/ITS	Frecuencia	%	% válido
Mayor	2116	84,8	89,8

ERROR: typecheck
OFFENDING COMMAND: if

STACK:

/colspABC
/DeviceGray