



CIUDADANIA Y SALUD

Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones
en condiciones de mayor vulnerabilidad
para el VIH en Uruguay
2008/2009



Café 2006.

CIUDADANÍA SALUD

Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay

2008/2009



AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso

Sub Director General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

División Normas e Investigaciones

Dra. Norma Rodríguez

Programa Prioritario de ITS/Sida

Soc. María Luz Osimani

Ilustraciones: Obras de Charo Alvarez

Diseño y Armado: CEBRA - www.cebraz.com.uy

Impresión: Madalook

Primera Edición 2009

1.000 ejemplares

Ministerio de Salud Pública

INDICE

Prólogo DIGESA.....	5
Prólogo ONUSIDA	7
Estudio Serológico y Comportamental de Trabajadores Sexuales Masculinos y Trans.....	9
1. Descripción de la muestra	11
2. Perfil sociodemográfico.....	12
3. Actitudes	22
4. Prácticas	24
5. Las subpoblaciones: travestis y taxi-boys	28
6. Datos sociodemográficos comparados	31
7 Actitudes comparadas	40
8. Prácticas comparadas.....	41
9. Relaciones entre variables	44
10. Conclusiones	47
Referencias	55
Apéndice de cuadros de TSMs y trans	56
Anexos.	103
Comentarios de los encuestadores.....	104
Asociación de Travestis del Uruguay.....	107
Encuentros y desencuentros. Análisis de la experiencia de trabajo callejero con TSM en zonas rojas de Montevideo	112
Factores asociados a la infección VIH en trabajadores sexuales masculinos de la ciudad de Montevideo	125
Estudio serológico y comportamental de hombres que tienen sexo con hombres (HSHs).....	143
1. Descripción de la muestra	145
2. Perfil socioeconómico de la muestra	146
3. Actitudes	152
4. Prácticas	158
5. Relaciones entre variables	162
6. Conclusiones	164
Referencias	168
Apendice de cuadros	170
Anexos	197
Comentarios encuestadores.....	198
Intervencion en la Investigación sobre hombres que tiene sexo con hombres. CIEI-SU	200
Cuestionarios de TSM y HSH.....	203

Prólogo DIGESA

La presente publicación se vincula a un conjunto de conclusiones realizadas a partir de las investigaciones realizadas en dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad de la epidemia de VIH / Sida en Uruguay: los trabajadores sexuales (personas travestis y taxi boy) y hombres que tienen sexo con hombres.

Estos Estudios se desarrollaron en el marco de un Acuerdo entre el Programa Prioritario de ITS/SIDA -Dirección General de la Salud- y la Fundación de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Participaron además activa y comprometidamente las ONGs que trabajan con estas poblaciones.

La publicación incluye además las miradas de los encuestadores y del médico responsable por la consejería pre y post test.

Por otro lado una vez obtenidos los resultados, son analizados técnicamente desde la perspectiva epidemiológica de integrantes de la Cátedra de Epidemiología de la Facultad de Medicina (UDELAR).

Estas investigaciones son una línea de base para el desarrollo de políticas sanitarias, desde donde poder implementar estrategias integrales de intervención, basadas en datos que pasan a constituir parte de la evidencia necesaria para trabajar con mayor eficiencia y eficacia.

La alta prevalencia de la infección por VIH encontrada en estas poblaciones, plantea un desafío a las políticas públicas de salud en construcción, desde donde procurar estrategias de intervención que involucrando a sus pares, permitan abordar las especificidades locales, etarias, de género, desde una perspectiva de promoción y protección de los derechos humanos.

Finalmente queremos manifestar nuestro agradecimiento a quienes han hecho posible esta publicación, particularmente a las ONG que han asumido este desafío y con los cuales descontamos se podrá continuar profundizando el compromiso de mejorar la calidad de vida y salud de sectores generalmente estigmatizados y excluidos de la sociedad.

Dr. Jorge Basso Garrido
Director General de Salud

Prólogo ONUSIDA

En países con epidemia concentradas, como es el caso de Uruguay, una respuesta efectiva a los retos epidemiológicos y sociales del VIH/SIDA precisa, sin duda conocer y focalizar en los grupos más expuestos a la infección, en particular profundizando en las raíces de la vulnerabilidad, ofreciendo insumos de calidad para pensar el diseño de políticas públicas multisectoriales más efectivas.

Nos complace entonces afirmar el aporte significativo que representa esta publicación de dos estudios para el mejor conocimiento de las situaciones de:

- a.- Personas TransTrabajadoras Sexuales y Trabajadores Sexuales Masculinos, en Montevideo y área metropolitana;
- b.- Hombres que tienen Sexo con Hombres – HSH, Montevideo y área metropolitana, no incluyendo a los trabajadores sexuales.

El marco propuesto por ONUSIDA esta basado en el desarrollo de 3 líneas de acción, a) la protección y promoción de los Derechos Humanos, b) las intervenciones basadas en evidencias y c) el desarrollo de capacidades y colaboraciones con los grupos vulnerables con el fin de promover un mayor ejercicio de la ciudadanía. Precisamente, los datos serológicos, de acceso a servicios y comportamentales, así como los análisis que nos presentan los autores de las investigaciones, abordan varias dimensiones de estos componentes, identificando necesidades, deficiencias estructurales, demandas, brechas de los grupos más vulnerables.

Resaltamos también la arquitectura interinstitucional que viabilizó los dos estudios articulando las fortalezas y las competencias de la Universidad de la República, el Ministerio de Salud Pública y organizaciones de la sociedad civil, mostrando una vez más el potencial de la intersectorialidad.

Finalmente, los hallazgos de ambos estudios son una contribución para traducir en políticas públicas el compromiso de los actores involucrados en la respuesta a la epidemia en Uruguay hacia el alcance de las metas del Acceso Universal a la prevención, apoyo, tratamiento y atención. Deseamos fervientemente que estas investigaciones motiven nuevas iniciativas de producción y gestión de conocimiento estratégico sobre estos dos grupos, quienes, según sugieren estas y otras evidencias latinoamericanas de manera bastante consistente, probablemente comportan una parte desproporcionada de la epidemia en Uruguay y la región.

Noviembre 2009.

Dr. Rubén Mayorga
Coordinador Regional ONUSIDA Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay.



Estudio Serológico y Comportamental de Trabajadores Sexuales Masculinos y Trans

Equipo de investigación
Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR

Investigador responsable: Soc. Carlos Muñoz
Asistente estadística: Soc. Cecilia Chouhy

Encuestadores
Soc. Cristian Maneiro
Sr. Damián Arboleda

Extraccionista
Aux. Enf. Gabriela García
Aux. Enf. Vanina Guaragna

Dr. Hernán Laca

ONG Asociación Travestis del Uruguay (ATRU)

PROGRAMA PRIORITARIO DE INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA – Dirección
General de la Salud – Ministerio de Salud Pública.

Soc. María Luz Osimani
Directora
Dra. Jahel Vidal
Adjunta Dirección
Tecn. Esp. Zobeida Falco

1. Descripción de la muestra

El equipo de investigación estuvo integrado por el Soc. Carlos Basilio Muñoz como jefe de campo, la Soc. Cecilia Chouhy como asistente) y por Damian Arboleda y Christian Maneiro como encuestadores. Realizamos una muestra de 313 trabajadores/as sexuales a quienes se les realizó un estudio serológico de VIH y una encuesta para conocer actitudes y prácticas de esta población. Según la Ley 17.515 del 9.06.2002, en su Art. 2 “Son Trabajadores Sexuales todas las personas mayores de 18 años que habitualmente ejercen la prostitución, recibiendo a cambio una remuneración en dinero o especies.” Aunque logramos un número apreciable de casos no se trata de una muestra estadísticamente representativa, sino de una muestra intencional a partir de contactos realizados por ATRU (Asociación de Trans del Uruguay)¹. Disponer de una lista de los trabajadores sexuales masculinos y trans con datos de contacto permitiría la realización de una muestra al azar. La realización a futuro de tal lista por parte de ATRU sería un objetivo deseable para poder extender con un intervalo de confianza los resultados de estudios como éste a la población de los trabajadores/as sexuales. Logramos sin embargo un número muestral suficiente para estudiar variables y sus relaciones entre los encuestados.

Un desvío importante que conocemos de esta muestra es que reclutamos muy mayoritariamente participantes que trabajan en la calle, contactados a través de ATRU. El segmento de los trabajadores/as sexuales que tiene listas de clientes o que contacta a través de prensa e internet podría tener características muy diferentes. Con excepción de los participantes contactados en el local de ATRU y en una discoteca de Montevideo, el muestreo se realizó en calle, en los diferentes horarios de trabajo de trabajadores sexuales masculinos y travestis². A partir de las sugerencias de las integrantes de la asociación de travestis que integraron el equipo de trabajo como guías de campo, determinamos 9 zonas iniciales para realizar el trabajo de campo:

- 1-Parque Rodó
- 2-Br. Artigas incluyendo Parque Batlle
- 3-zona de la calle Vidiela
- 4-Br. Artigas después de cuernos de Batlle hasta Uruguayana
- 5-Prado y Miguelete
- 6- Zona de Garzón, Plaza Colón y cementerio de La Teja
- 7-Propios (desde Gral Flores hacia Rambla)
- 8-Gral Flores (Desde propios hasta Belloni)
- 9-8 de Octubre y Veracierto

1 Las muestras de conveniencia son aquellas tomadas del segmento de la población al que se tiene acceso. Esto implica siempre desvíos: si se selecciona una muestra en un shopping habrá gente de un nivel de más alto poder adquisitivo que si se hace en un mercado callejero, etc.

2 Aunque el proyecto inicial hablaba de “trabajadores sexuales masculinos” para referirse a personas del sexo masculino que ejercen la prostitución, encontramos que –en virtud de su identidad transgénero– las travestis no se sentían cómodas con esta nominación. Respetando su autoimagen agregamos el término “travestis” y reservamos “trabajadores sexuales masculinos” para los trabajadores sexuales no travestis que en el transcurso del informe y atendiendo también a su auto-referencia llamaremos “taxi-boys”. En el título de este informe utilizamos la palabra “trans”, que es la que en la actualidad usa ATRU para referirse a su población. Estrictamente, el término “trans” podría abarcar tanto travestis (quienes se visten habitualmente con atuendo femenino) como transgéneros (quienes además se consideran mujeres) y transexuales (quienes se sometieron a una cirugía de reasignación de su sexo anatómico). En el momento de realizar el estudio “travestis” era la palabra usada por la asociación y por eso en adelante cuando decimos “travestis” nos referimos indistintamente a las trabajadoras sexuales travestis y transgéneros (no incluimos en esta muestra trabajadoras sexuales transexuales).

Ya durante la realización del campo y a medida que aparecieron los casos, agregamos otros 11 códigos de zonas:

- 10-Pocitos
- 11-Centro y Cordón
- 12-Malvín
- 13-Viaducto
- 14-Local de ATRU
- 15-Palermo y Barrio Sur
- 16-8 de Octubre y castris
- 17-Ciudad Vieja
- 18-Unión-Marroñas
- 19-Entrada de la discoteca
- 20-Cerrito

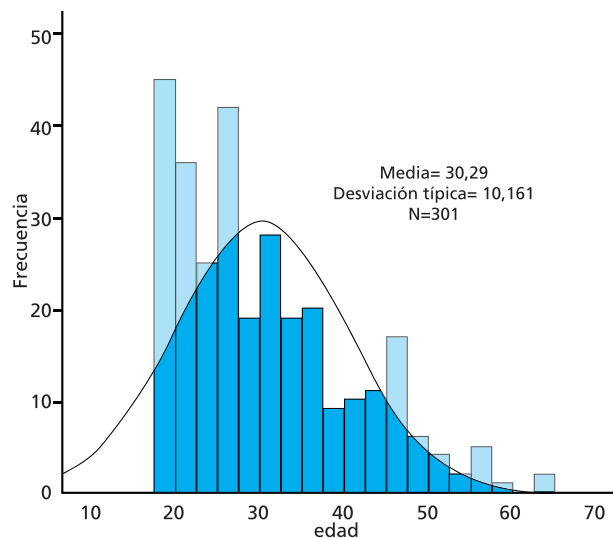
Con respecto a la distribución de las subpoblaciones de travestis y taxi-boys en el mapa, destacamos que mientras la oferta de las travestis se distribuye a lo largo de toda la ciudad, la de los taxi-boys se concentra en las plazas céntricas y –sobre todo– en el Parque Batlle. Esta alta concentración es una oportunidad para la realización de eventuales campañas informativas o educativas u otras intervenciones.

2. Perfil sociodemográfico

2.1 Edad

La muestra se realizó entre trabajadores/as sexuales de entre 18 y 65 años. **La media de edad fue de 30 años**, aunque con un desvío estándar grande, de 10 años, porque **hay trabajadores/as sexuales en todos los tramos de edad**. Además, como lo muestra el siguiente histograma, ésta no es una campana de Gauss con función de densidad simétrica sino que **predominó la población juvenil**.

GRÁFICO 1: SEGMENTOS DE EDAD EN LA MUESTRA



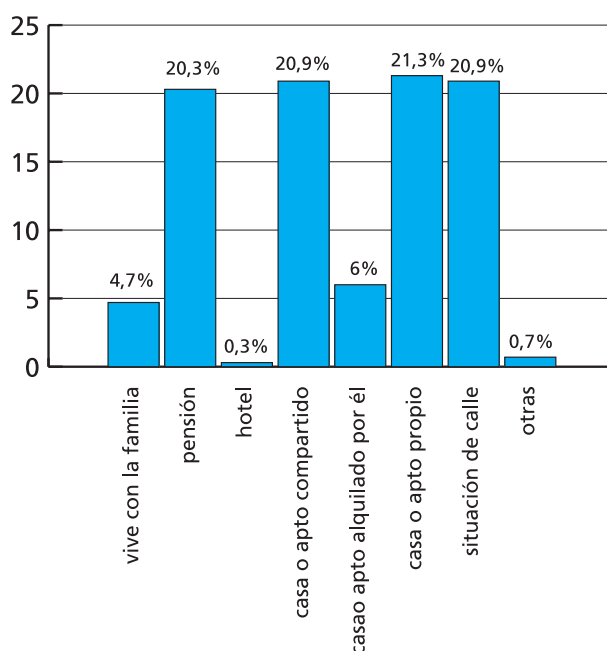
Destacamos que sólo incluimos en la muestra a los trabajadores/as sexuales comprendidos en el tramo de edades entre 18 y 65 años y que no se permitió participar a los menores de edad cuya presencia sí detectamos en el campo. La conveniencia de invisibilizar a esta población o de incluirla en las políticas de prevención es sin duda más amplia que este proyecto específico³. De todas maneras la pregunta A.3 del formulario adjunto recabó la edad de inicio en la prostitución y ésta fue en promedio de 17 años, pero con un desvío estándar de más de cuatro años. El dato es más que suficiente para establecer la presencia de menores de edad en la población de trabajadores/as sexuales.

2.2 Situación de vivienda

La primera y más llamativa característica: **más de un quinto de la muestra se encuentra en situación de calle! (20,9%). Las restantes situaciones son variadas, incluyendo tanto propietarios (21,3%) (porcentaje bajo si recordamos que según la encuesta nacional de hogares ampliada del 2006, un 58% de los hogares de Montevideo son propietarios de su vivienda) como arrendatarios individuales (11%) o que comparten el alquiler (20,9%) (suman 31,9 mientras en la misma encuesta de hogares sólo el 21% de los hogares son arrendatarios).**

A pesar de que muchos jóvenes integran la muestra, si analizamos la situación de vivienda (pregunta A.6 en el formulario), **llama la atención el escaso porcentaje que aún vive en el hogar familiar (4,7%).** La orientación sexual no mayoritaria es a menudo motivo de conflicto con la familia. Recogimos algunos testimonios en este sentido aunque no estaba preguntado en el formulario. Además el trabajo sexual en sí mismo también podría relacionarse a este conflicto familiar, aunque más probablemente como consecuencia que como causa.

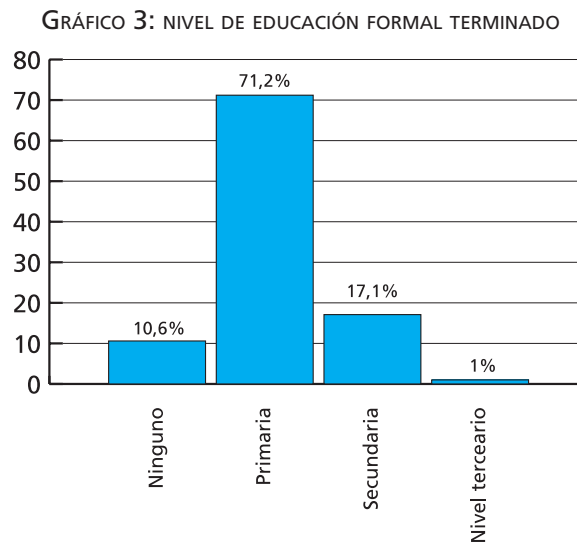
GRÁFICO 2: SITUACIÓN DE VIVIENDA



³ Citamos al respecto las siguientes frases sobre los *pirobos* (trabajadores sexuales masculinos menores de edad) colombianos en Chapinero: *"Algunos de ellos, que estuvieron en programas gubernamentales de rehabilitación, se burlan*

2.3 Nivel educativo alcanzado

La pregunta A.4 del formulario interrogaba sobre el nivel educativo alcanzado. Como puede observarse en el siguiente cuadro y gráfica, los trabajadores/as sexuales de la muestra son un grupo que ha tenido poca educación formal: **más de un 10% de la muestra no completó la primaria y más del 83% no pudo completar la educación secundaria.**



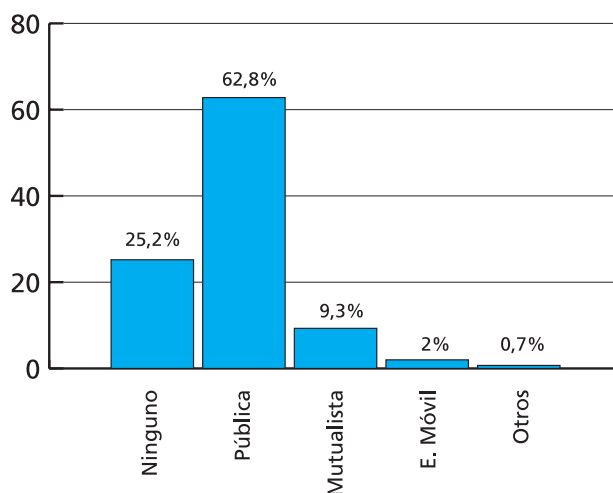
2.4 Cobertura de salud y datos sanitarios

2.4.1 Cobertura de salud

Con respecto a la cobertura de salud (pregunta A.7 en el formulario) **un 9,2% de la muestra tiene mutualista, la mayor parte de los encuestados (62%) se atienden en Salud Pública, y un cuarto de la muestra no tiene ni mutualista ni carné de asistencia pública y declara no recibir ninguna atención de salud!**

v de esos programas, de las prácticas sexuales que mantenían en los sitios a donde los llevaban y del trato de niños que les proporcionaban, muy lejos de su realidad. El inconveniente más grave de esta visión es que, en la vida cotidiana, se traduce en la persecución de los menores de edad por parte de las autoridades con el objetivo de entregarlos al bienestar social u otra entidad que se haga cargo de rehabilitarlos y buscar al adulto responsable de la situación del menor. Para ellos, el ejercicio de la prostitución resulta más riesgoso por esta situación. Si se les diera un estatus de sujetos autónomos y autodeterminados, se podría negociar con ellos maneras de dignificar su trabajo y garantías para su vida en las calles y en la relación con sus clientes.” (CLAM, 2008)

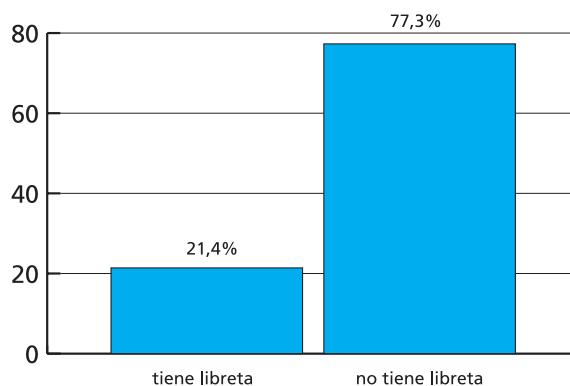
GRÁFICO 4: COBERTURA DE SALUD



2.4.2 Libreta de visita médica

Esta población sin cobertura de salud está comprendida dentro del grupo de trabajadores/as sexuales que **no tienen libreta de visita médica**⁴ (pregunta A8, **78,33%** de la muestra).

GRÁFICO 5: PORCENTAJE DE TRABAJADORES/AS SEXUALES QUE TIENE LIBRETA DE VISITA MÉDICA

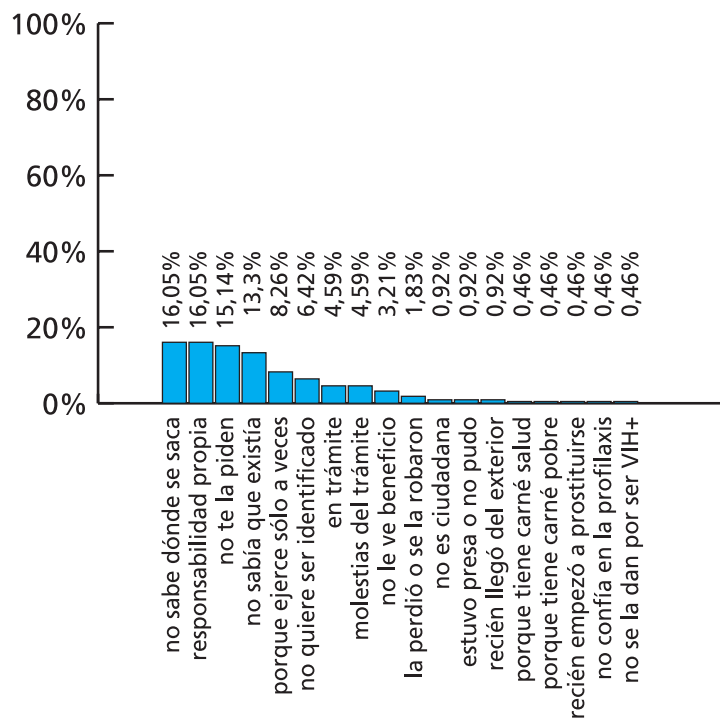


Con respecto a los motivos para no tramitar la libreta (pregunta A10), procesamos las respuestas con 5 precódigos y una categoría "otros motivos" que agrupamos a posteriori en las categorías ya existentes o en otras 13 que agregamos. Reagrupando las tres categorías referentes a incomodidad con el trámite (trato, horario, requisitos), terminamos con un cuadro de 18 motivos para no haber tramitado la libreta. Del lado de la desinformación, un 16,05% de los respondientes sin libreta admitieron no saber dónde se saca y un 13,3% admitió que ni siquiera sabía que tal libreta existía. Aunque el análisis comparativo se realiza en otro capítulo, nuestra hipótesis es que tales respuestas vendrían

⁴ En Uruguay el Ministerio de Salud Pública otorga la "libreta de visita médica" que acredita a los trabajadores/as sexuales el haberse sometido a los análisis de ITSs correspondientes. El Departamento de Orden Público ha exigido periódicamente la libreta, aunque dichos controles no son habituales en la actualidad. No es lo mismo que un "permiso" para prostituirse sino un control sanitario en tanto que la libreta aclara en su tapa que "este documento no acredita que la persona esté libre de infecciones de transmisión sexual, y resalta que solo el condón previene de las ITS/VIH-Sida" (Resolución 340 MSP- DIGESA 2.12.04).

mayoritariamente de los taxi-boys. Otro 16,05% asumió la responsabilidad propia por no haber hecho el trámite (“soy boludo”, etc). Un 13,3% contestó que no hizo el trámite de la libreta “porque no te la piden” (refiriéndose a la policía), a lo cual podríamos sumarle el 3,21% que dijo no ver el beneficio de tener libreta. Un 8,26% dijo que no la tramitó por ejercer poco, o sólo “cuando pinta”. Como dijimos arriba, esta “falta de profesionalismo” será explorada en el análisis comparativo, y la hipótesis también fue que la mayoría de estas respuestas provenían de los taxi-boys. Un 6,43% dijo no querer ser identificado, un 4,59% se justificó diciendo que tenía la libreta “en trámite”, otro 4,57% se refirió a distintos aspectos de la molestia constituida por el trámite en sí y un 1,83% que tuvo libreta pero la perdió o se la robaron.

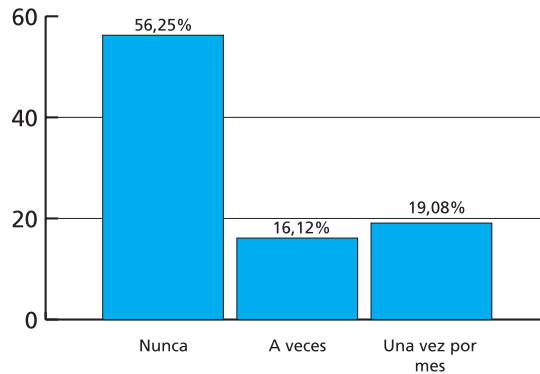
GRÁFICO 6: MOTIVO DE LA FALTA DE LIBRETA



2.4.3 Frecuencia de control de ITSs

Cuando se les preguntó con qué frecuencia se controlan en Profilaxis o en clínicas que atiendan a trabajadores/as sexuales (pregunta A9), el 61,51% dijo no controlarse nunca, el 17,63% a veces y el 20,08% se controla mensualmente. En resumen, es otro campo a trabajar en materia de salud.

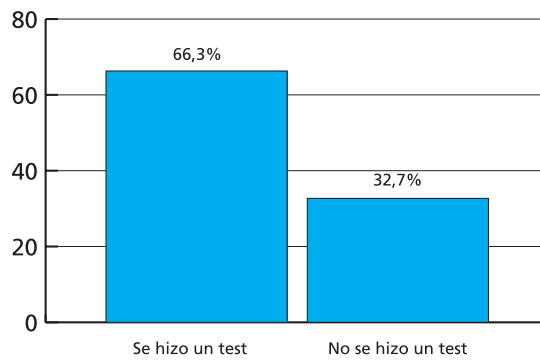
GRÁFICO 7: FRECUENCIA DE CONTROL DE ITSs



2.4.4 Test de VIH

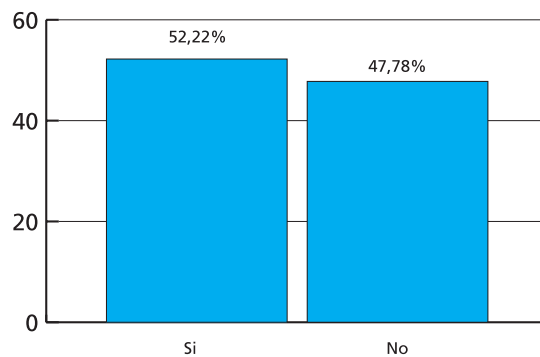
El porcentaje de los respondentes que alguna vez se hizo el test del VIH es mucho más alto que el de los que tienen libreta de visita médica. Al analizar las respuestas a la pregunta D.1, el **66,3% manifiesta haberse hecho alguna vez un test de VIH.**

GRÁFICO 8: PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE ALGUNA VEZ SE HABÍA HECHO UN TEST DE VIH

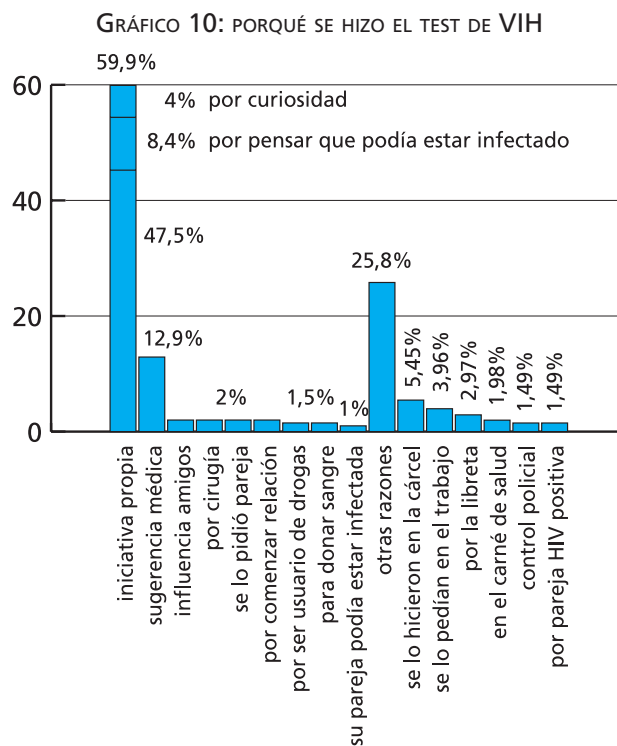


La pregunta D2 recabó el **porcentaje de los encuestados que se hizo el test de VIH en el último año: un 34,9%.**

GRÁFICO 9: REALIZACIÓN DE TEST DE HIV EN ÚLTIMO AÑO



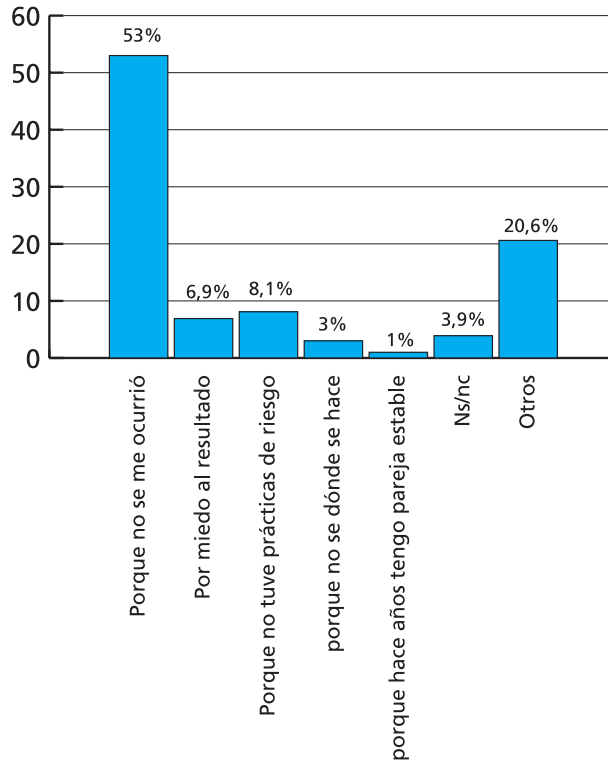
Con respecto a los motivos para hacerse el test de VIH (pregunta D3), sólo un 12,9 de la muestra lo hizo motivado por la sugerencia médica. El principal argumento fue la iniciativa propia (59,9%), lo que sugiere que el grupo tiene una percepción de riesgo alta. Dentro de este último porcentaje, un 8,4% de quienes se hicieron el test lo hicieron expresamente por pensar que podían estar infectados y un 4% "por curiosidad" (4%). Digamos que el grupo de los trabajadores/as sexuales se percibe mayoritariamente a sí mismo como una población en riesgo. El código abierto "otras razones" reveló un 5,45% que se realizó el test estando en la cárcel, un 3,96% que dijo que el test le fue solicitado en su trabajo (aquí "trabajo" no se refiere al trabajo sexual que realizan), un 2,97% que se lo realizó porque la libreta de visita médica se lo exige, un 1,98% creyó (erróneamente) que se lo habrían realizado al tramitar el carné de salud, un 1,49% por los controles habituales entre los policías, y otro 1,49% porque su pareja es VIH positivo.



Con respecto al 34% que nunca se hizo el test, la pregunta D4 recabó los motivos por los cuales no lo hizo: **porque no se le ocurrió (53%), porque no tuvo prácticas de riesgo (8,1%), por miedo al resultado (6,9%), porque no sabe dónde se hace (3%)**. Es decir que, exceptuando el escaso margen que declaró miedo al resultado, los principales argumentos son **no haber pensado en el tema o no considerarse en riesgo**. La categoría "otros" en este caso sólo acumuló un 6,9% de toda la muestra (20,6% de los que nunca se hicieron el test de VIH) y ninguna de las categorías mencionadas acumuló más de dos ocurrencias. Destacamos que dos respondientes declararon no haberse hecho el test por no tener documento de identidad. Sólo un caso en toda la muestra argumentó que no se hizo el test por estar en pareja estable. Entonces, **aunque** ya afirmamos que **el grupo de los trabajadores sexuales se autopercibe mayoritariamente como una población en riesgo, incluye desde personas con una alta percepción de riesgo hasta quienes anteriormente no consideraron realizarse un test de VIH (17,8% del total de la**

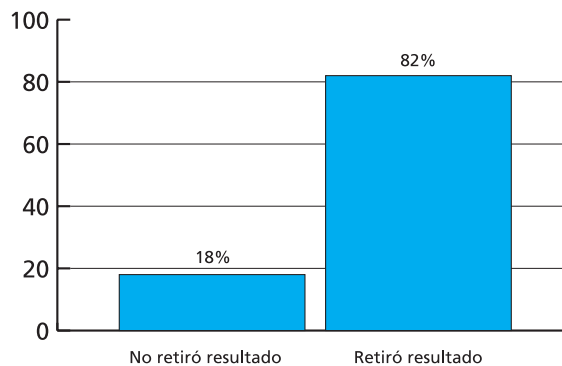
muestra). Esto será corroborado mas adelante con el análisis de la pregunta D6, que nos permitió elaborar un índice de percepción de riesgo.

GRÁFICO 11: PORQUÉ NO SE HIZO EL TEST DE VIH



La pregunta D5 brinda datos sobre el conocimiento de los resultados y nos indica que **el 18% de los que se hicieron el test no fueron a buscar los resultados.**

GRÁFICA 12: CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DEL TEST DE VIH



2.4.5 Síntomas de ITSs experimentados y atención recibida

La pregunta C1 permite afirmar que un 32% de los encuestados experimentó alguna vez síntomas que podrían ser atribuibles a una ITS, siendo los principales de estos síntomas las secreciones en el

canal de la orina (12,02% de la muestra) y las heridas en el pene (8,59%). Las respuestas a la pregunta C2 indican que en más de un cuarto de los casos estos síntomas no fueron tratados! Esto significa que un 9,2% de los encuestados alguna vez tuvieron posibles síntomas de ITS y no recibieron tratamiento de ningún tipo. Buscamos la causa de esta alta falta de atención en la cobertura de salud y la correlación es clara: el porcentaje que no recibió tratamiento es sensiblemente mayor entre quienes no tienen cobertura de salud (33,33%) comparando con quienes se tratan en Salud Pública (25,35%), y este porcentaje disminuye aún más entre quienes tienen mutualista (20%). El 100% de los casos que tienen sólo emergencia móvil fueron tratados, pero fueron solamente tres casos. El sistema mutual parece ser algo más exitoso al momento de hacer llegar el tratamiento a los usuarios, pero aclaremos que no es un dato acerca de la calidad o del tipo de tratamiento recibido. Esto explica que un 66,66% de aquellos con síntomas que no tenían cobertura de salud declaren sin embargo haber recibido tratamiento: su respuesta puede incluir la automedicación, las etnomedicinas, etc. Por otra parte, la cobertura de salud explica la variable en algún grado, pero todavía hay un porcentaje alto que no recibió tratamiento entre los que sí tienen cobertura de salud. Lamentablemente no recabamos datos al respecto, pero es posible que la estigmatización de las ITS por parte de los usuarios y su renuencia a consultar determine el acceso al tratamiento más a menudo que la propia cobertura de salud.

GRÁFICO 13: SI TUVO SÍNTOMAS DE ITS

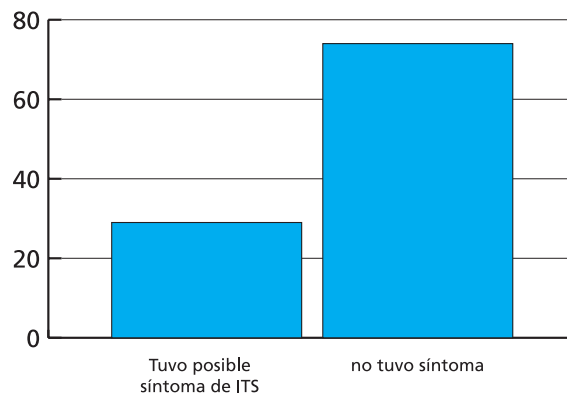


GRÁFICO 14: CUÁLES SÍNTOMAS TUVO

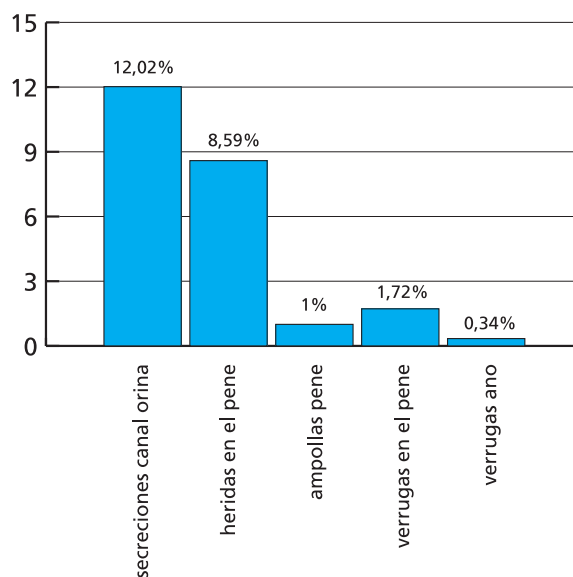
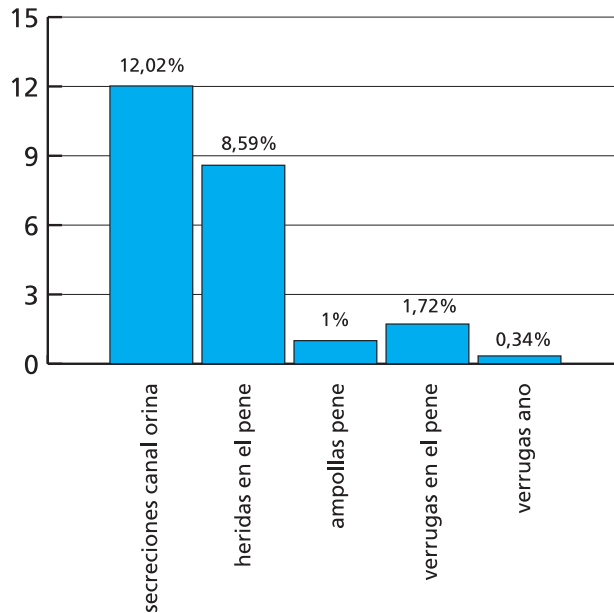


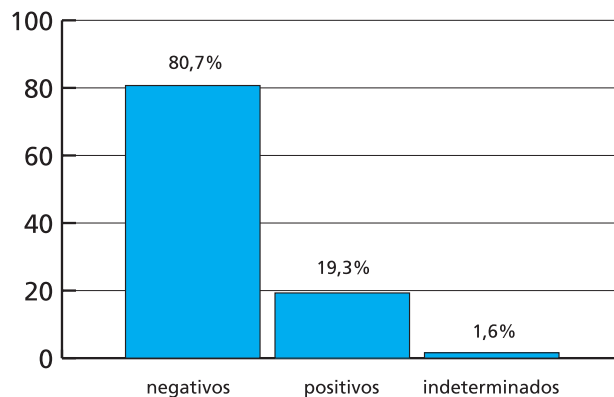
GRÁFICO 15: SI RECIBIÓ TRATAMIENTO SEGÚN LA COBERTURA DE SALUD.



2.4.6 La prevalencia de infección por VIH

Sobre el total de encuestas realizadas las frecuencias de los resultados fueron las siguientes:

GRÁFICO 16: PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH



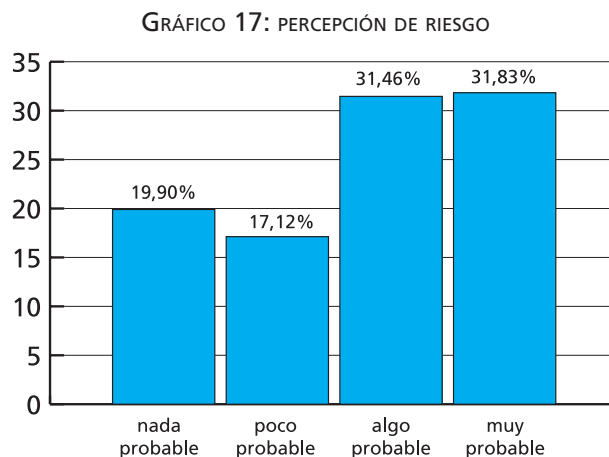
Con una prevalencia de infección del 19,3%, digamos que en el grupo de los trabajadores/as sexuales masculinos, la prevalencia es alta (recordemos que la prevalencia en población general era en el 2008 de 0,43% según el estudio de alcance nacional realizado por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica -Dirección General de la Salud-Ministerio de Salud Pública, y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública,) y este estudio apoya la descripción de la epidemia de VIH, al menos en Montevideo, como concentrada en algunos grupos especialmente vulnerables.

3. Actitudes

Construimos cuatro índices para medir actitudes en relación al VIH e ITSs: [1] un índice de percepción de riesgo, [2] un índice de información sobre la transmisión del VIH, [3] un índice de conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH y [4] un índice de conocimiento sobre la transmisión de ITSs.

3.1 El índice de percepción de riesgo

La pregunta D6 permite saber si el respondente considera que una infección por VIH es nada, poco, algo o muy probable para sí mismo. Nos permitió construir un índice de percepción de riesgo que va de 0 a 3. Aunque la media fue 1,75 resulta mucho más informativo observar los porcentajes de cada respuesta a efectos de testar nuestra hipótesis de una alta percepción de riesgo en esta población: casi un tercio de la muestra (31,82%) considera “muy probable” una infección por VIH, mientras que poco menos de 1/5 la considera “nada probable”. Esto es coincidente con nuestro análisis anterior de la pregunta D4.



3.2 El nivel de información sobre VIH e ITSs

Construimos tres escalas de información para medir cuánto (o cuán poco) sabía el participante [1] sobre cómo se transmite el VIH, [2] sobre cómo protegerse de la infección y [3] sobre cuáles infecciones se transmiten sexualmente. Primero, en la pregunta B.1 se le pidió al respondente que mencionara tres formas de transmisión para el virus del VIH. Asignamos a cada respuesta correcta un valor positivo, a cada respuesta incorrecta un valor negativo y a cada ausencia de respuesta un 0 y luego utilizamos estos datos para generar un índice de “información sobre la transmisión del VIH” que va de 3 a -3. Segundo, utilizando una operacionalización similar, la pregunta B.2 nos permitió construir un índice de “conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH” que, con una asignación similar, va de 3 a -3. Y finalmente, la pregunta B.3 nos permitió construir un índice de “conocimiento sobre la transmisión de ITSs”, que se mide de 5 a -5.

En los tres índices los valores positivos indican información (mayor peso de las respuestas correctas), el 0 indica desinformación y los valores negativos indican malinformación (mayor peso de las respuestas erróneas). La dispersión de los valores obtenidos entre los encuestados fue grande y elegimos presentarlos sólo a través del valor medio en la muestra y del desvío estándar (que indica qué tanto se apartaron de esta media los datos en su dispersión).

La comparación de medias generó la siguiente tabla:

TABLA 18: INFORMACIÓN MEDIA SOBRE TRANSMISIÓN DEL VIH, PROTECCIÓN DEL VIH Y TRANSMISIÓN DE ITSs.

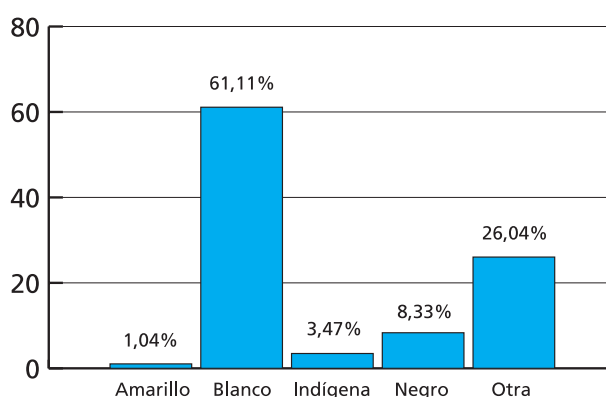
	MEDIA	DESVÍO STANDARD
información sobre la transmisión del VIH	1,7236	0,84792
información sobre las formas de protegerse del VIH	1,4526	0,66818
información sobre la transmisión de ITSs	2,7226	2,26044

Los valores promedio obtenidos básicamente muestran que el grupo efectivamente tiene información sobre estos temas y no malinformación, aunque los desvíos estándares altos muestran que, particularmente en el área de la información sobre la transmisión de ITSs, el grupo incluye desde personas muy informadas hasta personas muy desinformadas. El que los valores promedio de información disten mucho de ser perfectos evidencia el trabajo que todavía hay por hacer en información sobre VIH e ITSs.

3.3 Autopercepción de etnicidad

Otra actitud que medimos, ya no vinculada al VIH, fue la autopercepción de etnicidad (pregunta A5), donde casi un 60% de la muestra se consideró "blanco" y donde un alto porcentaje (26,04%) no se identificó con ninguno de los rótulos brindados y propuso alternativas como "morocho", "trigueño", "marrón", o "tostado", que desenfatan la percepción a través de categorías étnicas cerradas. Un 8,33% se vio como negro, un 3,47 como indígena y un 1,04 como amarillo.

GRÁFICO 18: AUTOPERCEPCIÓN DE ETNICIDAD

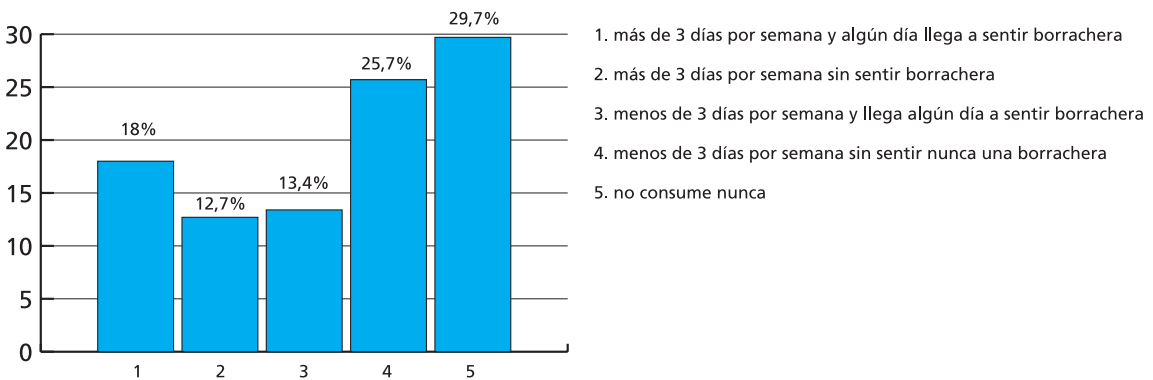


4. Prácticas

4.1 Consumo de alcohol y drogas

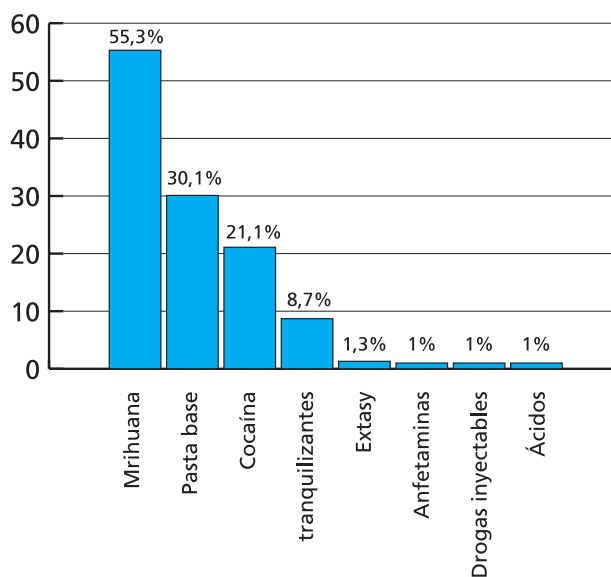
La pregunta E.7 permite generar datos sobre el consumo de alcohol de los encuestados. Aunque casi un tercio de la muestra (29,7%) no consume alcohol, el 70% consume alcohol en diversos grados y un 18% declara consumirlo más de tres días a la semana y al menos algún día llegar a sentir borrachera. Destacando entonces el alto nivel de consumo, más adelante analizaremos la correlación entre el grado de consumo y la declaración relevada de prácticas sexuales de riesgo (penetración sin condón).

GRÁFICA 19: GRADO DE CONSUMO DE ALCOHOL



Con respecto al consumo de drogas (pregunta E.9 en el formulario), también fue alto en la muestra: más de la mitad de los encuestados (55,3%) consumen marihuana, casi un tercio de la muestra (30,1) consume pasta base y más de un quinto (21,1%) consume cocaína.

GRÁFICA 20: DROGAS QUE CONSUMEN AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA



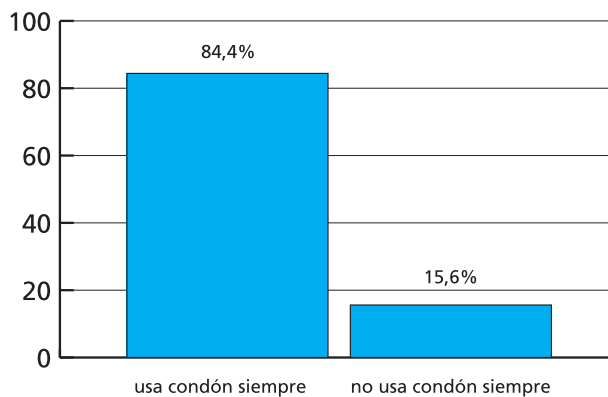
Los efectos del alcohol y las otras drogas sobre las conductas de riesgo son analizados en el capítulo 9, pero aquí hacemos referencia a la pregunta E8 y E10 del formulario que midieron la autopercep-

ción que los usuarios tienen de los efectos del consumo sobre el uso del condón. Un 21,01% de los consumidores piensan que su consumo de alcohol puede llevarlos a no usar condón y un 18,6% que las otras drogas pueden llevarlos a no usar condón. Aunque el alcohol es más percibido como generador de conductas de riesgo que las drogas ilegales aclaramos que la diferencia de frecuencias, aunque significativa, es muy baja.

4.2 Las prácticas de riesgo

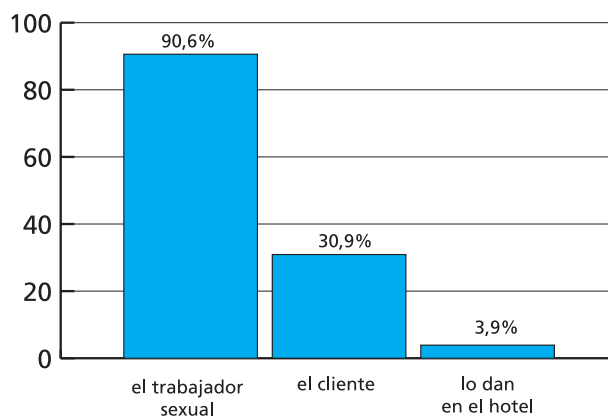
Es esperable que las prácticas de riesgo sean subdeclaradas. En la pregunta E1, dado lo escaso que fue el reconocimiento de no usar condón tuvimos que construir la variable como una dicotomía “usa condón siempre-no siempre usa condón”. Señala si hay prácticas de riesgo independientemente de su frecuencia. **Sólo un 15,6% de los trabajadores/as sexuales de la muestra reporta haber tenido sexo sin condón en sus relaciones sexuales comerciales.** Sólo 4 casos de 299 respuestas válidas (1,34%) reconocieron no usar condón nunca.

GRÁFICA 21: USO DE CONDÓN EN SEXO COMERCIAL

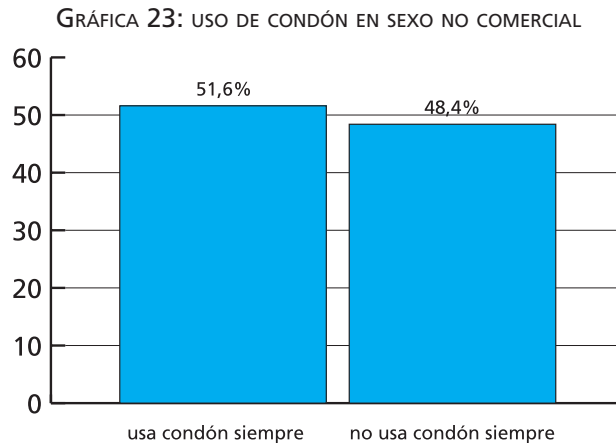


En los casos en que se usa condón, es en un porcentaje altísimo (90,5%) el trabajador sexual quien lo presenta. Sólo un 30% de los trabajadores/as sexuales reportan que los clientes traen los condones. Los porcentajes no suman 100 porque pueden aportarlos ambos. (pregunta E2)

GRÁFICA 22: ¿QUIÉN TRAE EL CONDÓN?



Por otro lado, cuando preguntamos por el **sexo no comercial** (pregunta E3), **el reconocimiento de sexo sin condón aumenta al 48%**! Aunque el análisis comparativo entre subpoblaciones se realiza más adelante, en principio hipotetizamos que este reconocimiento por casi la mitad de la muestra de penetración sin condón en diferentes frecuencias resultaría particularmente relevante en el caso de los taxi-boys con parejas mujeres. Aunque en el cuadro los datos están agrupados, destacamos que **un 24,7% de la muestra afirmó no usar condón nunca en sus relaciones sexuales no comerciales**.



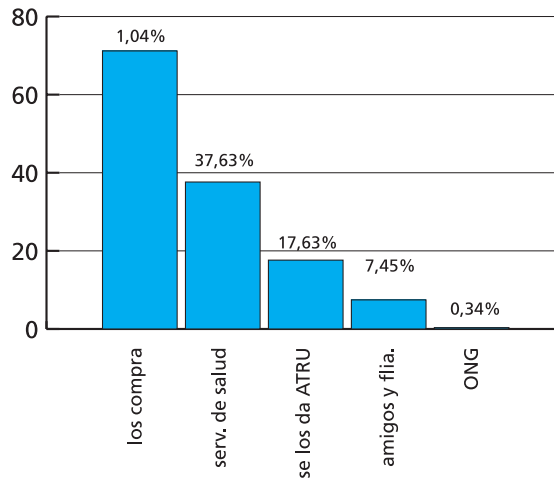
La pregunta E5 analiza quién trae el condón en las relaciones sexuales no comerciales, obviamente, cuando se usa. Aquí el alto número de “no corresponde” -75 casos, 24,7% de la muestra- corresponde al porcentaje que dijo no usar condón nunca en el sexo no comercial. En aquellos casos en que usa condón para el sexo no comercial, todavía la decisión recae mayormente en el trabajador sexual: el 67% afirmó que él trae el condón siempre y sólo un 5,9% que siempre lo trae la otra persona. Un 18,8% dijo ser él “a veces” quien trae los condones.

CUADRO 24: CUANDO USA CONDÓN EN LAS RELACIONES NO COMERCIALES EL TRABAJADOR SEXUAL LO TRAE

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Siempre	14,88	48,7	67,6	67,6
	A veces	57	18,8	26,0	93,6
	Nunca	13	4,3	5,9	99,5
	Depende	1	,3	,5	100,0
	Total	219	72,0	100,0	
Perdidos	no corresponde	75	24,7		
	Ns/nc	10	3,3		
	Total	85	28,0		
Total		304	100,0		

La pregunta E6 recabó información sobre **cómo consigue el trabajador sexual los condones que él aporta: un 71,19% los compra, un 37,63% los recibe de algún servicio de salud, un 17,63% los recibe de ATRU y un 7,45% los recibe de alguna otra ONG.**

GRÁFICA 24: DÓNDE CONSIGUE LOS CONDONES



4.3 Ejercicio de trabajo sexual en el exterior

Un 16,28% de la muestra ejerció trabajo sexual en el exterior. Como destino de prostitución, Brasil y Argentina acumulan el 83,4% de los viajeros (54,2% y 29,2% respectivamente), Italia un 6,3%, España un 4,2% y Chile, Cuba y Francia un 2,1% en cada caso.

GRÁFICO 25: EJERCICIO DE TRABAJO SEXUAL EN EL EXTERIOR

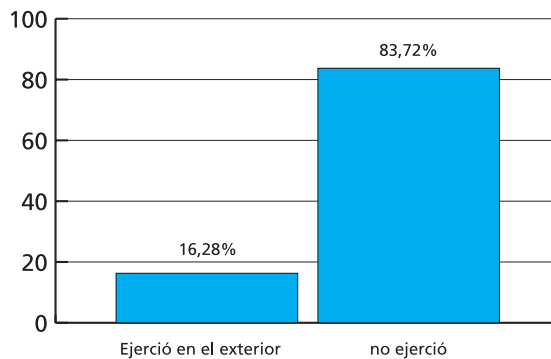
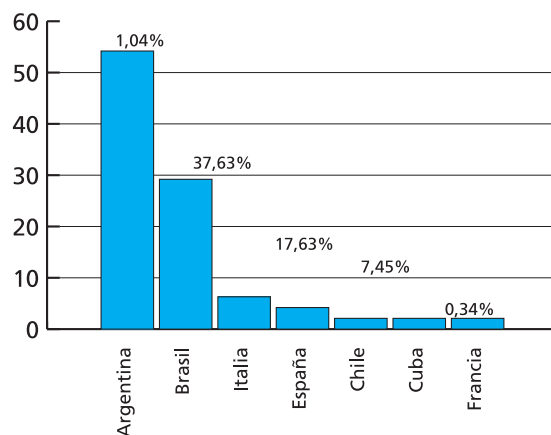


GRÁFICO 26: PAÍS DONDE EJERCÍO EL TRABAJO SEXUAL



5. Las subpoblaciones: travestis y taxi-boys

Dijimos anteriormente que, aunque el proyecto inicial hablaba de “trabajadores sexuales masculinos” para referirse a personas del sexo masculino que ejercen la prostitución, encontramos que –en virtud de su identidad transgénero- las travestis no se sentían cómodas con esta nominación. Atendiendo a la autorreferencia expresadas por algunas personas de ambos grupos adoptamos finalmente los términos “travestis” y “taxi-boys” para referirnos a dos subgrupos distintos dentro de la muestra. Además de verse notoriamente distintos por el uso de vestimenta femenina y por la identidad transgénero en el caso de las travestis, en la encuesta se preguntó a los participantes qué palabra describiría mejor su sexualidad. Esta pregunta nos permitió aproximarnos a una construcción diferenciada de la “identidad sexual” propia: mientras las travestis prefirieron rótulos vinculados a su identidad de género (“travesti”, “trans”, “mujer”), los taxi-boys prefirieron –independientemente de sus prácticas homosexuales- enfatizar su autopercepción como hombres heterosexuales (“hombre”, “heterosexual”, “activo”).

5.1 La identidad sexual

Con respecto al término “identidad sexual”, digamos que nuestra sexualidad es hoy capital al momento de definir quiénes somos. Foucault (1988: 179-181) describió cómo en las sociedades disciplinarias modernas “sexualidad, subjetividad y verdad estaban fuertemente ligadas entre sí.” La sexualidad moderna requiere una hermenéutica permanente, un escrutamiento constante de nosotros mismos en cuanto seres libidinosos. El autor desconfió del término “identidad” y prefirió deconstruirlo en su siempre presente heterogeneidad inicial –su “procedencia”- y su balance de fuerzas en conflicto – que llamó “emergencia”-. Paradójicamente, lo que describe Foucault no es otra cosa -en vocabulario no foucaultiano- que una búsqueda de nuestra identidad sexual.

Shively y De Cecco (1977) descomponen la “identidad sexual” en cuatro componentes: 1-el sexo biológico (refiriéndose básicamente al sexo cromosómico, podríamos incluir aquí también el sexo anatomo-fisiológico), 2-la identidad de género (en el sentido psicológico de sentirse hombre o mujer), 3-el rol sexual (adhesión a las conductas y actitudes creadas culturalmente que son consideradas como apropiadas para hombres o mujeres: esto fue popularizado por la teoría del género como “rol de género”) y 4-la orientación sexual (disposición erótica o afectiva hacia personas del sexo opuesto o del propio). La orientación sexual no mantiene una correlación directa con ninguno de los otros factores: no hay una relación necesaria entre una particular organización del deseo y los restantes elementos de la identidad sexual. Los dos componentes que nos interesan aquí son la identidad de género y la orientación sexual.

Resumiendo mucho, la Encyclopaedia Britannica señala que la identidad de género consiste en la “concepción propia de un individuo sobre si es varón o mujer, distinguido del sexo biológico” (*Gender identity*, Encyclopædia Britannica Online, 2007). Al no estar fijada desde el nacimiento, la identidad de género no necesariamente coincide con el sexo biológico y esto es lo que sucede en muchas de las trans. Por otro lado, la “identidad de orientación sexual” es más que nada un efecto de teoría: el término “orientación sexual” proviene del psicoanálisis pero hoy es una parte importante al momento de autodefinir nuestra sexualidad según el sexo de las personas deseadas en relación al

sexo propio. Podemos sentirnos atraídos hacia personas del sexo opuesto (“heterosexualidad”), del propio sexo (“homosexualidad”) o de ambos sexos (“bisexualidad”).

En la encuesta se preguntó a los participantes qué palabra describiría mejor su sexualidad (pregunta A.2). Sólo en el caso de que no respondieran espontáneamente, se les propusieron los términos “homosexual”, “heterosexual”, “gay”, “travesti”, “trans” y “mujer”. En la opción “otra” [identidad] – con 124 ocurrencias-, básicamente aparecieron identidades que no habíamos previsto, en general los taxi-boys viéndose a sí mismos como “hombres” o como “heterosexuales” o al menos “bisexuales”.

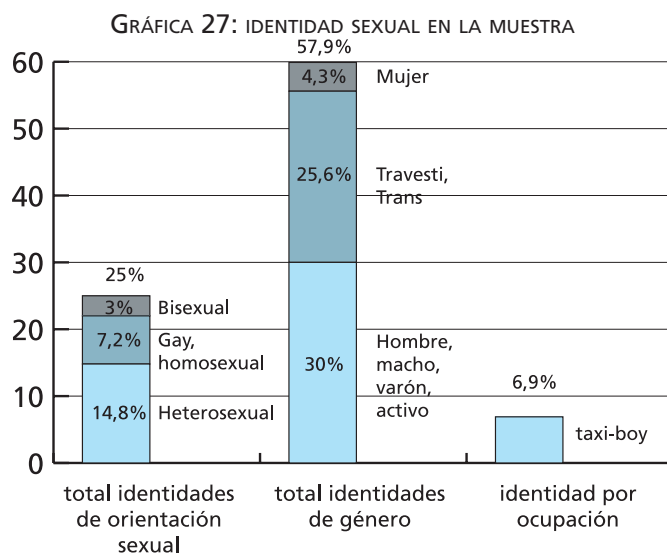
O sea, algunas veces primaron las identidades de género (cuando en las travestis aparecen respuestas de identidad transgénero como “mujer” o intergénero como “travesti” o “trans” y en los taxi-boys palabras como “hombre” o “macho”) y otras veces las identidades de orientación sexual (como cuando unos pocos taxi-boys y travestis responden “homosexual” o cuando los taxi-boys responden “heterosexual” o “activo”⁵).

Resumiendo, **lo más llamativo de las identidades de género fue un alto número de travestis (73,33% de ellas) autoidentificándose como tales y un alto número de taxi-boys (45,9% de ellos) viéndose como “masculino”, “macho”, varón” o “activo”**. Este mundo social reproduce paradójicamente el tradicional “mito del género”⁶, con la paradójica encarnación de lo femenino en la identidad trans. **En las identidades de orientación sexual nos enfrentamos a otra paradoja: porcentajes comparativamente bajos en ambos grupos se identificaron como “homosexuales”** (7,65% de los taxi-boys y 7,61% de las travestis) y el porcentaje que más destaca es un 24,6% de los taxi-boys identificándose como heterosexuales.

Finalmente, un escaso número de taxi-boys prefirió definir su sexualidad como “taxi-boy”, evitando enfatizar tanto su identidad de género como su [hetero]sexualidad. Estas respuestas generaron el siguiente cuadro y gráfica:

5 Aunque la palabra “activo” literalmente refiere a una práctica sexual específica (el que penetra y no el penetrado), digamos que en el llamado modelo identitario “latino”, “activo” equivale a “heterosexual”. El “modelo latino” tradicional ha sido descrito en España (Guasch, 1991) y a lo largo de América Latina (Arboleda, 1983; Lacey, 1979; Cáceres, 2001), básicamente como una proyección de las relaciones heterosexuales tradicionales: las parejas gays fueron representadas como necesariamente compuestas por un miembro “masculino” y “heterosexual” que es sexualmente “activo” y por su compañero “afeminado” y “pasivo”. Estrictamente, sólo el segundo era considerado homosexual. Los homosexuales latinos pensaron tradicionalmente de sí mismos a partir de esta perspectiva “heterocentrada”. Los mismos análisis señalan que estas comunidades están tomando la representación de una estructura de pareja cuyos roles sexuales son intercambiables y, en todo caso, no determinan la autoimagen de los participantes y sus roles sociales. Esta modalidad ha sido nombrada como “modelo gay” o modelo norteamericano. Investigaciones en España (Guasch, 1991) Uruguay (Muñoz, 1996) o Venezuela (Muñoz, 2002) muestran algunos aspectos de estas adopciones y adaptaciones culturales en procesos contextualizados.

6 El “mito del género” es uno de los mitos centrales de nuestras sociedades patriarcales. Regula la distribución del poder que tiene que ver (mediatamente) con los sexos. Nos hace ver la división tradicional entre hombres y mujeres como natural, universal y necesaria y exagera la división entre ambos para crear roles diferenciados: lo masculino y lo femenino como opuestos. Cuando decimos “mito”, no queremos decir que se trata de un conocimiento “falso”, sino que el conocimiento mítico se ha vuelto incuestionable y que a su vez fundamenta otros relatos. Para Barthes (1957), el mito es un tipo especial de conocimiento, una forma de transmitir significado que realimenta el entendimiento que alguien tiene de sí y de su mundo, para el caso haciéndonos ver la división tradicional entre hombres y mujeres como natural, universal y necesaria.

**CUADRO 30: IDENTIDAD SEXUAL SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY**

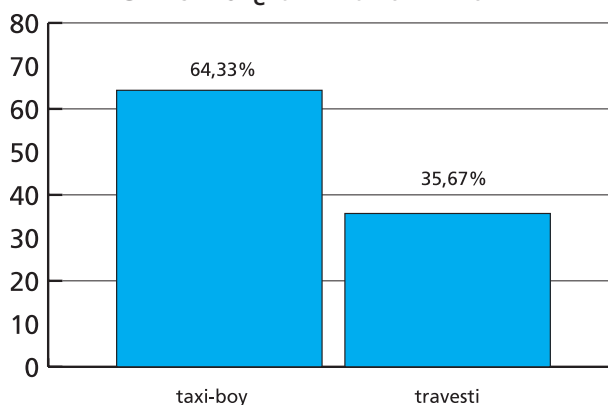
			TAXI BOY	TRAVESTI	TOTAL
Identidades orientación sexual	Heterosexual	Recuento	45	0	45
		%	24,6%	,0%	14,8%
	Homosexual, gay	Recuento	14	8	22
		%	7,65%	7,61%	7,2%
	bisexual	Recuento	7	2	9
%	3,82%	1,9%	3 %		
Total	Recuento	66	10	76	
	%	36,06%	1,9%	25 %	
Identidades de género	Travesti, Trans	Recuento	1	77	78
		%	,55%	73,33%	25,7%
	Mujer	Recuento	0	13	13
		%	0%	12,38%	4,3%
masculino, macho, varón, activo	Recuento	84	1	85	
	%	45,9%	,95%	30%	
Total identidades de género	Recuento	85	91	176	
	%			57,9%	
Ocupación	Taxi boy	Recuento	21	0	21
		%	11,5%	,0%	7,3%
otros		recuento	11	4	15
		Recuento	183	105	288
Perdidos y sin referencia identitaria					16

5.2 El número de travestis y taxi-boys

Digamos también que la realización de **esta muestra revela un porcentaje mucho mayor de taxi-boys que el obtenido por el censo de trabajadores/as sexuales realizado por ATRU en el 2006/2007** con el financiamiento y supervisión del Programa Prioritario, que contabilizó 1049 travestis y 263 taxi-boys. Pero el estudio también contabilizó 409 trabajadores sexuales que las integrantes de ATRU denominaron como “gays”: como en nuestra caracterización de subpoblaciones utilizamos el

criterio de identidad de género pero no el de identidad de orientación sexual, entonces éstos últimos también se incluirían en los trabajadores sexuales masculinos. Con esto el porcentaje de los que en este estudio llamamos taxi-boys resultaba un 39,05%. Pero este porcentaje se elevó en esta muestra al **64,33%** y comentamos como ejemplo impresionista que en los últimos días del trabajo de campo seguíamos descubriendo caras nuevas. Nuestras guías en el campo integrantes de ATRU que habían trabajado en el mencionado censo estaban tan sorprendidas como nosotros. En principio, un censo debería aproximarnos mejor a su porcentaje que una muestra no estadística. La explicación de esta enorme diferencia podría tener que ver con una mucho mayor motivación de los taxi-boys a participar en el estudio; [1] siendo jóvenes pobres, los 50 pesos ofrecidos para un refrigerio les fueron mucho más atractivos que a las travestis. Y [2] la duración del estudio pudo haber permitido la rotación de personas, dado que el formulario aplicado no relevó que el trabajo sexual fuera la ocupación ni permanente ni principal de los taxi-boys (hay los que van al parque todos los días y los que sólo van los fines de semana y tienen otras ocupaciones). En este sentido, mientras un corte sincrónico tendería a subestimar el porcentaje de taxi-boys, un estudio prologado en el tiempo tendería a aumentarlo mostrando cierto número de personas involucradas en el trabajo sexual, pero no al mismo tiempo. En la novela Julián: el diablo en el pelo (Echavarren, 2003), se ilustra la poca estandarización y la ambigüedad de la oferta sexual masculina en Montevideo: *“... creo que la condición del muchacho taxi es muy diferente a la de la mujer prostituta. La mujer tiene tarifas, el taxi, por lo menos en Montevideo, no. Es algo mucho más informal, y uno se lleva sorpresas todo el tiempo, en un doble sentido: quien parece taxi no lo es, quien no lo parece lo es. Julián es un actor eximio, un muchacho diferente a todos, no es nada tosco. Puede jugar muchos roles y tiene muy desarrollado el arte del engaño. Y el cobro, cuando ocurre, se manifiesta a través de artilugios.”* (Echavarren en Zeiger, 2005)

GRÁFICA 28: ¿ES TRAVESTI O TAXI-BOY?



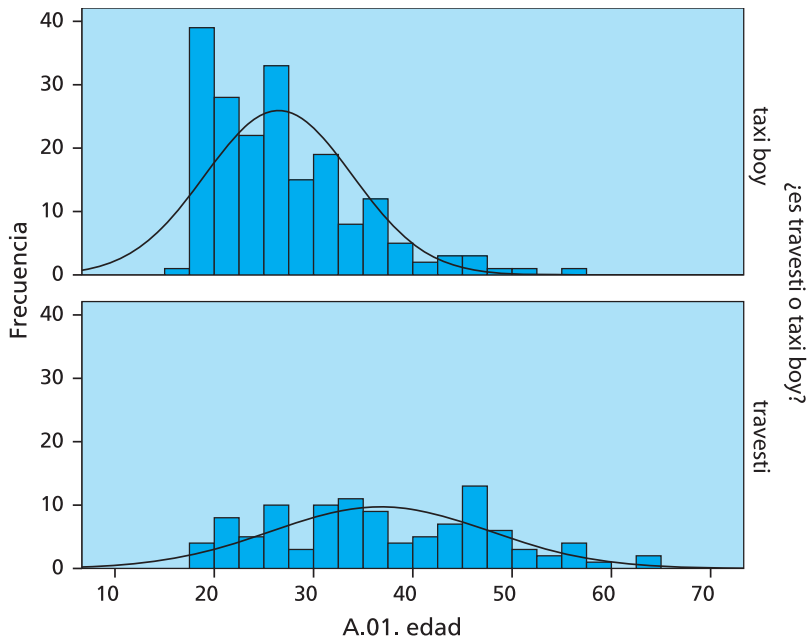
6. Datos sociodemográficos comparados

6.1 La edad comparada

El peso de los taxi-boys jóvenes fue mucho mayor que el de las travestis jóvenes: **mientras la media de edad de las trabajadoras sexuales travestis es de 36 años, la de los taxi-boys es de 26**. El desvío standard menor en los taxi-boys muestra su mayor concentración en los tramos más jóvenes: aunque la juventud es un capital en ambos grupos, mientras las travestis pueden ejercer la prostitución en todas las etapas de su vida, los taxi-boys lo hacen probablemente y en el mejor de los casos hasta que se casan o consiguen trabajo.

Pero las medidas de tendencia central como la media no son tan ilustrativas como ver los histogramas comparados y éstos permiten visualizar claramente pirámides de edades diferenciadas: **los taxi-boy acumulan sus casos en las edades más tempranas, mientras la población de travestís se distribuye más como una curva normal donde los más jóvenes y los más viejos van disminuyendo, lo que muestran la siguiente gráfica es básicamente su mayor permanencia en el trabajo sexual en las diferentes etapas de su vida.**

GRÁFICOS 29 Y 30: LOS TRAMOS DE EDAD COMPARADOS ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

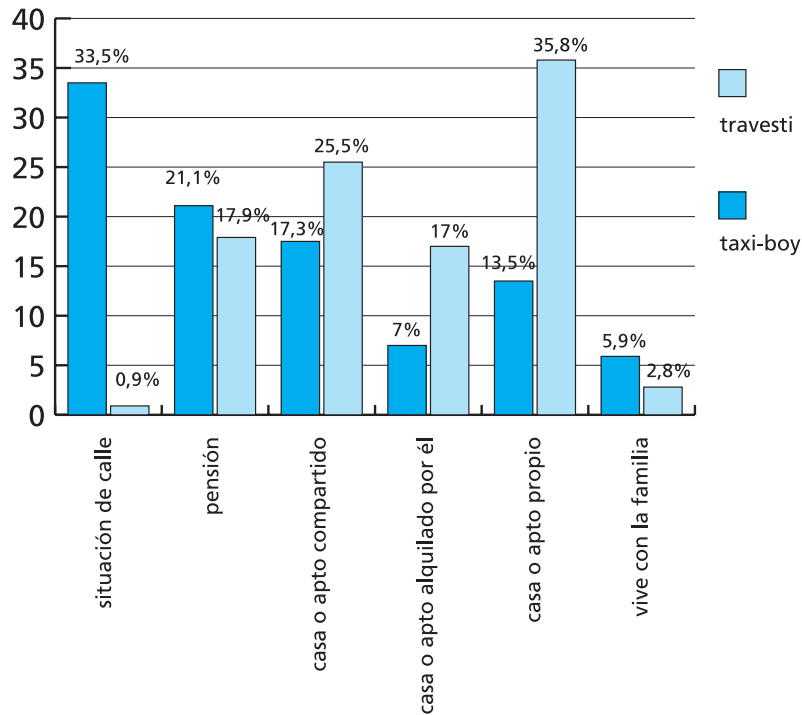


Con respecto a la edad de inicio en el trabajo sexual, la comparación de medias entre ambos grupos muestra una diferencia significativa en los 17 años para taxi-boys y 16 para travestis: o sea que el perfil de inicio no cambia sustancialmente entre subpoblaciones.

6.2 Situación de vivienda comparada

si comparamos la situación de vivienda entre las subpoblaciones aparecen cuatro diferencias notorias: si separamos la comparación de los porcentajes que viven con su familia de las situaciones de vivienda más directamente relacionadas con el poder adquisitivo, vemos que 1- **siendo muy escaso en ambas subpoblaciones, el porcentaje de taxi-boys que todavía vive con su familia duplica al de travestis**, 2- el porcentaje de encuestados en situación de calle -que señalamos como alto en la muestra general- corresponde en su casi totalidad a taxi-boys. Solamente encontramos un travesti en situación de calle (0,9%) mientras que **la situación de calle entre los taxi-boys ascendió a 62 casos (33,5%)! Si pensamos en los recursos que las diferentes situaciones de vivienda implican, en los taxi-boys éstas se ordenan de menos a más y en las travestis a la inversa** (ver gráfica). Cabe hipotetizar que, mientras en los taxi-boys el ejercicio de la prostitución está relacionado a la pobreza, en el caso de las travestis provienen de todos los sectores sociales.

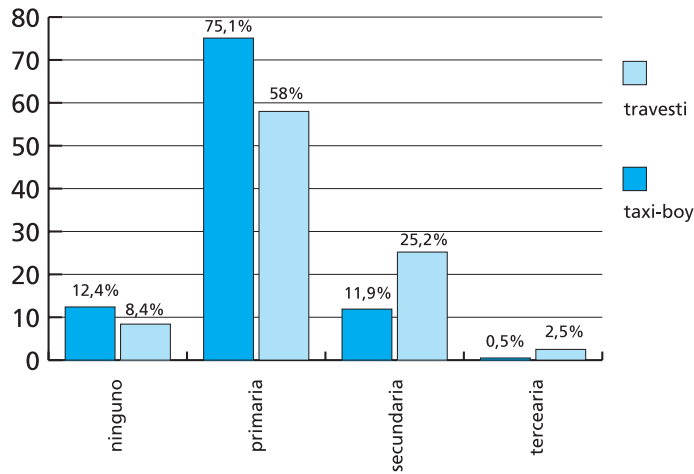
GRÁFICO 31: SITUACIÓN DE VIVIENDA SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY



6.3 El nivel educativo comparado

ya habíamos dicho que los trabajadores/as sexuales en general son un grupo poco educado. Aunque no medimos el ingreso del hogar del que provienen, decíamos que los taxi-boys de la muestra tienden a ser jóvenes pobres, mientras que las travestis provienen de diferentes sectores sociales y lo que juega en su reclusión a la prostitución es más bien su identidad trans. Estos **hándicaps diferenciales** podrían explicar las siguientes tabla y gráfica, donde se ve que, aún dentro del perfil general, **las travestis lo hicieron mejor que los taxi-boys en casi todos los niveles de estudios**. “Casi” porque aunque ambas curvas no se diferencian demasiado, **las travestis completan la primaria en un porcentaje menor que los taxi-boys**. Esta diferencia se invierte notoriamente en la secundaria y podemos hipotetizar que los conflictos derivados de su identidad transgénero inciden más fuertemente en esta etapa temprana. Al terminar la secundaria aventajan holgadamente a los taxi-boys, probablemente habiendo desarrollado una mayor resistencia a las críticas, mientras la pobreza de éstos cada vez dificulta más y aleja más de su hábitus el conservar su calidad de estudiantes.

TABLA 32: ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIO FINALIZADO SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

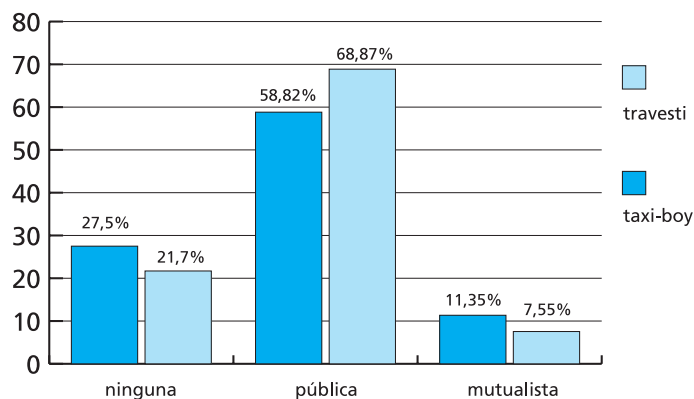


6.4 Cobertura de salud y datos sanitarios

6.4.1 Cobertura de salud comparada

En referencia a la cobertura de salud, digamos **en tanto jóvenes pobres los taxi-boys tienen un mayor porcentaje sin cobertura de salud, pero no deja de sorprender que dentro de los respondentes con algún tipo de cobertura hay un porcentaje algo más alto de taxi-boys que tienen mutualista y las travestis aventajan en la cobertura pública. Si pensamos en los mencionados hándicaps diferenciales podríamos suponer que en algunos casos los taxi-boys podrían tener mutualista por integrar su grupo familiar y que las travestis podrían preferir la cobertura pública con más frecuencia por preferir los servicios especializados en trabajadores/as sexuales.**

GRÁFICA 33: COBERTURA DE SALUD SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

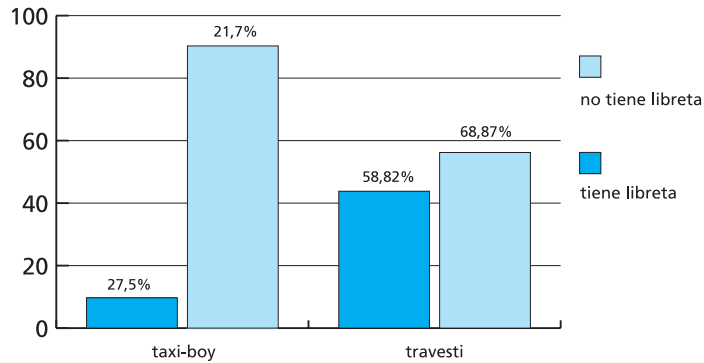


6.4.2 Tenencia de libreta de visita médica comparada

el 90,3% de los taxi-boys y el 56,19% de las travestis no tienen libreta de visita médica. Esta enorme diferencia coincide con la idea de la mayor "profesionalización" del trabajo sexual entre las travestis y posiciona a los taxi-boys prácticamente como una tierra virgen

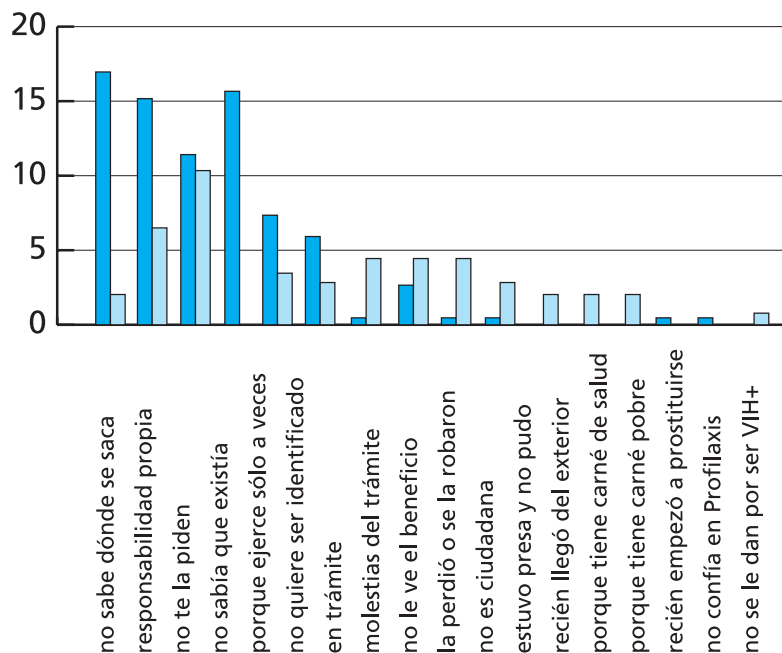
en términos de controles sanitarios. El número de trabajadores sexuales que no tienen libreta podría incluso estar subdeclarado en el caso de las travestis: siendo que el equipo fue presentado a los trabajadores/as sexuales por integrantes de la Asociación de Travestis, es entendible que muchas de las respondentes no quisieran manifestar no haber hecho el trámite.

GRÁFICA 34: PORCENTAJE DE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS QUE TIENEN LIBRETA DE VISITA MÉDICA



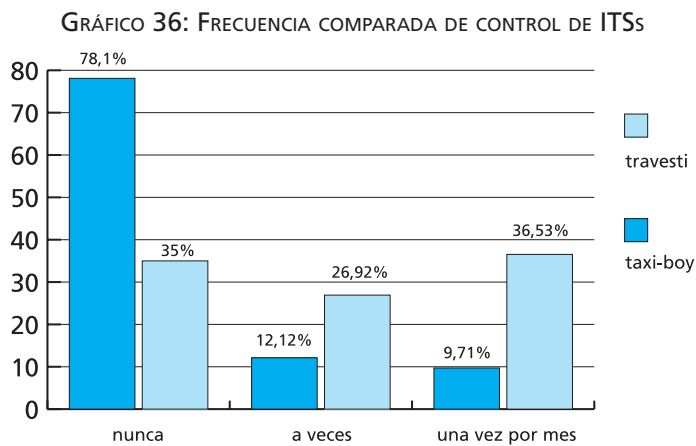
El siguiente cuadro y la siguiente gráfica comparan los motivos declarados de la falta de libreta entre travestis y taxi-boys. Los patrones son claros: las dos categorías que expresan falta de información (no sabía que la libreta existía y no sabe dónde se tramita) corresponden en su casi totalidad a respuestas de taxi-boys. También aventajaron a las travestis en la categoría “porque ejerce poco o cuando pinta” (7,57% frente a 3,77%) y esta observación apoya nuestra hipótesis de la falta de “profesionalismo” porque aunque aceptaron realizar trabajo sexual, estos respondentes básicamente no se consideran trabajadores sexuales propiamente dichos. El número de “no corresponde” mucho mayor en las travestis expresa la mayor tenencia de libreta por parte de éstas.

GRÁFICO 35: MOTIVO DE LA FALTA DE LIBRETA MÉDICA SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY



6.4.3 Frecuencia comparada de control de ITSs

en relación a la frecuencia de control de ITSs comparada entre ambos grupos, el patrón es bien diferenciado. El grupo que nunca se realizó un control era alto en la muestra (61,51%), pero al analizar los subgrupos separadamente se elevó notoriamente en los taxi-boys (78,18%) y se corrigió bastante en las travestis (33,65%). El porcentaje que se chequea regularmente bajó a 9,7% en los taxi-boys y subió a un 36,53% en las travestis. Como muestran la siguiente tabla y gráfica, las curvas de ambos grupos son inversas y esto muestra básicamente el “profesionalismo” de las travestis y probablemente también la acción educativa realizada por ATRU. En tal caso la autoorganización del colectivo viene demostrando ser un buen ejemplo a seguir.



6.4.4 Test de VIH comparado

con respecto al porcentaje de personas que se hicieron el test de VIH alguna vez en la vida, la comparación de grupos muestra que, mientras un 89,62% de las travestis fueron testadas alguna vez en la vida, sólo un 52,17% de los taxi-boys lo fueron. Un 59,4% de las travestis se hicieron el test en el último año, mientras sólo un 20,5% de los taxi-boys lo hicieron.

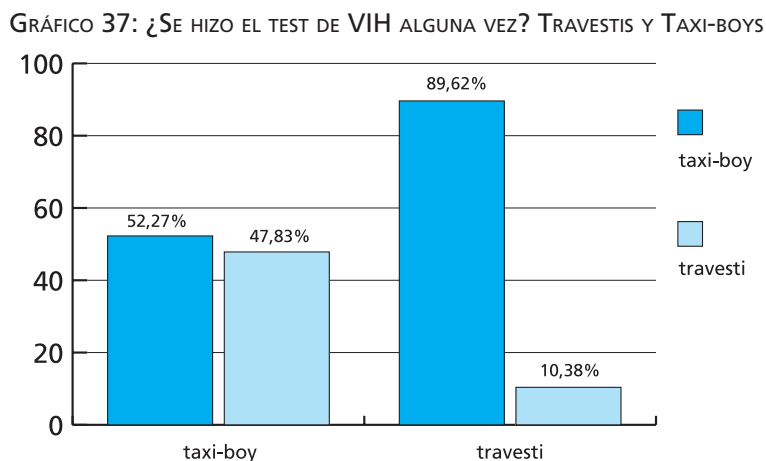
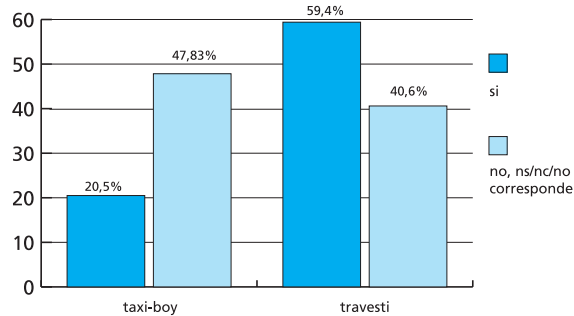


GRÁFICO 38: REALIZACIÓN DEL TEST DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO ENTRE TAXI-BOYS Y TRAVESTIS



En relación a las razones que aducen los que se hacen el test, sólo comparamos para los dos grupos los dos argumentos más numerosos en la muestra en general: la iniciativa propia (59,9%) y la sugerencia médica (12,9%). Ambos argumentos estuvieron notoriamente más presentes en las travestis que en los taxi-boys. El mayor porcentaje de realizaciones de tests por sugerencia médica (13,2% frente a 6,49%) nos parece lógico dada la preferencia de las travestis por la consulta especializada en trabajadores/as sexuales. Pero el argumento de la iniciativa propia en un 64,15% de las travestis que se realizaron el test (frente a un 29,19% en los taxi-boys) nos habla de una mucho mayor sensibilización frente al tema. En relación a los motivos para no hacerse el test, lo más destacable es que el argumento “no se me ocurrió” (17,9% en la muestra general) se eleva en los taxi-boys a un 26,5%.

GRÁFICO 39: PORQUÉ SE HIZO EL TEST DE VIH COMPARADA ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

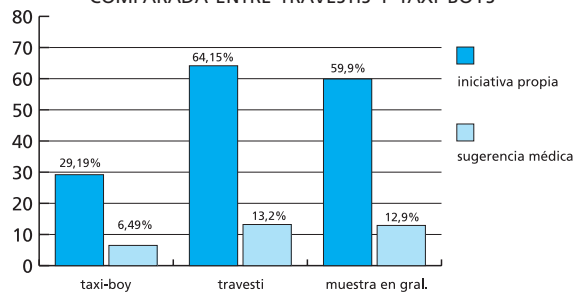
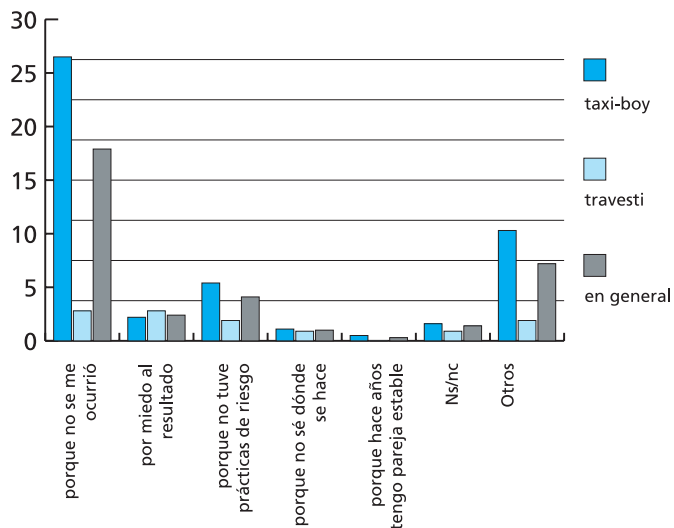


GRÁFICO 40: RAZÓN POR LA QUE NO SE REALIZÓ EL TEST DE VIH COMPARADA

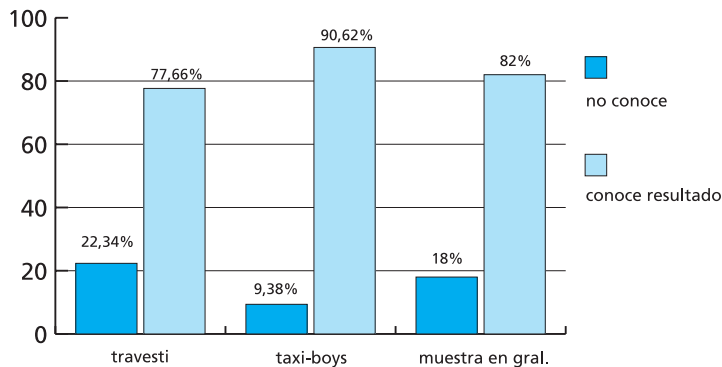


CUADRO: PORCENTAJES VÁLIDOS

	TAXI BOY	TRAVESTI	EN GRAL
porque no se me ocurrió	26,50%	2,80%	17,90%
por miedo al resultado	2,20%	2,80%	2,40%
porque no tuve prácticas de riesgo	5,40%	1,90%	4,10%
porque no sé dónde se hace	1,10%	0,90%	1,00%
porque hace años tengo pareja estable	0,50%	0,00%	0,30%
Ns/nc	1,60%	0,90%	1,40%
Otros	10,30%	1,90%	7,20%

Sorprendentemente, el porcentaje de los que no van a buscar el resultado del test es mayor entre las travestis que entre los taxi-boys (22,34% frente a 9,38%). Pero pongamos esto en el contexto de que un porcentaje mucho menor de taxi-boys se ha hecho el test, y esto podría limitar la realización del test a los individuos sustantivamente interesados.

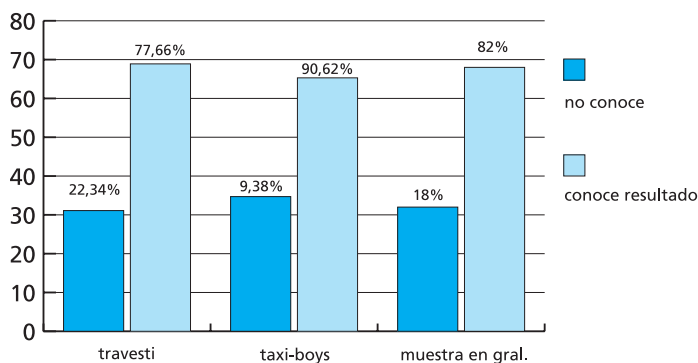
GRÁFICO 41: CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DE SU TEST SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY



6.4.5 Síntomas de ITS experimentados y atención recibida comparados

En relación a los posibles síntomas de ITS experimentados en el pasado, la diferencia entre ambos grupos es escasa y no parece expresar patrón diferencial alguno.

GRÁFICO 42: SI ALGUNA VEZ TUVO SÍNTOMAS DE ITS SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY



Descartamos el análisis comparativo detallado entre grupos de los síntomas presentados debido al escaso número absoluto de casos presentado para cada síntoma. En el caso del reporte de secreciones en el canal de la orina, que fue el síntoma más señalado, en la muestra general llegaba al 12,05% de los encuestados y la diferencia entre taxi-boys y travestis fue sólo entre 12,97% y 10,38%, no sugiriendo entonces ningún patrón diferenciado por grupos. **El porcentaje de 9,2% que en la muestra general había experimentado alguna vez síntomas de ITSs y no había llegado a tratarlos disminuyó en las travestis al 5,7% y aumentó en los taxi-boys al 11,4%.**

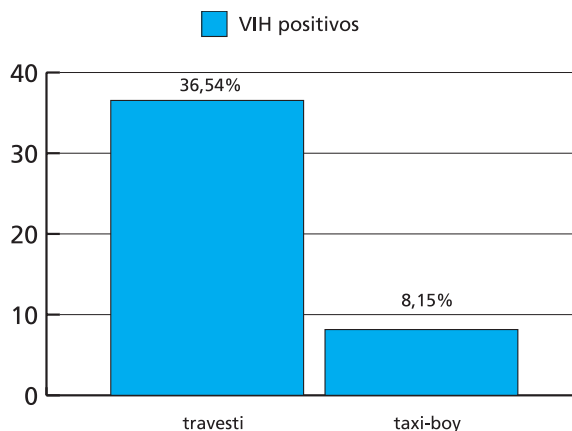
CUADRO: ¿FUERON TRATADOS ESTOS SÍNTOMAS?

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
C.2 Tratamiento recibido frente a los síntomas	Sí	Recuento	46	33	80
		%	24,9%	31,1%	26,3%
	No	Recuento	21	6	28
		%	11,4%	5,7%	9,2%
	No corresponde	Recuento	118	65	194
		%	63,8%	61,3%	63,8%
	Ns/Nc	Recuento	0	2	2
		%	,0%	1,9%	,7%
Total	Recuento	185	106	291	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

6.4.6 La prevalencia de infección por VIH comparada

Al interior de la muestra las diferencias también fueron notorias: aunque todos los indicadores de los taxi-boys mostraban una situación aún más comprometida que la de las travestis, la prevalencia de la infección entre estas últimas es muy superior (36,54% frente a 8,15%). Con el nivel de conductas de riesgo que veremos más adelante, lo único que puede explicar esta tan marcada diferencia son los años de ejercicio del trabajo sexual, mucho menores en un grupo mucho más marcadamente joven en los taxi-boys.

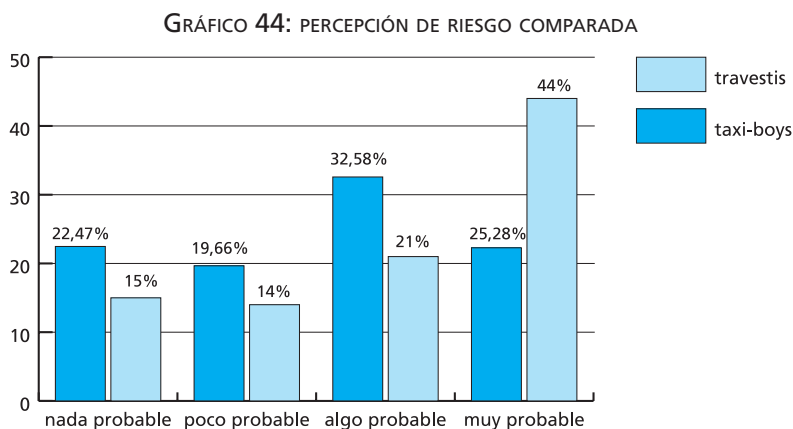
GRÁFICO 43: PREVALENCIA DE VIH COMPARADA ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS



7 Actitudes comparadas

7.1 Índice de percepción de riesgo comparado

La muestra general es variada en su percepción de riesgo, incluyendo amplios porcentajes que consideran una infección de VIH para sí mismos como “muy probable” y también como “nada probable”. El porcentaje general que consideró “muy probable” una infección por VIH para sí mismo (31,82%) se eleva en las travestis a 44% y disminuye en los taxi-boys a 25,28%. El porcentaje que lo considera “nada probable”, por el contrario, se eleva en los taxi-boys (22,47%) y disminuye en las travestis (15%). Resumiendo, aunque todo el grupo de los trabajadores/as sexuales tiene una percepción de riesgo alta, ésta es bastante más acentuada en las travestis que en los taxi-boys (el gráfico ilustra claramente la curva creciente).



7.2 Índice de información general sobre VIH e ITSs comparado

Recordemos que en la muestra en general, los índices de información sobre [1] cómo se transmite el VIH, [2] cómo protegerse de la infección y [3] cuáles infecciones se transmiten sexualmente, los valores obtenidos mostraron que los trabajadores/as sexuales tienen información sobre estos temas y no malinformación, y los desvíos estándares altos mostraron que en el grupo había desde personas muy informadas hasta personas muy desinformadas. A los efectos de simplificar la comparación entre subgrupos **construimos un índice de información agregado que combina los tres índices mencionados y se mide de -11 a 11**. Si observamos la siguiente gráfica vemos que, al igual que en la muestra general, hay en ambos grupos niveles diferentes de información, pero hay muy poca malinformación (los valores negativos). Mientras la curva de los taxi-boys se distribuye más como una campana simétrica (aunque corrida hacia el lado positivo), la curva de las travestis acumula frecuencias altas hacia la derecha de su media. La comparación de medias también nos muestra una diferencia a favor de las travestis. Resumiendo, esto significa que **las travestis están más informadas**.

GRÁFICOS 45 Y 46: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE INFORMACIÓN GENERAL COMPARADO ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

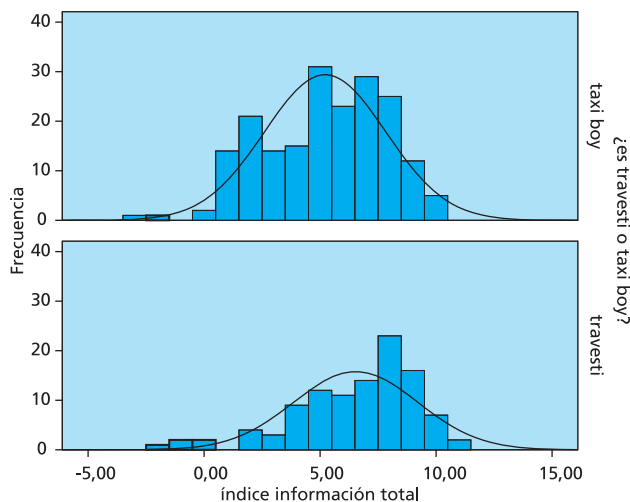


TABLA: COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL ÍNDICE DE INFORMACIÓN GENERAL ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS.

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?	MEDIA	N	DESV. TÍP.	RANGO DE VALORES POSIBLES
taxi boy	5,2176	193	2,62089	-11 a +11
travesti	6,5377	106	2,68035	-11 a +11
en toda la muestra	5,6856	299	2,71242	-11 a +11

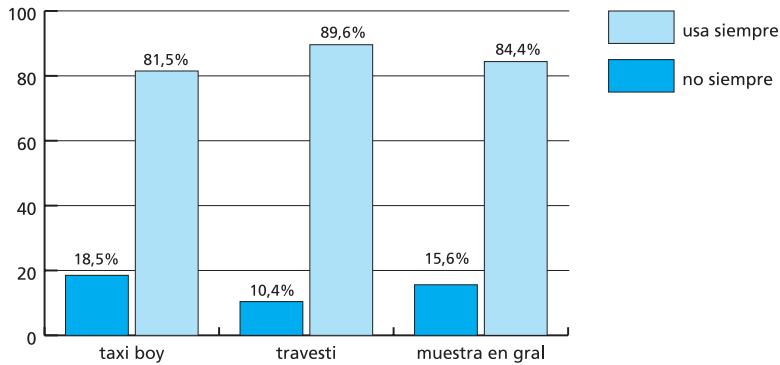
Las diferencias entre ambas subpoblaciones (travestis y taxi-boys) podrían estar mostrando los resultados del trabajo de ATRU (las travestis están organizadas y la organización a menudo reparte folletos y discute temas de VIH e ITSs con las trabajadoras en calle) Este hallazgo señala un área relevante de trabajo a futuro con los taxi-boys.

8. Prácticas comparadas

8.1 Prácticas de riesgo comparadas:

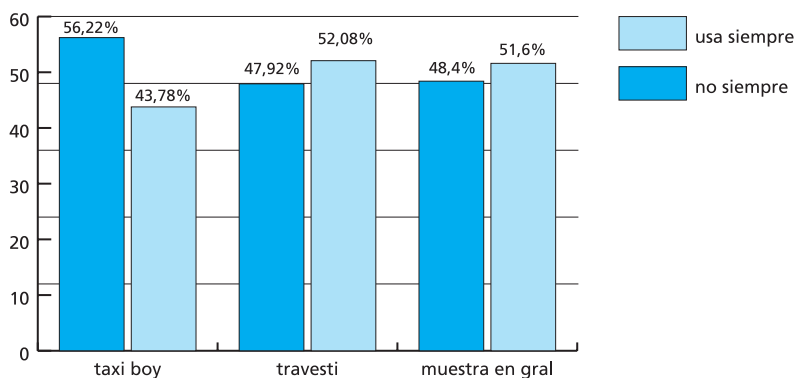
Veamos primero las relaciones sexuales comerciales: aunque la gráfica abajo muestra que ambos grupos no tienen un perfil radicalmente diferenciado, lo cierto es que **mientras las travestis que reconocieron haber tenido penetración sin condón fueron un 10,4%, este porcentaje fue casi duplicado en los taxi-boys (18,5%)**. Recordemos que es esperable que las prácticas de riesgo hayan sido subdeclaradas, y esto particularmente en las travestis debido que fuimos presentados por ATRU y al elevado número de personas que, aunque no se preguntó, expresaban su serología positiva durante la entrevista. El porcentaje que reconoció tener prácticas de riesgo con sus clientes fue notablemente mayor en taxi-boys que en travestis (18,5% frente a un 10,4%). Es decir que, aunque este subgrupo tenga una tasa de prevalencia menor que la muestra general (8,3%), está más expuesto entonces a prácticas de riesgo. Cuando se les preguntó acerca de sus prácticas sexuales no comerciales, la aceptación de prácticas inseguras aumentó y se aproximó bastante en ambas subpoblaciones.

GRÁFICA 47: USO DE CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY.



El siguiente cuadro y la siguiente gráfica siguientes muestran, como ya indicamos, que el sexo no comercial es un ámbito finito de sentido, completamente diferenciado del sexo comercial y no está sujeto a las mismas reglas⁷. Nos había sorprendido en la muestra general cómo se elevó la declaración de sexo con penetración sin condón. hipotetizamos que este reconocimiento por casi la mitad de la muestra de penetración sin condón en diferentes frecuencias resultaría particularmente relevante en el caso de los taxi-boys con parejas mujeres. Pero, aunque **el reconocimiento de penetración sin condón en los taxi-boys llegó a superar al porcentaje que dijo usar condón siempre (56,22% frente a 43,78%); el reconocimiento de estas prácticas inseguras también fue muy importante en las travestis (47,92% frente a 52,08%). Además, 24,32% de los taxi-boys (45 casos) y 29,17% (28 casos) de las travestis afirmaron no usar condón nunca en sus relaciones sexuales no comerciales.**

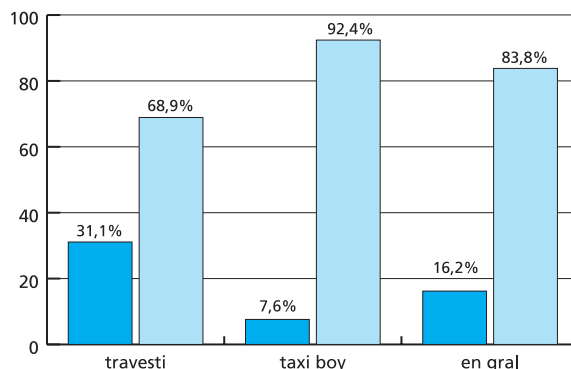
GRÁFICA 48: USO DE CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY.



8.2 Ejercicio del trabajo sexual en el exterior comparado

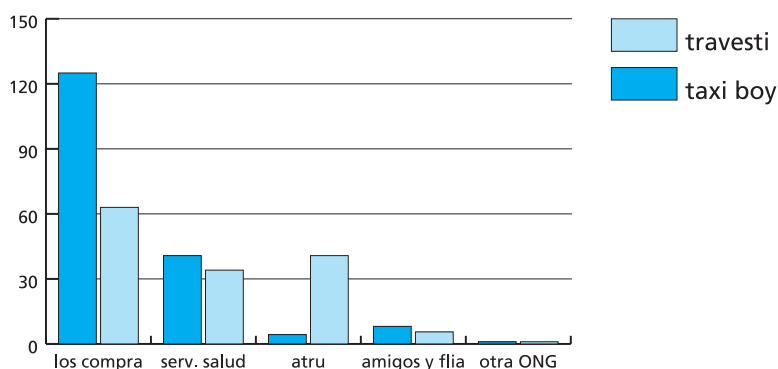
Como era de esperar debido a sus recursos diferenciales **el porcentaje de travestis que accede a viajar para realizar trabajo sexual en el exterior supera ampliamente al de taxiboy (31,1% frente a 7,6%).**

⁷ "Así, un ámbito finito de sentido consiste en experiencias de sentido compatibles entre sí. (...). El carácter finito de un ámbito de sentido (del mundo de la vida cotidiana, del mundo de los sueños, del mundo de la ciencia o del mundo de la experiencia religiosa) descansa en la unidad de su propia vivencia peculiar, o sea su estilo cognoscitivo." (Schutz y Luckmann, 1973:43)

GRÁFICO 49: EJERCICIO DE TRABAJO SEXUAL EN EL EXTERIOR SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

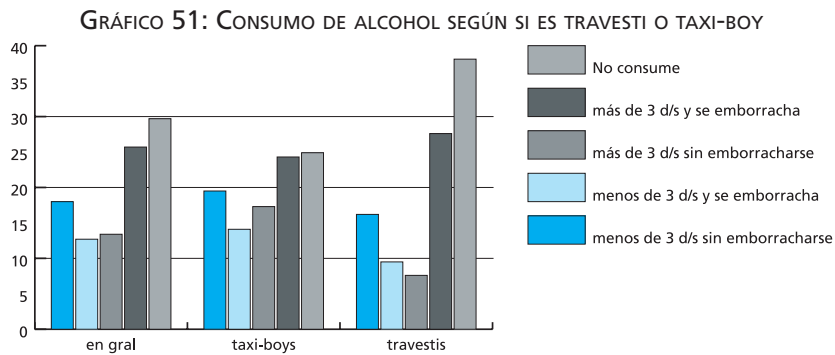
8.3 Dónde consigue los condones que usa comparado

Con referencia a dónde consigue los condones que aporta, como muestran las siguientes tabla y gráfica, las diferencias más apreciables están en que: [1] las travestis recurren más que los taxi-boys a servicios de salud para obtener condones (40,74% frente a 34,05%), [2] un 40,74% de las travestis de la muestra obtienen condones de la ATRU, mientras que sólo un 4,32% de los taxiboy reporta lo mismo y [3] mientras un 8,11% de los taxiboy obtienen condones de amigos y familiares, sólo un 5,55% de las travestis lo hacen.

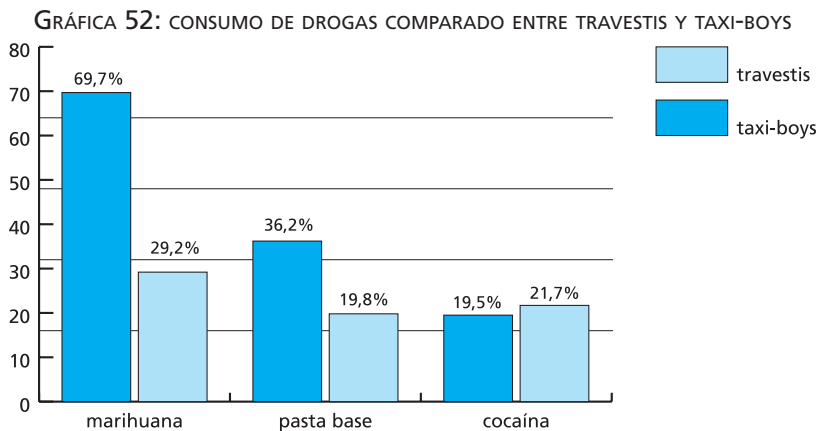
GRÁFICA 50: DÓNDE CONSIGUE LOS CONDONES QUE USA SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

8.4 Consumo de alcohol y de drogas comparado

El consumo declarado de alcohol se distribuye en toda la muestra (y esto se mantiene cuando miramos sólo la curva de travestis o la de taxi-boys) no como una campana sino como una copa. Esto es, las frecuencias altas no se acumulan en el centro sino en los valores extremos: mucha abstinencia y muchos consumos altos, menos manejo social del nivel de consumo. La diferencia entre ambos grupos está en la inclinación: la copa de las travestis tiene un borde más alto en la abstinencia (38,1%) y la copa de los taxiboy tiene su borde alto en el grupo que se emborracha y que bebe más de tres días por semana (19,5%).



En relación al consumo de drogas ilegales comparamos por subpoblaciones los consumos de las tres sustancias más consumidas en la muestra general: en este orden, marihuana, pasta base y cocaína. El patrón diferencial de consumo es claro: al igual que en otras problemáticas ya revisadas la situación de los taxi-boys es más comprometida. Sus consumos son llamativamente más altos en dos de las tres drogas revisadas. Estas son la marihuana (69,7% frente a 29,2%) y la pasta base (36,2% frente a 19,8%) y aquí el patrón se hace claro: los taxi-boys son consumidores por excelencia de drogas baratas. Cuando comparamos los consumos de cocaína prácticamente se equiparan: 19,5% en los taxi-boys, 21,7% en las travestis. Si aún este nivel de consumo parece sorprendente en jóvenes pobres, el caso es que nuestro formulario no interrogó acerca de las vías de acceso, y no sabemos si compran o si consumen con los clientes.



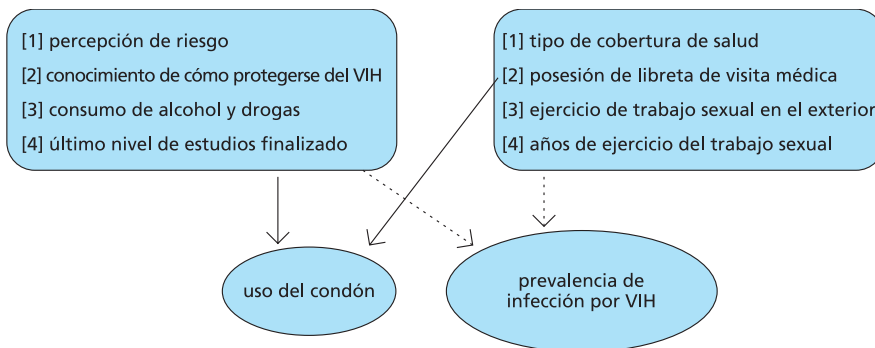
9. Relaciones entre variables

Resumiendo mucho, las dos variables a explicar prioritarias para este estudio son [1] el uso del condón y [2] la prevalencia de infección por VIH, a estos efectos ambas variables dependientes y presumiblemente muy correlacionadas, dado que el uso del condón incide directamente sobre la prevalencia. Las variables independientes medidas por el formulario que decidimos explorar en la explicación fueron:

- [1] El nivel de percepción de riesgo,
- [2] el índice de conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH,
- [3] el uso de alcohol y otras drogas y
- [4] el último nivel de estudios finalizado.

- [1] El tipo de cobertura de salud, y
- [2] la posesión o no de libreta de visita médica,
- [3] el ejercicio de trabajo sexual en el exterior,
- [4] y los años de ejercicio de trabajo sexual,

Las hipótesis de trabajo manejadas fueron que el nivel de percepción de riesgo, el índice de conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH y el uso de alcohol y otras drogas incidirían sobre el uso del condón y que a su vez éste incidiría sobre la prevalencia. También que la posesión o no de libreta de visita médica, el ejercicio de trabajo sexual en el exterior y los años de ejercicio del trabajo sexual incidirían sobre la prevalencia.



El esquema de análisis que utilizamos para leer los cuadros y evaluar las relaciones entre variables consta de 4 pasos:

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: mirando las diferencias entre grupos, si éstas son significativas, entonces se apoya la relación. En variables de intervalo, para identificar los ítems con diferencias significativas se utilizó la prueba "t" para muestras independientes a través del test de Levene para igualdad de varianzas y la prueba "t" para igualdad de medias; con un nivel de significación de 0,05 (5 %).

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos (o ajustados) se calculan a partir de las diferencias entre las frecuencias observadas y las que habríamos obtenido si no hubiera relación entre las dos variables. Se "corrigen" según el tamaño de las frecuencias de cada categoría y según la varianza de las celdas. Su utilidad está en que tienen una distribución aproximadamente normal con media igual a 0 y desviación típica igual a 1. O sea que un valor del residuo corregido mayor que $\pm 1,96$ se interpreta como una desviación significativa de las frecuencias esperadas para esa celda. Si el valor es superior a 1.96 quiere decir que hay una diferencia significativa entre cómo uno hubiera esperado que se colocaran los valores en la tabla si no hubiera relación y cómo se distribuyeron realmente los datos. Esto es, un valor absoluto superior a 1,96 indica que hay una fuerte y significativa relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): multiplicamos los casos de la diagonal que uno espera por hipótesis que sea más probable y multiplicamos también los de la diagonal más improbable; después dividimos el resultado de la primera multiplicación sobre la segunda. La cifra a la derecha de la coma multiplicada por 100 es el porcentaje de veces que es más probable la relación esperada comparada con la otra.

[4] Gamma: Medida de asociación simétrica entre 2 variables ordinales cuyo valor siempre está comprendido entre -1 y 1. Los valores próximos a 1 en valor absoluto indican una fuerte relación entre las dos variables. Los valores próximos a 0 indican que hay poca o ninguna relación. Cerca de uno (valor absoluto) indica una relación intensa y positiva; cerca de cero, no existe relación significativa

Las relaciones entre variables fueron exploradas comparativamente para el contexto del sexo comercial y el contexto del sexo no comercial, básicamente porque, como ya se dijo, ambos contextos funcionaron para los trabajadores/as sexuales como ámbitos finitos de sentido cargados de significaciones muy diferenciales. No presentamos aquí todos los cuadros para facilitar la lectura, pero el análisis completo puede consultarse en el apéndice de cuadros.

Cuando analizamos la relación entre las dos variables independientes, sorprendentemente, **la declaración de prácticas de riesgo no se correlacionó con la serología**. Es muy posible que esto sea así porque **las prácticas de riesgo reales estén muy subdeclaradas en la encuesta**. Un buen apoyo para esta hipótesis es que hubo un 17,2% de VIH positivos entre quienes dijeron usar condón “siempre” en el sexo comercial y un 23,1% de VIH positivos entre quienes dijeron usar condón “siempre” en el sexo no comercial. A lo sumo, la serología parece incidir sobre la declaración de prácticas de riesgo, pero no a la inversa (los VIH positivos tienden a confesar menos haber tenido sexo sin condón).

El aumento de la información acerca de cómo protegerse del VIH no disminuyó las prácticas de riesgo ni la serología ni en el sexo comercial ni en el no comercial. El consumo de alcohol no incidió sobre la declaración de prácticas de riesgo ni sobre la serología en los contextos de sexo comercial y no comercial y el consumo de marihuana tampoco. El consumo de cocaína, aunque no aumentó el reporte de penetración sin condón en el sexo comercial sí lo hizo en el sexo no comercial. El consumo habitual de cocaína sí aumentó significativamente la prevalencia de VIH (26,98% frente a 15,92% en los no consumidores) y esto apoya la hipótesis del subreporte de las prácticas de riesgo.

El consumo habitual de pasta base no incidió sobre la serología. Aunque al igual que en el consumo de cocaína la declaración de prácticas de riesgo entre los consumidores habituales de pasta base aumentó en el sexo no comercial pero no en el comercial, también es posible que no la consuman con los clientes. Podemos hipotetizar que la diferencia tenga que ver con el contexto de ese sexo no comercial: en una parte amplia de la muestra, los taxi-boys, el sexo no comercial es con parejas mujeres y en todo caso los pone en contacto con una población con una prevalencia seguramente menor que los clientes de TSMs.

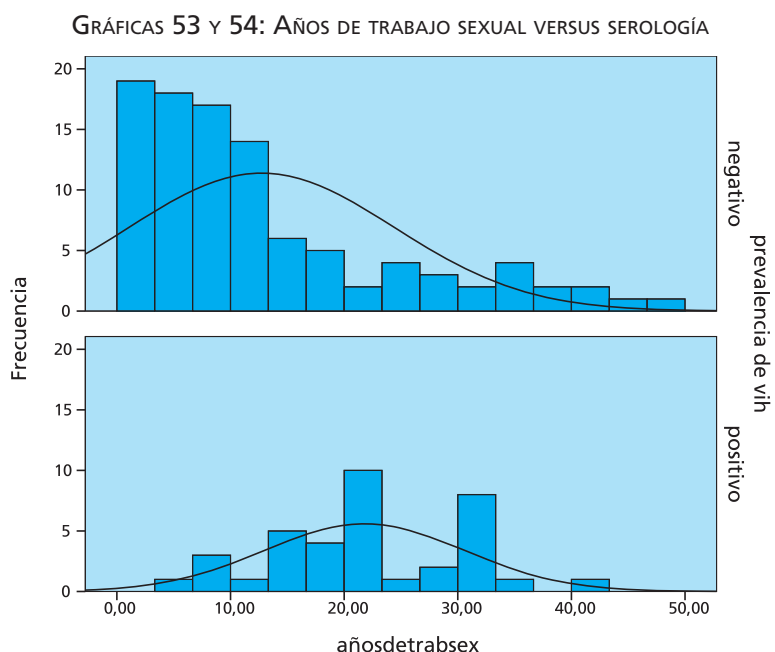
No hay en la muestra una correlación significativa entre la educación formal y la disminución de prácticas de riesgo declaradas ni en el sexo comercial ni en el sexo no comercial. Además, la serología dentro de la muestra se extiende sin diferencias estadísticas significativas por todos los niveles socioeconómicos.

En relación a la posesión de libreta de visita médica, dado que los encuestados que tramitaron la libreta de visita médica cuentan con controles mensuales de ITS y consultan médicos habituados a la consulta con trabajadores/as sexuales, decidimos explorar la hipótesis de un efecto informativo o “concientizador” de esta consulta especializada. **Descartamos los trabajadores/as sexuales con libreta se cuiden más que los que no tienen libreta tanto en el sexo comercial como no**

comercial. En referencia a la incidencia sobre la prevalencia, la prevalencia resultó algo más alta entre los encuestados con libreta y no se puede apoyar la hipótesis de una correlación estadísticamente significativa.

El haber ejercido trabajo sexual en el exterior sí resulta predictor significativo de la infección por VIH. La pregunta sobre conductas de riesgo se hizo con respecto a su conducta actual y no sobre el período de ejercicio en el exterior, de manera que no tenemos información acerca de cómo funciona esta correlación. La pregunta que queda planteada es por qué ejercer en el exterior produjo en la muestra más infecciones que ejercer en el país. Como no tenemos datos que apoyen un patrón de conducta diferencial asumimos un patrón de mayor retorno en la diáspora VIH positiva de TSMs y travestis. A menudo los TSMs y travestis que emigran lo hacen ilegalmente y esto podría eventualmente dificultar su acceso los tratamientos.

Si analizamos la correlación entre la serología y los años de permanencia en el trabajo sexual una comparación de medias que nos muestra que mientras los encuestados seronegativos tienen una media de 10 años de trabajo realizados, los seropositivos tienen 21 años de promedio. Las pruebas de Levene y la prueba T confirman que ni las medias ni sus varianzas pueden considerarse iguales y el cálculo del coeficiente de Pearson indicó una correlación débil pero significativa.



10. Conclusiones

[1] Esta muestra reveló un porcentaje mucho mayor de taxi-boys que el obtenido por el censo de trabajadores/as sexuales realizado por ATRU en el 2006/2007 (64,33% de los trabajadores/as sexuales en la muestra frente a 39,05% de los del censo). En el análisis ya explicamos las razones por las cuales no extendemos directamente el nuevo porcentaje al universo de los TSMs y travestis.

[2] Predominó la población juvenil y la media de edad fue de 30 años, aunque hay trabajadores/as sexuales en todos los tramos de edad.

[3] Mientras la media de edad de las trabajadoras sexuales travestis es de 36 años, la de los taxi-boys es de 26. Los taxi-boys acumulan sus casos en las edades más tempranas, mientras la población de travestis se distribuye más como una curva normal donde los más jóvenes y los más viejos van disminuyendo. Lo que muestra la gráfica es básicamente su mayor permanencia en el trabajo sexual en las diferentes etapas de su vida.

[4] Con respecto a la edad de inicio en el trabajo sexual, la comparación de medias entre ambos grupos muestra una diferencia significativa en los 17 años para taxi-boys y 16 para travestis: o sea que el perfil de inicio no cambia sustancialmente entre subpoblaciones.

[5] En relación a la situación de vivienda, más de un quinto de la muestra se encuentra en situación de calle! (20,9%). Sólo encontramos una travesti en esta situación, pero entre los taxi-boys ascendió al 33,5%! Las restantes situaciones son variadas, incluyendo tanto propietarios (21,3%) como arrendatarios individuales (11%) o que comparten el alquiler (20,9%). Si pensamos en los recursos que las diferentes situaciones de vivienda implican, en los taxi-boys éstas se ordenan de menos a más y en las travestis a la inversa.

[6] Llama la atención en un grupo con tantos jóvenes el escaso porcentaje que aún vive en el hogar familiar (4,7%). Siendo muy escaso en ambos grupos, el porcentaje de taxi-boys que todavía vive con su familia duplica al de travestis.

[7] Más de un 10% de la muestra no completó la primaria y más del 83% no pudo completar la educación secundaria. Prácticamente no hay universitarios. Travestis y taxi-boys parecen tener hándicaps diferenciales: las travestis lo hicieron mejor que los taxi-boys en casi todos los niveles de estudios. "Casi" porque aunque ambas curvas no se diferencian demasiado, las travestis completan la primaria en un porcentaje menor que los taxi-boys. Luego esta diferencia se invierte notoriamente en la secundaria e hipotetizamos que los conflictos derivados de su identidad transgénero inciden más fuertemente en esta etapa temprana. Al terminar la secundaria aventajan holgadamente a los taxi-boys, probablemente habiendo desarrollado una mayor resistencia a las críticas, mientras la pobreza de éstos cada vez dificulta más y aleja más de su habitus el conservar su calidad de estudiantes.

Situación de salud:

[7] En referencia a la atención de salud, un 9,2% de la muestra tiene mutualista, la mayor parte de los encuestados (62%) se atienden en Salud Pública, y un cuarto de la muestra no tiene ni mutualista ni carné de asistencia pública y declara no recibir ninguna atención de salud!

[8] 78,33% de los trabajadores/as sexuales de la muestra no tienen libreta de visita médica. El 90,3% de los taxi-boys y el 56,19% de las travestis: esta gran diferencia coincide con la idea de la mayor "profesionalización" del trabajo sexual entre las travestis y posiciona a los taxi-boys prácticamente como una tierra virgen en términos de controles sanitarios.

[9] Un 16,05% de los respondientes sin libreta admitieron no saber dónde se saca y un 13,3% admitió que ni siquiera sabía que tal libreta existía. Otro 16,05% asumió la responsabilidad propia por no haber hecho el trámite (“soy boludo”, etc). Un 13,3% contestó que no hizo el trámite de la libreta “porque no te la piden” (refiriéndose a la policía), a lo cual podríamos sumarle el 3,21% que dijo no ver el beneficio de tener libreta. Un 8,26% dijo que no la tramitó por ejercer poco, o sólo “cuando pinta”. Un 6,43% dijo no querer ser identificado, un 4,59% se justificó diciendo que tenía la libreta “en trámite”, otro 4,57% se refirió a distintos aspectos de la molestia constituida por el trámite en sí y un 1,83% que tuvo libreta pero la perdió o se la robaron.

[10] Entre travestis y taxi-boys, los patrones son claros: las dos categorías que expresan falta de información (no sabía que la libreta existía y no sabe dónde se tramita) corresponden en su casi totalidad a respuestas de taxi-boys. También aventajaron a las travestis en la categoría “porque ejerce poco o cuando pinta” (7,57% frente a 3,77%) y esta observación apoya nuestra hipótesis de la falta de “profesionalismo” porque aunque aceptaron realizar trabajo sexual, estos respondientes básicamente no se consideran trabajadores sexuales propiamente dichos.

[11] Cuando se les preguntó con qué frecuencia se controlan por ITSs, el 61,51% dijo no controlarse nunca, el 17,63% a veces y el 20,08% se controla mensualmente. El grupo que nunca se realizó un control era alto en la muestra (61,51%), pero al analizar los subgrupos separadamente se elevó notoriamente en los taxi-boys (78,18%) y se corrigió bastante en las travestis (33,65%). El porcentaje que se chequea regularmente bajó a 9,7% en los taxi-boys y subió a un 36,53% en las travestis. Las curvas de ambos grupos son inversas y esto muestra básicamente el “profesionalismo” de las travestis y probablemente también la acción educativa realizada por ATRU.

[12] El 66,33% se hizo el test de VIH alguna vez en la vida. Un 89,62% de las travestis fueron testadas alguna vez y sólo un 52,17% de los taxi-boys. Un 34,9% de los encuestados se hizo el test de VIH en el último año. Un 59,4% de las travestis se hicieron el test en el último año, mientras sólo un 20,5% de los taxi-boys lo hicieron.

[13] Con respecto a los motivos para hacerse el test de VIH, sólo un 12,9 de la muestra lo hizo motivado por la sugerencia médica. El principal argumento fue la iniciativa propia (59,9%), lo que sugiere que el grupo tiene una percepción de riesgo alta. Dentro de este último porcentaje, un 8,4% de quienes se hicieron el test lo hicieron expresamente por pensar que podían estar infectados y un 4% “por curiosidad” (4%). Digamos que el grupo de los trabajadores/as sexuales se percibe mayoritariamente a sí mismo como una población en riesgo. El código abierto “otras razones” reveló un 5,45% que se realizó el test estando en la cárcel, un 3,96% que dijo que el test le fue solicitado en su trabajo (no el trabajo sexual que realizan) y un 2,97% que se lo realizó porque la libreta de visita médica se lo exige.

[14] Sólo comparamos para los dos grupos los dos argumentos más numerosos en la muestra en general: la iniciativa propia (59,9%) y la sugerencia médica (12,9%). Ambos argumentos estuvieron notoriamente más presentes en las travestis que en los taxi-boys. El mayor porcentaje de realizaciones de tests por sugerencia médica (13,2% frente a 6,49%) parece lógico dada la preferencia de las travestis por la consulta especializada en trabajadores/as sexuales. Pero el argumento de la iniciativa propia en un 64,15% de las travestis que se realizaron el test (frente a un 29,19% en los taxi-boys) nos habla de una mucho mayor sensibilización frente al tema.

[15] Con respecto al 34% que nunca se hizo el test, los motivos por los cuales no lo hizo fueron: porque no se le ocurrió (53%), porque no tuvo prácticas de riesgo (8,1%), por miedo al resultado (6,9%), porque no sabe dónde se hace (3%). Es decir que, exceptuando el escaso margen que declaró miedo al resultado, los principales argumentos son no haber pensado en el tema o no considerarse en riesgo.

[16] Comparando, lo más destacable es que el argumento “no se me ocurrió” (17,9% en la muestra general) se eleva en los taxi-boys a un 26,5%.

Sobre la percepción de riesgo:

[17] Aunque ya afirmamos que el grupo de los trabajadores/as sexuales se autopercebe mayoritariamente como una población en riesgo, incluye desde personas con una alta percepción de riesgo hasta quienes anteriormente no consideraron realizarse un test de VIH (17,8% del total de la muestra).

[18] Este mismo porcentaje se eleva en las travestis a 44% y disminuye en los taxi-boys a 25,28%. El porcentaje que lo considera “nada probable”, por el contrario, se eleva en los taxi-boys (22,47%) y disminuye en las travestis (15%). Resumiendo, aunque todo el grupo de los trabajadores/as sexuales tiene una percepción de riesgo alta, ésta es bastante más acentuada en las travestis que en los taxi-boys.

[19] El 18% de los que se hicieron el test no fueron a buscar los resultados. Este porcentaje es mayor entre las travestis que entre los taxi-boys (22,34% frente a 9,38%).

[20] Sobre ITSs, un 32% de los encuestados experimentó alguna vez síntomas que podrían ser atribuibles a una ITS, siendo los principales de estos síntomas las secreciones en el canal de la orina (12,02% de la muestra) y las heridas en el pene (8,59%). La diferencia entre ambos grupos es escasa y no parece expresar patrón diferencial alguno.

[21] En más de un cuarto de los casos en que se presentaron estos síntomas no fueron tratados! El porcentaje de 9,2% de la muestra general que había experimentado síntomas de ITSs y no había llegado a tratarlos disminuyó en las travestis al 5,7% y aumentó en los taxi-boys al 11,4%.

[22] Buscamos la causa de esta alta falta de atención en la cobertura de salud y la correlación es clara: el porcentaje que no recibió tratamiento es sensiblemente mayor entre quienes no tienen cobertura de salud (33,33%) comparando con quienes se tratan en Salud Pública (25,35%), y este porcentaje disminuye aún más entre quienes tienen mutualista (20%). Todavía hay un porcentaje alto que no recibió tratamiento entre los que sí tienen cobertura de salud: es posible que la estigmatización de las ITS por parte de los usuarios y su renuencia a consultar determine el acceso al tratamiento más a menudo que la propia cobertura de salud.

[23] En tanto jóvenes pobres los taxi-boys tienen un mayor porcentaje sin cobertura de salud, pero no deja de sorprender que dentro de los respondentes con algún tipo de cobertura hay un porcentaje algo más alto de taxi-boys que tienen mutualista y las travestis aventajan en la cobertura pública. Si pensamos en los mencionados hándicaps diferenciales podríamos suponer que en algunos casos los taxi-boys

podrían tener mutualista por integrar su grupo familiar y que las travestis podrían preferir la cobertura pública con más frecuencia por preferir los servicios especializados en trabajadores/as sexuales.

La prevalencia:

[24] Con una prevalencia de infección del 19,3%, digamos que en el grupo de los trabajadores sexuales masculinos y travestis, la prevalencia es alta (recordemos que la prevalencia en población general era según estudios centinela de 0,45 en el 2004) y este estudio apoya la descripción de la epidemia de VIH, al menos en Montevideo, como concentrada en algunos grupos especialmente vulnerables.

[25] Aunque todos los indicadores de los taxi-boys mostraban una situación aún más comprometida que la de las travestis, la prevalencia de la infección entre estas últimas es muy superior (36,54% frente a 8,15%).

Actitudes:

[26] Lo más llamativo de las identidades de género fue un alto número de travestis (73,33% de ellas) autoidentificándose como tales y un alto número de taxi-boys (45,9% de ellos) viéndose como "masculino", "macho", "varón" o "activo".

[27] En las identidades de orientación sexual nos enfrentamos a una paradoja: porcentajes comparativamente bajos en ambos grupos se identificaron como "homosexuales" (7,65% de los taxi-boys y 7,61% de las travestis) y el porcentaje que más destaca es un 24,6% de los taxi-boys identificándose como heterosexuales.

[28] Casi un tercio de la muestra (31,82%) considera "muy probable" una infección por VIH, mientras que poco menos de 1/5 la considera "nada probable".

[29] El "muy probable" se eleva en las travestis a 44% y disminuye en los taxi-boys a 25,28%. El porcentaje que lo considera "nada probable", por el contrario, se eleva en los taxi-boys (22,47%) y disminuye en las travestis (15%). Resumiendo, aunque todo el grupo de los trabajadores sexuales masculinos y travestis tiene una percepción de riesgo alta, ésta es bastante más acentuada en las travestis que en los taxi-boys.

[30] Construimos tres escalas de información para medir cuánto (o cuán poco) sabía el participante [1] sobre cómo se transmite el VIH, [2] sobre cómo protegerse de la infección y [3] sobre cuáles infecciones se transmiten sexualmente. Los valores promedio obtenidos muestran que el grupo efectivamente tiene información sobre estos temas y no malinformación, aunque los desvíos estándares altos muestran que, particularmente en el área de la información sobre la transmisión de ITSs, el grupo incluye desde personas muy informadas hasta personas muy desinformadas.

[31] El índice de información agregado comparado muestra que las travestis están más informadas que los taxi-boys.

[32] En referencia a su autopercepción de etnicidad, casi un 60% de la muestra se consideró “blanco”, pero un alto porcentaje (26,04%) no se identificó con ninguno de los rótulos brindados y propuso alternativas como “morucho”, “trigueño”, “marrón”, o “tostado”, que desenfatan la percepción a través de categorías étnicas cerradas. Un 8,33% se vio como negro, un 3,47 como indígena y un 1,04 como amarillo.

Conductas:

[33] Aunque casi un tercio de la muestra (29,7%) no consume alcohol, el 70% consume alcohol en diversos grados y un 18% declara consumirlo más de tres días a la semana y al menos algún día llegar a sentir borrachera. Con respecto al consumo de drogas (pregunta E.9 en el formulario), también fue alto en la muestra: más de la mitad de los encuestados (55,3%) consumen marihuana, casi un tercio de la muestra (30,1) consume pasta base y más de un quinto (21,1%) consume cocaína.

[34] El consumo declarado de alcohol se distribuye en toda la muestra (y esto se mantiene cuando miramos sólo la curva de travestis o la de taxi-boys) no como una campana sino como una copa. Esto es, las frecuencias altas no se acumulan en el centro sino en los valores extremos: mucha abstinencia y muchos consumos altos, menos manejo social del nivel de consumo. La diferencia entre ambos grupos está en la inclinación: la copa de las travestis tiene un borde más alto en la abstinencia (38,1%) y la copa de los taxi-boys tiene su borde alto en el grupo que se emborracha y que bebe más de tres días por semana (19,5%). El patrón diferencial de consumo de otras drogas es claro: los consumos son de los taxi-boys son llamativamente más altos en dos de las tres drogas revisadas: marihuana (69,7% frente a 29,2%) y pasta base (36,2% frente a 19,8%). Aquí el patrón se hace claro: los taxi-boys son consumidores por excelencia de drogas baratas. Cuando comparamos los consumos de cocaína prácticamente se equiparan (19,5% en los taxi-boys, 21,7% en las travestis).

Conductas de riesgo:

[35] Sólo un 15,6% de los trabajadores/as sexuales de la muestra reporta haber tenido sexo sin condón en sus relaciones sexuales comerciales. En los casos en que se usa condón, es en un porcentaje altísimo el trabajador sexual quien lo presenta (90,5%). Sólo un 30% de los trabajadores/as sexuales reportan que los clientes traen los condones (los porcentajes no suman 100 porque pueden aportar los ambos). Mientras las travestis que reconocieron haber tenido penetración sin condón fueron un 10,4%, este porcentaje fue casi duplicado en los taxi-boys (18,5%).

[36] En el sexo no comercial, el reconocimiento de sexo sin condón aumenta al 48%! Un 24,7% de la muestra afirmó no usar condón nunca en sus relaciones sexuales no comerciales. El reconocimiento de penetración sin condón en los taxi-boys llegó a superar al porcentaje que dijo usar condón siempre (56,22% frente a 43,78%); el reconocimiento de estas prácticas inseguras también fue muy importante en las travestis (47,92% frente a 52,08%). Además, 24,32% de los taxi-boys (45 casos) y 29,17% (28 casos) de las travestis afirmaron no usar condón nunca en sus relaciones sexuales no comerciales. En aquellos casos en que usa condón para el sexo no comercial, todavía la decisión recae mayormente en el trabajador sexual: el 67% afirmó que él trae el condón siempre y sólo un 5,9% que siempre lo trae la otra persona. Un 18,8% dijo ser él “a veces” quien trae los condones.

[37] Sexo comercial y no comercial funcionan como dos ámbitos finitos de sentido diferenciados, cada cual con sus propias reglas. Mientras en el sexo comercial las travestis aventajaron largamente a los taxi-boys en el sentido de tener menos conductas de riesgo, en el sexo no comercial sus frecuencias se acercan notablemente y las travestis declaran no usar condón nunca en sus relaciones sexuales no comerciales con más frecuencia que los taxi-boys.

[38] Sobre cómo consigue el trabajador sexual los condones que él aporta: 71,19% los compra, un 37,63% los recibe de algún servicio de salud, 17,63% los recibe de ATRU y 7,45% los recibe de alguna otra ONG. Con referencia a dónde consigue los condones que aporta: [1] las travestis recurren más que los taxi-boys a servicios de salud para obtener condones (40,74% frente a 34,05%), [2] un 40,74% de las travestis de la muestra obtienen condones de la ATRU, mientras que sólo un 4,32% de los taxiboy reporta lo mismo y [3] mientras un 8,11% de los taxi-boys obtienen condones de amigos y familiares, sólo un 5,55% de las travestis lo hacen.

[39] Un 16,28% de la muestra ejerció trabajo sexual en el exterior. Como destino de prostitución, Brasil y Argentina acumulan el 83,4% de los viajeros (54,2% y 29,2% respectivamente), Italia un 6,3%, España un 4,2% y Chile, Cuba y Francia un 2,1% en cada caso. diferenciales el porcentaje de travestis que accede a viajar para realizar trabajo sexual en el exterior supera ampliamente al de taxiboy (31,1% frente a 7,6%).

Relaciones entre variables:

[40] Tanto en el sexo comercial como en el no comercial, la declaración de prácticas de riesgo no actúa como un predictor fuerte de la serología. Es muy posible que esto sea así no porque el condón no proteja sino porque las prácticas de riesgo reales estén muy subdeclaradas en la encuesta.

[41] En el sexo no comercial, a lo sumo, la serología parece incidir sobre la declaración de prácticas de riesgo, pero no a la inversa (los VIH positivos tienden a confesar menos haber tenido sexo sin condón).

[42] En el sexo tanto comercial como no comercial, la percepción de riesgo no incidió sobre el uso declarado del condón.

[43] Descartamos que en el sexo comercial y no comercial, el nivel de información sobre cómo cuidarse incida sobre la declaración de prácticas de riesgo.

[44] El aumento de la información acerca de cómo protegerse del VIH no disminuyó la serología positiva. Apoya la hipótesis de que un aumento de la información no disminuirá *per se* las conductas de riesgo.

Incidencia del consumo de alcohol y otras drogas:

[45] Ante la posibilidad de una subdeclaración de prácticas de riesgo que pudiera ocultar la relación, chequeamos también la incidencia del consumo de alcohol y drogas directamente sobre la serología.

[46] Aunque el consumo de alcohol fue autopercebido por sus consumidores como acentuando sus conductas de riesgo, no se correlacionó con las prácticas de riesgo declaradas en el sexo comercial ni en el no comercial. El consumo habitual de alcohol tampoco tuvo incidencia real sobre la serología.

[47] El consumo de marihuana tampoco disminuyó la declaración de uso del condón en las relaciones sexuales ni comerciales ni no comerciales. Tampoco tuvo incidencia directa sobre la serología.

[48] No puede apoyarse la correlación entre uso de pasta base y más prácticas de riesgo declaradas en el sexo comercial. En cambio en el sexo no comercial el consumo de pasta base sí aumentó la declaración de conductas de riesgo. El consumo habitual de pasta base no incidió sobre la serología. Aunque al igual que en el consumo de cocaína la declaración de prácticas de riesgo entre los consumidores habituales de pasta aumentó en el sexo no comercial pero no en el comercial, también es posible que no la consuman con los clientes. Podemos hipotetizar que la diferencia tenga que ver con el contexto de ese sexo no comercial: en una parte amplia de la muestra, los taxi-boys, el sexo no comercial es con parejas mujeres y en todo caso los pone en contacto con una población con una prevalencia seguramente menor que los clientes de TSMs.

[49] En el sexo comercial, la cocaína no se correlaciona con mayor frecuencia de declaración de sexo sin condón. En cambio en el sexo no comercial sí se confirma la relación. El consumo habitual de cocaína sí aumentó significativamente la prevalencia de VIH (26,98% frente a 15,92% en los no consumidores) y esto apoya la subdeclaración de las prácticas de riesgo en el sexo comercial.

Incidencia del nivel educativo:

[50] No hay en la muestra una correlación significativa entre la educación formal y la disminución de prácticas de riesgo declaradas ni en el sexo comercial ni en el sexo no comercial.

[51] El nivel educativo no se correlaciona con la serología. Tomamos esto como un indicador de que la serología dentro de la muestra se extiende sin diferencias estadísticas significativas por todos los niveles socioeconómicos.

[52] Descartamos que los trabajadores/as sexuales con libreta se cuiden más que los que no tienen libreta. Aunque la prevalencia haya resultado más alta entre los encuestados con libreta, no se puede apoyar la hipótesis de una correlación estadísticamente significativa.

[53] El haber ejercido trabajo sexual en el exterior sí resulta predictor significativo de la infección por VIH. La pregunta sobre conductas de riesgo se hizo con respecto a conducta actual y no sobre el periodo de ejercicio en el exterior, de manera que no tenemos información acerca de cómo funciona esta correlación. La pregunta que queda planteada es por qué ejercer en el exterior produjo en la muestra más infecciones que ejercer en el país. Como no tenemos datos que apoyen un patrón de conducta diferencial asumimos un patrón de mayor retorno en la diáspora VIH positiva de TSMs. A menudo los TSMs que emigran lo hacen ilegalmente y esto podría eventualmente dificultar su acceso los tratamientos.

[54] Los encuestados seronegativos tienen una media de 10 años de trabajo realizados y los seropo-

sitivos tienen 21 años de promedio. El cálculo de la correlación de Pearson mostró una correlación débil entre los años de trabajo sexual y la serología positiva.

[55] El supuesto que actualmente maneja el Programa Prioritario de ITS/Sida es que la epidemia en Uruguay es de tipo concentrado, con una prevalencia inferior al 1% en población general (según estudios centinela 0.23% al año 2000, 0.36% al 2002, 0.45% al 2004, 0,43% en el 2008) y superior al 5% en poblaciones vulnerables. Esta investigación avala dicha afirmación. Esta investigación avala la afirmación de que en Uruguay la epidemia de VIH es de tipo concentrado: aunque en población general la prevalencia es inferior al 1%, en los trabajadores sexuales masculinos y travestis es alta (19,3%) y sube a porcentajes preocupantes en la población de travestis (36,9%). Acotamos que ATRU llegó a repartir 80 canastas a TSMs VIH positivos. En la actualidad está repartiendo 31 canastas. Lo único que se exige para entregar la canasta es el comprobante del Instituto de Higiene, con lo cual sabemos que 49 personas no retiraron medicación. Dado el interés público en que no haya trabajadores/as sexuales con cargas virales tal vez altas, un aspecto importante para las políticas a realizar es entonces mejorar la motivación a continuar con el tratamiento. Aunque la prevalencia en taxi-boys fue menor, su menor grado de información y su mayor incidencia de prácticas de riesgo permiten pronosticar una tendencia al aumento siempre que no se instrumenten políticas efectivas.

Referencias

Barthes, Roland (1957): MYTHOLOGIES. Seuil, París.

Echavarren, Roberto (2003): JULIÁN: EL DIABLO EN EL PELO. Trilce, Montevideo.

Foucault, M. y Senett, R. (1988): Sexualidad y Soledad. En Abraham, Th. (compilador): FOUCAULT Y LA ETICA. Buenos Aires, Biblos. Págs. 165-187.

Schutz, A. y Luckmann, T. (1977/1973): LAS ESTRUCTURAS DEL MUNDO DE LA VIDA. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977): "Components of sexual identity". Journal of Homosexuality, 3(1), 41-48.

Zeiger, Claudio (2005): "Pelo será mas pelo enamorado". Entrevista a Roberto Echavarren en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/libros/10-1745-2005-09-18.html>, vista el 18/11/2006.

Apéndice de cuadros de TSMs y trans

CUADRO 1: SITUACIÓN DE VIVIENDA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Pensión	61	20,0	20,3	20,3
	Hotel	1	,3	,3	20,6
	Casa o apartamento compartido	63	20,7	20,9	41,5
	Casa alquilada por vos	15	4,9	5,0	46,5
	Apartamento alquilado por vos	18	5,9	6,0	52,5
	Casa o apartamento propio	64	21,0	21,3	73,8
	Está en situación de calle	63	20,7	20,9	94,7
	Vive con la familia	14	4,6	4,7	99,3
	Otras	2	,7	,7	100,0
	Total	301	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
Total		305	100,0		

CUADRO 2: NIVEL DE EDUCACIÓN FORMAL TERMINADO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Ninguno	33	10,5	10,6
	Primaria	221	70,6	71,3
	Secundaria	53	16,9	17,1
	Terciaria	3	1,0	1,0
	Total	310	99,0	100,0
Perdidos	Sistema	3	1,0	
Total		313	100,0	

CUADRO 3: COBERTURA DE SALUD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Ninguna	76	25,2
Pública	189	62,8
Mutualista	28	9,3
Servicio de Emergencia Móvil	6	2,0
otros, policial, militar	2	,7
Total	301	100,0
Dato perdido	4	
Total	305	

CUADRO 4: POSESIÓN DE LIBRETA MÉDICA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	65	21,4	21,67
	No	235	77,3	78,33
	total	300		100,0
	Ns/Nc	1	,3	
	perdidos	3	1,0	
	Total	304	100,0	

CUADRO 5: MOTIVO DE LA FALTA DE LIBRETA

		TOTAL	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	No sabés dónde se saca	35	16,05%
	por responsabilidad propia	35	16,05%
	No te la piden	33	15,14%
	no sabía que existía	29	13,3%
	porque ejerce poco, cuando pinta	18	8,26%
	No querés ser identificado/a	14	6,42%
	en trámite	10	4,59%
	Horario de trámite inadecuado	6	2,75%
	Mala atención en el trámite	3	1,38%
	muchos requisitos	1	0,46%
	total molestias con el trámite	10	4,59%
	no le ve el beneficio	7	3,21%
	la perdió o se la robaron	4	1,83%
	no es ciudadana	2	0,92%
	Estuvo presa y no pudo hacer el trámite	2	0,92%
	Llegó recién del exterior	2	0,92%
	Porque tiene carné de salud	1	0,46%
	Porque tiene carné de pobre	1	0,46%
	Recién empezó a prostituirse	1	0,46%
	no confía en profilaxis	1	0,46%
	no se la dan por ser VIH positiva	1	0,46%
	total	304	100%
	No corresponde	70	
Ns/nc	16		

CUADRO 6: FRECUENCIA DE CONTROL DE ITS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Nunca	171	56,25%	61,51%
	A veces	49	16,12%	17,63%
	Una vez por mes	58	19,08%	20,86%
	Total válidos	278		100,0
	Ns/nc	3	0,99%	
	Total	304	100,0	

CUADRO 7: REALIZACIÓN DE TEST DE HIV EN ÚLTIMO AÑO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	106	34,9	52,22
	No	97	31,9	47,78
	no corresponde	99	32,6	100,0
	Ns/Nc	2	,7	
	Total	304	100,0	
	Total válidos	203		

CUADRO 8: PORQUÉ SE HIZO EL TEST DE VIH.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
iniciativa propia	96	31,60%	47,50%
por pensar que podía estar infectado	17	5,60%	8,40%
por curiosidad	8	2,60%	4%
total inic. Propia	121	44,80%	59,90%
sugerencia médica	26	8,60%	12,90%
influencia amigos	4	1,30%	2%
por cirugía	4	1,30%	2%
se lo pidió pareja	4	1,30%	2%
por comenzar relación	4	1,30%	2%
por ser usuario de drogas	3	1%	1,50%
para donar sangre	3	1%	1,50%
su pareja podía estar infectada	2	0,70%	1%
otras razones	52	17,10%	25,80%
Se lo hicieron en la cárcel	11	3,61%	5,45%
se lo pedían en el trabajo	8	2,63%	3,96%
por la libreta	6	1,97%	2,97%
en el carné de salud	4	1,32%	1,98%
control policial	3	0,99%	1,49%
por pareja HIV+	3	0,99%	1,49%

CUADRO 9: PORQUÉ NO SE HIZO EL TEST DE VIH

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos			
Porque no se me ocurrió	54	17,8	53%
Por miedo al resultado	7	2,3	6,9%
Porque no tuve practicas de riesgo	12	3,9	8,1%
porque no se donde se hace	3	1,0	3%
porque hace años tengo pareja estable	1	,3	1%
Ns/nc	4	1,3	3,9%
Otros	21	6,9	20,6%
No corresponde	202	66,4	
Total	304	100,0	100,0

CUADRO 10: CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DEL TEST

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Sí	168	55,3%	82%
No	37	12,2%	18%
no corresponde	96	31,6	
Ns/Nc	3	1,0	
Total	304	100,0	100,0

CUADRO 11: SI ALGUNA VEZ TUVO SÍNTOMAS DE ITS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	no	198	65,1	68,0
	si	93	30,6	32,0
	Total válidos	291	95,7	100,0
Perdidos	Sistema	13	4,3	
Total		304	100,0	

CUADRO 12: CUÁLES SÍNTOMAS TUVO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos			
Secreciones en el canal de la orina		35	12,02
Heridas en el pene		25	8,59
Ampollas en el pene		3	1,0
Verrugas en el pene		5	1,72
Verrugas en el ano		1	0,34
Total		93	
Perdidos	Sistema	13	
	No tuvo	198	
Total		291	

CUADRO 13: ¿FUERON TRATADOS ESTOS SÍNTOMAS?

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos perdidos	Sí	80	26,3	74,07
	No	28	9,2	25,93
	no corresponde	194	63,8	
	Ns/Nc	2	,7	
	Total	304	100,0	100,0

CUADRO 14: SI RECIBIÓ TRATAMIENTO O NO SEGÚN LA COBERTURA DE SALUD. CUADRO DE FRECUENCIAS.

	NINGUNA	PUBLICA	MUTUALISTA	SÓLO E.MÓVIL
no recibió tratamiento	8	18	2	0
recibió tratamiento	16	53	8	3
total	24	71	10	3

CUADRO 15: SI RECIBIÓ TRATAMIENTO O NO SEGÚN LA COBERTURA DE SALUD. CUADRO DE PORCENTAJES.

	NINGUNA	PÚBLICA	MUTUALISTA
no recibió tratamiento	33,33%	25,35%	20%
recibió tratamiento	66,66%	74,65%	80%

CUADRO 16: PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH

SEROLOGÍA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
negativos	80,7	238
positivos	19,3	57
indeterminados	1,6	5

CUADRO 17: PERCEPCIÓN DE RIESGO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
nada probable	57	18,75	19,93
poco probable	49	16,12	17,13
algo probable	90	29,6	31,46
muy probable	91	29,93	31,82
ns/nc	13	4,28	100
perdidos	4	1,32	
total	304	100	

CUADRO 18: INFORMACIÓN MEDIA SOBRE TRANSMISIÓN DEL VIH, PROTECCIÓN DEL VIH Y TRANSMISIÓN DE ITSs.

	MEDIA	DESVÍO STANDARD
información sobre la transmisión del VIH	1,7236	0,84792
información sobre las formas de protegerse del VIH	1,4526	0,66818
información sobre la transmisión de ITSs	2,7226	2,26044

CUADRO 19: AUTOPERCEPCIÓN DE ETNICIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos 288	Amarillo	3	1,0
	Blanco	176	57,9
	Indígena	10	3,3
	Negro	24	7,9
	Otra	75	24,7
	Ns/Nc	13	4,3
perdidos	3	1,0	100
Total	304	100,0	

CUADRO 20: CONSUMO DE ALCOHOL

	PORCENTAJE	FRECUENCIA
más de 3 días por semana y algún día llega a sentir borrachera	18%	54
Más de 3 días por semana sin sentir nunca borrachera	12,7%	38
Menos de 3 días por semana y llega algún día a sentir borrachera	13,4%	41
Menos de 3 días por semana sin sentir nunca borrachera	25,7%	77
no consume nunca	29,7%	89

CUADRO 21: CONSUMO DE DROGAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
marihuana	166	55,3
pasta base	90	30,1
cocaína	63	21,1
tranquilizantes	26	8,7
extasy	4	1,3
anfetaminas	3	1
drogas inyectables	3	1
LSD	3	1
metanfetamina	1	0,3

CUADRO 22: USO DE CONDÓN EN SEXO COMERCIAL

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
uso en relaciones comerciales	No siempre	46	15,6%
	siempre	249	84,4%
Total		295	100,0%

CUADRO 23: ¿QUIÉN TRAE EL CONDÓN?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	TOTAL DE FORMULARIOS VÁLIDOS
El trabajador sexual	275	90,5	304
El cliente	94	30,9	304
Lo dan en el hotel	12	3,9	304
	304	100,0	100,0

CUADRO 24: USO DE CONDÓN EN SEXO NO COMERCIAL

		FRECUENCIA	
		Recuento	PORCENTAJE VÁLIDO
uso en relaciones no comerciales	Usa siempre	Recuento	145
		%	51,6%
	No siempre	Recuento	136
		%	48,4%
Total	Recuento	281	
	%	100,0%	

CUADRO 25: CUANDO USA CONDÓN EN LAS RELACIONES NO COMERCIALES EL TRABAJADOR SEXUAL LO TRAE

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Siempre	148	48,7	67,6	67,6
	A veces	57	18,8	26,0	93,6
	Nunca	13	4,3	5,9	99,5
	Depende	1	,3	,5	100,0
	Total	219	72,0	100,0	
Perdidos	no corresponde	75	24,7		
	Ns/nc	10	3,3		
	Total	85	28,0		
Total		304	100,0		

CUADRO 26: DÓNDE CONSIGUE LOS CONDONES QUE USA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Los compra	210	69,1	71,19
Se los da un servicio de salud	111	36,5	37,63
Se los da la atru	52	17,1	17,63
Los consigue de amigos y familiares	22	7,2	7,45
Se los da una ONG	1	,3	0,34
Ns/nc	5	1,6	
perdidos	4	1,3	
Total	304		

CUADRO 27: EJERCICIO DE TRABAJO SEXUAL EN EL EXTERIOR

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	49	16,1	16,28%
	No	252	82,9	83,72%
	perdidos	3	1,0	100%
	Total	304	100,0	

CUADRO 28: PAÍS DONDE EJERCIÓ EL TRABAJO SEXUAL

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Argentina	26	8,6	54,2%
	Brasil	14	4,6	29,2%
	España	2	,7	4,2%
	Chile	1	,3	2,1%
	Cuba	1	,3	2,1%
	Italia	3	1,0	6,3%
	Francia	1	,3	2,1%
	Total	48	15,8	100,0%
Perdidos	Sistema	256	84,2	
Total		304	100,0	

CUADRO 29: IDENTIDAD SEXUAL EN LA MUESTRA

ORIENTACIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Heterosexual	45	14,8
Gay, homosexual	22	7,2
Bisexual	9	3
total identidades de orientación sexual	76	25
Travesti, trans	78	25,6
Hombre, macho, varón, activo	85	30
Mujer	13	4,3
total identidades de género	176	57,9
taxi-boy	21	6,9
perdidos	7	2,3
Total	304	100

CUADRO30: IDENTIDAD SEXUAL SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

			TAXI BOY	TRAVESTI	TOTAL
Identidades orientación sexual	Heterosexual	Recuento	45	0	45
		%	24,6%	,0%	14,8%
	Homosexual, gay	Recuento	14	8	22
		%	7,65%	7,61%	7,2%
	bisexual	Recuento	7	2	9
		%	3,82%	1,9%	3 %
Total	Recuento	66	10	76	
	%	36,06%	1,9%	25 %	
Identidades de género	Travesti, Trans	Recuento	1	77	78
		%	, 55%	73,33%	25.7%
	Mujer	Recuento	0	13	13
		%	0%	12,38%	4, 3%
	masculino, macho, varón, activo	Recuento	84	1	85
		%	45,9%	, 95%	30%
Total identidades de género	Recuento	85	91	176	
	%			57,9%	
Ocupación	Taxi boy	Recuento	21	0	21
		%	11,5%	,0%	7,3%
otros		recuento	11	4	15
		Recuento	183	105	288
Perdidos y sin referencia identitaria					16

CUADRO 31: ¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	taxi boy	193	61,7	64,33%
	travesti	107	34,2	35,67%
	Total	300	95,8	
Perdidos		13	4,2	
Total		313	100,0	100,0

CUADRO 32: COMPARACIÓN DE MEDIAS DE EDAD

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?	MEDIA	N	DESV. TÍP.
taxi boy	26,48	193	7,425
travesti	36,76	107	10,983
Total	30,15	300	10,123

CUADRO 33: LOS TRAMOS DE EDAD COMPARADOS ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY	
			TAXI BOY	TRAVESTI		
edad por tramos	menores de 20	Recuento	39	4	43	
		%	20,3%	3,7%	14,4%	
	entre 20 y 29	Recuento	98	26	124	
		%	51,0%	24,3%	41,5%	
	entre 30 y 39	Recuento	44	34	78	
		%	22,9%	31,8%	26,1%	
	entre 40 y 49	Recuento	9	31	40	
		%	4,7%	29,0%	13,4%	
	mayores de 50	Recuento	2	12	14	
		%	1,0%	11,2%	4,7%	
	Total		Recuento	192	107	299
			%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 34: MEDIA DE EDAD DE INICIO EN EL TRABAJO SEXUAL COMPARADA ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?	MEDIA	N	DESV. TÍP.
taxi boy	17,74	191	4,743
travesti	16,72	106	4,452
Total	17,37	297	4,660

CUADRO 35: SITUACIÓN DE VIVIENDA SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
Tipo de residencia en la que vive	Pensión	Recuento	39	19	58
		%	21,1%	17,9%	19,9%
	Hotel	Recuento	1	0	1
		%	,5%	,0%	,3%
	Casa o apartamento compartido	Recuento	32	27	59
		%	17,3%	25,5%	20,3%
	Casa alquilada por vos	Recuento	7	6	13
		%	3,8%	5,7%	4,5%
	Apartamento alquilado por vos	Recuento	6	12	18
		%	3,2%	11,3%	6,2%
	Casa o apartamento propio	Recuento	25	38	63
		%	13,5%	35,8%	21,6%
	Está en situación de calle	Recuento	62	1	63
		%	33,5%	,9%	21,6%
	Vive con la familia	Recuento	11	3	14
		%	5,9%	2,8%	4,8%
	Otras	Recuento	2	0	2
		%	1,1%	,0%	,7%
Total		Recuento	185	106	291
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 36: ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIO FINALIZADO SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY	
			TAXI BOY	TRAVESTI		
nivel de estudios más alto finalizado	Ninguno	Recuento	24	9	33	
		%	12,4%	8,4%	11,0%	
	Primaria	Recuento	145	69	214	
		%	75,1%	64,5%	71,3%	
	Secundaria	Recuento	23	27	50	
		%	11,9%	25,2%	16,7%	
	Terciaria	Recuento	1	2	3	
		%	,5%	1,9%	1,0%	
	Total		Recuento	193	107	300
			%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 37: COBERTURA DE SALUD SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY	
			TAXI BOY	TRAVESTI		
Cobertura de salud	Ninguna	Recuento	51	23	76	
		%	27,57%	21,70%	25,25%	
	Pública	Recuento	109	73	189	
		%	58,92%	68,87%	62,79%	
	Mutualista	Recuento	21	8	30	
		%	11,35%	7,55%	9,97%	
	Sólo emergencia móvil	Recuento	4	2	6	
		%	2,16%	1,89%	1,99%	
	Total		Recuento	185	106	301
			%	100,0%	100,0%	100,0%

**CUADRO 38: MOTIVO DE LA FALTA DE LIBRETA MÉDICA
SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY**

	TAXY-BOYS		TRAVESTIS		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
No sabés dónde se saca	31	16,76%	2	1,89%	35	16,05%
por responsabilidad propia	28	15,14%	7	6,6%	35	16,05%
No te la piden	21	11,35%	11	10,38%	33	15,14%
no sabía que existía	29	15,68%	0	0%	29	13,3%
ejerce poco, cuando pinta	14	7,57%	4	3,77%	18	8,26%
No querés ser identificado/a	11	5,95%	3	2,83%	14	6,42%
en trámite	1	0,54%	5	4,72%	10	4,59%
Horario de trámite inadecuado	3	1,62%	3	2,83%	6	2,75%
Mala atención en el trámite	1	0,54%	2	1,89%	3	1,38%
muchos requisitos	1	0,54%	0	0%	1	0,46%
total molestias con el trámite	5	2,7%	5	4,72%	10	4,59%
no le ve el beneficio	1	0,54%	5	4,72%	7	3,21%
la perdió o se la robaron	1	0,54%	3	2,83%	4	1,83%
no es ciudadana	0	0%	2	1,89%	2	0,92%
Estuvo presa y no pudo hacer el trámite	0	0%	2	1,89%	2	0,92%
Llegó recién del exterior	0	0%	2	1,89%	2	0,92%
Porque tiene carné de salud	1	0,54%	0	0%	1	0,46%
Porque tiene carné de pobre	1	0,54%	0	0%	1	0,46%
Recién empezó a prostituirse	0	0%	1	0,94%	1	0,46%
no confía en profilaxis	0	0%	1	0,94%	1	0,46%
no se la dan por ser VIH positiva	0	0%	2	1,89%	1	0,46%
total	185		106		304	100%
No corresponde	18		47		70	
Ns/nc	0		0		16	

CUADRO 39: FRECUENCIA COMPARADA DE CONTROL POR ITS

Frecuencia de control en profilaxis			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL
			TAXI BOY	TRAVESTI	TAXI BOY
	Nunca	Recuento	129	35	171
		Porcentaje válido	78,18%	33,65%	61,51%
	A veces	Recuento	20	28	49
		Porcentaje válido	12,12%	26,92%	17,63%
	Una vez por mes	Recuento	16	38	58
		Porcentaje válido	9,70%	36,53%	20,86%
	No responde	Recuento	20	2	26
Total	Recuento válidos	165	104	278	
	porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 40: REALIZACIÓN DEL TEST DE VIH

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
D.01. Realización del test HIV	Sí	Recuento	96	95	199
		%	52,17%	89,62%	66,3%
	No	Recuento	88	11	101
		%	47,83%	10,38%	33,7%
Total	Recuento válidos		184	106	300
	%		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 41: REALIZACIÓN DEL TEST DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
Realización de test en último año	Sí	Recuento	38	63	106
		%	20,5%	59,4%	34,9%
	No	Recuento	65	29	97
		%	35,1%	27,4%	31,9%
	no corresponde	Recuento	82	12	99
		%	44,3%	11,3%	32,6%
	Ns/Nc	Recuento	0	2	2
		%	,0%	1,9%	,7%
Total	Recuento		185	106	304
	%		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 42: PORQUÉ SE HIZO EL TEST DE VIH

	TAXI-BOY		TRAVESTI		MUESTRA EN GENERAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
total inic. Propia	54	29,19%	68	64,15%	121	59,90%
sugerencia médica	12	6,49%	14	13,20%	26	12,90%
Total de válidos	185		106		304	

CUADRO 43: RAZÓN POR LA QUE NO SE REALIZÓ EL TEST DE VIH COMPARADA

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
Razón por la no realización de test VIH	Porque no se me ocurrió	Recuento	49	3	52
		%	26,5%	2,8%	17,9%
	Por miedo al resultado	Recuento	4	3	7
		%	2,2%	2,8%	2,4%
	Porque no tuve practicas de riesgo	Recuento	10	2	12
		%	5,4%	1,9%	4,1%
	porque no se donde se hace	Recuento	2	1	3
		%	1,1%	,9%	1,0%
	porque hace años tengo pareja estable	Recuento	1	0	1
		%	,5%	,0%	,3%
	Ns/nc	Recuento	3	1	4
		%	1,6%	,9%	1,4%
	Otros	Recuento	19	2	21
		%	10,3%	1,9%	7,2%
No corresponde	Recuento	97	94	191	
	%	52,4%	88,7%	65,6%	
Total	Recuento	185	106	291	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 44: PORCENTAJES VÁLIDOS

	TAXI BOY	TRAVESTI	EN GRAL
porque no se me ocurrió	26,50%	2,80%	17,90%
por miedo al resultado	2,20%	2,80%	2,40%
porque no tuve prácticas de riesgo	5,40%	1,90%	4,10%
porque no sé dónde se hace	1,10%	0,90%	1,00%
porque hace años tengo pareja estable	0,50%	0,00%	0,30%
Ns/nc	1,60%	0,90%	1,40%
Otros	10,30%	1,90%	7,20%

CUADRO 45: CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DE SU TEST SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
Conocimiento del resultado del test	Sí	Recuento	87	73	168
		%	90,62%	77,66%	82%
	No	Recuento	9	21	37
		%	9,38%	22,34%	18%
Total	Recuento	96	94	190	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 46: CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DE SU TEST SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
Conocimiento del resultado del test	Sí	Recuento	87	73	168
		%	90,62%	77,66%	82%
	No	Recuento	9	21	37
		%	9,38%	22,34%	18%
Total		Recuento	96	94	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 47: CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DE SU TEST SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
Conocimiento del resultado del test	Sí	Recuento	87	73	168
		%	90,62%	77,66%	82%
	No	Recuento	9	21	37
		%	9,38%	22,34%	18%
Total		Recuento	96	94	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 48: SI ALGUNA VEZ TUVO SÍNTOMAS DE ITSs SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL TAXI BOY
			TAXI BOY	TRAVESTI	
alguna vez tuvo	no	Recuento	124	66	198
		%	68,9%	65,3%	68,0%
	sí	Recuento	56	35	93
		%	31,1%	34,7%	32,0%
Total		Recuento	180	101	291
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 49: FRECUENCIAS COMPARADAS DE INFECCIÓN POR VIH ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

	VIH POSITIVOS	INDETERMINADOS	VIH NEGATIVOS	TOTAL
travestis	38	1	65	104
taxi-boys	15	4	165	184
				288

CUADRO 50: PORCENTAJES COMPARADOS DE INFECCIÓN POR VIH ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS

	VIH POSITIVOS	INDETERMINADOS	VIH NEGATIVOS	TOTAL VÁLIDO
travestis	36,54%	0,96%	62,5%	104
taxi-boys	8,15%	3,85%	89,67%	184
				288

CUADRO 51: PERCEPCIÓN DE RIESGO COMPARADA

	TAXI-BOY		TRAVESTI		MUESTRA EN GENERAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
nada probable	40	22,47%	15	15%	57	19,93%
poco probable	35	19,66%	14	14%	49	17,13%
algo probable	58	32,58%	27	27%	90	31,46%
muy probable	45	25,28%	44	44%	91	31,82%
		100		100		100
ns/nc	7		5		13	
perdidos	0		1		4	
Total válidos	178		100		287	

CUADRO 52: COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL ÍNDICE DE INFORMACIÓN GENERAL ENTRE TRAVESTIS Y TAXI-BOYS.

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?	MEDIA	N	DESV. TÍP.	RANGO DE VALORES POSIBLES
taxi boy	5,2176	193	2,62089	-11 a +11
travesti	6,5377	106	2,68035	-11 a +11
en toda la muestra	5,6856	299	2,71242	-11 a +11

CUADRO 53: USO DE CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY.

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL
			TAXI BOY	TRAVESTI	
uso en relaciones comerciales	No siempre	Recuento	35	11	46
		%	18,5%	10,4%	15,6%
	siempre	Recuento	154	95	249
		%	81,5%	89,6%	84,4%
Total	Recuento	189	106	295	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 54: USO DE CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY.

			¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL
			TAXI BOY	TRAVESTI	
uso en relaciones no comerciales	Usa condón siempre	Recuento	81	50	145
		%	43,78%	52,08%	51,6%
	No usa condón siempre	Recuento	104	46	136
		%	56,22%	47,92%	48,4%
Total	Recuento	185	96	281	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 55: EJERCICIO DE TRABAJO SEXUAL EN EL EXTERIOR SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI BOY

		¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL EN GRAL	
		TAXI BOY	TRAVESTI		
Ejercicio de trabajo sexual en el exterior	Sí	Recuento	14	33	47
		%	7,6%	31,1%	16,2%
	No	Recuento	171	73	244
		%	92,4%	68,9%	83,8%
Total		Recuento	185	106	291
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 56: DÓNDE CONSIGUE LOS CONDONES QUE USA SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

		¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?		TOTAL	
		TAXI BOY	TRAVESTI		
Dónde consigue los condones que aporta	Los compra	Recuento	136	67	203
		%	73,51%	62,04%	71,19%
	Se los dan en serv. salud	Recuento	63	44	107
		%	34,05%	40,74%	37,63%
	Se los da la atru	Recuento	8	44	52
		%	4,32%	40,74%	17,63 %
	amigos y familiares	Recuento	15	6	21
		%	8,11%	5,55%	7,45 %
	Se los da otra ONG	Recuento	1	0	1
		%	, 54%	0%	0,34%
total		Recuento	185	108	303

CUADRO 57: CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SI ES TRAVESTI O TAXI-BOY

		CONSUMO DE ALCOHOL				No CONSUME	Ns/NC	TOTAL	
		MAS DE TRES DÍAS POR SEMANA Y LLEGA ALGÚN DÍA A SENTIR BORRACHERA	MÁS DE TRES DÍAS POR SEMANA SIN SENTIR NUNCA BORRACHERA	MENOS DE TRES DÍAS POR SEMANA Y LLEGA ALGÚN DÍA A SENTIR BORRACHERA	MENOS DE TRES DÍAS POR SEMANA SIN SENTIRSE NUNCA BORRACHERA				
taxi boy	Recuento	36	26	32	45	46	0	185	
	%	19,5%	14,1%	17,3%	24,3%	24,9%	,0%	100,0%	
travesti	Recuento	17	10	8	29	40	1	105	
	%	16,2%	9,5%	7,6%	27,6%	38,1%	1,0%	100,0%	
Total		Recuento	54	38	41	77	89	1	290
		%	18%	12,7%	13,4%	25,7%	29,7%	,3%	100,0%

CUADRO 58: CONSUMO DE MARIHUANA COMPARADO

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?			FRECUENCIA	PORCENTAJE
taxi boy	Válidos	sí	129	69,7
		no, ns, nc	56	30,3
	Total		185	100,0
travesti	Válidos	sí	31	29,2
		no, ns, nc	74	69,8
		Total	105	99,1
	Perdidos	Sistema	1	,9
	Total		106	100,0
indeterminado	Válidos	sí	6	46,2
		no, ns, nc	4	30,8
		Total	10	76,9
	Perdidos	Sistema	3	23,1
Total		13	100,0	

CUADRO 59: CONSUMO DE PASTA BASE COMPARADO

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?			FRECUENCIA	PORCENTAJE
taxi boy	Válidos	sí	67	36,2
		no, ns, nc	118	63,8
	Total		185	100,0
travesti	Válidos	sí	21	19,8
		no, ns, nc	83	78,3
		Total	104	98,1
	Perdidos	Sistema	2	1,9
	Total		106	100,0
indeterminado	Válidos	sí	2	15,4
		no, ns, nc	8	61,5
		Total	10	76,9
	Perdidos	Sistema	3	23,1
Total		13	100,0	

CUADRO 60: CONSUMO DE COCAÍNA COMPARADO

¿ES TRAVESTI O TAXI BOY?			FRECUENCIA	PORCENTAJE
taxi boy	Válidos	sí	36	19,5
		no, ns, nc	149	80,5
	Total		185	100,0
travesti	Válidos	sí	23	21,7
		no, ns, nc	81	76,4
		Total	104	98,1
	Perdidos	Sistema	2	1,9
	Total		106	100,0
indeterminado	Válidos	sí	4	30,8
		no, ns, nc	6	46,2
		Total	10	76,9
	Perdidos	Sistema	3	23,1
	Total		13	100,0

La relación entre las dos variables dependientes

Analicemos cómo la declaración del uso de condón se relaciona con la serología. Como ya explicamos que el sexo comercial y el sexo no comercial funcionan como ámbitos finitos de sentido diferenciados en el mundo de la vida de los trabajadores/as sexuales (y esto implica que relaciones que no funcionan para el sexo comercial si pueden hacerlo para el no comercial y viceversa, o sea, es una variable de contexto) hicimos un cuadro diferente para cada uno. Veamos los cuadros y su análisis.

CUADRO 61: USO DE CONDÓN EN EL SEXO COMERCIAL VERSUS SEROLOGÍA

		USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL	
		NO SIEMPRE	SIEMPRE		
serología	negativo	Recuento	34	202	236
		%	79,1%	82,8%	82,2%
		Residuos corregidos	-,6	,6	
	positivo	Recuento	9	42	51
		%	20,9%	17,2%	17,8%
		Residuos corregidos	,6	-,6	
Total		Recuento	43	244	287
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 62: GAMMA. MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,120	,203	-,557	,577	,665
N de casos válidos		287				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: Los que usan condón siempre, tienen un porcentaje algo menor de positivos.

[2] Residuos corregidos: Mediante el examen de residuos no puede afirmarse que exista una relación estadísticamente significativa entre las variables.

[3] Odd ratio: Sin embargo, la proporción de las personas VIH positivas que no siempre usan condón es un 3,7% mayor que los que siempre lo usan; esto es, las conductas de riesgo vuelven más probable la prevalencia. De hecho, la diagonal que sostiene la hipótesis de que las conductas de riesgo se asocian a una serología positiva es un 27% más probable que la hipótesis nula.

[4] Gamma: Es mas cercano a 0 que a 1 por lo cual no indica relación entre las variables.

Conclusión: Las variables no están correlacionadas. **La declaración de prácticas de riesgo no actúa como un predictor fuerte de la serología. Es muy posible que esto sea así porque las prácticas de riesgo reales estén muy subdeclaradas en la encuesta.** Un buen apoyo para esta hipótesis es el 17,2% de VIH positivos entre quienes dijeron usar condón siempre.

CUADRO 63: USO DE CONDÓN EN EL SEXO NO COMERCIAL VERSUS SEROLOGÍA

		USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL	
		NO SIEMPRE	SIEMPRE	,00	
serología	negativo	Recuento	124	103	227
		%	88,6%	76,9%	82,8%
		Residuos corregidos	2,6	-2,6	
	positivo	Recuento	16	31	47
		%	11,4%	23,1%	17,2%
		Residuos corregidos	-2,6	2,6	
Total		Recuento	140	134	274
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 64: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,400	,141	2,585	,010	,016
N de casos válidos		274				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: Sorprende que hay más positivos que usan siempre condón que negativos que lo hagan.

[2] Residuos corregidos: Los residuos corregidos indican relación significativa para la diagonal que se esperaba menos probable! Parece haber muchos positivos que se cuidan siempre y muchos negativos que no se cuidan siempre!

[3] Odd ratio: Viendo las diagonales, la relación se invierte en lo que podríamos llamar la "diagonal del amor". Podemos pensar que los negativos no se cuidan por confiar en que lo son y por confiar en que el otro también lo es y que los positivos que ya conocen su serología se cuidan para proteger a sus compañeros sexuales (64,91% de los que resultaron positivos había ido a buscar su resultado en tests anteriores, así que es posible que fueran casos ya diagnosticados anteriormente). En esta hipótesis la relación se mantiene pero invierte su dirección.

Gamma: El gamma está más cerca de 0 que de 1, así que no apoya la hipótesis de relación entre las variables.

Conclusión: **En el sexo no comercial, al igual que en las relaciones sexuales comerciales, la declaración de prácticas de riesgo no es buen predictor de serología. A lo sumo, la serología parece incidir sobre la declaración de prácticas de riesgo, pero no a la inversa** (los VIH positivos tienden a confesar menos haber tenido sexo sin condón).

Percepción de riesgo versus declaración de prácticas de riesgo

Analicemos primero el ámbito del sexo comercial:

CUADRO 65: PERCEPCIÓN DE RIESGO VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
Percepción del riesgo	muy probable	Recuento	13	75	88
		%	14,77%	85,23%	100%
		Residuos corregidos	,0	,0	
	algo probable	Recuento	19	71	90
		%	21,09%	78,89%	30,5%
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	poco probable	Recuento	3	45	48
		%	6,25%	93,75%	16,3%
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	nada probable	Recuento	3	53	56
		% de uso en relaciones comerciales	5,36%	94,64%	100%
		Residuos corregidos	-2,2	2,2	
	Ns/nc	Recuento	6	7	13
		%	46,15%	53,85%	100%
Residuos corregidos		3,2	-3,2		
Total		Recuento	44	251	295
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 66: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,070	,123	,571	,568	,567
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: El porcentaje de los que tienen alta percepción de riesgo que dice usar condón siempre, es menor que el mismo porcentaje entre los que no se consideran en riesgo! Entonces la percepción de riesgo no puede funcionar como variable independiente. Si invirtiéramos la dirección causal entonces todavía podríamos decir que los que siempre usan condón se consideran menos en riesgo que los que han tenido sexo sin condón. En tal caso los que usan siempre deberían tener altos porcentajes entre los que no se ven en riesgo (lo cual sucede) y bajos porcentajes entre los que tienen percepción de riesgo alta (lo cual no sucede). No se puede apoyar la relación.

[2] Residuos corregidos: Solamente en los casilleros del "nada probable" superan $\pm 1,96$, por lo tanto no apoyan la correlación.

[3] Odd ratio: La diagonal más esperada es 6,2 veces más probable que la otra.

[4] Gamma: El gamma cercano a 0 indica que no hay relación.

Conclusión: Descartamos la relación. **Al menos en el sexo comercial, la percepción de riesgo no incide sobre los porcentajes que declararon no usar siempre condón.**

Veamos ahora que pasa en el sexo no comercial:

CUADRO 67: PERCEPCIÓN DE RIESGO VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

		USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL NO SIEMPRE	
		NO SIEMPRE	SIEMPRE		
Percepción del riesgo	muy probable	Recuento	39	46	85
		%	45,88%	54,12%	100%
		Residuos corregidos	-1,1	1,1	
	algo probable	Recuento	50	34	84
		%	59,52%	40,48%	100%
		Residuos corregidos	1,9	-1,9	
	poco probable	Recuento	27	20	47
		%	57,45%	42,55%	100%
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
	nada probable	Recuento	22	33	55
		%	40%	60%	100%
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
Ns/nc	Recuento	6	5	11	
	%	54,55%	45,45%	100%	
	Residuos corregidos	,2	-,2		
Total		Recuento	144	138	282
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 68: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,011	,088	,125	,901	,901
N de casos válidos		282				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: Los que tienen alta percepción de riesgo deberían cuidarse siempre en mayor porcentaje. En el cuadro es sólo ligeramente mayor. Los que tienen baja percepción de riesgo deberían tener más porcentaje de práctica de riesgo que los que no se ven en riesgo. Lo cual no pasa. No apoya la relación.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: No indican correlación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): La diagonal más esperada es 27 veces más probable.

[4] Gamma: El gamma cercano a 0 indica que no hay correlación.

Conclusión: **Descartamos también para el sexo no comercial la relación entre percepción de riesgo y uso de condón. Una alta percepción de riesgo no alcanza para predecir ausencia de prácticas de riesgo.**

Conocimiento de cómo protegerse del VIH versus uso del condón y serología

Veamos las siguientes Cuadros:

**CUADRO 69: CONOCIMIENTO DE CÓMO PROTEGERSE DEL VIH
VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES COMERCIALES**

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
índice de protección calc	-1,00	Recuento	0	1	1
		%	,0%	100%	100%
		Residuos corregidos	-,4	,4	
	,00	Recuento	2	17	19
		%	10,53%	89,47%	100%
		Residuos corregidos	-,6	,6	
	1,00	Recuento	29	164	193
		%	15,03%	84,97%	100%
		Residuos corregidos	,1	-,1	
	2,00	Recuento	13	62	75
		%	17,33%	82,67%	100%
		Residuos corregidos	,7	-,7	
	3,00	Recuento	0	7	7
		%	,0%	100%	100%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1		
Total	Recuento	44	251	295	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 70: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,061	,152	-,396	,692	,714
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: Los que menos saben deberían tener altas frecuencias en el no uso de condón. Lo cual no sucede en el cuadro. Los que más saben deberían recargar las frecuencias de los que se cuidan siempre, pero en el cuadro están más recargadas en los valores intermedios de conocimiento. No se apoya la relación. Además, la diferencia de medias del conocimiento entre los que usan condón siempre y los que no, no es significativa haciendo la prueba T para igualdad de medias y la prueba de Levene para la igualdad de varianzas.

CUADRO 71: INDICE DE CONOCIMIENTO SOBRE PROTECCIÓN

	USO EN RELACIONES COMERCIALES	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	ERROR TÍP. DE LA MEDIA
índice de conocimiento sobre protección	no siempre	44	1,2500	,53374	,08047
	siempre	251	1,2271	,62628	,03953

CUADRO 72: PRUEBA DE LEVENE

PRUEBA DE LEVENE PARA LA IGUALDAD DE VARIANZAS		PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS							
F	SIG.	T		SIG. (BILATERAL)	DIFERENCIA DE MEDIAS		ERROR TÍP. DE LA DIFERENCIA	95% INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA DIFERENCIA	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
,354	,552	,228	293	,819	,02291	,10028	-	,17445	,22027
		,256	65,603	,799	,02291	,08965	-	,15611	,20192

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos no apoyan la correlación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): No se aplica a un cuadro con casilleros vacíos. Aún si agrupáramos información y malinformación nos quedarían frecuencias de 0.

[4] Gamma: Es más cercano a 0 que a 1 y no apoya la correlación.

Conclusión: **Descartamos entonces que en el contexto del sexo comercial el nivel de información sobre cómo cuidarse incida sobre las prácticas de riesgo (o más estrictamente, sobre la confesión de prácticas de riesgo).**

Veamos lo que pasa en relación al sexo no comercial:

CUADRO 73: CONOCIMIENTO DE CÓMO PROTEGERSE DEL VIH VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL NO SIEMPRE
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	
índice de protección calc	-1,00	Recuento	0	1	1
		%	,0%	,7%	,4%
		Residuos corregidos	-1,0	1,0	
	,00	Recuento	10	9	19
		%	6,9%	6,5%	6,7%
		Residuos corregidos	,1	-,1	
	1,00	Recuento	90	93	183
		%	62,5%	67,4%	64,9%
		Residuos corregidos	-,9	,9	
	2,00	Recuento	40	32	72
		%	27,8%	23,2%	25,5%
		Residuos corregidos	,9	-,9	
	3,00	Recuento	4	3	7
		%	2,8%	2,2%	2,5%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
Total		Recuento	144	138	282
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 74: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,101	,113	-,888	,375	,377
N de casos válidos		282				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: Los que menos saben deberían tener altas frecuencias en el no uso de condón, lo que no sucede. Los que más saben deberían recargar las frecuencias de los que se cuidan siempre, pero en el cuadro están más recargadas en los valores intermedios de conocimiento. Por lo tanto no se apoya la relación. Por otra parte, las pruebas de Levene y la prueba T tampoco apoyan la relación.

CUADRO 75: INDICE DE CONOCIMIENTO DE CÓMO PROTEGERSE DEL VIH

ÍNDICE DE CONOCIMIENTO DE CÓMO PROTEGERSE DEL VIH	no siempre	144	1,2639	,62563	,05214
	Siempre	138	1,1957	,61441	,05230

CUADRO 76: PRUEBA DE LEVENE

	PRUEBA DE LEVENE PARA LA IGUALDAD DE VARIANZAS		PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS							
	F	SIG.	T	GL	SIG. (BILATERAL)	DIFERENCIA DE MEDIAS		ERROR TÍP. DE LA DIFERENCIA		95% INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA DIFERENCIA
						INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	
Se han asumido varianzas iguales	1,341	,248	,924	280	,356	,06824	,07388	-,07719	,21366	
No se han asumido varianzas iguales			,924	279,830	,356	,06824	,07385	-,07713	,21361	

[2] Cálculo de los residuos corregidos: No apoyan la correlación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): No se aplica a un cuadro con casilleros vacíos. Aún agrupando información y malinformación nos quedan frecuencias de 0.

[4] Gamma: Es más cercano a 0 que a 1 y no apoya la correlación.

Conclusión: **En el sexo no comercial, el nivel de información sobre cómo cuidarse tampoco incide sobre las prácticas de riesgo (o sobre la confesión de prácticas de riesgo).**

CUADRO 77: ÍNDICE DE CONOCIMIENTO DE CÓMO PROTEGERSE VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Índice de cómo protegerse calc	-1,00	Recuento	1	0	1
		%	,4%	,0%	,3%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	,00	Recuento	16	3	19
		%	6,7%	5,7%	6,5%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
	1,00	Recuento	159	32	191
		%	66,8%	60,4%	65,6%
		Residuos corregidos	,9	-,9	
	2,00	Recuento	56	17	73
		%	23,5%	32,1%	25,1%
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	3,00	Recuento	6	1	7
		%	2,5%	1,9%	2,4%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
Total		Recuento	238	53	291
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 78: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT. (A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,157	,141	1,077	,281	,284
N de casos válidos		291				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] De confirmarse la relación, aquellos con menor información deberían tener menos casos positivos que aquellos con mayor información. Esta relación no se cumple.

[2] Los residuos corregidos no indican correlación en sus valores.

[3] Si agrupamos las dos categorías de más conocimiento y las dos de menos para calcular un odd ratio se obtiene un resultado menor de uno (0,6), lo que sugiere en todo caso una correlación negativa!

[4] El gamma está más cerca de 0 que de 1 y sugiere que no hay una relación significativa.

Conclusión: El aumento de la información acerca de cómo protegerse del VIH no disminuyó la serología positiva. Apoya la hipótesis de que un aumento de la información no disminuye per se las conductas de riesgo.

Alcohol y drogas versus prácticas de riesgo

Analicemos primero el contexto del sexo comercial:

CUADRO 79: CONSUMO DE ALCOHOL VERSUS REPORTE DE USO DEL CONDÓN EN RELACIONES COMERCIALES

		USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL	
		NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE	
Consumo de alcohol	Mas de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	13	40	53
		%	29,5%	15,9%	18,0%
		Residuos corregidos	2,2	-2,2	
	Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera	Recuento	3	35	38
		%	6,8%	13,9%	12,9%
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	7	33	40
		%	15,9%	13,1%	13,6%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	Menos de tres días por semana sin sentirse nunca borrachera	Recuento	8	68	76
		%	18,2%	27,1%	25,8%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
No consume	Recuento	13	74	87	
	%	29,5%	29,5%	29,5%	
	Residuos corregidos	,0	,0		
Total	Recuento	44	251	295	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

CUADRO 80: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,125	,123	1,000	,317	,288
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Porcentajes y frecuencias: Aunque los tres niveles más altos de consumo parecen dibujar una ligera tendencia, tanto el nivel más bajo de consumidores como los no consumidores presentan casilleros demasiado cargados para que la hipótesis de racionamiento funcione. Incluso si simplificáramos el cuadro en dos niveles (consumidores-no consumidores), la frecuencia de los consumidores que no se cuidan siempre supera la de los no consumidores.

[2] Los residuos corregidos solo apoyan la distribución en los casilleros de los que toman mas de tres días por semana y se emborrachan. En todos los otros casos no.

[3] En el mismo cuadro simplificado, la diagonal elegida como más probable fue 56 veces más probable.

[4] El gamma está mas cerca de 0 que de 1 y no apoya correlación.

Conclusión: Aunque el consumo de alcohol fue autopercebido por sus consumidores como acentuando sus conductas de riesgo, no se correlaciona con mayor reporte de prácticas de riesgo en el sexo comercial.

Marihuana

CUADRO 81: CONSUMO DE MARIHUANA VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
Consumo marihuana	sí	Recuento	28	136	164
		% de uso en relaciones comerciales	17,07%	82,92%	55,6%
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
	no, ns, nc	Recuento	16	115	131
		% de uso en relaciones comerciales	12,21%	87,77%	44,4%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
Total		Recuento	44	251	295
		% de uso en relaciones comerciales	14,96%	85,04%	100,0%

CUADRO 82: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,193	,163	1,185	,236	,255
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Porcentajes y frecuencias: Se esperarían frecuencias mayores entre los consumidores que no se cuidan siempre, y en el cuadro ese casillero está efectivamente algo más cargado. También frecuencia menor entre los no consumidores que no se cuidan siempre, lo cual sí sucede.

[2] Residuos corregidos: Los residuos no apoyan correlación.

[3] Odd ratio: La diagonal esperada es 15 veces más probable que la otra.

[4] Gamma: Está cerca a 0 y no indica correlación.

Conclusión: no puede apoyarse la correlación. **El consumo de marihuana no aumentó el reporte de uso del condón en las relaciones sexuales comerciales.**

Pasta base

CUADRO 83: CONSUMO DE PASTA BASE VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
Consumo pasta base	sí	Recuento	15	75	90
		% de uso en relaciones comerciales	16,67%	83,33%	30,6%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	no, ns, nc	Recuento	29	175	204
		% de uso en relaciones comerciales	14,21%	85,78%	69,4%
		Residuos corregidos	-,5	,5	
Total		Recuento	44	250	294
		% de uso en relaciones comerciales	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 84: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,094	,172	,530	,596	,723
N de casos válidos		294				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] En términos del porcentaje de consumidores que se cuida siempre, es ligeramente menor que el de los que no consumen y el porcentaje de los que no se cuidan siempre es ligeramente mayor. El apoyo a una relación entre las variables no es fuerte.

[2] Los residuos corregidos no apoyan la relación.

[3] La diagonal más esperada es 20 veces mas probable que la otra.

[4] El gamma es cercano a cero y no apoya correlación.

Conclusión: **no puede apoyarse la correlación entre uso de pasta base y más prácticas de riesgo en el sexo comercial.**

Cocaína

CUADRO 85: CONSUMO DE COCAÍNA VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	
Consumo cocaína	sí	Recuento	10	53	63
		% de uso en relaciones comerciales	15,87%	84,13%	100 21,4%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	no, ns, nc	Recuento	34	197	231
		% de uso en relaciones comerciales	14,71%	85,28%	100 78,6%
		Residuos corregidos	-,2	,2	
Total		Recuento	44	250	294
		% de uso en relaciones comerciales	14,97%	85,03%	100,0%

CUADRO 86: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,045	,195	,224	,823	,843
N de casos válidos		294				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: la diferencia de porcentajes entre los que consumen y los que no es mínima.

[2] Residuos corregidos: no apoyan la relación.

[3] Odd ratio: el odd ratio presenta la diagonal elegida sólo 9 veces más probable.

[4] Gamma: está cerca de 0 y no apoya la relación.

Conclusión: **En el sexo comercial, la cocaína no se correlaciona con mayor frecuencia de sexo sin condón.**

Estudiemos ahora el contexto del sexo no comercial:

CUADRO 87: CONSUMO DE ALCOHOL VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
Consumo	Mas de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	31	19	50
		% de uso en relaciones no comerciales	62%	38%	17,7%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera	Recuento	15	20	35
		% de uso en relaciones no comerciales	42,86%	57,14%	12,4%
		Residuos corregidos	-1,0	1,0	
	Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	24	15	39
		% de uso en relaciones no comerciales	61,54%	38,46%	13,8%
		Residuos corregidos	1,4	-1,4	
	Menos de tres días por semana sin sentirse nunca borrachera	Recuento	39	36	75
		% de uso en relaciones no comerciales	52%	48%	26,6%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
No consume	Recuento	35	47	82	
	% de uso en relaciones no comerciales	42,68%	57,31%	29,1%	
	Residuos corregidos	-1,8	1,8		
Total		Recuento	144	138	282
		% de uso en relaciones no comerciales	51.05%	48,94%	100,0%

CUADRO 88: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,168	,084	1,991	,047	,049
N de casos válidos		282				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: las diferencias en el reconocimiento de prácticas de riesgo no presentan un patrón claro.

[2] Residuos corregidos: en ningún casillero apoyan la relación.

[3] Odd ratio: Simplificando el cuadro a las categorías del que se emborracha y al que no consume, la diagonal más esperada resulta 17 veces más probable.

[4] Gamma: El gamma está más cerca de 0 y no apoya la relación.

Conclusión: en la muestra, **el consumo alto de alcohol no aumentó significativamente la declaración de penetración sin condón en el sexo no comercial.**

Marihuana

CUADRO 89: CONSUMO DE MARIHUANA VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
Consumo de marihuana	sí	Recuento	89	72	161
		% de uso en relaciones no comerciales	55,27%	44,72%	57,1%
		Residuos corregidos	1,6	-1,6	
	no, ns, nc	Recuento	55	66	121
		% de uso en relaciones no comerciales	45,45%	54,54%	42,9%
		Residuos corregidos	-1,6	1,6	
Total		Recuento	144	138	282
		% de uso en relaciones no comerciales	52,01%	48,9%	100,0%

CUADRO 90: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT. (A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,195	,116	1,640	,101	,118
N de casos válidos		282				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: Los porcentajes no apoyan la asociación porque los no consumidores tienen una prevalencia más alta.

[2] Residuos corregidos: Los residuos corregidos no indican relación.

[3] Odd ratio: El odd ratio indica que la diagonal no elegida ("el consumo aumenta la prevalencia") es 48 veces más probable que la otra.

[4] Gamma: El gamma es más cercano a 0 que a 1 y no permite avalar la relación

Conclusión: En el sexo no comercial, el consumo de marihuana tampoco aumentó significativamente el sexo sin condón.

Pasta base

CUADRO 91: CONSUMO DE PASTA BASE VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	
Consume pasta base	sí	Recuento	54	31	85
		% de uso en relaciones no comerciales	63,53%	27,47%	30,2%
		Residuos corregidos	2,7	-2,7	
	no, ns, nc	Recuento	90	106	196
		% de uso en relaciones no comerciales	45,92%	54,08%	69,8%
		Residuos corregidos	-2,7	2,7	
Total		Recuento	144	137	281
		% de uso en relaciones no comerciales	51,25%	48,75%	100,0%

CUADRO 92: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT. (A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,345	,118	2,759	,006	,009
N de casos válidos		281				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: el consumidor de pasta presenta frecuencias notoriamente más altas de no uso de condón, lo cual concuerda con la hipótesis de relacionamiento.

[2] Residuos corregidos: Los residuos corregidos también apoyan la hipótesis de relacionamiento.

[3] Odd ratio: El odd ratio muestra que la diagonal elegida es ampliamente más probable.

[4] Gamma: El gamma está más cerca de 0 que de 1 y no apoya una relación intensa, pero si pensamos que el consumo sea una variable interviniente no principal, resulta lógico que la relación no se vea muy intensa.

Conclusión: en el sexo no comercial el consumo de pasta base sí aumenta las conductas de riesgo.

Cocaína

CUADRO 93: CONSUMO DE COCAÍNA VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL NO SIEMPRE
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	
i. 05. cocaína	sí	Recuento	38	21	59
		% de uso en relaciones no comerciales	64,40%	35,59%	21,0%
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	
	no, ns, nc	Recuento	106	116	222
		% de uso en relaciones no comerciales	47,74%	52,25%	79,0%
		Residuos corregidos	-2,3	2,3	
Total		Recuento	144	137	281
		% de uso en relaciones no comerciales	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 94: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,329	,135	2,308	,021	,028
N de casos válidos		281				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: dentro de los consumidores de cocaína debería haber mayor porcentaje que no se cuida siempre. Esto se cumple (64,4% frente a 47,74 de los no consumidores) y apoya la hipótesis de una correlación.

[2] Residuos corregidos: Los residuos corregidos indican relación fuerte.

[3] Odd ratio: El odd ratio da 98 veces más probable la diagonal elegida.

[4] Gamma: Está más cerca de 0 que de 1, pero no descarta la relación.

Conclusión: El gamma está diseñado para medir relaciones intensas. En este cuadro, dentro de los que no tienen el atributo (los no consumidores) los que se cuidan siempre superan apenas (116 casos a 106) a los que no se cuidan siempre. Esto oscurece la relación, el gamma está más cerca de 0 que de 1 aunque tampoco demasiado cerca. Entonces y en virtud del peso de los otros tres indicadores decidimos que **en el sexo no comercial el consumo de cocaína sí se correlaciona con más declaración de prácticas de riesgo.**

Alcohol y drogas versus serología

Debido a que consideramos que el reporte de prácticas de riesgo puede no ser fiable por subdeclaración testamos también la relación directamente con la serología.

CUADRO 95: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo de alcohol versus serología	291	95,7%	13	4,3%	304	100,0%

CUADRO 96: CONSUMO DE ALCOHOL VERSUS PREVALENCIA DE VIH

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
Nivel de consumo de alcohol	Más de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	42	11	53
		%	79,25%	20,75%	20,7%
		Residuos corregidos	-,7	,7	
	Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera	Recuento	30	10	40
		%	75%	25%	13,56%
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	33	6	39
		%	84,62%	15,38%	13,22%
		Residuos corregidos	,4	-,4	
	Menos de tres días por semana sin sentirse nunca borrachera	Recuento	65	11	76
		%	85,53%	14,47%	25,76%
		Residuos corregidos	,8	-,8	
No consume	Recuento	73	14	87	
	%	83,91%	16,09%	29,49%	
	Residuos corregidos	,4	-,4		
Total	Recuento	243	52	295	
	%			100,0%	

CUADRO 97: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,092	,111	-,825	,409	,400
N de casos válidos		291				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: aunque el nivel más alto de consumo sí presenta la mayor prevalencia de la muestra, la tendencia no es clara, dado que la prevalencia es todavía más alta en quienes toman más de tres días por semana pero no se emborrachan y los no consumidores tienen una prevalencia por encima de la los dos primeros niveles de consumo.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos bajos no apoyan la relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): simplificando el cuadro en un nivel de bajo consumo y no consumo por un lado y los 3 niveles más altos de consumo por otro lado, vemos que la diagonal más esperada da 44 veces más probable.

[4] Gamma: el Gamma próximo a 0 rechaza la relación.

En conclusión, **el consumo de alcohol no tiene incidencia real sobre la serología.**

Marihuana

CUADRO 98: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo de marihuana versus serología	291	95,7%	13	4,3%	304	100,0%

CUADRO 99: CONSUMO DE MARIHUANA VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
Consumo de marihuana	sí	Recuento	139	24	163
		%	85,28%	14,72%	56,0%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	no, ns, nc	Recuento	99	29	128
		%	77,34%	22,66%	44,0%
		Residuos corregidos	-1,7	1,7	
Total	Recuento	238	53	291	
	%	81,79%	18,21%	100,0%	

CUADRO 100: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,258	,143	1,714	,086	,093
N de casos válidos		291				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia de los no consumidores es mayor, así que descarta que haya una relación.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos están relativamente cercanos a apoyar una relación inversa, pero no hay motivos para pensar que el consumo de marihuana pueda disminuir la prevalencia.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): La diagonal menos esperada ("el consumo disminuye la serología") es la más cargada, lo cual también rechaza una relación.

[4] Gamma: el Gamma bajo no apoya la relación.

En conclusión, **el consumo de marihuana no tiene incidencia sobre la serología.**

Pasta base

CUADRO 101: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo de pasta base versus serología	290	95,4%	14	4,6%	304	100,0%

CUADRO 102: CONSUMO DE PASTA BASE VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
consume pasta base	sí	Recuento	78	10	88
		%	88,64%	11,36%	30,3%
		Residuos corregidos	1,9	-1,9	
	no, ns, nc	Recuento	160	42	202
		%	79,21%	20,79%	69,7%
		Residuos corregidos	-1,9	1,9	
Total		Recuento	238	52	290
		%	82,07%	17,93%	100,0%

CUADRO 103: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,344	,167	2,118	,034	,050
N de casos válidos		290				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: dado que el porcentaje de seropositivos entre los consumidores es notoriamente más alto, las frecuencias no apoyan la relación.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: los residuos están ligeramente por debajo de lo necesario para apoyar una relación y, además, si ésta se apoyara sería inversa.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): la diagonal menos esperada es mucho más probable, lo cual es un argumento contra la relación.

[4] Gamma: el gamma bajo no apoya la relación.

Conclusión: en esta muestra, **el consumo habitual de pasta base no incidió sobre la serología. En el caso de la cocaína, el aumento de la prevalencia cuando se es consumidor sugiere una subdeclaración de las prácticas de riesgo en el sexo comercial. Aunque al igual que en el consumo de cocaína la declaración de prácticas de riesgo entre los consumidores habituales de pasta base aumentó en el sexo no comercial pero no en el comercial y es posible que no la consuman con los clientes, podemos hipotetizar que la diferencia tenga que ver con el contexto de ese sexo no comercial: en una parte amplia de la muestra el sexo no comercial es con parejas mujeres.**

Cocaína

CUADRO 104: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo de cocaína versus serología	290	95,4%	14	4,6%	304	100,0%

CUADRO 105: CONSUMO DE COCAÍNA VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
i. 05. cocaína	sí	Recuento	46	17	63
		%	73,02%	26,98%	21,7%
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
	no, ns, nc	Recuento	192	35	227
		%	85,58%	15,42%	78,3%
		Residuos corregidos	2,1	-2,1	
Total		Recuento	238	52	290
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 106: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,339	,150	-1,879	,060	,062
N de casos válidos		290				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia de VIH es mucho mayor en los consumidores habituales de cocaína, lo cual apoya la relación entre las variables.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: los residuos corregidos indican claramente que en esta muestra el consumo de cocaína aumentó la serología.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): la diagonal más esperada resultó ampliamente la más recargada.

[4] Gamma: el gamma marca una correlación no muy intensa, bastante esperable si pensamos que, aunque pueda incidir sobre la serología, el consumo de cocaína no es su fuente directa.

En conclusión, **el consumo habitual de cocaína sí aumentó significativamente la prevalencia de VIH (26,98% frente a 15,92% en los no consumidores).**

Tipo de cobertura de salud versus serología

Como actualmente no existe una vacuna y como ningún servicio de salud ha implementado una campaña diferencial entre sus socios, no sería lógico esperar que el tipo de cobertura de salud incida directamente sobre la prevalencia o sobre las conductas de riesgo de los encuestados. Por esto no realizamos el mismo modelo de análisis que con las otras variables. Aún así, dentro de los trabajadores/as sexuales de la muestra, **los que no tienen cobertura de salud tuvieron una prevalencia de 19,44%, los que se atienden en Salud Pública de 18,02% y los que se atienden en mutualistas de 11,11%**. Dado que, como dijimos, actualmente no existe una vacuna y ningún servicio de salud ha implementado una campaña diferencial entre sus socios, esta aparente correlación debe estar intermediada por el nivel socioeconómico y lo que realmente expresa esta diferencia serían diferencias socioeconómicas entre los encuestados. La variable más relacionada al nivel socioeconómico que tenemos es el último nivel educativo terminado, así que la analizamos a continuación.

Último nivel de estudios formales finalizado versus serología y conductas de riesgo

CUADRO 107: ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS FORMALES FINALIZADO VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL NEGATIVO
			NEGATIVO	POSITIVO	
nivel de estudios más alto versus serología	Ninguno	Recuento	28	5	33
		%	84,85%	15,15%	100%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	Primaria	Recuento	171	35	206
		%	83,1%	16,99 %	100%
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
	Secundaria	Recuento	39	11	50
		%	78%	22%	100%
		Residuos corregidos	-,7	,7	
	Terciaria	Recuento	0	3	3
		%	,0%	100%	100%
		Residuos corregidos	-3,7	3,7	
Total		Recuento	238	54	292
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 108: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,233	,146	1,518	,129	,118
N de casos válidos		292				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Si analizamos la hipótesis de relación entre el nivel de estudios que completó y la serología encontramos:

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: los porcentajes indican una correlación inversa! Si esto fuera estadísticamente significativo, entonces la educación produciría serología positiva

[2] Residuos corregidos: no indican relación significativa para ningún casillero salvo la educación terciaria, donde el porcentaje de positivos es el 100% pero se da sobre un total de 3 casos.

[3] Odd ratio: dado el bajo total de universitarios simplificamos el cuadro agregando los segmentos que no completaron ningún nivel y que completaron primaria por un lado, y bachilleres y universitarios por otro.

CUADRO 109: SIMPLIFICADO PARA ODD RATIO

	SERONEGATIVOS	SEROPOSITIVOS
Nivel bajo	199	40
Nivel alto	39	14

En tal caso, si la diagonal más esperada es la relación inversa, resulta 78 veces más probable que la otra.

Gamma: el gamma es más cercano a 0 que a uno y por lo tanto no apoyamos la relación.

Conclusión: el nivel educativo no se correlaciona con la serología. Tomamos esto como un indicador de que la serología dentro de la muestra se extiende sin diferencias estadísticas significativas por todos los niveles socioeconómicos.

Si insistimos en cotejar si hay relación entre el nivel de prácticas de riesgo y el nivel de estudios formales tenemos que analizar las siguientes Cuadros:

CUADRO 110: ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS FORMALES FINALIZADO VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
nivel de estudios más alto	Ninguno	Recuento	7	26	33
		%	21,21%	78,79%	100%
		Residuos corregidos	1,1	-1,1	
	Primaria	Recuento	31	178	209
		%	14,82%	85,18%	100%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
	Secundaria	Recuento	6	45	51
		%	11,76%	88,24%	100%
		Residuos corregidos	-,7	,7	
	Terciaria	Recuento	0	2	2
		%	,0%	100%	100%
		Residuos corregidos	-,6	,6	
Total		Recuento	44	251	295
		%	14,92%	85,08%	100,0%

CUADRO 111: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,200	,162	1,209	,227	,236
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Lo que vemos en estos cuadros es que:

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: indican que un aumento en la educación formal se correlaciona a una disminución en las prácticas de riesgo.

[2] Residuos corregidos: no indican correlación en ningún casillero.

[3] Odd ratio: en el siguiente cuadro simplificado

CUADRO 112: SIMPLIFICADO PARA ODD RATIO

	NO USA CONDÓN SIEMPRE	USA CONDÓN SIEMPRE
Nivel bajo	38	204
Nivel alto	6	47

Si exploramos la hipótesis de relación inversa la diagonal esperada es en efecto 80 veces más probable que la otra.

[4] Gamma: es cercano a 0, indica que no hay correlación.

Conclusión: **en el contexto del sexo comercial, no hay en la muestra una correlación significativa entre la educación formal y la disminución de prácticas de riesgo.**

Si analizamos el sexo no comercial tenemos los siguientes cuadros:

CUADRO 113: ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS FORMALES FINALIZADO VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE
nivel de estudios más alto versus uso del condón en relaciones sexuales no comerciales	Ninguno	Recuento	14	17	31
		%	45,16%	54,84%	100%
		Residuos corregidos	-,7	,7	
	Primaria	Recuento	103	97	200
		%	51,5%	48,5%	100%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	Secundaria	Recuento	25	23	48
		%	52,09%	47,91%	100%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	Terciaria	Recuento	2	1	3
		%	66,66%	33,34%	100%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
Total		Recuento	144	138	282
		%	51,1%	48,9%	100,0%

CUADRO 114: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,075	,120	-,628	,530	,538
N de casos válidos		282				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Resulta que:

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: las prácticas de riesgo aumentan con la educación! En esta hipótesis, la “diagonal del amor” sería fortalecida por la educación.

[2] Residuos corregidos: no avalan correlación en ningún casillero.

[3] Odd ratio: en el siguiente cuadro simplificado la diagonal más esperada es sólo 9 veces más probable que la otra.

CUADRO 115: SIMPLIFICADO PARA ODD RATIO

	NO USA CONDÓN SIEMPRE	USA CONDÓN SIEMPRE
Nivel bajo	117	114
Nivel alto	27	24

[4] Gamma: el gamma no avala correlación.

Conclusión: **en el contexto del sexo no comercial, tampoco hay en la muestra una correlación significativa entre la educación formal y la disminución de prácticas de riesgo.**

Posesión de libreta de visita médica versus conductas de riesgo y prevalencia

Dado que los encuestados que tramitaron la libreta de visita médica cuentan con controles mensuales de ITS y consultan médicos habituados a la consulta con trabajadores/as sexuales, decidimos explorar la hipótesis de un efecto informativo o “concientizador” de esta consulta especializada. Para ello analizamos primero si es posible que los trabajadores/as que accedieron a este servicio se cuiden más que los otros.

CUADRO 116: POSESIÓN DE LIBRETA MÉDICA VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES COMERCIALES

			USO EN RELACIONES COMERCIALES		TOTAL NO SIEMPRE
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	
A.08. Posesión de libreta médica	Sí	Recuento	10	53	63
		%	15,87%	84,13%	100%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	No	Recuento	34	197	231
		%	14,72%	85,28%	100%
		Residuos corregidos	-,2	,2	
	Ns/Nc	Recuento	0	1	1
		%	,0%	,4%	,3%
		Residuos corregidos	-,4	,4	
Total		Recuento	44	251	295
		% de uso en relaciones comerciales	14,96%	85,04%	100,0%

CUADRO 117: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,056	,193	,282	,778	,844
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: los porcentajes de los que realizan prácticas de riesgo no varían sustancialmente de acuerdo a si son poseedores de libreta o no. Las frecuencias muestran un muy elevado número de no poseedores de libreta que dicen cuidarse siempre. No apoya la relación.

[2] Residuos corregidos: no apoyan la relación.

[3] Odd ratio: es menor a 1 y esto significa que la otra diagonal es más probable que la elegida (que los que no tienen libreta se cuiden más, pero no exploramos la relación porque la diferencia de porcentajes era sólo un 1%).

[4] Gamma: cercano a 0, no apoya la hipótesis de relación.

Conclusión: **descartamos que en el sexo comercial los trabajadores/as sexuales con libreta se cuiden más que los que no tienen libreta.** Como ya comentamos que las prácticas de riesgo están subdeclaradas y esto podría haber debilitado la relación, decidimos chequear si la posesión de libreta no se vincula a una prevalencia de VIH más baja. La serología no depende de la sinceridad de los testados y si hay correlación con ésta, entonces tendría que deberse a nuestra hipótesis de trabajo porque las prácticas de riesgo tienen que intermediar la relación que exploramos en la siguiente Cuadro.

CUADRO 118: POSESIÓN DE LIBRETA MÉDICA VERSUS USO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES NO COMERCIALES

			USO EN RELACIONES NO COMERCIALES		TOTAL NO SIEMPRE
			NO SIEMPRE	SIEMPRE	
Posesión de libreta médica versus uso del condón en sexo no comercial	Sí	Recuento	26	33	59
		% de uso en relaciones no comerciales	44,07%	55,93%	20,9%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
	No	Recuento	118	105	223
		% de uso en relaciones no comerciales	52,91%	47,09%	79,1%
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
Total		Recuento	144	138	282
		% de uso en relaciones no comerciales	51,04%	48,94%	100,0%

CUADRO 119: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,176	,143	-1,209	,227	,244
N de casos válidos		282				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: los cuidados sí parecen aumentar, aunque no sustantivamente, entre los TSMs y las travestis con libreta.

[2] Residuos corregidos: no apoyan la relación.

[3] Odd ratio: la diagonal esperada es 43 veces más probable que la otra (que los que no tienen libreta se cuiden más).

[4] Gamma: cercano a 0, no apoya la hipótesis de relación.

Conclusión: **descartamos que en el sexo no comercial los trabajadores/as sexuales con libreta se cuiden más que los que no tienen libreta.** Como ya comentamos que las prácticas de riesgo están subdeclaradas y esto podría haber debilitado la relación, decidimos chequear si la posesión de libreta no se vincula a una prevalencia de VIH más baja. La serología no depende de la sinceridad de los testados y si hay correlación con ésta, entonces tendría que deberse a nuestra hipótesis de trabajo porque las prácticas de riesgo tienen que intermediar la relación que exploramos en la siguiente Cuadro.

CUADRO 120: POSESIÓN DE LIBRETA MÉDICA VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA		TOTAL NEGATIVO
			NEGATIVO	POSITIVO	
Posesión de libreta médica versus serología	Sí	Recuento	48	15	63
		%	76,19%	23,81%	21,6%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
	No	Recuento	189	39	228
		%	82,89%	17,1%	78,1%
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
	Ns/Nc	Recuento	1	0	1
		%	,4%	,0%	,3%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
Total		Recuento	238	54	292
		%	81,5%	18,49%	100,0%

CUADRO 121: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,214	,163	-1,189	,235	,278
N de casos válidos		292				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Diferencia de porcentajes y recuentos: la prevalencia es más alta entre los TSMs y travestis con libreta (23,81% a 17,1%) y esto en todo caso podría sugerir una relación inversa: que quienes tienen libreta se cuiden **menos!**

[2] Residuos corregidos: No apoyan la relación.

[3] Odd ratio: es menor que 1, y esto también sugiere que la relación es inversa. La nueva diagonal esperada (altas frecuencias entre los sin libreta-negativos y entre los poseedores de libreta-positivos) es 51 veces más probable que la otra.

[4] Gamma: es más cercano a 0 que a 1 y por lo tanto no apoya la relación.

Conclusión: aunque la prevalencia haya resultado algo más alta entre los encuestados con libreta, no se puede apoyar la hipótesis de una correlación estadísticamente significativa.

El trabajo sexual en el exterior versus serología

CUADRO 122: EJERCICIO DE TRABAJO SEXUAL EN EL EXTERIOR VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Ejercicio de trabajo sexual en el exterior versus serología	Sí	Recuento	29	19	48
		%	60,42%	39,58%	16,4%
		Residuos corregidos	-4,1	4,1	
	No	Recuento	209	35	244
		%	87,8%	64,8%	83,6%
		Residuos corregidos	4,1	-4,1	
Total		Recuento	238	54	292
		%	81,5%	18,5%	100,0%

CUADRO 123: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,593	,113	-3,205	,001	,010
N de casos válidos		292				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] diferencia de porcentajes y frecuencias: dentro de quienes ejercieron trabajo sexual en el exterior, el porcentaje de VIH positivos (39,58%) es mucho mayor que el porcentaje de positivos entre quienes no lo ejercieron (14,34%).

[2] Los residuos corregidos apoyan la hipótesis de relación porque indican un apartamiento grande de las frecuencias esperadas para la hipótesis nula (superan $\pm 1,96$).

[3] Odd ratio: La relación esperada es 91 veces más probable que la otra diagonal.

[4] El gamma se acerca más a 1 que a 0, por lo que, en virtud de los análisis anteriores, decidimos apoyar la hipótesis.

Conclusión: El haber ejercido trabajo sexual en el exterior sí resulta predictor significativo de la infección por VIH. La pregunta sobre conductas de riesgo se hizo con respecto a su conducta actual y no sobre el período de ejercicio en el exterior, de manera que no tenemos información acerca de cómo funciona esta correlación. La pregunta que queda planteada es por qué ejercer en el exterior produjo en la muestra más infecciones que ejercer en el país. Como no tenemos datos que apoyen un patrón de conducta diferencial asumimos un patrón de mayor retorno en la diáspora VIH positiva de TSMs y travestis. A menudo los TSMs y travestis que emigran lo hacen ilegalmente y esto podría eventualmente dificultar su acceso los tratamientos.

Años de trabajo sexual versus prevalencia

Para analizar el efecto del tiempo de ejercicio del trabajo sexual alteramos el esquema de análisis, porque al tener una variable de intervalo el cuadro generado es mucho más “largo”. Hicimos en primer lugar una comparación de medias que nos muestra que **los encuestados seronegativos tienen una media de 10 años de trabajo realizados, los seropositivos tienen 21 años de promedio**. Esto parece indicar una relación clara y las pruebas de Levene y la prueba T confirman que ni las medias ni sus varianzas pueden considerarse iguales.

CUADRO 124: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
AÑOSDETRABSEX * serología	288	94,7%	16	5,3%	304	100,0%

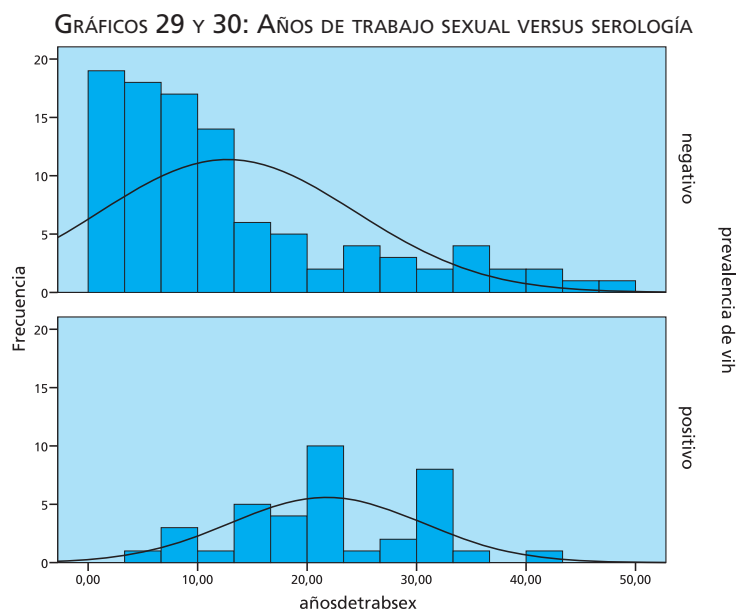
CUADRO 125: MEDIA DE AÑOS DE TRABAJO SEXUAL SEGÚN SEROLOGÍA

SEROLOGÍA		N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DES. TÍP.
negativo	AÑOSDETRABSEX	234	,00	49,00	10,8333	9,56175
	N válido (según lista)	234				
positivo	AÑOSDETRABSEX	54	,00	42,00	21,4259	9,60071
	N válido (según lista)	54				
99	AÑOSDETRABSEX	3	3,00	25,00	13,6667	11,01514
	N válido (según lista)	3				

CUADRO 126: PRUEBA DE LEVENE Y PRUEBA T PARA IGUALDAD DE MEDIAS DE LOS AÑOS DE TRABAJO SEXUAL

	PRUEBA DE LEVENE PARA LA IGUALDAD DE VARIANZAS		PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS						
	F	SIG.	T	GL	SIG. (BILATERAL)	DIFERENCIA DE MEDIAS	ERROR TÍP. DE LA DIFERENCIA	95% INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA DIFERENCIA	
								INFERIOR	SUPERIOR
	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	Inferior
Asumiendo varianzas iguales	,211	,646	,699	289	,485	1,18384	1,69281	-2,14795	4,51564
No asumiendo varianzas iguales			,679	57,957	,500	1,18384	1,74371	-2,30663	4,67432

El cuadro completo era demasiado largo porque hubo en la muestra personas con hasta 50 años de ejercicio de la prostitución, pero si comparamos los histogramas con los datos agrupados, vemos que las frecuencias de seronegativos disminuyen y las de seropositivos aumentan claramente hasta los 20 años de trabajo sexual aproximadamente. Luego las frecuencias de los seronegativos se estancan y las de los seropositivos comienzan a bajar sugiriendo una curva normal. Aunque esto, así como los pocos casos positivos, podría enriquecer la correlación al momento de calcular un índice, pensamos que se deba a que luego de 20 años de trabajo sexual podría tratarse de seropositivos de larga data. Siendo que las terapias antiretrovirales actuales más efectivas datan solamente de 1996, la disminución de los casos positivos puede deberse simplemente a muerte y/o condiciones de vida que impidan la realización de trabajo sexual. Como lo ilustran las siguientes gráficas:



Con la anterior advertencia, calculamos una correlación de Pearson para poder medir la intensidad de la correlación. El coeficiente de Pearson es una medida de asociación lineal entre variables y va de -1 a 1. Por encima del nivel de significación, el signo del coeficiente indica la dirección de la correlación y su valor absoluto la intensidad, donde 1 representa la correlación total. Entre 0,20 y 0,40, como fue el caso para nuestro análisis, indica **una correlación débil entre los años de trabajo sexual y la serología positiva.**

CUADRO 127: CORRELACIÓN DE PEARSON PARA "AÑOS DE TRABAJO SEXUAL" Y SEROLOGÍA

		AÑOS DE TRAB SEX	SEROLOGÍA
AÑOS DE TRAB SEX	Correlación de Pearson	1	,398(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	296	288
serología	Correlación de Pearson	,398(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	288	295

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Anexos

Comentarios de los encuestadores

La Primera Etapa Trabajadores/as Sexuales Trans y Taxi Boy

El Estudio que aquí se presenta fue realizado en Convenio entre la UDELAR a través de la Facultad de Ciencias Sociales, y el MSP, en la órbita del Programa Prioritario de ITS/Sida.

Más allá de la relevancia académica y política que el mismo reviste, y de la que los responsables del Estudio darán debida cuenta, el proceso de realización del trabajo de campo constituyó una experiencia enriquecedora para quienes formamos parte del equipo encargado del mismo.

Es desde mi actuación como Encuestador en el equipo de campo que me interesa brindar estas breves reflexiones subjetivas sobre la experiencia.

Acercamiento a un mundo de vida desconocido.

Podemos suponer que para una parte mayoritaria de la población capitalina, el mundo en que se mueven los trabajadores sexuales masculinos (TSM) ya sean travestis o taxi-boys es de una ajenidad total y el contacto con estas poblaciones es prácticamente nulo.

En mi caso no fue la excepción, puesto que emprendí el trabajo de campo teniendo solamente una imagen estereotípica de los travestis y una ignorancia total respecto a las particularidades de los taxi-boys.

Acerca de los primeros, la participación en el estudio me permitió visualizar y tomar conocimiento de las distintas situaciones que co-existen en el mundo de los travestis.

Lejos de ser una realidad homogénea, encontramos que entre los trabajadores sexuales travestis se observan diferencias importantes en una serie de aspectos.

Una de ellas es claramente el nivel de bienestar económico, mientras algunos tenían casa propia y podían permitirse un nivel de vida aceptable, otros vivían en casas alquiladas, en pensiones, e incluso un porcentaje pequeño estaba en situación de calle.

Creo que este distinto nivel de bienestar económico repercute claramente en distintos grados de acceso a la información y “profesionalización” del trabajo sexual.

De esta forma, se encontraron situaciones de travestis bien informados acerca de cómo controlar las prácticas de riesgo, con los controles sanitarios al día y con una conciencia clara de las particularidades de las distintas enfermedades de transmisión sexual y los métodos más eficaces de profilaxis junto con otros en una situación mucho más precaria, sin libreta de control, no sabiendo donde se saca ni como es el trámite y sin manejar información acerca de las enfermedades de transmisión sexual.

También las distintas situaciones respecto al uso de drogas, contribuyen al mayor o menor grado de “profesionalización” del trabajo sexual.

Quienes declaraban uso frecuente de alcohol o drogas "duras" (cocaína, inyectables) claramente tenían menos conciencia acerca de las prácticas de riesgo y estaban más expuestos a las enfermedades sexuales o transferibles por uso compartido de jeringas.

Estas distintas situaciones al interior de la población de travestis creo que pueden ser estratificadas territorialmente, encontrándose una situación predominante de más profesionalismo en ciertas zonas (Parque. Batlle; Parque Rodó; Malvin; Pocitos) y de mas precariedad en otras (Viaducto, La teja; Plaza Colon).

La difícil realidad de los Taxi-Boys.

Muy distinta es la realidad de los trabajadores sexuales masculinos no-travestis, los llamados "taxi-boys".

Vale aclarar que aunque dicha denominación ha sido popularizada y se emplea habitualmente, dista de ser precisa y, como se observa este estudio, no necesariamente es un término que genere auto-identificación sexual entre estos trabajadores.

Personalmente, el acercarme a la realidad de esta subpoblación fue una experiencia de ruptura con el concepto previo que tenía sobre ellos.

Al igual que muchos otros ciudadanos, tenía la idea de que los denominados taxi-boys eran hombres de entre 20 y 30 años, metrosexuales, musculosos, que hacían servicios sexuales a mujeres mayores o carentes afectivamente, una especie de strippers que prestaban además otros servicios o una suerte de versión masculina de "damas de compañía".

Nada mas alejado de la realidad, tras el Estudio quedo demostrado que los taxi-boys son en su gran mayoría jóvenes (seguramente muchos menores de edad, aunque declararan tener 18) sin un cuidado especial por el físico ni por la apariencia en general.

Se trata de muchachos que realizan servicios sexuales de diversa índole y a distintos públicos (Hombres, Mujeres, Travestis, Parejas) según los gustos particulares de los/las clientes.

La situación económica de estos trabajadores sexuales es predominante precaria, siendo importante el porcentaje de ellos que se encuentra en situación de calle o viviendo de prestado en casas ocupadas. Observamos que muchos de ellos presentan además un historial de problemas familiares, no manteniendo en la actualidad vínculos de ningún tipo con sus padres.

En la mayoría de los casos, se observa un consumo problemático de drogas, especialmente de la llamada pasta base, lo cual genera situaciones de dependencia psíquica y química que pueden claramente derivar en una falta de control sobre las relaciones sexuales que se mantengan en ese estado.

El ejercicio del trabajo sexual en esta población, se da entonces para satisfacer necesidades básicas (alimentación, vivienda) o para financiar una situación de adicción a distintas drogas.

A diferencia de los travestis, ser taxi-boy no implica una orientación sexual ni el gusto por ciertas prácticas, sino que es una “estrategia de supervivencia” mas en situaciones extremas, como lo puede ser recolectar basura, robar, mendigar, o pasar droga.

Por estos aspectos que hemos mencionado (no-identidad sexual, minoridad, adicciones) es que a estos trabajadores les cuesta verse como un colectivo y no tienen una agrupación que los nucleé (como si los travestis con ATRU) haciéndose difícil la interlocución de estos jóvenes con los organismos del Estado.

Importancia del Estudio.

En definitiva, creo que el Estudio fue importante puesto que visibiliza y dimensiona la situación de los travestis y taxi-boys en una serie de variables importantes en el campo de la salud y específicamente en las prácticas sexuales de riesgo que puedan tener.

La lucha por la profesionalización de estos trabajadores, junto con otra serie de políticas públicas (de empleo, de reconocimiento identitario, de derechos civiles) son un elemento esencial para la inclusión social de estos grupos.

Como parte del equipo de campo, me sentí enriquecido con la experiencia y espero que el resultado del trabajo sirva para las acciones futuras que se tomen en la materia.

Soc. Cristian Maneiro
(Encuestador)



Asociación de Travestis del Uruguay

“Así fue como comenzamos a trabajar en la Investigación.”

La Convocatoria

Se citó a ATRU en el Ministerio de Salud Pública. En esa reunión se encontraban representantes de la Facultad de Ciencias Sociales, habían un par de chicos más que creemos eran los encuestadores y por parte de ATRU estábamos Gloria Alves, Mabel Hernandez y otra compañera más.

En las primeras reuniones se comenzó a trabajar en como iba a ser la encuesta, **“como que fue un poco trabajada”**. Nos consultaban de que forma podían preguntar, si era mejor de una manera o de otra. El tipo de palabras que se iban a emplear en las preguntas. El primer formato que nos presentaron contenía un lenguaje muy técnico y nosotras les fuimos diciendo como se comprendía mejor, como hablamos nosotras con nuestras pares en la calle.

De esas reuniones, salió un formato de encuesta consensuado entre todos, Ministerio de Salud Pública -Facultad Ciencias Sociales-ATRU.

El Recorrido

Las recorridas fueron programadas, contábamos con un horario y las personas que ese día irían en la camioneta. Nos dirigíamos a zonas pre determinadas. Nosotras ya sabíamos mas o menos el tipo de recorridas, porque habíamos trabajado con el Ministerio, entonces ya teníamos idea de donde encontrar a las compañeras, del trabajo anterior sacamos los puntos de referencia, donde había mas chicas o menos chicas. En esta investigación se llegó hasta Garzón y el puente La Paz, porque Canelones no estaba incluido en la investigación de lo contrario se hubiera seguido hasta Las Piedras.

La Salida y los Presentes para las chicas

Nos programábamos un horario para encontrarnos en la Facultad Ciencias Sociales. Ahí llegaba la camioneta con el chofer, el encuestador, la chica que iba a sacar sangre, las compañeras de ATRU y el médico que hacía la consejería pre y post test. Primero nosotras nos acercábamos a las chicas, después el médico y luego n pasaba al encuestador y recién después se hacía la extracción. Se les llevaba a las chicas folletería de la institución, folletería que nos brinda el Programa Sida y los preservativos. **“Siempre que nos acercamos a las chicas no podemos olvidarnos del preservativo porque ellas tienen un mayor consumo”** **“La folletería muchas las guardan y después de llegar a su casa será cuando la leean”** **“Allí ellas estaban trabajando”**

El Acercamiento

Algunas chicas ya las conocíamos y aquella que no conocíamos. nos presentábamos, les decíamos que eramos de ATRU, que estábamos haciendo una investigación, por lo que andabamos con un encuestador que les iba hacer una pequeña encuesta, con un médico y que se les realizaría una pequeña extracción de sangre.

ATRU - *"Hola que tal como estás? Yo soy Gloria de ATRU, ella es Mabel, de la Asociación Trans del Uruguay"*

Resp. - *Ah!! Ya se!*

ATRU - *"Nosotras estamos haciendo lo siguiente, estamos con un encuestador, si tu estás dispuesta, te va hacer una pequeña encuesta y después estamos acompañadas de un médico que va hablar contigo, si tu estás dispuesta. Se te va hacer una pequeña extracción de sangre. Es para un estudio que estamos haciendo. Un estudio serológico"*

Ellas entendían perfectamente porque casi siempre ahora todos los estudios vienen a ser parte del VIH o es para saber si están con Sífilis. Las chicas siempre estaban muy dispuestas. Ellas mismas a la noche cuando no estaban, al otro día una salía y cuando nos acercabamos enseguida nos decían: *"Ya me comentó fulana"* y a veces nos encontrabamos por la calle y ellas te decían: *"Mirá fulana dice que si vas? Porque ella se quiere sacar sangre!?"*

Era muy aceptado, ellas nos buscaban, no sabemos si por la comodidad de no ir a la consulta médica, o porque se sentían mejor, o por el pequeño incentivo que se daba, todas quedaron muy conformes.

Taxy Boys o Chica Trans

A los chicos que veíamos, que estaban parados, nos acercabamos, pero le cambiabamos un poco la letra, les decíamos que le ibamos a dejar preservativos y agregabamos *"Estamos haciendo un estudio"* Pero *mas o menos la decíamos las mismas palabras que a las chicas"*

Había algo, por ejemplo: ellos muchas veces no entendían y se lo debíamos explicar, le preguntabamos si ellos estaban trabajando, entonces muchos contestaban que iban a veces a trabajar. Hay muchos también que no se consideran trabajadores sexuales, así también te los encontrabas parados en otros lugares al lado de un árbol y lo que ellos estaban esperando era el cliente, entonces está la diferencia, de que algunos decían que *"el era solo gay"* y después está aquella otra parte de Gay – Taxi Boy y muchas veces les decíamos:

"Gay, viene a ser aquel o todo hombre que sale con otro hombre, o la palabra vendría a ser Homosexual" Con algunos que son de mucho conversarse establecían algunos diálogos

ATRU - *"¿son taxy boy o solamente gay?."* Ellos mismos respondían:

Resp. - *"Yo solo, les cobro, que me hagan la succión del miembro y les hago la cola nada más"*

ATRU – “Entonces tu sos gay, no sos taxi boy. Porque decime?

-“Si yo tomo un taxi, que hago con el taxi?

Resp. – “Bueno, pedís que te lleve a donde vos querés”

ATRU – “No. Si yo tomo un taxitengo derecho a cargar adelante, o sea sentarme yo adelante, cargar atrás, cargar en la valija, hacer todo, cargo tanto en la valija, en el asiento de atrás como en el de adelante, eso quiere decir que el taxi boy hace eso. Por ejemplo si te ofrecen más dinero lo hacés?”

Había quienes respondían que **si** y otros respondían que **no**, pero cada una de las personas que encontrábamos siempre estaban trabajando sexualmente, **estaban ejerciendo la prostitución.**

Habían chicos que eran Taxy Boy porque hacían todo y otros chicos eran solamente Gay porque según ellos, solo penetraban.

En algunas zonas de Montevideo, como Parque Batlle encontrábamos muchísimos chicos muy jovencitos, a los cuales les entregábamos preservativos porque ni siquiera se les podía realizar la encuesta porque **son menores y había bastantes.**

La investigación se realizó solo a mayores de 18 años, tanto a los varones (Gay o Taxy Boy) y chicas trans. Pero todos estaban trabajando sexualmente.

Los Presentes

Nosotras llevábamos una bolsita con 15 preservativos, pero ahora les estamos entregando un poquito más. La folleteria que era para varón está impresa en color verde y con color lila la que era para las chicas. Los folletos están dirigidos a las chicas trans, no a trabajadoras sexuales femeninas. Cuando nos encontrábamos con trabajadoras sexuales femeninas, les acercábamos algún preservativo, pero ellas no fueron incluidas en este estudio, no se le hizo extracción de sangre, ni encuesta a ninguna mujer.

La Entrega de Resultados

Nosotras teníamos todo el registro de donde habíamos andado. Entonces para hacer la devolución, nos resultaba más sencillo. Ese registro salió de las recorridas, primero nosotras nos acercábamos a las chicas, se les hacía el consentimiento informado, la entrevista, la extracción y con el autogenerado nosotras teníamos un listado.

La entrega de resultados demoró unos 15 a 20 días. Entonces íbamos haciendo las zonas nuevamente, nosotras nos acercábamos a ellas o ellas espontáneamente nos decían la fecha de nacimiento. Buscábamos en el listado o le indicábamos al médico y este buscaba si estaba el resultado. Si el resultado estaba pronto, entonces bajábamos de la camioneta todas las personas y solo quedaba el médico y la persona a quien se le había hecho la encuesta y extracción de sangre. El médico perso-

nalmente les entregaba el resultado era el único que hablaba con cada una de las personas durante esa entrega.

El médico estaba atrás sentado, la persona subía a la camioneta y estaban los dos solos durante esa instancia, con la camioneta cerrada.

La Salida de la Camioneta. El Después

En realidad había algunas chicas que ya sabían su situación y también algunos quedaban muy deprimidos. Uno como que notaba cosas. Pero nosotras que ya conocemos el paño, nos dábamos cuenta cuando a una chica le había salido mal el exámen. También por el tiempo, que el médico demoraba, porque se ve que era recién diagnosticada la chica, y bueno

El médico se tomaba su tiempo, para aplacarle los nervios, para darle una consejería.

Algunas después de salir de la camioneta hablaban con nosotras, porque después de tanto tiempo de trabajar, uno crea una relación de confianza. A veces el médico nos avisaba a una de nosotras, que la chica quería hablar con nosotras.

“Ahí yo por ser una persona VIH positiva, le hablaba como par a ella”, incluso acompañamos algunas al Instituto de Higiene. Me acuerdo de una chica en Bvar. Artigas que era del interior, que nunca se había animado a sacarse sangre y gracias a nuestro apoyo se animo. Nos llama mucho por teléfono agradecida por haberla apoyado en hacerse el exámen, y cuando le dieron el resultado, enseguida nos avisó que todo había salido bien.

Ellas se sentían contenidas. Siempre que veían la camioneta se acercaban, para saludarnos, para pedirnos preservativos, para conversar o para hacerle alguna consulta al médico. Fue algo muy bueno.

ATRU Evalúa la Intervención

Gloria

“Yo como presidenta de ATRU, lo evaluó como muy provechosa, se hizo algo por la población nuestra. En realidad también sirvió para saber que hay!!”

Varones que se protituyen, que trabajan sexualmente, más allá que algunos digan que no. Para las chicas el vernos siempre, por más que hace un tiempo terminó la investigación, es muy grato. Aún ahora salimos a repartir preservativos a las chicas y conversamos con ellas. A veces ellas mismas se acercan a la institución, para sentirse contenidas entre pares. Quedó una muy buena relación, también crecimos como institución.

Quiero aclarar que los preservativos que les alcanzamos a las chicas, son proporcionados por el Ministerio. Recuerdo que en una oportunidad habían venido unos de la India que eran

muy chicos y ajustados, entonces se cambiarón a otros mejores y las chicas quedarón muy contentas con el cambio.

Nosotras conversamos con ellas las inquietudes de ellas, que la mayoría de las veces no se las plantean a otras personas, con nosotras se sienten a gusto. Para la institución fue una experiencia bárbara. Sabemos que no se puede hacer todos los años, pero es bueno que se haga cada poco tiempo. Seguir haciendo estas intervenciones con otras infecciones de transmisión sexual, por ejemplo con la sífilis, que es algo que hay mucho. Quizás se pudiera realizar está intervención en el interior del país, donde la desinformación, las carencias y el maltrato psicológico, los abusos por parte de la policia, es aún mayor que en Montevideo. Quizás costaría un poco más, hacer la investigación en el interior del país, pero no significa que sea imposible.

La evaluación que yo hago, es que fue una experiencia fantástica, me dió la posibilidad de acercarme a otras chicas, que aún no había llegado, de conocer otras realidades. Destaco el trabajo de equipo, fue fabuloso, existía una verdadera comunicación, coordinación y compañerismo, en el grupo.

Yo hace tiempo vengo haciendo estás cosas, pero está investigación fue como un broche “la frutillita de la torta”

Si logramos hacer el trabajo en el interior sería fabuloso, las cosas que estoy viendo en mis viajes al interior, habría que verlas realmente, la realidad es otra e increíble

Está fue una muy buena experiencia

Mabel

Para mi el trabajo fue bárbaro, me gusto muchísimo. Nos respetaron, nos acompañaron. Se portarón muy bien con nosotras. También me gustaría hacerlo en el interior. Fue un trabajo muy bueno, acá en Montevideo. Por eso me gustaría repetir la experiencia en el interior del país, porque hay mucha menos información que acá en Montevideo. Personalmente comprobé que en el interior del país, ni siquiera saben colocarse un preservativo.

La experiencia fue realmente muy buena.

Encuentros y desencuentros. Análisis de la experiencia de trabajo callejero con Trabajadores sexuales masculinos (TSM) en zonas rojas de Montevideo. El desafío de crear el espacio asistencial y la relación prestadora de salud y paciente en contextos críticos.

Dr. Hernán Laca⁸.-

Durante el período enero 2007 a Junio 2007 se realizó en la ciudad de Montevideo, Uruguay, un estudio serológico y comportamental entre profesionales del sexo masculinos que trabajaban en la calle. Entre las 22:00 y las 03:00 horas un equipo integrado por un coordinador, dos representantes de la asociación que nuclea a los profesionales del sexo masculinos (ATRU), un chofer, una enfermera extraccionista y capacitada en consejería previa a la prueba, dos encuestadores y un médico, recorrió las calles de Montevideo en una camioneta acondicionada para realizar extracciones y entrevistas.

La dinámica habitual comprendía una reunión de equipo media hora antes de la salida donde se ajustaba la planificación del mapeo previsto de salidas, se coordinaba la ruta de la noche y se equipaba la camioneta con los diversos insumos. Recorrida nocturna que seguía rutas predeterminadas, las que coincidían con las áreas de mayor concentración de profesionales del sexo masculinos. Se definieron así siete rutas que se recorrían al menos dos veces por semana.

1. Parque Rodó
2. Bulevar Artigas al Sur
3. Parque Batlle
4. Bulevar Artigas al Oeste
5. Prado
6. Zona de Maroñas
7. Sayago

En primer lugar se realizaba la encuesta, donde los encuestadores formulaban las preguntas del cuestionario impreso y se encargaban de completarlo mientras el participante respondía. Esto se hacía dentro de la camioneta pero luego se procedió a hacerlo en simultáneo, dentro y fuera pues por motivos de privacidad y confidencialidad, no era posible compartir el espacio dentro del vehículo. En general las entrevistas se realizaron sin problemas, pero en condiciones difíciles. La falta de luz no facilitó la tarea de los encuestadores y si se utilizaban lugares iluminados, alejábamos a potenciales clientes. Luego de la entrevista se realizaba el consentimiento informado, donde formalmente el profesional del sexo aceptaba, con conocimiento fundado e informado, el participar en el estudio. Posteriormente se realizaba la consejería previa a la prueba de VIH. El ámbito natural para la realización de la consejería previa al test era el interior de la camioneta, pero de acuerdo al lugar y la época del año se realizaron también algunas fuera del vehículo, garantizando en todos los casos la privacidad de la persona. Finalmente se realizaba la extracción de sangre, en un lugar acondicionado para ello dentro de la camioneta.

El ciclo completo de lo mencionado antes insumía unos 25 minutos por persona aproximadamente. La presencia de la camioneta en un entorno donde los autos no se detienen más que unos segundos

⁸ Médico. Ex Asistente de Clínica de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina =UDELAR.

constituyó desde el inicio un desafío. La demanda de servicios por parte de clientes también se transformó en un escollo a la hora de realizar las sesiones de consejería y las entrevistas, pero en general se contó con la buena voluntad de los participantes que debieron sacrificar alguno que otro “viaje” como se conoce informalmente a las transacciones de servicios sexuales por dinero.

Una vez finalizada la jornada nocturna, en general con 8 muestras en el contenedor refrigerado, estas se depositaban en el Laboratorio de Referencia Nacional –Depto. Epidemiología/ Dirección General de la Salud/Ministerio de Salud Pública entidad encargada de procesar las muestras de sangre. Para la identificación de las mismas se utilizó el sistema de autogenerados⁹ con acrónimos por iniciales y fechas de nacimiento. Esto también planteó algunos desafíos a la hora de rotular muestras, pues se debía hacer en condiciones de baja visibilidad y en un ambiente no diseñado para ese fin, razón por la cual se cotejaron los autogenerados entre encuestas y muestras al fin de cada jornada para evitar errores de rotulación. Al momento de dejar las muestras se depositaban también en el mismo laboratorio los residuos de riesgo como cortopunzantes y material contaminado con fluidos biológicos (algodones, gasas, guantes y demás).

Población objetivo, escenario geográfico y dinámica del trabajo sexual

Dentro de la población objetivo del estudio se observan dos grupos bien definidos. Comparten la calle, el trabajo sexual y una clientela casi exclusivamente masculina. Son:

1. Los **Taxi-boys**, jóvenes casi adolescentes de aspecto masculino, casi siempre vestidos con jeans, zapatillas deportivas y gorro con visera, que se ubican en calles interiores del Parque Batlle o en plazas de la avenida 18 de Julio.
2. Las **chicas Trans¹⁰**, transgéneros de aspecto femenino, vestimenta de elaborada producción ubicadas en un área urbana que sigue a las principales avenidas de Montevideo.

Para los taxi-boys todo apunta a pasar desapercibidos. Son poco visibles, su aspecto no llama la atención, el parque está siempre oscuro, el gorro dificulta ver el rostro y las manos que están permanentemente en los bolsillos. Además no tienen lugares fijos y los límites de las **paradas** son difusos. También los requerimientos que califican para el trabajo no ayudan a hacerlos más visibles. Uno de los más veteranos confiesa: **“Acá yo les digo a los guachos nuevos, para trabajar precisas solo dos cosas, un buen pedazo y estar limpio, porque yo a veces los veo... cada uno con una mugreño los lleva nadie”**.

En la noche, solo los potenciales clientes transitan el parque. Muchas veces, el acto sexual se da allí mismo: **“yo no salgo del parque, lo hago ahí atrás o en algún banco del otro lado allá atrás”**. A medida que transcurre la noche, el parque se transforma en una pequeña comunidad donde los taxi-boys, que se conocen por sus nombres o apodos, se juntan de a dos o tres, algunas veces se une

9 (Para identificar las muestras y pruebas de laboratorio se utiliza un código autogenerado que garantiza la confidencialidad. Corresponde a un código alfanumérico donde los primeros cuatro números corresponden a año/mes/día de la fecha de nacimiento, y las letras provienen de las iniciales de 1er y 2do nombre y 1er y 2do apellido respectivamente. Se utiliza un código de género 1 si es masculino y 2 si es femenino)

10 Se autodenominan Trans: las travestis, transgénero, transexuales

un amigo que pasa a visitarlos, fuman un cigarrillo y conversan antes de separarse y encarar cada uno el trabajo. Es habitual que en algún momento ya sea solo o en grupo, vayan a un carro de comida al paso, que funciona como contacto con *“el mundo exterior”*. Otras veces salen del parque hasta una boca de venta de droga o a recorrer 18 de Julio: *“El XXXX no está se fue con un viejo, agarró unos mangos y después salió con el XXXX. Dicen que se fueron al puesto, pero yo sé que se fueron a la boca capaz que no vuelven, están dados vuelta a esta altura”* o *“XXXX no está, salió para la plaza de los Bomberos y después viene, capaz que vuelve, no sé, porque a veces agarra algún viaje y después se va derecho para la casa.”*

Al contrario de los taxi boy y su invisibilidad, a las trans se las asocia con el exceso: *“mírame como estoy, me pasé dos horas arreglándome, hoy salí toda montada, me traje estas botas de Buenos Aires y estoy así divinaaaa mira lo que es estoy!!!*. Lejos de esconderse, parte de su modelo de negocio consiste en la exhibición. Se las encuentra a lo largo de vías de gran circulación vehicular, donde la buena iluminación es matizada por la sombra que proveen las calles laterales. La avenida principal funciona como un escaparate de exhibición en tanto la calle de barrio funciona como el lugar de negociación con el cliente. Esta interacción en un lugar protegido está destinada a salvaguardar la privacidad del cliente y constituye un punto importante en la red de circulación de las trans. También allí ocurren las negociaciones con la policía o la interacción con los taxistas -otro grupo de extrema importancia en la noche- encargados de dar movilidad a las trans cuando estas deben huir de la policía, visitar a un cliente o volver a casa al terminar la jornada. Los taxistas de cierta manera se integran como un grupo marginal más en la red de circulación nocturna de las chicas trans. En el universo taxi-boy, los taxistas no existen.

Las Trans ocupan un escenario territorial muy diferente. Es un espacio vivido, donde el sujeto *“se siente en casa”*. Hay una apropiación del espacio urbano: *“yo desde hace diez años tengo esta parada a veces cuando me enfermo o me voy para afuera la dejo sola pero ellas saben que es mía y cuando vuelvo saben que se tienen que ir a la mierda si no las mato”*. Existe un ordenamiento con sus propios códigos y leyes.: *“estas esquinas de acá son de la XXXX y ella te cobra por semana o por mes por usar la parada”*. *Eso está mal yo que sé si no puedes pagar viene en un auto con unos malandros y te patotea. Imagínate que yo por 200 pesos no quiero terminar en una volqueta, y entonces como yo, muchas chicas por miedo van y les pagan es así. Pero también vos te vas y sabes que la parada es tuya. Cuando volvés la tenes ahí, ella te la cuida. Yo que sé mirá no sé si esá bien o mal, yo creo que no está bien pero a veces sirve.”* También existe la apropiación de otros ámbitos, con invasión de la propiedad privada a la que terminan considerando como propia: *“Viste lo que nos hizo.. ésta, ahora puso reja y candado y me c... la vida yo dejaba el bolso ahí atrás y a veces hasta me llevaba algún cliente, ahora me complica. Tengo que arrancar para otro lado ahí para la mitad de cuadra que es un mugrero.”*

Se observa en ambos grupos una distribución territorial de acuerdo a lo deseable o atractivas y atractivos que pueden resultar los TS. Espacios centrales como el Parque Batlle o la zona de Bulevar Artigas y Vidiela están reservados a los y las TSM más “top”. En la periferia se distribuyen el resto de los TSM, por ejemplo las chicas trans de más edad ya se disponen en la zona de parques mal iluminados como el Prado o en zonas periféricas como Av. Garzón. Ocasionalmente pueden navegar ambas zonas, pero eso lo hacen de acuerdo a la hora. Pasado el pico de clientes y adentrándose en la madrugada, algunas se trasladan de un lado a otro. Siempre lo hacen en taxi. En otra referencia a la marginalidad

compartida de los que trabajan en la noche, muchas veces los taxistas no les cobran el viaje *“yo con él salí un montón de años pero después quedamos así, amigos, si anda por acá me lleva, nunca me cobra es un tipo bien.”*

La dinámica del trabajo trans es también diversa. Si bien están en la calle y trabajan con el teléfono celular, muchas de ellas llevan clientes a sus domicilios. Con frecuencia una pieza de pensión que comparten con otra chica trans y utilizan ocasionalmente como lugar de trabajo. Muy pocas tienen su propio apartamento. Atienden a algunos clientes en sus apartamentos o piezas durante el día y a la noche salen a la calle a ocupar su lugar en la parada. El espacio doméstico se destina al comercio sexual con clientes de larga data, en relaciones consolidadas, donde el aspecto comercial casi que pasa a un segundo plano, se sienten queridas, valoradas: *“Yo mañana me quedo en casa trabajando que viene XXXX. Nos tomamos un whisky y casi siempre me trae merca. Yo hace años que salgo con él. Es muy buena gente, cuando precisé, él siempre estuvo ahí”* *“La XXXX hoy no viene porque tiene al veterano te acordás, el que le pago los dientes Mañana la encontrás pero hoy no creo que venga, se queda con él en la pieza y después ya no viene”.*

Existen zonas de frontera donde taxi - boy y trans se mezclan. Las plazas céntricas son una de ellas. Allí también se observan los poco frecuentes y reversibles pasajes de taxi - boy a trans: *“Hola como andas doctor No me vas a dar un beso hoy no me conocés y me viste ayer. te acordás que estuvimos hablando en la plaza? Yo soy la XXXX lo que pasa que ayer estaba de nena y hoy me ves vestido de chongo”*

Cientes

Las diferencias en el encare inicial de los clientes son también notorias. En concordancia con lo descrito antes, el taxi - boy tiene una aproximación mucho más pasiva cuando se la compara con la trans. Los taxi boy se aproximan tímidamente al vehículo casi reacios a arrimarse a la ventanilla. Una vez al lado del conductor, el diálogo se inicia de forma casual con referencias a lugares comunes: *“Hola que hacés, como andas? Tenés ganas de hacer algo..* Por el contrario, las trans presentan un encare mucho más directo, casi agresivo: *“Papi, que fuerte que estás como te dejan salir solito veni que te yo te voy a hacer gozar.”* *“Con ese lomo como te dejan salir así a la calle veni a ver dejame ver No querés ir a otro lado mas cómodo papá?”*. Lucen como mujeres inalcanzables, de físicos perfectos y a la vez encaradoras, que llevan las riendas de la relación. Muy lejos de la pasividad femenina a la que los hombres están acostumbrados.

En los intervalos entre las entrevistas y en algunas oportunidades que brindaba la consejería, tanto taxi boys como travestis se referían a sus clientes. Los primeros siempre lo hacían de forma despectiva, adjetivando a los clientes como *“viejos maricas ”* o *“viejos degenerados”*. El cliente merece desprecio y existe solo porque provee el beneficio económico. Hay una negación de lo afectivo y todo se limita a la transacción comercial.

Por el contrario las chicas trans elaboran una narrativa muy diferente respecto de sus clientes. El cliente, para las trans, se percibe como una piedra angular en la estructura del negocio sexual. Hay en sus comentarios una noción de respeto al cliente así como referencias a ciertos códigos no escritos

que regulan la práctica del trabajo sexual. Aun en los casos de abuso de los clientes los pares ejercen una función crítica y condenan esos actos pues saben que en última instancia los perjudican a todos: *“.. no había hecho un mango y tenía que pagar la pensión pero decir que vino un cliente. y además estaba medio en pedo y le afané 700 pesos porque sino, no se como hacia mañana para pagarle al gallego”* “

“Date cuenta que no pueden hacer eso, no podes hacer eso, al final es un abuso, es un relajó. Pará un poquito, yo ya le mande decir que parara eso”

Prácticas

Los taxi - boy fueron más reticentes a expresar sus prácticas con los clientes.

Por el contrario era notorio como alardeaban de su clientela femenina: *“yo tengo una que no sabes, viene siempre acá y me lleva. Pasamos la noche en su apartamento y después me paga y me voy. Es una mina sola que esta para el laburo y no tiene tiempo de salir ni nada, entonces viene y me levanta. Ahora hace tiempo que no pasa por acá”*

Cuando se refieren a sus prácticas, las menciones son siempre a la parte activa, considerándose casi exclusivamente en el rol de *“machos”*. Solo en broma se hace referencia a ser penetrados o a actos pasivos, y estas referencias se toman como una afrenta. El taxi - boy que “sufre” estas bromas en general no responde y lo asume como un rito de pasaje un abuso programado hasta ser parte del grupo. Pero en general el tema de la homosexualidad dentro del grupo no se menciona. Es casi un tabú. Todo se limita al dinero.

No parece que existan clientes fijos, o al menos no los mencionan. Hay un imaginario de sujetos que vienen y van, ancianos con autos caros y casas de mucho lujo, funcionarios extranjeros dispuestos a pagar lo que sea. Pero la realidad parece diferente. Vehículos viejos, clientes que regatean, sexo furtivo al costado del auto o dentro del parque con caminantes. Esperas eternas por unos pesos que ayuden a pagar la comida del día o el viaje de regreso a casa.

Las trans declaran un espectro de prácticas mucho más amplio. Desde la pasividad en la penetración anal hasta el sexo con penetración a mujeres, las chicas trans recorren casi todo el espectro de las practicas sexuales. Si bien sus preferencias son manifiestas sus prácticas son diversas.

: *“A mi no me gusta, o sea a mi me gustan los hombres así bien hombres, pero hay veces que los clientes me piden y bueno yo lo hago, los penetro o algunos piden que penetre a la mujer. Date cuenta que para mi es horrible hacer eso no me gusta pero ta es un cliente. Si me das a elegir jamás lo haría.”* El conflicto a veces surge en la representación de su propia sexualidad: *“Doctor yo debo ser media degenerada porque mire le voy a decirme da vergüenza pero le voy a decir igual tengo un cliente que le encanta, es hasta vicioso de y entonces a mi me daba no se que esopero después cuando lo hace eso me excita. Usted cree que eso es degenerado, porque mire que a mi me gustan los hombres pero vio quedan esas cosas yo que se... Para mí a veces pienso que soy una loca degenerada.”*

Percepción del riesgo

El discurso de la percepción del riesgo es monolítico y está destinado a articular las prácticas exigidas por los clientes con los mecanismos de protección aprendidos en campañas o trabajo con pares: *“No uses el condón no tenés que cuidarte, no te das cuenta que yo estoy sanito, tengo familia, tengo hijos” siempre cae uno que te quiere pagar más por no usar el preservativo*” y por otra parte el discurso que dice: *“Yo me quiero mucho, a mí que me perdonen pero prefiero perder un cliente que agarrarme el bicho”. Acá siempre viene alguno que me quiere pagar más por hacerlo sin condón pero yo les digo que por 100 pesos, mi vida vale más. Yo el condón siempre. Siempre. Si es un oral o cualquier otra cosa yo sin condón nada nene, me quiero demasiado.*

La narrativa de la percepción del riesgo y como prevenir las consecuencias adversas se limita a reproducir consejos de campañas masivas, del tipo: siempre con condón. El preservativo en la cartera. Yo me cuidoy vos? Es muy difícil conocer realmente la percepción del riesgo que tienen tanto trans como taxi boy pues todas las opiniones se encuentran contaminadas por el imperativo del *“debe ser”*. La situación cambia cuando la conversación no es auto referido y hablan de sus pares. Ahí surgen voces diferentes: *“Mira, a mí que no me jodan porque siempre dicen lo mismo Mira la XXXX a vos te parece que en el estado que está -mirala no puede ni estar parada- se puede poner un condón. Ni sabe donde los tiene. Borracha y drogada y encima le vas a pedir que se ponga un condón. Si hay veces que se olvida hasta de cobrarle a los tipos No seas malo.” Ella está enganchada desde el noventa y pico pero así en el estado que está, no se cuida nada. En dos años se vino abajo, ya ni se cuida. Claro vos vas y le preguntás y te dice todo que si, pero mira, a vos que te parece.”*

“Hablando en serio, acá te dicen que todas usan siempre y eso no es verdad. A vos te parece que estarían tantas chicas enganchadas si fuera verdad. eso?”

El discurso del autocuidado suena en muchos casos falso, pues no se contextualiza en los otros riesgos que deben sufrir, como el abuso policial, violencia física, asaltos, accidentes y otros. Cuando se habla del riesgo inmediatamente se enfocan en la cuestión VIH -Sida. Ni siquiera se reflejan otras ITS dentro de ese discurso. Suena más bien como una réplica en espejo a lo que quisiéramos escuchar. Como dicen en la calle: *“hacemos buena letra para que no nos compliquen, ya bastantes líos tenemos.”*

Relación con la policía

El patrullaje policial está incorporado al escenario de la noche. La relación entre el mundo de la legalidad y el orden, representado por los uniformados y el universo “transgresor” de los trabajadores sexuales es contradictoria y confusa.

Dentro del grupo trans las quejas de abuso de autoridad y prepotencia son las primeras en emerger y lo jalonan como un “leiv motiv”: *“Esta semana nos tienen podridas, todos los días lo mismo, vienen a las once, doce y empiezan a joder. Date cuenta que ta, tienen que hacer su trabajo pero no pueden estar jodiendo toda la noche. No te dejan trabajar., te piden la libreta,*

Pero a medida que avanza el relato y los trabajadores sexuales se adentran mas en el claroscuro de la relación surgen otras facetas, como corrupción, marginalidades compartidas

Los recursos para hacer frente al abuso, si bien poco eficaces, son conocidos: *"Decile a XXXX, que hay que ir y hablar con el comisario de la XXX porque ya se están pasando de vivos.. Yo no se si por ATRU se puede hacer algo o hablar con esta mujer de la comisión y decirle"*

La percepción de los límites también opera como un mecanismo de control frente al accionar de la policía: *" y yo les digo mil veces que no abusen, porque mirála a ella, así no puede estar en la callesta prácticamente en bolas, entonces ta yo entiendo, porque acá vive gente también. No podes andar así y después vienen y se quejan que los canas les rompen las pelotas pero ellas también pará un poquito que se pongan más decentes también, que ayuden un poquito vos me entendés lo que te digo, salís con un chiquilín de tu casa y ves esto pará un cacho"*

Manteniéndose en sintonía con lo descrito antes, en el grupo taxi - boys, la relación con la policía se desarrolla desde la individualidad. Es el sujeto contra la policía. Existe solo el singular: *"Yo estaba allá y de repente aparecieron dos pintas y me sacaron c y me corré todo y salí allá atrás. Después me dijeron que habían andado acá en la vuelta embromando a otro"*

La ausencia de una actitud corporativa frente al abuso, el desconocimiento de sus derechos y la falta una defensa proactiva conspiran para que la relación con la policía adquiera cierto equilibrio. Es una relación inestable. Desde su invisibilidad y frente al abuso, los taxi - boy no saben como, donde, o por que denunciar.

El VIH y el Sida

El tema VIH Sida es omnipresente, pero raramente se menciona. Las referencias, lejos de ser explicitas se hacen de forma velada. Las expresiones de uso popular: *"el bicho, la peste, enganchada"* son moneda corriente a la hora de invocar al virus o las consecuencias de la infección.

Ambos grupos muestran una actitud de conocimiento responsable y todo gira en torno al uso del preservativo pero las sesiones de consejería revelan una representación difusa y proteiforme de la enfermedad donde aflora el desconocimiento y el miedo: *"Pero entonces es verdad que te salen unas manchas por todo el cuerpo?" o: " Y si te infectás, cuanto tiempo...así.. andas bien. o sea que no se nota?, porque al final sos boleta no? Cuanto durás?"* y también: *" O sea, después de un tiempo te agarrás cualquier cosa, una gripe nomás te puede matar"*

No hay referencias concretas a la presencia de la epidemia dentro de los trabajadores sexuales ni como son afectados en forma desproporcionada por la epidemia. Un gran manto de silencio cubre cualquier referencia al VIH o al Sida y su presencia dentro de la comunidad de trabajador sexual.

Las referencias, escasas, son veladas y cómplices: *"La XXXX se fue hace unos días, andaba muy jodida, bueno encima que no se controla y no se cuida. Cada tanto se va para lo de los padres se recupera pero después vuelve y arranca de nuevo"*. El temor también se ejemplifica en la

demora en retirar resultados de pruebas de VIH realizadas tiempo atrás: ***“ Yo me lo hice hará unos tres meses, más o menos pero nunca me dio para ir a levantarlo, sabés que cagazomirá si me da positivo...que hago?”***

Dentro de la población de chicas trans hay una prevalencia elevada de la infección por VIH, sin embargo no hay menciones específicas a esto. En ningún momento existe una expresión de grupo que refiera al tema. Así como el uso de ***“ nosotras..”*** está presente en otros aspectos de la narrativa de las trans, al abordar el tema del VIH y Sida, el plural desaparece.

La relación con las ONGs, el MSP y otros agentes.

Existe una sola organización que trabaja con la población trans y se vincula con los taxi - boy solo por la vecindad territorial de algunas zonas de frontera, como el Parque Batlle o por algunas integrantes que pasan de un grupo al otro. El vínculo con los taxi - boy es débil comparado al que existe con las trans. Funciona como vínculo entre el mundo exterior, representado por el resto del equipo y el mundo de los trabajadores sexuales Su participación fue fundamental para el éxito del trabajo realizado: ***“ Y XXX donde está? Y tampoco vino XXXI? Entonces, bueno, dame condones.. que tampoco tenés condones. Entonces que hacen en la calle ustedes?”*** o ***“yo encantada de colaborar, por XXXX cualquier cosa, a mi me ayudo mucho, es una gran persona”***.

Fueron escasas las referencias a la organización ATRU en si, las referencias eran personales a XXXX o a XXXX. De cierta forma revela el liderazgo y a la vez la ausencia de una figura institucional arraigada.

La diferencia más notoria entre trans y taxi boy es la ausencia de un liderazgo que permita que estos últimos puedan nuclearse en torno a una figura y eventualmente organizarse.

Ante la pregunta de: ***“ Pero acá quien es el que manda, no tienen un jefe, un líder que ponga orden?”*** surgían miradas de incredulidad y una negativa sorprendida entre los taxi - boy.

Con las iniciativas de prevención o vigilancia epidemiológica, los sentimientos son encontrados. Las chicas trans son concientes que reciben un beneficio y son concientes de su importancia en los estudios epidemiológicos. También ensayan alguna reivindicación.: ***Porque no vienen más seguido? Miren que es muy importante eso que hacen. Hay mucha desinformación en la calle”***. ***“A nosotras nos usan cuando nos precisan vienen y después chau si te he visto no me acuerdo”***. ***“La gratificación no la quiero muchas gracias, dame los condones nomás, pero es re importante que vengan y estudien a las chicas den información. Y decime, después con esto que se va a hacer, lo van a publicar..?”***

Los taxi boy no exhibieron una conciencia de grupo y de la utilidad que el buen desarrollo del estudio podía retribuir. Eran frecuentes los intentos de engañar a los encuestadores para conseguir la bonificación o por temor a ser identificados. También eran reticentes a participar o a vincularse con el equipo por la misma razón: ***“Yo me lo quiero hacer.-Pero tú ya te lo hiciste. No, no, no, era mi hermano que es parecido. hacer voy a hacer la primera vez. – Me estas mintiendo ya te conozco la cara. –Bue si flaco me sacaste pero era por los 50 pesos o: “Y cual es tu fecha***

de nacimiento porque si no me das la fecha de nacimiento no puedo encontrar el autogenerado para entregar el resultado- Bueno no me acuerdo bueno en realidad yo te mentí porque puse cualquier fecha, me daba miedo que me identificaran. o "Yo a la camioneta no me subo o si me subo no me saco la bufanda. Ustedes nos están filmando ahí adentro tenes una cámara. Yo se flaco que nos están filmando.." Quedaba en la conciencia de los muchachos el recuerdo de una cámara sorpresa realizada por un programa periodístico que los expuso en la televisión nacional.

La entrega de resultados, los miedos y el futuro.

Uno de los desafíos más grandes fue completar la entrega de los resultados de los estudios serológicos. Existieron dificultades logísticas muy importantes para encontrar a las personas que se habían realizado la prueba. Algunos no estaban en esas horas, otros ya no venían a trabajar tan regularmente. La condición de confidencialidad, tanto en los registros de autogenerados como en la imposibilidad de una identificación positiva, como mostrar la cedula de identidad (C.I), agregaron complejidades y se debieron realizar permanentes chequeos de que el resultado de la prueba se entregó a la persona correspondiente *"No, ese resultado no es mío ya te dije. Es de mi hermano. Lo que pasa es que somos mellizos, o sea nacimos el mismo día y nos pusieron nombres que empiezan con las mismas letras, entonces los identificatorios de ustedes son iguales pero ese no es mi resultado. Te lo digo porque yo ese día me fui antes de la plaza porque mi esposa tuvo familia y fui al hospital en taxi y me fui antes de que me sacaran sangre. El que se quedo fue mi hermano, yo no estaba ese día.* En este caso, no había dos muestras procesadas con el mismo autogenerado pero bien pudo haber sido el caso si el trabajador sexual no se hubiera retirado antes de la plaza. Aun siendo un evento excepcional, vale la pena reflexionar sobre la validez de la utilización del autogenerado.

La realización de la consejería posterior a la prueba planteaba algunos dilemas pues como el equipo quedaba al costado de la camioneta cuando se realizaba la entrega del resultado, era fácil predecir que las consejerías que duraban más que otras se relacionaban con un tipo de resultados de la prueba y las que eran más cortas con otro. Esto presentó el potencial de vulnerar la confidencialidad del paciente. Si bien no hubo referencias al respecto, los integrantes del equipo podían inferir el resultado de la prueba observando el estado del trabajador sexual cuando descendía de la camioneta y la duración de la consejería.

En los casos de informes de resultados positivos, se utilizó gran parte de la consejería en tratar de vincular al trabajador sexual con un servicio de salud. Se presentaron fotos del Servicio de enfermedades Infectocontagiosas (SEIC), se entregaron repartidos con instrucciones como llegar, horarios de atención y demás. En algunos casos, por comunicaciones de colegas, existió un enganche con el servicio. Algunos trabajadores sexuales comenzaron a controlarse en el policlínico. Un detalle anecdótico es que a aquellos trabajadores sexuales a quienes se brindó un trato personalizado se presentaron en mayor número que aquellos a quienes simplemente se les brindó la información de que debían concurrir a la policlínica del SEIC en horario matutino, en ayunas y con documentación identificatoria: *"Bueno XXXX, yo hablé con la doctora XXXX y el jueves te estará esperando entre las 10 y las 12 AM para empezar a controlarte. Tenés que ir a el SEIC en ayunas y presentar la cedula a la funcionaria XXXX."*

Las chicas trans del primer grupo se acercaron al SEIC y según relata el personal de Admisiones, decían: *“Nos atendemos con el Dr. XXXX en la camioneta que anda de noche y ahora nos mando a ver a la Dra. XXXXX”* Es interesante observar como para ellas, el ingreso al sistema de salud se da cuando suben a la camioneta. Esa es una consideración importante, pues si bien siempre se fue claro con que se trataba de un trabajo de investigación y no asistencial, el hecho de realizar la prueba y las sesiones de consejería pueden favorecer la idea de una especie de consultorio móvil en el imaginario de los trabajadores sexuales

El futuro, en el caso de los taxis - boy no se proyecta al largo plazo. Es una actividad esporádica que se hace por un tiempo determinado y luego se suspende. Conseguir un buen trabajo, u otras oportunidades pueden ser las causas que alejen a los taxi - boy del parque: *“Estoy acá de paso, me está por salir un laburito en un taller cerca de mi casa, entonces si entro ahí ya no vengo más al parque.”*

“Deje de venir hace 6 meses, pero después mi mujer quedó embarazada y se precisa más guita y arranqué de nuevo. Vengo un par de noches nomás y me hago una extra. Si consigo algo fijo no vengo más.” Hay muy pocos que continúen con el trabajo sexual por períodos prolongados y se consideran profesionales del sexo: *“Ya casi no vengo al parque, pero los pibes que vienen pobres no entienden nada. Los tienen que agarrar y explicarles, no saben nada y son un penal. Hay que educar mucho con los condones y como cuidarse. A mi me da una pena ver esto. Mira de los que venían conmigo, el único que queda soy yo. Los demás se fueron todos todos. Pero yo soy re-prolijo, siempre con el condón, nunca me emborracho, en fin es un laburo mira que yo tengo una familia, señora una nena. No puedo andar regalado. Pero vos miras a estos pibes y te querés morir. Les sirve cualquiera. Yo ya tengo 30 años y si sigo es porque me cuido pero estos que tienen, 20, 23 a lo sumo y así no duran ni un par de años.”*

Otro contexto, tal vez más crítico, reflejado en las narrativas de taxi - boy preferentemente consistía en el consumo de pasta base y en la situación de calle: *“A mi me mata la pasta, no puedo dejar y eso que he tratado, me echan de mi casa, mi madre me echo también porque hacia cualquiera y ahora estoy acá. Vivo en la calle pero no aguanto más, no quiero seguir en esta. Vos me ayudás, me decís donde tengo que ir?”* *“Yo estoy en la calle vengo acá porque no tengo donde ir. La pasta me mata no aguanto más. Me dijeron de ir al Portal Amarillo pero llamé y piden un montón de cosas, yo cedula no tengo, entonces el otro día XXXX me prestó plata y me va a acompañar a sacar la cedula.”*

La consejería y la generación del espacio asistencial.

Así como las trans tienen la capacidad de transformar la calle y hacer de un lugar geográfico su espacio de trabajo, la presencia del equipo de salud transforma el lugar geográfico. Estas diferencias entre lugar y espacio se revelaron nítidamente al realizar la extracción de sangre para la prueba y la consejería. La camioneta furgón como lugar físico se cargaba de significado al impregnarse del olor a alcohol, a la vista de las jeringas, algodón, gasas, guantes de látex y tubos de extracción. Se daba una disociación entre el exterior que lucía exactamente igual y el interior que se transformaba en una suerte de consultorio.

Generar este espacio “asistencial” es absolutamente necesario para realizar la consejería. Hacerlo en un lugar atípico presentó desafíos y oportunidades. La dificultad de mantener la confidencialidad, las condiciones ergonómicas de trabajo de la enfermera extraccionista, la calidad de la iluminación y el riesgo inherente a sufrir un accidente mientras el vehículo se encontraba estacionado, fueron los principales desafíos enfrentados durante las noches de trabajo en la calle. Las oportunidades de acercar la atención sanitaria a una población con grandes dificultades de acceso al sistema de salud y brindar un espacio donde construir una relación de confianza mutua constituyeron las mayores oportunidades

Desde la captación del trabajador sexual masculino hasta la consejería posterior a la prueba, los diversos actores transitan esos espacios. Los pares que participaban en el trabajo salían al encuentro de los trabajadores sexuales y dialogaban lejos del furgón, luego los encuestadores realizaban las encuestas en la cercanía del furgón, y finalmente los TSM subían al furgón a realizarse la extracción y la consejería.

Por momentos se percibía que el furgón había generado un espacio externo al de los TSM, a pesar de estar metido en el epicentro de las zonas rojas de Montevideo. Esta capacidad del equipo de campo de generar el espacio asistencial puede convertirse en una herramienta polivalente a agregar al arsenal de recursos utilizados para prevenir nuevas infecciones por el VIH en contextos críticos.

Una vez generados los espacios, para la realizar la consejería resulto imprescindible ganar la confianza de los TSM.

En este proceso fue posible identificar cuatro etapas:

- Referencia de pares: EL primer vínculo con los TSM era establecido por los pares. Sin su presencia casi catalítica, la consejería posterior a la prueba difícilmente hubiera ocurrido.
- Demostrar competencia y conocimientos: los TSM exigían con sus preguntas y dudas genuinas que el médico y la enfermera demostraran competencia técnica *“pero entonces me lo hago hoy y cuando me lo hago de nuevo?” “ si me sale esto acá, que es? Puede ser un herpes o no? Y que me pongo, decime que voy a la farmacia y lo compro ya?, o “ estás segura que sabes sacar sangre bien, no me mientas ehh?” “ vos tenés cara que sabes pinchar... a ver si es verdad ”*
- Habilidad de comunicación: la confianza generada hasta este punto era sumamente endeble y podía desaparecer como por arte de magia si en los primeros minutos de la entrevista no se era capaz de establecer lazos más profundos. Resultó vital el uso de un lenguaje común que permitiera entender y ser entendido: *“No pasa nada con la confianza, yo confianza te tengo de lo que me decís pero te soy sincera no me hables difícil porque no te entiendo nada. A mí me pasa que a veces voy al medico y digo todo que si para no quedar como una burra pero la verdad no entiendo nada lo que me dijo a veces, así que hablame claro.”*
- Discriminación y estereotipos. Quien realiza la consejería debe estar muy atento a presentarse tal cual es, de frente y sin dobleces. Disimular actitudes que pueden

resultar discriminatorias puede resultar mucho más negativo que presentarlos tal cual los sentimos. Esto requiere un trabajo de introspección profunda y una elaboración ardua, pero la franqueza y sinceridad pagan buenos dividendos a la hora de cimentar la confianza de la relación. Los TSM, a fuerza de sufrirla, detectan muy fácilmente la discriminación. En caso de usuarios de drogas también el decir algo como: *“bueno macho, aguanta un cacho fumarte la pasta, porque después no te podemos hacer la entrevista y para la enfermera es imposible sacar la sangre, así que espera un minutito y ya te vas”*. O en casos de taxi boys que esperan a clientes: *“avisame si viene un viaje que igual seguimos después, nosotros somos muy conscientes que ustedes están laburando así que no tengas problema en avisarme y me hago humo”* Este tipo de actitudes muestran un sentimiento empático que allana el camino a ganarse la confianza del TSM. Si tratamos de disimular nuestra incomodidad, eso puede generar una suerte de pensamiento paranoico. Si habíamos logrado abrir una ventana de oportunidad en los puntos anteriores, fallar en este, puede cerrarla definitivamente.

Tal vez sea la lucha contra la discriminación la más peligrosa de todos los aspectos a cuidar en el trabajo de campo. Es capaz de permear todas nuestras actitudes y hacer cuerpo en la narrativa que empleamos.

Al inicio, con la reticencia impuesta por no conocernos, nos manejábamos con dificultad. Fue fundamental el aporte de los pares, para entrenarnos en estos dos últimos puntos. Consejos como: *“vos no le digas cosas difíciles, hablale claro y fácil que así no te entienden. No le digas penetración anal, decíle si los clientes no le piden a veces para hacerle la cola”* facilitaron mucho la tarea. Para los aspectos discriminatorios, jugar con ellos en forma reversa: *“Doctor, con esas botas, esas botas son de p... como te vas a poner eso!!! Pareces una loca.”* Otros juegos resultaron útiles a la hora de vencer ciertas resistencias, como elegir a la chica trans más atractiva de la noche: *“la que me encanta como es y como se viste es XXXX” “A vos te gusta esa flaca apestosa no puede ser que le ves, es un palo. Y bueno a mi me parece un bicho que quieres que te diga. Yo que se..”* con la consiguiente respuesta: *“ahh claro vos estas celosa jajaja”*.

Debe destacarse que la frontera entre apropiarse de un lenguaje común y el uso discriminatorio del lenguaje es una zona de riesgo. Hay zonas herméticas de uso exclusivo de quienes pertenecen al grupo. Entre las trans por ejemplo no era raro escuchar referencias que resultarían fuertemente discriminatorias en otro ámbito: *“Mira pobre p...lo que le paso”* o *“dejate de joder con el p...ese, que no venga mas. Solo sirve para traer líos.”*. Referencias y términos vedados para quienes no eran integrantes del grupo de chicas trans. Una sutil línea separaba a quienes ingresábamos a ese espacio como invitados y a quienes eran en cierta forma las dueñas de casa.

Recomendaciones para futuras intervenciones.

Ser aceptado por un grupo o individuo es extremadamente complejo. Depende del contexto, las percepciones y las prácticas entre mucho otros factores. En general, esta complejidad es dejada de

lado en los encares pragmáticos orientados a resultado. Muchas veces, especialmente en entornos críticos, el hecho de ser aceptado no es ruido de fondo. Por el contrario, constituye la condición primera que hace a todo el resto posible.

Este proceso de aceptación se da en dos espacios, el de los TSM y el asistencial. Ninguno de los dos es un mero decorado de una obra de teatro. Representan la expresión viva de la profesión, la pasión, los conflictos y contradicciones de los actores, tanto TSM como integrantes del equipo de trabajo.

Por tanto, el análisis de estos espacios no debe ser una consideración periférica en el diseño de estudios con poblaciones vulnerables. Se lo debe conocer como a un compañero de trabajo más.

Factores asociados a la infección por VIH en trabajadores sexuales masculinos de la ciudad de Montevideo.

Postgrado Epidemiología. Dr. Andrés Bálsamo. Asist de Medicina Preventiva y Social, Asist. Salud Pública EUTM. Facultad de Medicina. UDELAR

Resumen

Se realizó un estudio de casos y controles con el objetivo de estudiar factores asociados a la infección por VIH en un grupo de trabajadores sexuales masculinos en la ciudad de Montevideo.

Se utilizó como fuente secundaria los datos del "Estudio Serológico de Infecciones por VIH y encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas (CAPs) simultánea de la población de Trabajadores Sexuales Masculinos y Trans de Montevideo" 2008-09 llevada adelante en por el Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida/ Dirección General de la Salud/MSP; Asociación de Trans del Uruguay (ATRU) y la Facultad de Ciencias Sociales/ Universidad de la República del Uruguay (UDELAR). Se calculó la potencia del estudio basándose en parámetros establecidos estadísticamente y obtuvimos una potencia de 93% o dicho de otra existe un 7% de probabilidad de cometer un error beta.

La población de estudio estuvo representada por 286 trabajadores sexuales masculinos de Montevideo, utilizamos como criterio de inclusión al estudio disponer del resultado serológico de VIH.

Se seleccionaron 54 casos y 232 controles.

La media de la edad de los casos fue de 38 años; 10 años mayor que la media de edad de los controles.

Los Trabajadores sexuales masculinos con serología positiva llevan un promedio de 21 años ejerciendo la prostitución, 11 años más expuestos a ese factor que el grupo control.

Se observaron asociaciones significativas y el incremento de riesgo de infección por VIH con las siguientes variables: ejercicio de la prostitución en el extranjero, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, consumo de drogas en general

El riesgo de infección por VIH aumentó con el ejercicio del trabajo sexual en el extranjero (OR = 4,64; intervalo de confianza de 95%: 2,24 – 9,6), con el antecedente de otras ITS

ej.: verrugas genitales (OR = 5,64; intervalo de confianza de 95%: 1,75-18,38) y con el consumo de drogas intravenosas (OR = 34,40; intervalo de confianza de 95%: 4.10 –761,6).

Del total de los trabajadores sexuales encuestados menos del 40% se controlan en Policlínica de Profilaxis y el 11% corresponden a individuos con serología positiva. Es de destacar que un 8% de los trabajadores que no se controlan son VIH positivos.

Introducción:

La epidemia de VIH presenta a nivel mundial tres tipos de presentaciones: de bajo nivel, concentradas y generalizadas.

En una epidemia de bajo nivel, la propagación de la infección por el VIH no ha alcanzado niveles significativos en ninguna subpoblación, aunque pueda haber existido por muchos años

En términos numéricos, la prevalencia del VIH no excede de manera sistemática el 5% en ninguna subpoblación definida¹.

En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado de manera importante en una o más subpoblaciones pero no se ha arraigado en la población general. Este nivel de epidemia indica que existen redes activas de riesgo dentro de esas subpoblaciones.

El curso que seguirá la epidemia estará determinado por la frecuencia y la naturaleza de los lazos que existan entre las subpoblaciones con alto nivel de infección y la población general. En términos numéricos, la prevalencia del VIH es sistemáticamente superior al 5% en por lo menos una subpoblación determinada. La prevalencia del VIH en la población general se mantiene por debajo del 1%¹.

En una epidemia generalizada, el VIH se ha establecido sólidamente en la población general.

Si bien es posible que las subpoblaciones de alto riesgo continúen contribuyendo en forma desproporcionada a la propagación del VIH, las redes sexuales en la población general son suficientes para sostener la epidemia independientemente de las subpoblaciones expuestas a un mayor riesgo de infección. En términos numéricos, la prevalencia del VIH en población general esta por encima del 1%¹.

Marco Teórico

Los comportamientos que exponen a las personas a un riesgo mayor de infección por VIH incluyen elevadas tasas de relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales anales sin protección con parejas múltiples y la inyección de drogas con equipos y preparados compartidos².

En consecuencia, los grupos de población en los que se concentran estos tipos de comportamiento incluyen:

1. profesionales femininas del sexo (PFS);
2. usuarios de drogas inyectables (UDI); y
3. hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), incluye a los trabajadores sexuales masculinos(TSM)

Profesionales femeninas del sexo y sus clientes

Las profesionales del sexo (PFS) que, en función del incentivo económico, buscan mayor cantidad de parejas sexuales, constituyen una población crucial a la cual dirigir los programas de prevención del VIH. Además, su conexión con gran número de hombres pertenecientes a la población general actúa como puente para que el virus llegue a otras personas en posición de menor riesgo y, por lo tanto, hace que la prevención entre las PFS sea de enorme importancia. Las PFS pueden ser profesionales formales —que trabajan en establecimientos o en la calle—, o ser informales y no considerarse —ni ser fácilmente identificables como— profesionales del sexo. En este grupo pueden incluirse aquellas que se prostituyen e intercambian sexo por regalos, aranceles escolares o alimentos².

Consumidores de drogas inyectables

El uso de equipos de inyección contaminados es la forma más eficiente de contraer el VIH.

Si no se ponen en práctica actividades de prevención dirigidas a los CDI, la prevalencia del VIH puede elevarse con rapidez una vez que el virus ingresa en estas poblaciones.

La transmisión del VIH a través del empleo de equipos de inyección no estériles aumenta con la transmisión sexual entre UDI y entre UDI y sus parejas sexuales que usan drogas inyectables. El consumo de drogas inyectables se manifiesta como un comportamiento especialmente significativo al que deben dirigirse las intervenciones para prevenir, mediante la reducción de las prácticas de inyección peligrosas, la rápida propagación del virus dentro de esa población y a sus parejas sexuales³.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

No obstante, se han realizado numerosos estudios en países de ingresos bajos y medios, que demostraron que la carga de infección del VIH en los HSH es cada vez más clara. El sexo entre hombres es primordial en la epidemia del VIH en casi todos los países latinoamericanos, aunque también tiene importantes repercusiones en otras regiones. En Bangkok, por ejemplo, el nivel de infección del VIH detectado en hombres que tienen sexo con hombres es del 28%; en Phnom Penh, del 15%; en Bombay del 17%. En varios países de África, se observaron índices elevados de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres, como Kenia o Senegal.

A nivel mundial, la transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres representa entre el 5% y 10% de todas las infecciones de VIH⁴.

La investigación ha demostrado que las relaciones sexuales anales sin protección son mucho más peligrosas por acto sexual que el coito vaginal sin protección. Dado que muchos HSH lo hacen vía anal y con frecuencia tienen múltiples parejas sexuales, la transmisión sexual entre varones constituye un tema de mucha importancia para la prevención del VIH. Según la cultura y el contexto, es posible que existan muchos subgrupos diferentes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se incluyan en esta categoría de comportamiento independientemente de su orientación sexual (homo, bi o heterosexual)⁴.

Esta categoría de riesgo debido al comportamiento incluye también a los varones que venden sexo a otros varones Trabajadores Sexuales Masculino (TSM)

Si bien algunos TSM venden sexo a mujeres, el comportamiento que implica mayor riesgo de transmisión del VIH es el coito anal con otros varones⁵.

El riesgo entre estos grupos se superpone y muchas personas pueden estar asumiendo múltiples comportamientos peligrosos, por ejemplo, muchos TSM son también UDI y, posiblemente, vendan sexo a cambio de drogas. Del mismo modo, es posible que los UDI compren o vendan sexo a cambio de drogas. Esta superposición de comportamientos de riesgo debe ser tenida en cuenta al planificar y elaborar los informes sobre los esfuerzos de Vigilancia de esta Epidemia².

Los trabajadores sexuales trabajan en diversos entornos, desde glamurosos

burdeles y salones de masajes hasta la calle, saunas, automóviles, cines, bares, hoteles y domicilios particulares. Cada ubicación conlleva su propio nivel de riesgo y también de vulnerabilidad en lo que se refiere al estigma, a la discriminación y al potencial de violencia. También implica el peligro evidente de contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual⁵

En muchos países y regiones, una cantidad importante de contagios de VIH se produce durante las relaciones sexuales comerciales y se ha advertido una prevalencia de VIH relativamente alta entre los trabajadores sexuales y sus clientes. En China, por ejemplo, se calcula que los trabajadores sexuales y sus clientes comprenden casi un 20% de la cantidad total de personas que viven con el VIH. Un estudio realizado en San Petersburgo, Rusia, advirtió que el 33% de los trabajadores sexuales menores de 19 años eran VIH-positivos⁵.

En las principales áreas urbanas de África subsahariana, diversos estudios registraron infecciones de VIH entre las trabajadoras sexuales en niveles que alcanzan hasta el 73% en Etiopía².

Este fenómeno de “invisibilidad” a los ojos de la sociedad de las poblaciones de riesgo hace difícil también el abordaje de las mismas para las investigaciones y por ende a las intervenciones.

Factores Protectores

ONUSIDA en su trabajo sobre “Trabajo sexual y VIH publicado en el 2003”, describe algunos factores parecen aumentar la vulnerabilidad de los profesionales del sexo a la infección por el VIH, y aquellos factores que estar presentes reducen significativamente el número de infecciones sexuales, entre ellos describen a:

- Programas de promoción y prevención del VIH/SIDA enfatizando el comportamiento sexual seguro entre los profesionales del sexo, sus clientes y sus parejas sexuales
- Servicios de salud específicos para este grupo y atención de las ITS

Factores de Riesgo

Muchas personas ingresan en el trabajo sexual por motivos económicos; otras eligen libremente el trabajo sexual como una ocupación.

Existen factores que aumentan la vulnerabilidad de los profesionales del sexo a la infección por el VIH son a menudo los mismos factores que hacen que un individuo ingrese en el trabajo sexual entre ellos destacan la:

- La pobreza y las oportunidades económicas limitadas
- La estigmatización y la marginación
- El acceso limitado a los servicios de salud, sociales y jurídicos
- El acceso limitado a la información y los medios de prevención
- La explotación sexual y el tráfico de personas
- La legislación y las políticas perjudiciales, o la falta de legislación y políticas protectoras.
- La exposición a riesgos asociados a estilos de vida (por ej.: violencia, consumo de sustancias, movilidad)

También es importante conocer el auge que ha tenido el turismo sexual en los últimos tiempos podría ser un factor vinculado a la movilización de los trabajadores sexuales a estos lugares donde desempeñaran el sexo comercial de una manera “informal”. Esta informalidad aumenta aún más la vulnerabilidad de los mismos.

Muchos veces en estos lugares el trabajador sexual ejerce la prostitución en la calle y normalmente encuentran a sus clientes independientemente.

En estos entornos, es menos probable que los profesionales del sexo soliciten servicios sanitarios y es más probable que realicen sus actividades de forma clandestina

En el contexto del trabajo sexual, los factores importantes correlacionados con la epidemia de VIH son: el número diario de clientes, la frecuencia de las relaciones sexuales, la tasa de uso habitual del preservativo, el historial y los niveles actuales de otras ITS, y el consumo de drogas intravenosas o la violencia.

En algunos países de Oriente Medio – está prohibido tener relaciones sexuales a cambio de dinero y está considerado ilegal y punible.

Ante leyes y políticas opresivas, es probable que el trabajo sexual sea cada vez más clandestino, y sea casi imposible poner en marcha actividades de atención y prevención de las ITS y el VIH/SIDA.

La falta de acceso a los servicios de salud, sociales y jurídicos limita las opciones de los profesionales del sexo con miras a cuidar su salud, protegerse del VIH y las ITS y obtener la asistencia que ellos o sus familias pueden necesitar para abordar aspectos sociales o jurídicos.

Los Factores asociados al estilo de vida también pueden incrementar el riesgo de los profesionales del sexo y sus clientes de contraer la infección por el VIH.

El entorno del trabajo sexual a menudo incluye el consumo de alcohol y, en algunas regiones, el consumo de drogas. Se ha demostrado que el consumo de alcohol se asocia con un aumento de las ITS, probablemente debido a un uso incorrecto de los preservativos o a su falta de uso

La violencia sexual, por parte de los clientes, a menudo causan el desgarre de las membranas mucosas sensibles, con lo que se aumenta la posibilidad de transmisión del VIH.

España tiene la tasa de infección por el VIH más elevada de Europa entre profesionales del sexo, según los estudios debido al consumo de drogas intravenosas. Estudios realizados en Buenos Aires (Argentina), Rio de Janeiro

(Brasil) y el Canadá ponen de manifiesto que un tercio o más de los consumidores de drogas intravenosas han cambiado al menos una vez relaciones sexuales por drogas.

El aumento de la movilidad ha desempeñado un papel fundamental en la propagación del VIH en todo el mundo. Tanto los profesionales del sexo como sus clientes (por ej., conductores de camión, vendedores) pueden ser migrantes económicos que viajan como un componente laboral o en busca de trabajo. Los clientes también pueden viajar como turistas o puede tratarse de ejércitos en movimiento. Esta movilidad dificulta un trabajo de prevención eficaz y sostenible e incrementa el riesgo de infección por el VIH para los profesionales del sexo.

Los profesionales del sexo pueden viajar por múltiples razones

Esta movilidad representa una las barreras de abordaje tanto en el momento de las investigaciones como en el momento de ejecutar las acciones.

Desde el punto de vista de las investigaciones, estimar el tamaño de una población, en particular si se trata de una población oculta, resulta difícil al equipo de trabajo. No obstante, existen métodos para la estimación del tamaño que pueden ofrecer una estimación razonable y que puede utilizarse para la planificación y evaluación de programas⁶.

Entre los métodos mas utilizados tenemos:

- censo
- multiplicador
- encuestas poblacionales
- captura-recaptura

Para entender mejor las tendencias en la prevalencia del VIH, el ONUSIDA y sus asociados impulsan una vigilancia de segunda generación en la que los datos sobre el comportamiento se integran en los sistemas de serovigilancia

Los sistemas de vigilancia de segunda generación también se centran más puntualmente en aquellos segmentos de la población donde ocurren nuevas infecciones, por ejemplo, las poblaciones de mayor riesgo⁷.

Los datos biológicos y comportamentales pueden recopilarse en la misma población pero a través de ejercicios separados de recopilación o pueden combinarse en una única actividad de recopilación de datos.

Los sistemas integrados de vigilancia biológica y comportamental son encuestas comportamentales que incluyen también pruebas del VIH ambos datos se recogen en forma concurrente⁷.

VIH en el Uruguay

Uruguay presenta una epidemia de VIH de tipo concentrada en grupos vulnerables, el sexo masculino es el más afectado, y la transmisión sexual es la responsable del 68% de los casos.

El 65% de los casos de VIH notificados al departamento de DEVISA-MSP son casos del sexo masculino, y ocupa el cuarto lugar en las de causas de muerte en la población masculina entre 15 y 29 años ¹⁰.

Como se mencionó anteriormente en el 2008 se realizó un estudio Serológico de VIH y una encuesta CAPs simultanea en una población de 286 trabajadores sexuales masculinos (TSM) en Montevideo que evidenció una prevalencia de VIH de 19,3%.

En nuestro país durante los meses de agosto del 2006 a febrero del 2007 el Programa Prioritario de ITS / SIDA del Ministerio de Salud Pública junto con la Asociación de Travestís del Uruguay (ATRU) y con el apoyo de OPS / OMS ha realizado un mapeo de la distribución geográfica y censo de los Trabajadores Sexuales Masculinos ejerciendo en calle en el departamento de Montevideo (relevando unos 1721 Trabajadores Sexuales Masculinos)⁸.

En el 2008 en el marco del convenio entre Pro-fundación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y el Ministerio de Salud Pública se realizó un estudio Serológico de VIH y una encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas (CAPs) simultanea en una población de 286 trabajadores sexuales masculinos (TSM) en Montevideo, calculándose una prevalencia de VIH de 19,3% ¹⁵.

Según el estudio realizado en el 2008 por el departamento de vigilancia en salud (DEVISA) y el Programa Prioritario de ITS SIDA (PPITS-SIDA), la prevalencia en población general en nuestro país es de 0,42%⁹.

Este estudio muestra que 49 de los TSM ejercieron la prostitución en el extranjero, de los cuales 21 tuvieron serología positiva para VIH⁸.

La comunidad debe conocer estos grupos vulnerables expuestas a un mayor riesgo, y solo así se podrán aumentar las estrategias de prevención, el tratamiento, atención y el apoyo en materia de VIH a los TSM.

El objetivo de este estudio es conocer características epidemiológicas y comportamientos asociados a la infección por VIH en los Trabajadores Sexuales Masculinos de Montevideo

Material y Métodos

Tipo de estudio: es un estudio Observacional Analítico de Casos y Controles

Población de estudio: se estudiaron 286 hombres entre 18 y 65 años que practicaron sexo comercial en diferentes zonas de la ciudad de Montevideo durante el año 2008 seleccionados por la técnica "bola de nieve".

Definición de caso: Todo trabajador sexual masculino entre 18 y 65 años procedentes de Montevideo en el año 2008 que luego del estudio Serológico de VIH y la encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas, resultó tener una serología positiva.

Criterios de inclusión casos:

Hombres que practiquen sexo comercial en la ciudad de Montevideo

Edad comprendida entre los 18 y 65 años

Disponer de los resultado de dos test de Elisa positivos y el Western Blott confirmatorio

Definición de controles: Todo trabajador sexual masculino entre 18 y 65 años procedentes de Montevideo en el año 2008 que luego del estudio Serológico de VIH y la encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas, resultó tener una serología negativa.

Criterios de inclusión de los controles:

Hombres que practiquen sexo comercial en la ciudad de Montevideo

Edad comprendida entre los 18 y 65 años

Disponer del test de Elisa negativo

Criterios de exclusión

Como los datos son obtenidos de una base secundaria, el único criterio de inclusión para el análisis es que no contar con el resultado de la serología desde el Laboratorio de Salud Publica.

Procedencia de los casos y controles: Zonas de Montevideo que según el censo del 2006-2007 concentran la mayor cantidad de trabajadores sexuales masculino

ZONA –CALLES TRABAJO SEXUAL MASCULINOZona 1A) 8 de Octubre y Larravide hasta Cno Maldonado y Libia continuaciónB) Prado y Agraciada, Carlos M^a Ramírez hasta LafoneZona 2A) Zona Parque Batlle, Bvar Artigas hasta Edificio LibertadB) Zona Avda. Garzón hasta Plaza Colón 1^aZona 3A) Zona Segunda Plaza Colón hasta Puente a PazB) Zona Gral. Flores desde Palacio Legislativo hasta Bvar PropiosC) Zona 4A) Avda. Propios y Gral. Flores hasta BelloniB) Avda. Propios desde Garzón cruzando hasta Sayago hasta Gral. FloresZona 5A) Zona Bvar Artigas desde Edificio Libertad hasta UruguayanaB) Zona desde Pque. Batlle hasta Punta Carretas y Pque RodóZona 6A) Avda. Italia y Bulevar Artigas, toda Avda. Italia hasta Hipólito IrigoyenB) Zona Hipólito Irigoyen hasta Puente las Américas

En este caso particular donde partimos de una base secundaria lo que debemos calcular es el poder estadístico.

Generalmente, se suele trabajar con un poder en torno al 80% o al 90%.

Como las condiciones en las que se llevan a cabo una investigación son diferentes de las planificadas, y a la vista de hallazgos no significativos, se recomienda evaluar de nuevo a posteriori su potencia con el fin de discernir si el estudio carece del poder necesario para detectar una diferencia relevante o bien si realmente puede no existir tal diferencia.

Para el cálculo de la potencia de un estudio de casos y controles utilizamos la siguiente fórmula:

Nuestro estudio tiene una potencia del 93%, lo que significa que tenemos 7% de posibilidades de cometer un error Beta.

Método de muestreo

Como ya mencionamos anteriormente en este estudio C y C no se utilizaron técnicas de muestreo, fue analizada toda la base de datos del estudio Serológico de VIH y la encuesta CAPs, brindada por el PPITS-SIDA.

Definición del FACTOR DE RIESGO (exposición)

El factor de riesgo en estudio es: el ejercicio de la prostitución en el extranjero

Definición: Haber practicado el sexo comercial fuera de los límites geográficos de la República Oriental del Uruguay.

Variables de estudio

Se seleccionaron algunas variables de relevancia epidemiológica, como edad, edad de inicio en el trabajo sexual, años de ejercicio de la prostitución, nivel educativo, antecedentes de ejercicio de la prostitución en el extranjero, antecedentes de ITS, antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas, uso de condón en relaciones sexuales, control en las policlínicas de profilaxis y la tenencia de libreta medica

Resultados

Los datos fueron analizados en los programas estadísticos SPSS 11.5 y Epi-info 3.5.1

Se incluyeron 286 TSM, del total de la muestra, 54 TSM tuvieron serología positiva para VIH y 232 tuvieron resultado serológico negativo.

Continuando con los resultados, vemos las características demográficas y las proporciones de pacientes con las variables seleccionadas en la tabla 1

La media de edad fue de 38 años para el grupo de casos y de 28 años para el grupo de controles.

Vemos una media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16 años en el grupo de TSM infectados y de 18 en el grupo control

Al analizar la cantidad de años en el ejercicio del sexo comercial, el grupo de casos presento promedialmente 11 años más expuestos al riesgo del trabajo sexual que nuestro grupo control.

El 67% de los casos y el 85% culminaron estudios de primaria.

La zona de Montevideo donde se registraron mas numero de TSM con serología positiva fue la zona 4 comprendida en Avda. José Batlle y Ordoñez y Gral. Flores hasta Belloni; y Propios y Garzón hasta Gral. Flores

El análisis específico de los 286 trabajadores sexuales constató una asociación significativa de algunos factores con la presencia de la infección por VIH entre ellos: el ejercicio de la prostitución en el extranjero (OR = 4,64; IC del 95%, 2.24-9.61), Antecedente de Gonorrea (OR = 2,44; IC del 95%, 1.05-5.59), el antecedente de úlceras anales (OR=9.78, IC. Del 95% 2.53-40.59).

El uso de condón fue una variable que presentó asociación estadística negativa con la presencia de enfermedad, fenómeno que será analizado en la discusión.

Cuando analizamos las drogas intravenosas vemos que la exposición en TSM UDI aumenta 34 veces el riesgo de infección por VIH

Vemos un riesgo 2.8 veces más en los TSM cocainómanos. Por tanto podemos afirmar que la exposición al consumo de drogas está fuertemente asociado a la infección por VIH.

La situación de calle es una variable que estuvo presente en el 26% del grupo control y en el 6% de los TSM con serología positiva

En relación al control en los servicios de salud, un 63% de los trabajadores sexuales refieren no controlarse, de ellos un 8% presentaron serología positiva para VIH.

Un 78% de los trabajadores que participaron del estudio no poseen libreta médica

Tablas y Graficos

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS DIFERENTES EXPOSICIONES EN CASOS Y CONTROLES.

EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL EN EXTRANJERO	CASOS (VIH +)	CONTROLES(VIH -)	
Si	21	28	OR: 4,64 (2,24-9,61) Confianza 95%
No	33	204	
Antecedente de ITS (gonorrea)	CASOS	CONTROLES	
Si	12	24	OR: 2,44 (1,05-5,59) Confianza 95%
No	42	205	
Antecedente de ITS (verrugas en el pene)	CASOS	CONTROLES	
Si	8	7	OR: 5,64 (1,75-18,38) Confianza 95%
No	45	222	
Antecedente de ITS (ulceras en el ano)	CASOS	CONTROLES	
Si	8	4	OR: 9,78 (2,53-40,59) Confianza 95%
No	46	225	

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS DIFERENTES EXPOSICIONES EN CASOS Y CONTROLES

ANTECEDENTE DE ITS (VERRUGAS EN EL ANO)	CASOS	CONTROLES	
Si	9	10	OR: 4,40 (1,54-12,57) Confianza 95%
No	45	220	
Uso de condón en relaciones sexuales comerciales	CASOS	CONTROLES	
Si	42	197	OR: 0,67 (0,30-1,55) Confianza 95%
No	11	35	
Uso de condón en relaciones sexuales no comerciales	CASOS	CONTROLES	
Si	29	100	OR: 1,40 (0,74-2,66) Confianza 95%
No	25	121	
Consumo de alcohol mas de 3 veces por semana	CASOS	CONTROLES	
Si	30	99	OR: 1,54 (0,71-3,38) Confianza 95%
No	13	66	
Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI)	CASOS	CONTROLES	
Si	7	1	OR: 34,40 (4,10-761,6) Confianza 95%
No	47	231	
Consumo de Cocaína	CASOS	CONTROLES	
Si	21	43	OR: 2,8 (1,41-5,56) Confianza 95%
No	33	189	
Consumo de Anfetaminas	CASOS	CONTROLES	
Si	6	2	OR: 14,38(2,52-106,53) Confianza 95%
No	48	230	

CONTROL EN POLICLÍNICA DE PROFILAXIS	CASOS	CONTROLES
Si	11%	26%
No	8%	55%

Poseen libreta Medica	CASOS	CONTROLES
Si	5%	17%
No	13%	65%

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES SEXUALES MASCULINOS CON SEROLOGÍA POSITIVA DE VIH SEGÚN EDAD.

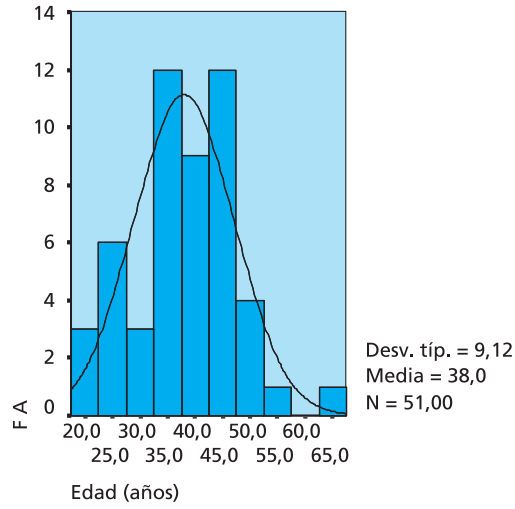


GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES SEXUALES MASCULINOS CON SEROLOGÍA NEGATIVA DE VIH SEGÚN EDAD.

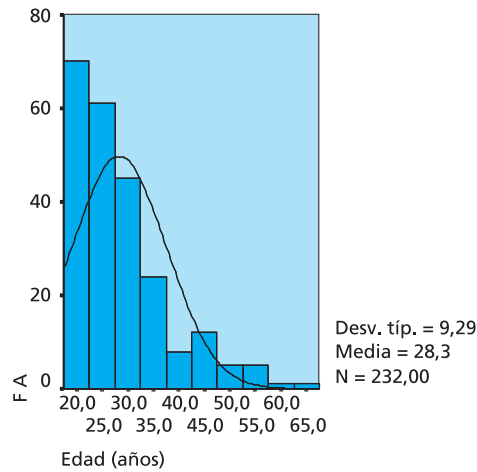


GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO EN EL SEXO COMERCIAL EN LA POBLACIÓN DE TSM CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA VIH

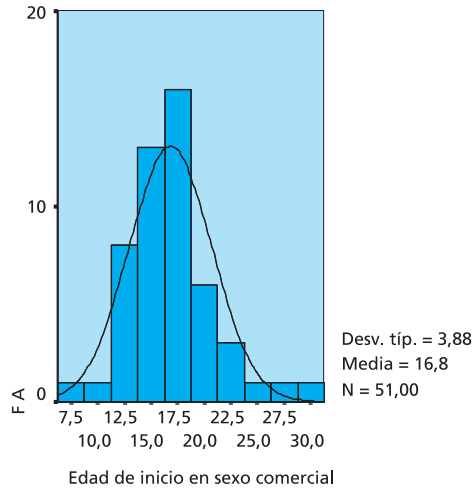


GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO EN EL SEXO COMERCIAL EN LA POBLACIÓN DE TSM CON SEROLOGÍA NEGATIVA PARA VIH

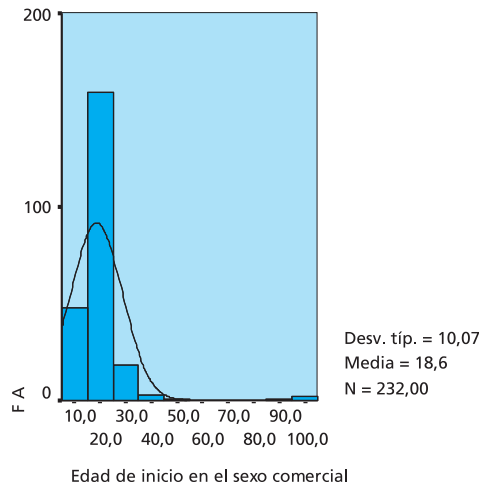


GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS DE EJERCICIO DEL SEXO COMERCIAL EN LA POBLACIÓN DE TSM CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA VIH

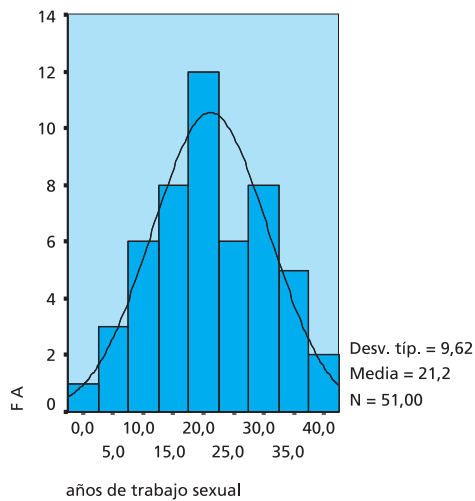


GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS DE EJERCICIO DEL SEXO COMERCIAL EN LA POBLACIÓN DE TSM CON SEROLOGÍA NEGATIVO PARA VIH

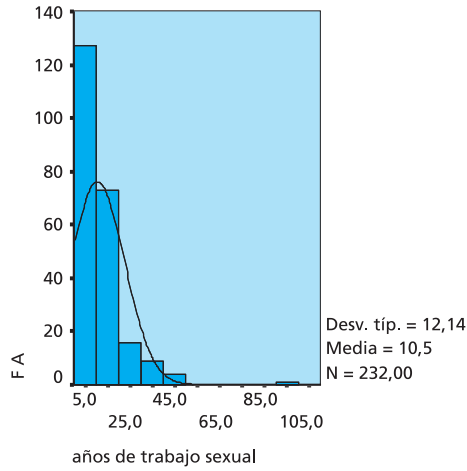


GRAFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS TSM VIH POSITIVOS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

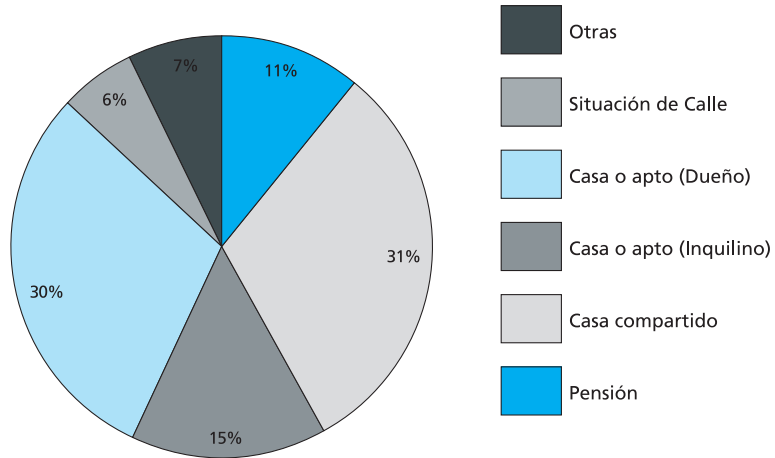


GRAFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS TSM VIH NEGATIVOS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.

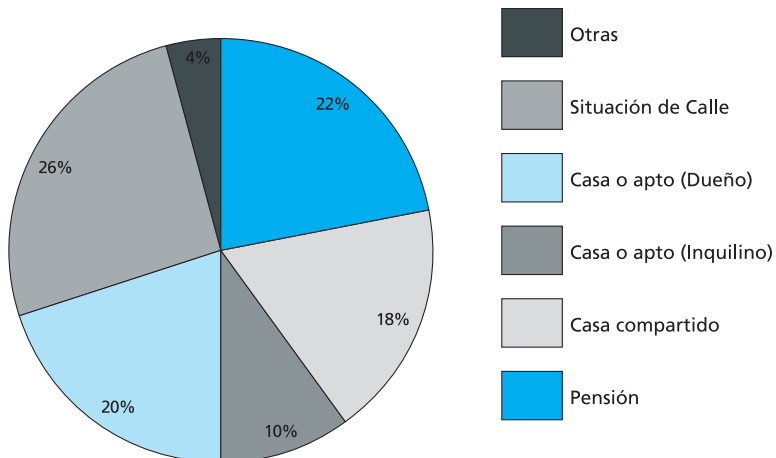


GRAFICO 9. DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO EN LOS TSM VIH CON SEROLOGÍA POSITIVA

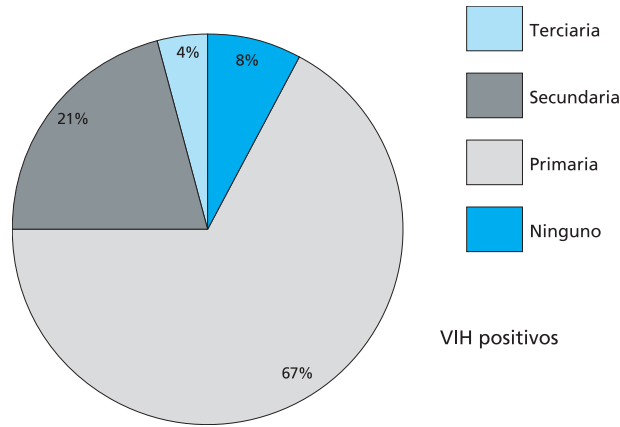
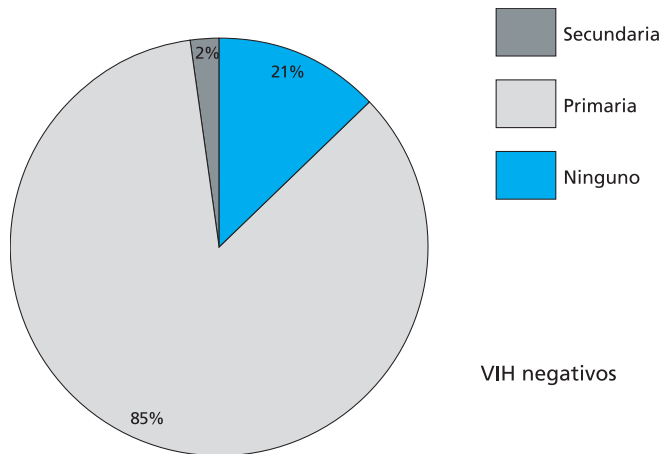


GRAFICO 10. DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO EN LOS TSM VIH CON SEROLOGÍA NEGATIVA



Discusión

En este estudio en particular donde partimos de una base secundaria se calculó es el poder estadístico ya que las condiciones en las que se lleva a cabo una investigación son diferentes de las que se habían previsto en un principio por tanto, y a la vista de hallazgos no significativos, se evaluó la potencia con el fin de discernir si el estudio carece del poder necesario para detectar una diferencia relevante o bien si realmente puede no existir tal diferencia. La potencia de nuestro de del 93% o sea tenemos un 7% de posibilidades de cometer un error beta (afirmar que un factor no esta asociado al daño cuando no lo esta).

Los trabajadores sexuales con serología positiva presentan una media de edad 10 años mayor que el grupo control, además tienen una media de exposición al sexo comercial 11 años más que el grupo testigo.

Es importante destacar la exposición en el tiempo como un determinante que se presenta mas frecuentemente en el grupo VIH positivo

Otro fenómeno importante es el elevado porcentaje de trabajadores sexuales en situación de calle lo que los vuelve un grupo más vulnerable a la violencia, al consumo de estupefacientes, todos ellos asociados a la infección por VIH.

Dentro de los factores fuertemente asociados a la infección por VIH se destacan el ejercicio de la prostitución en el extranjero con un OR = 4,64, lo que implica que el trabajado sexual en el extranjero aumenta el riesgo de infección 4.64 veces, seguramente ligados a factores como la violencia, la informalidad y el no acceso a programas de promoción y control, así como el no acceso a los servicios de salud.

Los trabajadores sexuales deberían recibir información acerca del aumento del riesgo que se exponen cuando deciden practicar la prostitucion en el extranjero, existen variables no estudiadas pero que seguramente están íntimamente.

También se encontró asociación con el antecedente de ITS como gonorrea, úlceras genitales, que además de compartir la vía de transmisión sexual como puerta de entrada, aumentan la transmisibilidad del VIH por un fenómeno fisiopatológicos local atrayendo a las células de la respuesta inflamatoria.

La paradoja de la asociación del uso de condón y el control en la policlínica de ITS con la infección por VIH puede ser explicada, por el sesgo de causalidad reversa, propio de este tipo de estudios; esto implicaría que los TSM infectados utilizan más el método de barrera y tienen mas controles en las policlínicas de ITS.

La causalidad reversa ocurre cuando el efecto final en este caso la enfermedad causa una mayor exposición del factor en estudio, se podría interpretar como que el uso de preservativo esta asociado a la presencia de la enfermedad. Pero destacamos esta limitante como un sesgo presente en este tipo de estudio.

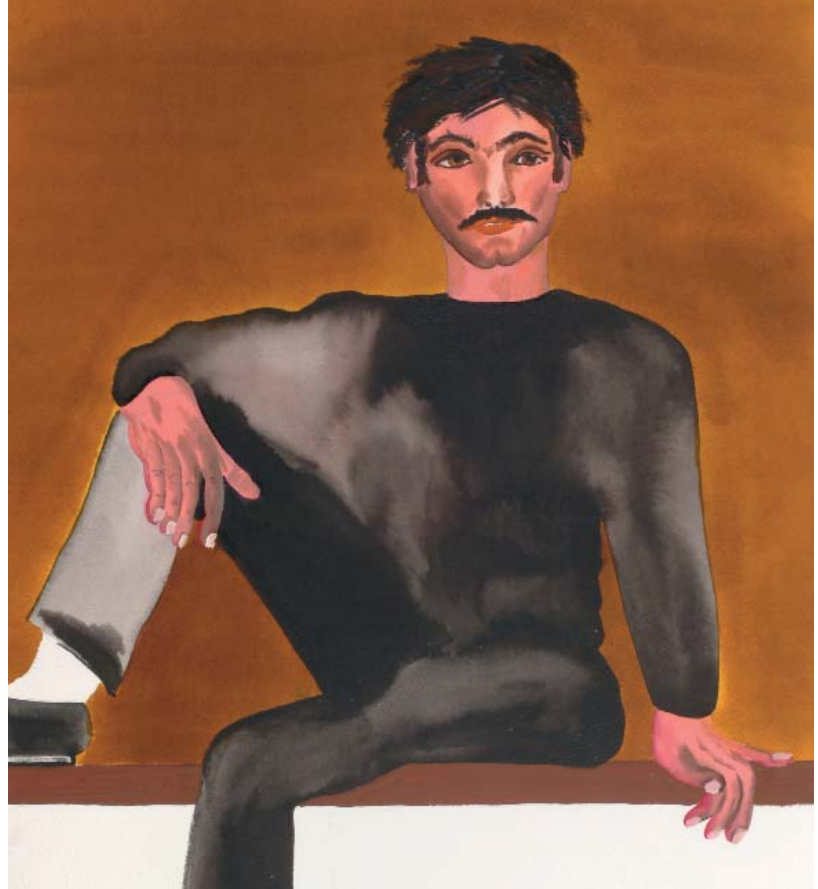
Referencias bibliográficas

1. ONUSIDA. Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Ginebra. Suiza. 2008
2. FNUAP/ONUSIDA. Informe de la Consulta Técnica Mundial sobre VIH y trabajo sexual", Río de Janeiro, Brasil. Año 2006.
3. Osimani ML, Vázquez R, Chiparelli H. Seroprevalencia para los virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C en usuarios de drogas inyectables en el año 2003. Revista Médica del Uruguay. Vol.21. Montevideo. Uruguay. Año 2005
4. Villaamil F, Jociles M, Lor F. La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención. Documentos Técnicos de Salud Pública. 2006
5. ONUSIDA. Trabajo sexual y VIH/SIDA (actualización técnica del ONUSIDA). Ginebra. Suiza. 2002
6. ONUSIDA. Medidas para dar respuesta al VIH y al SIDA. Manual para parlamentarios. 2007
7. ONUSIDA. Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH. Ginebra. Suiza.2007

8. Estudio Serológico de VIH y encuesta de Comportamientos Actitudes y Prácticas en una población de trabajadores sexuales masculinos en Montevideo. Facultad de Ciencias Sociales UDELAR. PPITS-SIDA. MSP. 2008
9. Informe epidemiológico VIH/SIDA. PPITS-SIDA. DEvisa. MSP. Año 2008.
10. http://www.msp.gub.uy/estadisticas_vitales/informe_mortalidad_general_2007_causa_de_muerte.(Consultada el día 15-08-2009)

Bibliografía consultada

- Cordeiro N, Taroco R. Retrovirus. Temas de bacteriología y virología. Oficina del Libro. FEFMUR. Montevideo. 2006
- www.umbi.umd.edu. University System of Maryland
- Ruchansky D, Casado C, Russi JC, Arbiza JR, Lopez-Galindez C., Identification of a new HIV Type 1 circulating recombinant form (CRF38_BF1) in Uruguay. AIDS Res Hum Retroviruses. 2009. Mar; 25 (3):351-6.)
- García-Vallejo F, Domínguez M. La genotipificación y fenotipificación de la resistencia del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) a los fármacos antirretrovirales. Revista Medica de Colombia Vol. 34: 143-154. Colombia. 2003
- ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Ginebra.
- Disponible en http://www.unaids.org/en/HIV_data/2008
- Bermúdez M. Álvarez I, Situación actual del VIH/SIDA en Europa: Análisis de las diferencias entre países. International Journal of Clinical Health Psychology. Vol3. Pag 89-106. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. Año 2003
- Paulo Laura. Investigación Social. Departamento de Trabajo Social. Fac.de Ciencias Sociales. UDELAR. Año 2005.
- Muñoz D. Trujillo L. Gotuzzo E. Practicas sexuales de riesgo para la transmisión VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en varones clientes de prostíbulos en el Callao. Revista Medica Herediana. Perú. Año 1997.
- Rossi, Sáenz y Vargas. Cuentas Nacionales VIH/SIDA. Fundación Mexicana para la Salud FUNSALUD. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe SIDALAC. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2002.
- http://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles. (Consultada el día 15-08-2009)



Estudio serológico y comportamental de hombres que tienen sexo con hombres (HSHs)

Equipo de investigación

Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR

Investigador responsable: Soc. Carlos Muñoz

Asistente estadística: Soc. Cecilia Chouhy

Encuestadores

Soc. Cristian Maneiro

Sr. Damián Arboleda

Extraccionista

Aux. Enf. Gabriela García

Dra. Verónica Cosme

ONG CIEI-SU: en toda la investigación.

ONG Ovejas Negras: únicamente al inicio de la investigación.

PROGRAMA PRIORITARIO DE INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA – Dirección
General de la Salud – Ministerio de Salud Pública.

Soc. María Luz Osimani

Directora

Dra. Jahel Vidal

Adjunta Dirección

Tecn. Esp. Zobeida Falco

1. Descripción de la muestra

Completamos una muestra de 309 hombres que tienen sexo con hombres (HSHs) entre 18 y 65 años. El reclutamiento de los participantes para la encuesta y para el test de VIH se realizó principalmente en calle entre el 17 de mayo y el 31 de octubre del 2008, en las puertas de varias discotecas y pubs (Caín Dance, Alexander, Chueca, Ibiza e Il Tempo). Se hizo una convocatoria amplia para participar del estudio a diversas organizaciones que trabajan con HSHs, pero finalmente para realizar los contactos contamos mayormente con el apoyo del *Centro de Investigación y Estudios Interdisciplinarios en Sexualidad del Uruguay* (CIEI-SU) y en tres salidas de campo también del colectivo *Ovejas Negras*.

Un primer límite que debemos mencionar es que se trata de una muestra intencional o de conveniencia. Mientras el ideal para diseñar una muestra representativa es el muestreo al azar (cuando todos los integrantes de una población tienen iguales probabilidades de ser seleccionados), las muestras de conveniencia son aquellas tomadas de un segmento de la población al que se tiene acceso. Hacer la encuesta en un lugar determinado tiende a seleccionar características del segmento de la población que está en ese lugar: si se busca una muestra en un shopping habrá gente de un nivel de más alto poder adquisitivo, etc. El muestreo estadístico es a menudo posible en la investigación social, pero prácticamente nunca lo es en el estudio de gays. Los problemas para diseñar muestras al azar en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres han sido ampliamente comentados (Carter, 2006; Xia et al., 2006). Los estudios que examinan la prevalencia de VIH, así como el comportamiento sexual entre hombres que tienen sexo con hombres, han estado basados en gran medida en muestras de conveniencia y, por tanto, podrían no ser representativos de aquellos que, aunque tienen prácticas homosexuales, no se consideran gays o bisexuales.

Aún así, las muestras de conveniencia pueden proveer información útil, especialmente en estudios piloto sobre poblaciones poco conocidas. Para evaluar la significación de los hallazgos debemos evaluar en qué sentidos nuestra muestra difiere de una tomada al azar, en particular reflexionar acerca de quiénes pueden quedar fuera de la muestra o subrepresentados.

1.1 Algunas definiciones operacionales: gays, homosexuales, bisexuales y HSHs

En un sentido general, llamamos HSH a cualquier hombre que tenga sexo con hombres, independientemente de si se considera homosexual o no. Pero discutamos ahora algunas definiciones operacionales más concretas. Incluimos en la muestra a:

[1] Gays, homosexuales, y cualquier otro nombre que se use como sinónimo para referirnos a los hombres que tengan prácticas sexuales con otros hombres y que además tengan una identidad de orientación sexual homosexual, es decir, que manifiesten sentirse exclusivamente atraídos sexualmente hacia otros hombres.

[2] Bisexuales, para referirnos a hombres que tengan conductas sexuales con hombres y con mujeres y que en términos de su identidad de orientación sexual se definen a sí mismos como bisexuales o sinónimos (“amplio”, “pansexual”, etc.).

[3] HSHs (hombres que tienen sexo con hombres)¹¹. Usamos ahora el término en su sentido restringido, para referirnos a los hombres que teniendo conductas sexuales con otros hombres –independientemente de si las tienen o no con mujeres– no se consideran gays o sinónimos ni bisexuales o sinónimos sino heterosexuales. Esto puede incluir a clientes de trabajadores sexuales travestis y taxi-boys, a hombres que tengan sexo con otros hombres en parques, cines porno, saunas, cuartos oscuros, etc.

No incluimos en la muestra a TSMs (Trabajadores sexuales masculinos), término que usamos para referirnos a hombres que, en las últimas dos semanas, han tenido sexo con otros hombres a cambio de dinero.

Procedimos entonces al análisis de la prevalencia de la infección por VIH, así como la identificación de conductas (particularmente conductas de riesgo) y actitudes (identidad de orientación sexual, información que detentan sobre el VIH, etc.) y factores varios en relación a las vulnerabilidades específicas de esta población en Montevideo.

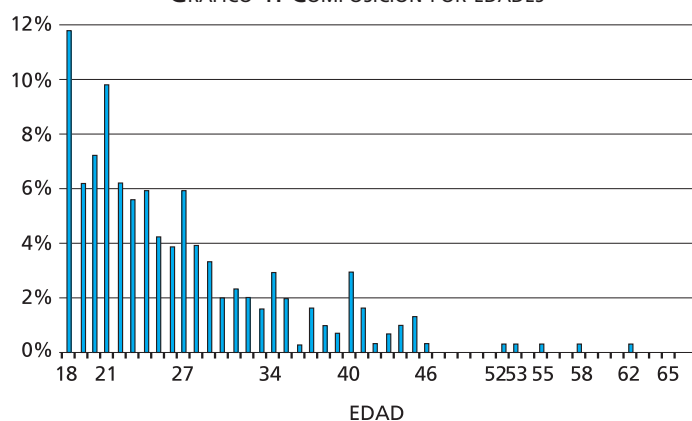
2. Perfil socioeconómico de la muestra

2.1 Edad

La pregunta A1 del formulario adjunto interrogó sobre la edad del participante en la encuesta. Como lo ilustran las siguientes tabla y gráfico, a pesar de que se cubrió un amplio espectro de edades dentro de la población seleccionada –entre 18 y 65 años–, la composición por edades resultó marcadamente juvenil. Esto era esperable dado el reclutamiento llevado a cabo en y a partir de discotecas: si intentáramos relevar una muestra de heterosexuales a partir de discotecas seguramente nos enfrentaríamos al mismo desvío. El caso es que no disponemos de vías alternativas de acercamiento a los mayores. El problema de la invisibilidad de los gays mayores ha sido señalado en literatura norteamericana (Berger, 1982: 88) y canadiense (Lee, 1987, 1989). Berger lo llamó “el problema del esquivo gay mayor” (“*elusive older gay male*”) y se refirió a la menor participación de los gays mayores en las organizaciones y en la comunidad gay visible. Lee apuntó que la liberación gay dejó a los gays mayores sin un lugar en la nueva cultura, a diferencia de los más jóvenes, quienes prefirieron más a menudo dejar “el closet”. Aunque en la muestra tenemos suficiente variedad como para realizar comparaciones por tramos de edad, los casos en los tramos mayores no son más que la punta del iceberg de una población parcialmente invisible.

11 Haciendo una etnografía del escenario de la lucha contra el sida en Argentina, Sivori (2004) explica que “Esta última denominación es una solución de compromiso adoptada en el mundo de la prevención del Sida luego de una disputa suscitada en los años 90, que aún persiste entre las organizaciones comunitarias GLTTB, contra informes epidemiológicos que precisaban la categoría estadística ‘hombres que tienen sexo con hombres’, HSH, o MSM en inglés. La categoría HSH resultaba útil para cálculos epidemiológicos, al incluir a los hombres que tenían prácticas homosexuales sin considerarse “gays”, pero no describía adecuadamente a ‘la comunidad’ de hombres gays ni de travestis (Frasca 2002). En el lenguaje del activismo homosexual, los ‘invisibilizaba’.” (Sivori, 2004: 6-7) Los HSHs no han desarrollado una identidad que podamos llamar “homosexual” y la estrategia preventiva del “trabajo entre pares” enfrenta varias complejidades: los agentes de prevención procuran transformar a los receptores en “verdaderos sujetos autónomos de sus prácticas” (2004: 25) a través de la adquisición de ciertas capacidades que los transformen en ciudadanos sexuales propiamente dichos (que se autoperciban como sujetos de ciertos derechos que reclamarán en el sistema de salud y en la vida). Que es lo mismo que decir la adquisición de los valores de la identidad gay cosmopolita adoptados por los homosexuales de sectores medios urbanos. Las categorías “HSH” y “gay” difícilmente puedan ser conceptualizadas como pares reales.

GRÁFICO 1: COMPOSICIÓN POR EDADES



*Cuadro correspondiente en apéndice de cuadros.

En resumen, **la media de edad en la muestra fue entonces de 26 años** con un desvío estándar de 8 años. Aunque somos conscientes de que la muestra no reproduce la pirámide de edades real de los HSHs, obtuvimos una variedad suficiente para realizar comparaciones por tramos de edad.

CUADRO 2: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA COMPOSICIÓN POR EDADES DE LA MUESTRA

N	VÁLIDOS	309
	PERDIDOS	0
MEDIA		26,49
MEDIANA		24,00
DESV. TÍP.		8,054

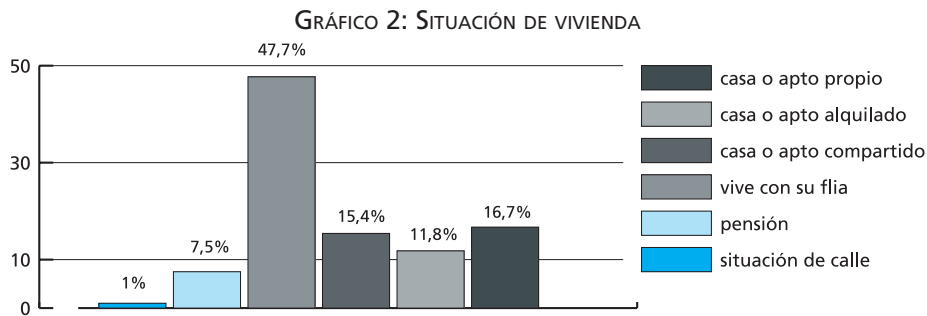
2.2 Situación de vivienda

La pregunta A5 del formulario adjunto interrogó sobre la situación de vivienda. Lo primero que llama la atención es el **alto porcentaje de los encuestados que vive con su familia (47,7%)**. En nuestro estudio anterior de trabajadores sexuales masculinos este porcentaje era muchísimo más bajo (2,8% en travestis y 5,9% en taxi-boys) y atribuimos esta separación de la familia a los conflictos generados tanto por la orientación no heterosexual cuanto por el ejercicio de la prostitución en sí mismo (en esta última relación era difícil determinar la dirección causal y las historias de vida disponibles muestran tanto casos que recurren a la prostitución por haber sido alejados de sus hogares cuanto casos que se prostituyen para poder irse del hogar). Siendo la media de edad de esta muestra de 26 años, **nuestros resultados podrían indicar que la tolerancia familiar a una orientación sexual no convencional es mayor de lo que pensábamos**. El análisis de la situación de vivienda por tramo de edad nos dirá si la permanencia en el hogar familiar es una característica privativa de los jóvenes o caracteriza a los HSHs en general.

Solamente 3 casos (1%) en la muestra estaban en situación de calle (no eran clientes de los boliches, sino que iban a la puerta de entrada). Esto difirió notoriamente con la muestra de trabajadores sexuales, donde un 33,5% de los taxi-boys vivían esta situación. Las travestis, en cambio, tenían el mismo porcentaje que esta muestra de HSHs.

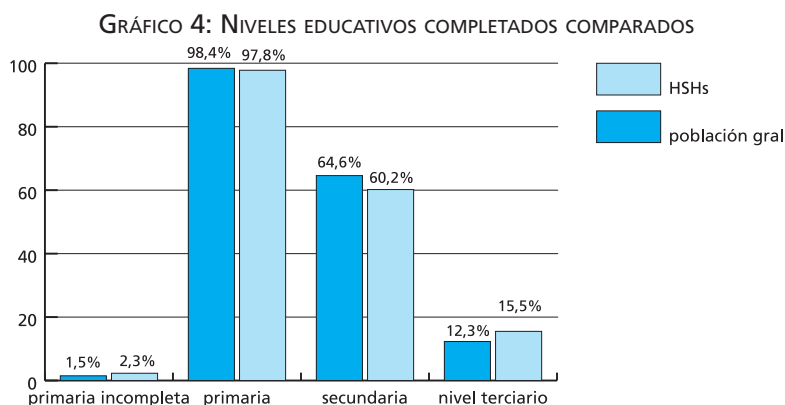
El porcentaje que vive en pensión (7,5%) es bastante más bajo que en la muestra de TSMs (21,1% en los taxi-boys y 17,9% en las travestis). La modalidad “casa o apartamento compartido” (15,4%) fue más baja que en taxi-boys (17,3%) y mucho más baja que en travestis (en quienes asciende a un cuarto de la muestra, 25,5%). Mientras la diferencia con los taxi-boys es escasa y en todo caso puede ser atribuida a la diferencia de recursos, en el caso de las travestis es probable que intervengan factores de mayor ruptura con la familia y de asociación diferencial más allá de lo económico. De todas maneras es importante destacar que la expresión “familia” fue interpretada como “familia paterna” y quienes conviven con su pareja, o con amigos de la misma orientación sexual o no contestaron simplemente vivienda “compartida”. **Una buena dirección a investigar a futuro es acerca de cómo se ensamblan estos nuevos arreglos de convivencia que todavía no son autopercebidos como “familia”.**

El porcentaje que alquila solo fue de 11,8% y superó al de los taxi-boys (7%), pero fue superado por esta categoría en las travestis (17%). Los propietarios son el 16,7%, superando al 13,5% en los taxi-boys, pero siendo ampliamente superado por las travestis propietarias (35,8%). **Es llamativo que precisamente en las dos categorías que exigen mayores recursos las travestis superen a los HSHs, diferencia que sería explicable por la mayor permanencia de los HSHs en el hogar paterno.**



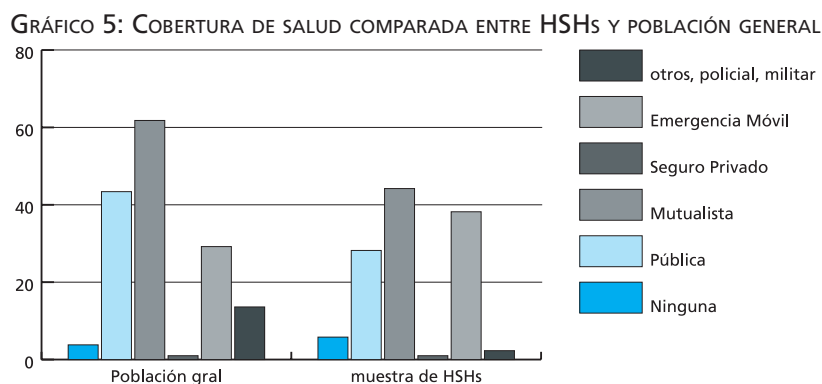
2.3 Nivel educativo finalizado

La pregunta A3 recabó el capital escolar preguntando cuál fue el **último nivel educativo finalizado**. Los porcentajes obtenidos no son muy diferentes a la curva observada en población general. Aunque las diferencias no son grandes, digamos que los HSHs desertan un poco más en la escuela y, sobre todo, en la secundaria, pero que en la educación terciaria la tendencia se invierte y completan el ciclo en proporción algo mayor que la población general.



2.4 Cobertura de salud

Con respecto a la cobertura de salud (pregunta A.6 en el formulario), **el 61,8% de la muestra se atiende en mutualistas. Si comparamos con los porcentajes en población general (Encuesta Nacional de Hogares ampliada, 2006: 5¹²), estos HSHs tienen un acceso a mutualistas significativamente mayor. Pero, al mismo tiempo, también es mayor el porcentaje de HSHs que carecen de cobertura de salud.**



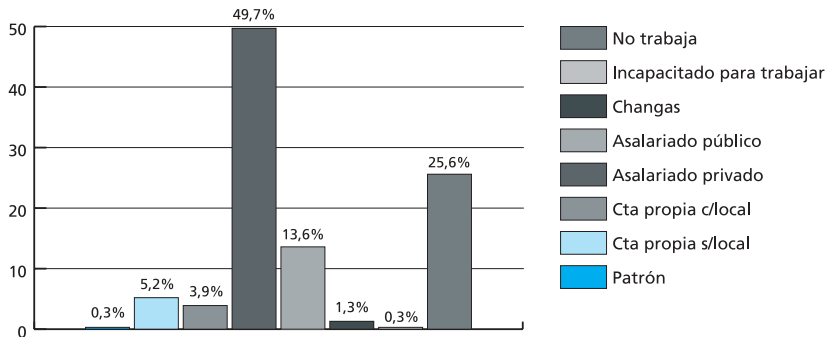
2.5 Ocupación

La pregunta A7 interrogó sobre la principal ocupación durante el último año. **La tasa de empleo en la muestra es de 72,7%, y los HSHs superan también en este indicador a la población general (cuya tasa de empleo es del 58,9% según la Encuesta Continua de Hogares 2009¹³). Dentro de los que trabajan el sector mayoritario son los empleados privados, que alcanzan a prácticamente la mitad de la muestra (49,7%). Le siguen los asalariados del sector público (13,6%) y los cuentapropistas (9,1%), y sólo 1 caso en toda la muestra es empleador (0,3%). Un 27% de la muestra no trabaja.**

12 El porcentaje de la población general con emergencia móvil fue tomado de la Encuesta continua de Hogares (2005: 11).

13 Versión electrónica en www.ine.gub.uy/Comunicados/ech/ech0209.pdf

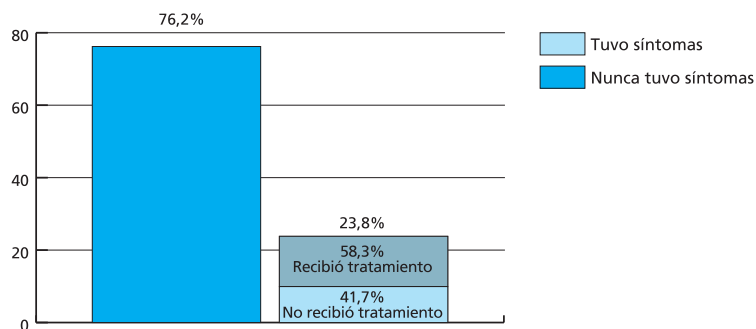
GRÁFICO 6: OCUPACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO



2.6 Síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS) experimentados y atención recibida

La pregunta D1 (“¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA TUVISTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?”) permite afirmar que **un 23% de los encuestados experimentó alguna vez síntomas que podrían ser atribuibles a una ITS**. Recordemos que en la muestra de Trabajadores Sexuales este porcentaje ascendió al 32%. **Lo más alarmante es** que las respuestas a la pregunta D2 indican **que en el 41% de estos casos, habiendo tenido síntomas de una posible ITS, no recibieron ninguna atención médica**. En los TSMs el mismo porcentaje fue de 25.93%. Como en los HSHs la causa de esto no puede ser la falta de cobertura médica tenemos que atribuirlo a la falta de consulta. Considerando el rol histórico que el poder médico tuvo en la patologización de la homosexualidad, así como los reclamos de las organizaciones GLBT orientados al tema, una dirección sugestiva para futuras investigaciones es explorar la relación de los HSH con la consulta médica. **Es posible que la estigmatización de las ITS por parte de los usuarios y su renuencia a consultar determine la falta de tratamiento independientemente del acceso a la cobertura de salud.**

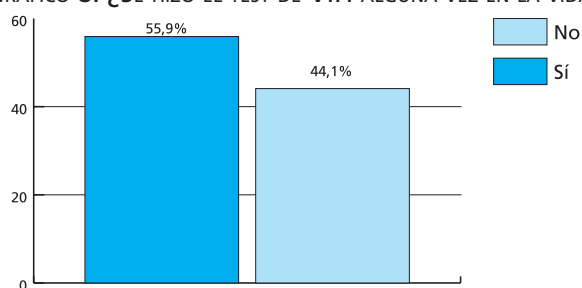
GRÁFICO 7: SI TUVO SÍNTOMAS DE POSIBLES ITS Y SI RECIBIÓ TRATAMIENTO



2.7 Test de VIH

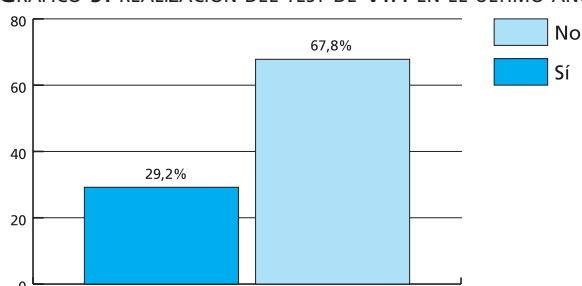
La pregunta E1 exploró si el encuestado se había realizado alguna vez en la vida el test de VIH. **Destacamos que el porcentaje que nunca se hizo el test de VIH (44%) superó al mismo porcentaje en la muestra de trabajadores sexuales (34%), lo que debería estar vinculado a su menor percepción de riesgo**. Esta relación se explora en el informe final.

GRÁFICO 8: ¿SE HIZO EL TEST DE VIH ALGUNA VEZ EN LA VIDA?



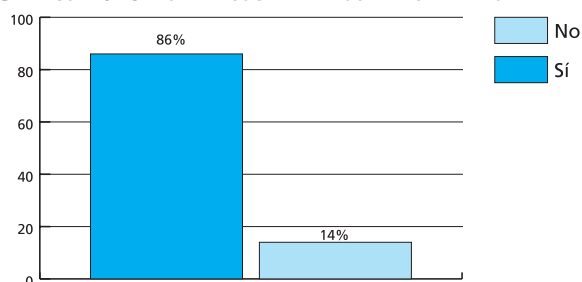
La pregunta D2 recabó el **porcentaje de los encuestados que se hizo el test de VIH en el último año: un 29,2%**. Este porcentaje también fue menor que en los TSMs (34,9%).

GRÁFICO 9: REALIZACIÓN DEL TEST DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO



Resumiendo, **el 66,8% de la muestra no conocía su status serológico**, porque nunca se había hecho el test o porque no lo había realizado recientemente. Este dato indica lo lejos que estamos del ideal de tratamiento universal de los infectados. Como muestran los siguientes cuadro y gráfico, **de los que se hicieron alguna vez el test, el 86% fue a buscar su resultado** (el porcentaje correspondiente en los TSMs fue de 82%).

GRÁFICO 10: SI FUE A BUSCAR EL RESULTADO DEL TEST DE VIH

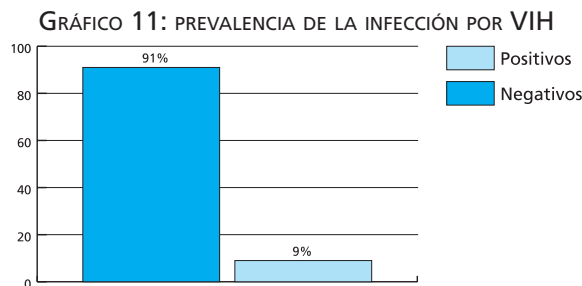


2.8 La prevalencia de infección por VIH

El supuesto que actualmente maneja el Programa Prioritario de ITS/Sida es que la epidemia en Uruguay es de tipo concentrado, con una prevalencia inferior al 1% en población general (según estudios centinela 0.23% al año 2000, 0.36% al 2002, 0.45% al 2004, 0.42% al 2008) **y superior al 5% en poblaciones vulnerables. El presente avance de investigación avala dicha afirmación: en relación al total de serologías realizadas las frecuencia de los resultados**

positivos fueron 28 casos, y el porcentaje correspondiente un 9%.

La cuestión de cómo evaluar esta prevalencia radica en la comparación con otros contextos. Por ejemplo, Osmond, Pollack, Paul y Catania (2007), aplicaron contactos telefónicos al azar y conformaron 2 muestras de hogares que reconocieron ser de HSHs: una de 915 casos en 1997 y otra de 879 en el 2002. Reportaron que la prevalencia de VIH aumentó de 19,6% en 1997 a 26,8% en el 2002, coincidiendo con la prolongación de la sobrevida lograda con las nuevas terapias antiretrovirales iniciadas en el 96. En principio la prevalencia que encontramos resulta muy cercana al porcentaje obtenido en Buenos Aires por el estudio Centro Nacional de Referencia para el SIDA (Facultad de Medicina de la UBA), con la colaboración de tres ONGs (Nexo Asociación Civil, AMMAR-CTA e Intercambios Asociación Civil) y el Servicio de Hemoterapia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. El estudio de prevalencia de VIH incluyó 12.200 voluntarios en dos años (2007 y 2008) y encontró una prevalencia del 10,4% en los HSHs que integraron la muestra.



3. Actitudes

3.1 Las "identidades de orientación sexual"

La "identidad sexual" es un componente importante de nuestra identidad personal. Shively y De Cecco (1977) la descomponen en cuatro componentes: 1-el sexo biológico (refiriéndose al sexo cromosómico, podríamos incluir también el sexo anatómico-fisiológico), 2-la identidad de género (en el sentido psicológico de sentirse hombre o mujer), 3-el rol sexual (adhesión a las conductas y actitudes creadas culturalmente que son consideradas como apropiadas para hombres o mujeres: esto fue popularizado por la teoría del género como "rol de género") y 4-la orientación sexual (disposición erótica o afectiva hacia personas del sexo opuesto o del propio). A priori, la orientación sexual no mantiene una correlación directa con ninguno de los restantes elementos de la identidad sexual. El término "orientación sexual" proviene del psicoanálisis pero hoy es una parte importante al momento de autodefinir nuestra sexualidad: podemos sentirnos atraídos hacia personas del sexo opuesto ("heterosexualidad"), del propio sexo ("homosexualidad") o de ambos sexos ("bisexualidad").

La pregunta B.4 del formulario (¿Cuál palabra entre las siguientes considerás que describe mejor tu sexualidad?) propuso a los respondentes palabras correspondientes a distintas "identidades de orientación sexual". Entre las opciones incluimos también dos palabras (*travesti* y *trans*) que no refieren a la identidad de orientación sexual sino a la identidad de género, en el entendido (fortalecido a partir de nuestro estudio anterior en trabajadores sexuales) de que la particular interpretación del género en la identidad trans cobra una centralidad que supera la importancia de la orientación sexual (dicho de otra manera, que en su mayoría no se consideran gays). Aunque

aclaramos que sólo se incluyó en la muestra de TSMs a travestis que realizan trabajo sexual, al enfrentarse a la misma pregunta, las travestis de la muestra eligieron en un 85,71% identidades de género (*travesti, trans, mujer*) y sólo un 9,5% eligió rótulos más basados en la orientación sexual (*homosexual, gay*, bisexual). Por lo tanto conservamos los términos en el entendido de que las identidades trans mayoritariamente excluyen los rótulos homosexual y gay.

Entonces, un primer análisis del cuadro de identidades nos muestra que:

[1] En toda esta muestra de HSHs, sólo 4 casos se vieron a sí mismos como trans.

[2] **Aunque todos los encuestados manifestaron haber tenido sexo con otros hombres, hay un porcentaje de la muestra que se ve a sí mismo como heterosexual (7,1%).** Estos casos corresponden a los HSHs en el sentido restringido ya mencionado, o los tradicionales “gays de closet”¹⁴.

[3] Además, un porcentaje aún mayor que los gays de closet eligió la categoría abierta “otras palabras”: un 8,9% de los casos. Se preguntó cuál es la palabra preferida y así se obtuvo un listado de palabras que, al agruparse, permitieron distinguir estrategias identitarias de quienes no queriendo adoptar el rótulo de gay u homosexual por un lado, tampoco llegaron a afirmar tajante o explícitamente su heterosexualidad por otro. La repregunta nos permitió construir el siguiente cuadro:

CUADRO: IDENTIDADES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA CATEGORÍA “OTROS”

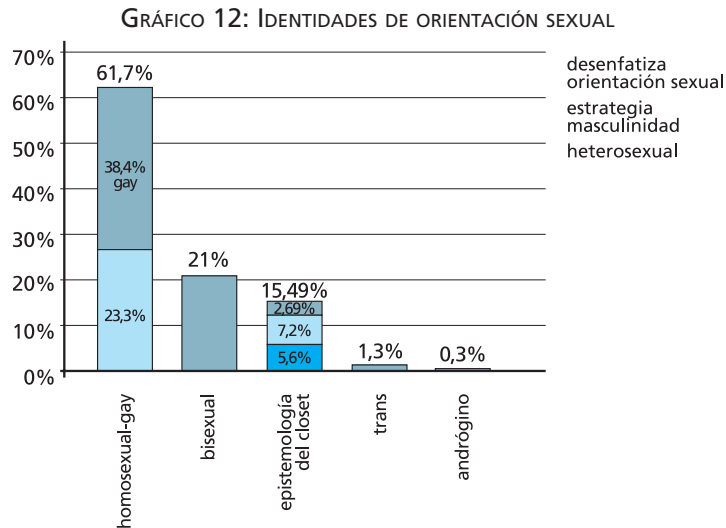
		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
VALIDOS	Estrategia del énfasis en la masculinidad: Hombre, macho, bien macho, le gustan las mujeres	17	5,6
	Opciones que desenfatan la orientación sexual (Normal, abierto, activo, amplio, diverso, lo que pinte, ambiguo, ninguna).	9	2,69
	andrógino	1	,3
	no corre	278	90,8
	Total	306	100,0

Esta adición nos permitió distinguir **otras estrategias además de la mera negación. La estrategia más frecuente y que apareció en un porcentaje nada despreciable (5,6%) fue la [1] estrategia del énfasis en la masculinidad. Eligiendo expresiones como “hombre”, “macho”, “bien macho” o “le gustan las mujeres”, características tradicionalmente atribuidas al heterosexual, los respondentes evitan adoptar un rótulo “gay” u “homosexual”, que en su mundo de vida no coincide con las características que eligen observar en sí mismos.** Una segunda estrategia identitaria en el mismo sentido consistió en adoptar **[2] opciones que desenfatan la orientación sexual, negando la clasificación tradicional homo-heterosexualidad en la cual podrían quedar mal parados.** Este fue el rol que cumplieron elecciones como “normal”, “abierto”, “activo”¹⁵, “am-

14 En lenguaje coloquial anglosajón la expresión “estar en el armario” refiere a la condición de homosexualidad no asumida o secreta. Sedgwick (1990) señaló en su “Epistemología del armario” que en el centro del pensamiento y la cultural occidental de los siglos XIX y XX hay una crisis crónica de definición homo/heterosexual, sobretudo masculina. En otras palabras, los hombres tienen que probar que son tales y parte central de esta definición es no ser homosexual. Seidman (2002: 7-8) define el closet como un patrón social ordenador de la vida, que va más allá de la mera decisión estratégica de no proclamar la homosexualidad propia en cada oportunidad. El patrón funciona hacia afuera (se transforma en la necesidad de conciliar el verdadero yo con la negación y duplicidad que exige una identidad artificial) y hacia adentro (a través de la internalización del prejuicio, el miedo, la culpa y la imposición de distancia emocional hacia los otros).

15 Aunque la palabra “activo” literalmente refiere a una práctica sexual específica (el que penetra y no el penetrado), digamos

plio”, “diverso”, “lo que pinte”, “ambiguo” o “ninguna palabra” (2,69%). Junto con aquellos que se consideran heterosexuales, estas dos estrategias configuran lo que podríamos llamar –copiando el título del libro de Kosofsky– una “epistemología del closet”. El caso aislado que dijo ser “andrógino” constituye, al igual que la identidad trans, un énfasis en la identidad de género por sobre la de orientación sexual, pero situándose en otro lugar poco frecuente dentro del continuo: no se ve en términos de una feminidad “pura” sino que enfatiza sus características de ambos géneros en una sintaxis no convencional. Si integramos ambos cuadros obtenemos la siguiente descripción:



Resumiendo: [1] El 82,7% de la muestra describió su identidad sexual como no convencional (homosexual-gay-bisexual). [2] Más de la mitad de la muestra (61,7%) se ve a sí mismo como homosexual (38,4%) o como gay (23,3%). [3] Aproximadamente un quinto de los encuestados se consideran bisexuales (21%). [4] Más allá de que todos los encuestados se refirieron a haber tenido prácticas homosexuales, un 7,2% de la muestra se consideró heterosexual. Junto con quienes destacaron su masculinidad (macho, etc.; 5,6%) y quienes explícitamente desenfataron la orientación sexual (libre, etc.; 2,69%), constituyen el segmento que llamamos la epistemología del closet o HSHs en su sentido restringido (15,49%). Es lógico que este segmento sea minoritario en una muestra que se realizó en “boliches gay” y estimamos que constituye la punta del iceberg de una población invisibilizada, por lo cual su análisis se vuelve particularmente importante. [5] Finalmente, sólo un 1,3% en la muestra se definió como trans. Aunque en una de las discotecas visitadas concurren muchas personas trans, en general no cumplieron el requisito de no haber ejercido la prostitución en las últimas dos semanas. Aunque este no es el tema que ocupa este informe, podemos llamar a este fenómeno la “reclusión a la prostitución”¹⁶.

que en el llamado modelo identitario “latino”, “activo” equivale a “heterosexual”. El “modelo latino” tradicional ha sido descrito en España (Guasch, 1991) y a lo largo de América Latina (Arboleda, 1983; Lacey, 1979; Cáceres, 2001), básicamente como una proyección de las relaciones heterosexuales tradicionales: las parejas gays fueron representadas como necesariamente compuestas por un miembro “masculino” y “heterosexual” que es sexualmente “activo” y por su compañero “afeminado” y “pasivo”. Estrictamente, sólo el segundo era considerado homosexual. Los homosexuales latinos pensaron tradicionalmente de sí mismos a partir de esta perspectiva “heterocentrada”. Los mismos análisis señalan que estas comunidades están tomando la representación de una estructura de pareja cuyos roles sexuales son intercambiables y, en todo caso, no determinan la autoimagen de los participantes y sus roles sociales. Esta modalidad ha sido nombrada como “modelo gay” o modelo norteamericano. Investigaciones en España (Guasch, 1991) Uruguay (Muñoz, 1996) o Venezuela (Muñoz, 2002) muestran algunos aspectos de estas adopciones y adaptaciones culturales en procesos contextualizados.

16 En 1996 la Asociación de Travestis del Uruguay (ATRU) estimaba una población de unas 300 travestis en Montevideo

3.2 El “grado de publicidad” de la orientación sexual

Pecheny (2001:2) sostiene al respecto que [1] *“la homosexualidad constituye un secreto fundante de la identidad y las relaciones personales de los individuos homosexuales.”* Esto no quiere decir que todos los homosexuales estén en el closet, sino que aún quienes ya han adquirido una identidad homosexual y la han manifestado públicamente tienen que decidir en cuanto al manejo de esta información y cuándo es relevante o conveniente comunicarla o expresarla. Así, entre el HSH en el sentido restringido y el individuo abiertamente homosexual aparece todo un campo negociado situacionalmente, donde la capacidad de disimular (el *“passing”*) es a menudo empleada. De esta manera el “secreto” instituye lazos sociales entre quienes lo comparten y quienes no lo comparten, pero pueden intuirlo, descifrarlo y eventualmente conocerlo. [2] *“Dado este secreto los lazos de sociabilidad se estructuran según mundos definidos en función del conocimiento del secreto: el de aquellos que no saben nada, el de aquellos que están al corriente y el de los pares del mundo homosexual.”* Las fronteras también son difusas y señala el autor (2001: 14) que muy a menudo la regla para la familia es el ocultamiento y que, aún cuando la homosexualidad es conocida por la familia, la regla es no hablar del asunto. Con respecto a los amigos, distingue entre quienes reducen su círculo a gays y lesbianas, quienes tienen amigos repartidos en la frontera de la comunicación y el caso minoritario de quienes se integran en tanto homosexuales a un grupo de amigos sin distinción de orientación sexual. En cuanto a compañeros de trabajo señala que la regla no es tanto el secreto como la “discreción”, aunque señala campos ocupacionales donde el coming-out todavía puede significar el fin de una carrera (deportistas, políticos, militares). [3] Las fronteras entre tales mundos son permeables y flexibles. Estas fronteras se mueven a través de los mecanismos de la revelación (implica un alivio brusco de la tensión al manifestar explícitamente la orientación sexual, es a veces desencadenada por circunstancias fortuitas), la comunicación (cuando se realiza ante elegidos por decisión, quienes pasan a ser “íntimos” fortaleciéndose este lazo social) y la “secreción” (dado que el crecimiento excesivo del secreto amenaza el equilibrio tanto como la revelación, el “dejar escapar” o “filtrar” mediante fragmentos o señales, es en muchos contextos el medio más corriente de regulación de la tensión).

La pregunta B5 (“¿QUIÉNES SABEN DE TU ORIENTACIÓN SEXUAL”) nos permitió distinguir en cuatro contextos diferenciados (los amigos, los compañeros de trabajo, los jefes o patrones y la familia) la variable que llamamos “grado de publicidad” de la orientación sexual. Los posibles valores de esta variable son “totalmente en el closet” (cuando nadie lo sabe), “en proceso identitario” (cuando algunos lo saben)¹⁷ y “totalmente out” (cuando todos lo saben). Si puntuamos del 0 al dos nuestros escalones de publicidad obtenemos el siguiente cuadro comparativo:

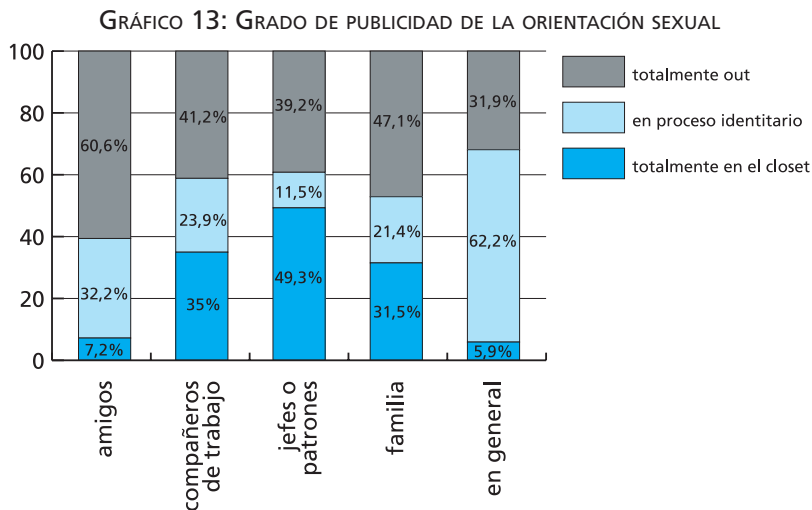
(Muñoz, 1996: 74), y el censo del 2006-2007 de la misma asociación relevó 1049 trabajadoras sexuales travestis. Aunque no afirmamos que todas las trans sean trabajadoras sexuales, la prostitución es la función que nuestra cultura les asigna. A modo de ejemplo impresionista, adjuntamos el siguiente texto escrito por Michel Banussi –entonces presidenta de la ATRU- titulado: *“Puede haber homosexuales que se transvistan para prostituirse. Pero en general, te hacés travesti por lo que sentís, por realizarte como persona. En mi caso, tuve un montón de problemas: sabía que si me realizaba tenía que alejarme de mi casa porque mi familia no me aceptaba. Aceptaban que fuera homosexual, pero homosexual reservado. En ese momento, no pensé qué fuentes de trabajo podría tener...y después vi la realidad: la prostitución era el único medio de vida. (A mi manera, soy feliz. El único problema es que tengo un trabajo que no me gusta y lo hago igual. Pero yo me encontré a mí mismo, vivo como yo quiero, aunque no de lo que quiero. (Michel Banussi, 1994, “Si me sacara el cinco de Oro me hacía travesti”. Material de descarte de La República)*

17 Le llamamos “proceso” porque exige el “trabajo cognitivo” de construirse un “yo” con el que puedan vivir, pero no implicamos que siempre termine necesariamente en una identidad homosexual o gay. La construcción de secuencias posibles (Altman, 1971; Plummer, 1975; Weinberg, 1983; Fox, 1995) tuvo su base empírica en reconstrucciones de identidades gays ya logradas y extrapoló siempre una etapa final de integración u orgullo. Esta investigación y los trabajos sobre HSHs en general sugieren que las personas pueden pasar largos períodos o incluso toda su vida en el closet.

CUADRO 17: MEDIAS COMPARADAS DEL GRADO DE PUBLICIDAD DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

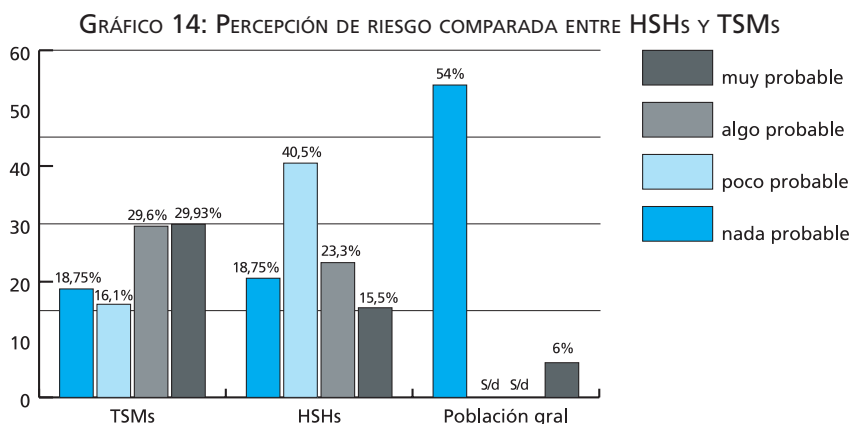
	CASOS VÁLIDOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	Desv. típ.
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de amigos	307	,00	2,00	1,5342	,62724
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de familia	309	,00	2,00	1,1521	,87507
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de compañeros de trabajo	309	,00	2,00	,7767	,88198
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de jefes o patrones	309	,00	2,00	,6311	,88630

La comparación de medias señala que, pese a que nuestro sentido común asigna más represión al contexto familiar, el contexto que más reprime la publicidad es la relación con jefes o patrones, seguido por compañeros de trabajo, familia y amigos en este orden. El porcentaje de respondentes totalmente en el closet osciló entre casi la mitad (49,3%) en el contexto de los jefes y 7,2% en el de los amigos, que reveló ser el contexto más "gay friendly". La familia quedó entre el contexto de los amigos y los del trabajo, demostrando esto la importancia del eje privado-público en el manejo del secreto.



3.3 La percepción de riesgo

Aunque un 15,5% de la muestra considera que la infección por VIH sería un evento "muy probable" para sí mismo, si comparamos la curva de la percepción de riesgo en los TSM (trabajadores sexuales masculinos), vemos que la percepción de riesgo es menor. Como lo muestran el siguiente cuadro y gráfico, si exceptuamos la categoría "nada probable" (donde los valores se aproximan) las curvas resultantes son inversas en ambas muestras:



*Datos de población gral.¹⁸

La última gráfica muestra también que tanto los HSHs como los TSMs tienen una percepción de riesgo MUCHO mayor que la población general y que es más acentuada en los TSMs.

3.4 El nivel de información sobre VIH e ITSs

Construimos tres escalas de información para medir cuánto (o cuán poco) sabía el participante [1] sobre cómo se transmite el VIH, [2] sobre cómo protegerse de la infección y [3] sobre cuáles infecciones se transmiten sexualmente. Primero, en la pregunta C.1 se le pidió al respondiente que mencionara tres formas de transmisión para el virus del VIH. Asignamos a cada respuesta correcta un valor positivo, a cada respuesta incorrecta un valor negativo y a cada ausencia de respuesta un 0 y luego utilizamos estos datos para generar un índice de "información sobre la transmisión del VIH" que va de 3 a -3. Segundo, utilizando una operacionalización similar, la pregunta C.2 nos permitió construir un índice de "conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH" que, con una asignación similar, va de 3 a -3. Y finalmente, la pregunta C.3 nos permitió construir un índice de "conocimiento sobre la transmisión de ITSs", que se mide de 5 a -5.

En los tres índices los valores positivos indican información (mayor peso de las respuestas correctas), el 0 indica desinformación y los valores negativos indican malinformación (mayor peso de las respuestas erróneas). La dispersión de los valores obtenidos entre los encuestados fue grande y elegimos presentarlos sólo a través del valor medio en la muestra y del desvío estándar (que indica qué tanto se apartaron de esta media los datos en su dispersión).

¹⁸ Dato adaptado de "Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH/SIDA". Estudio llevado adelante por Equipos MORI para el Programa Prioritario ITS/SIDA de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública.

La comparación de medias generó la siguiente tabla:

CUADRO 20: COMPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN MEDIA SOBRE TRANSMISIÓN DEL VIH, PROTECCIÓN DEL VIH Y TRANSMISIÓN DE ITSs.

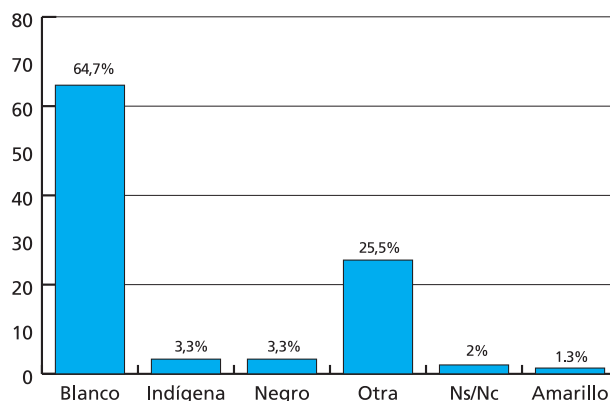
	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍP.
índice de conocimiento sobre la protección frente al VIH	305	-1,00	3,00	1,4033	,71035
índice de conocimiento sobre la transmisión del VIH	305	-2,00	3,00	1,7967	,91299
Índice de conocimiento sobre la transmisión de ITSs	306	-5,00	5,00	3,8301	1,80451
N válido (según lista)	304				

Los valores promedio obtenidos básicamente muestran que el grupo efectivamente tiene información sobre estos temas y no malinformación, aunque los desvíos estándares altos muestran que, particularmente en el área de la información sobre la transmisión de ITSs, el grupo incluye desde personas muy informadas hasta personas muy desinformadas (no malinformadas). Estuvieron algo mejor informados que la muestra de TSMs, particularmente en la información sobre la transmisión de ITSs (en la cual los valores medios fueron 1,4526-1,7236-2,7226 en el mismo orden que en el último cuadro). El que los valores promedio de información disten mucho de ser perfectos hace evidente el trabajo que todavía hay por hacer en información sobre VIH e ITSs.

3.5 Autopercepción de etnicidad

Como puede verse en el siguiente cuadro y gráfico, otra actitud que medimos, ya no vinculada al VIH, fue la autopercepción de etnicidad (pregunta A4), donde **un 66% de la muestra se consideró "blanco"** y donde **un alto porcentaje (25,5%) no se identificó con ninguno de los rótulos brindados, desenfatiando la percepción a través de categorías étnicas cerradas. Sólo un 3,33% se vio como negro, un 3,33% como indígena y un 1,3% como amarillo.**

GRÁFICO 15: AUTOPERCEPCIÓN DE ETNICIDAD

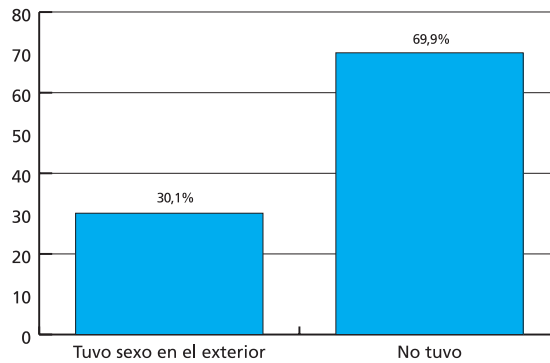


4. Prácticas

4.1 Las relaciones sexuales en el exterior

La pregunta B1 recabó si el participante había tenido relaciones sexuales en el exterior y obtuvimos un **30,1% de respuestas afirmativas**. Aunque no medimos el número y tipo de relaciones, el porcentaje de personas que tuvo sexo en el exterior casi duplicó al del TSM que ejercieron trabajo sexual en el exterior (16, 28%). Como muestran los siguientes cuadro y gráfica:

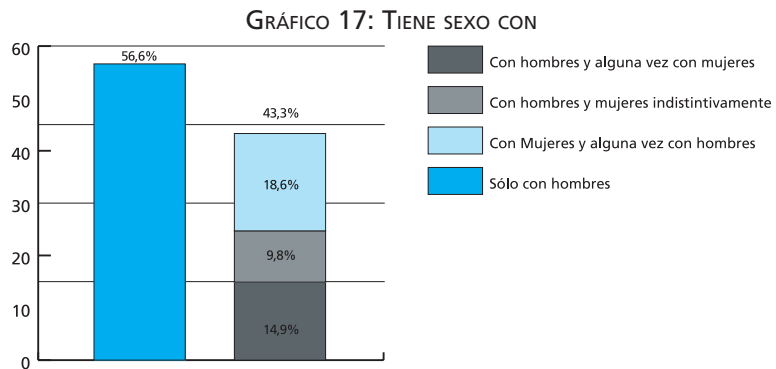
GRÁFICO 16: SI TUVO SEXO EN EL EXTERIOR



La relación entre esta variable y la prevalencia es explorada más adelante.

4.2 Relaciones sexuales homo y heterosexuales

la pregunta B.3 sobre prácticas sexuales interrogó acerca de si el respondente tiene relaciones sexuales sólo con hombres, o con hombres y con mujeres, y en tal caso en cuál proporción. Permitió construir el siguiente gráfico:

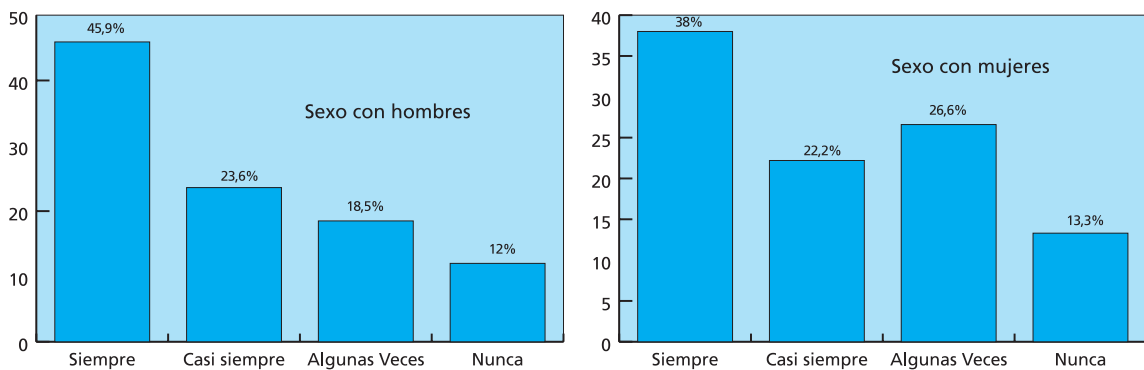


Aunque solamente un 21% de la muestra se considera bisexual, el porcentaje que también reconoce tener relaciones heterosexuales asciende al 43%. Este grupo tiene también relaciones heterosexuales en las tres combinaciones frecuentes presentadas (“alguna vez con mujeres” un 14,9%, “indistintamente” un 9,8% y “con mujeres y alguna vez con hombres” un 18,6%). Este factor debe ser tenido en cuenta al momento de diseñar estrategias de prevención.

4.3 El uso del condón para la penetración en el sexo con hombres y en el sexo con mujeres

las preguntas B6 y B8 recabaron información acerca de la frecuencia de uso del condón el sexo con penetración con hombres y con mujeres respectivamente. Si vemos los cuadros por separado **no vemos diferencias grandes, salvo que el porcentaje que usa condón “siempre” es mayor en el sexo con hombres (45,9% frente a 38%, esto implicaría una algo mayor percepción de riesgo para esta situación) y que el uso de condón sólo “a veces” es algo más alta en el sexo con mujeres (26,6% frente a 18,5%).**

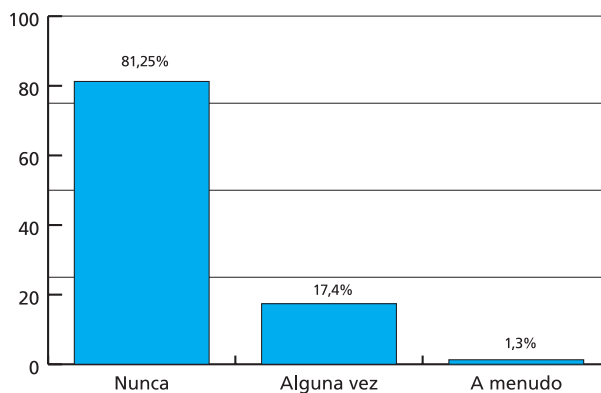
GRÁFICOS 18 Y 19: FRECUENCIA DEL USO DE CONDÓN EN LA PENETRACIÓN COMPARADA PARA SEXO CON HOMBRES Y CON MUJERES



4.4 Si contrató trabajadores sexuales

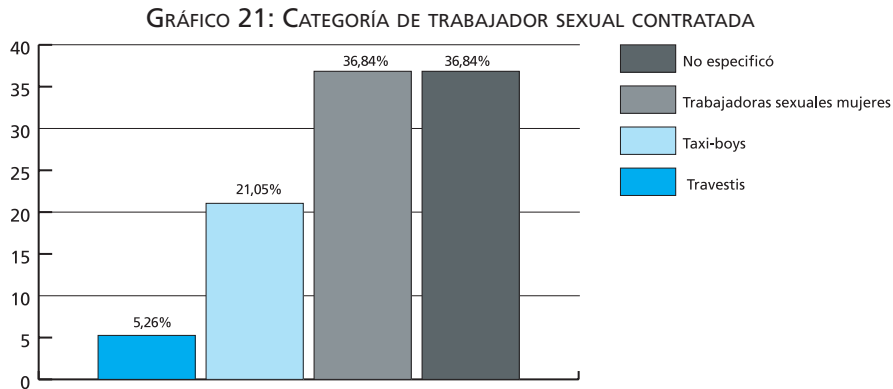
la pregunta B9 permitió determinar que **sólo un 1,3% de la muestra (cuatro casos) contrata trabajadores sexuales a menudo. En esta muestra de HSHs tomada a partir de discotecas no tuvimos acceso entonces a los HSHs clientes de travestis, taxi-boys o prostitutas, y para aprender sobre los riesgos específicos de tal segmento de la población debería diseñarse alguna estrategia de captación específica.**

GRÁFICA 20: CONTRATÓ TRABAJADORES SEXUALES



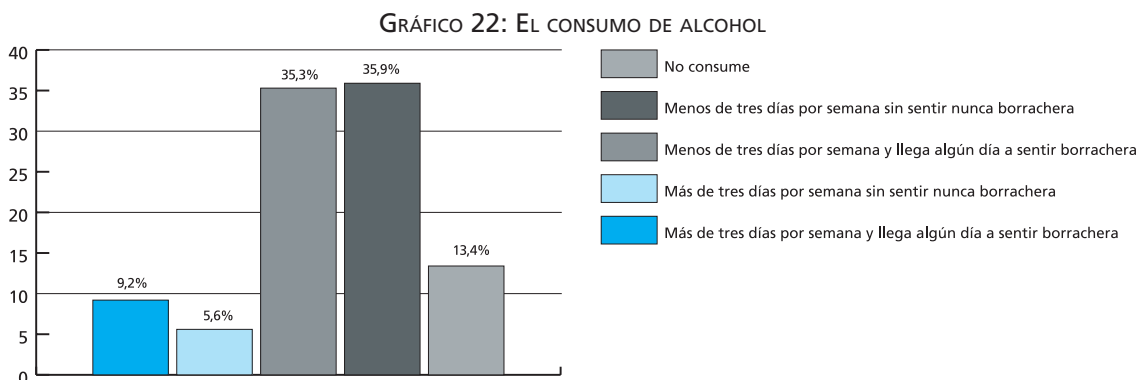
La misma pregunta recabó información acerca de si contrató travestis, taxi-boys o prostitutas y aunque un alto porcentaje no contestó la pregunta, todo parece indicar que **específicamente es muy escaso**

el relacionamiento entre nuestra muestra y los TSMs: sólo 3 casos (5,26% del total de 57 clientes de servicios sexuales) admitieron contratar travestis y sólo 12 (21,05%) taxi-boys, mientras 21 respondientes (36,84%) dijeron contratar trabajadoras sexuales mujeres.



4.5 El consumo de alcohol y otras drogas

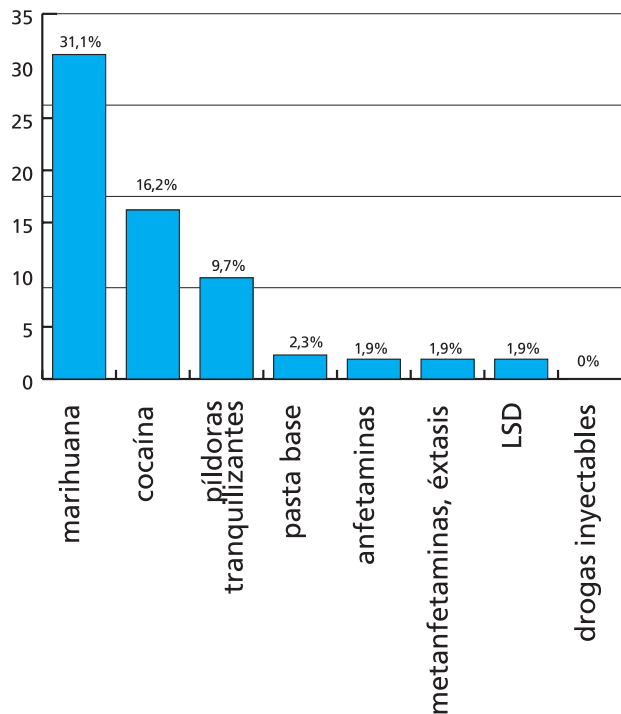
a diferencia de en los TSMs, donde la curva del consumo de alcohol se recargaba en los valores extremos (abstinencia, más de travestis que de taxi-boys y bebida más de tres días por semana con borrachera, más de taxi-boys que de travestis), el consumo de los HSHs es menos extremo o de tendencia central, donde predominan los niveles intermedios de consumo. La bebida menos de tres días por semana, con y sin borrachera, acumula el 71,2% de los casos, comparada con el 14,8 que acumulan los que beben más de 3 días por semana. Un detalle sintomático es que, mientras en los que beben menos de 3 días por semana, los porcentajes de los que se emborrachan y los que no están más o menos parejos, dentro de los que beben más de 3 días la balanza se inclina hacia la presencia de borrachera (9,2% frente a 5,6%)



En referencia a los consumos de drogas, se preguntó por el consumo habitual y no esporádico (al menos una vez por semana). Vemos una notoria diferencia con la muestra de TSMs. Primero, en los porcentajes notoriamente menores de consumidores, y segundo, en la elección de las drogas usadas: mientras los TSMs adoptaron a la pasta base como la segunda después de la marihuana (la consume casi un tercio de la muestra), ésta sigue siendo una droga que casi no se usa entre los HSHs (2,3%).

La droga más consumida por los HSHs fue la marihuana (31,1%), seguida por la Cocaína (16,2%) y las píldoras tranquilizantes (9,7%, única droga en la que superan, aunque por muy poco -8,7%- a los TSMs). Pasta base, anfetaminas, metanfetaminas-éxtasis y ácidos fueron drogas presentes pero consumidas por muy pocos en la muestra. La relación del consumo con las prácticas de riesgo es explorada en el capítulo de análisis de relaciones entre variables.

GRÁFICO 23: EL CONSUMO DE DROGAS



5. Relaciones entre variables

las hipótesis de trabajo manejadas fueron que [1] el nivel de percepción de riesgo, [2] el índice de conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH y [3] el uso de alcohol y otras drogas incidirían sobre el uso del condón y que a su vez éste incidiría sobre la prevalencia. El esquema de análisis que utilizamos para leer los cuadros y evaluar las relaciones entre variables consta de 4 pasos:

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: mirando las diferencias entre grupos, si éstas son significativas, entonces se apoya la relación. En variables de intervalo, para identificar los ítems con diferencias significativas se utilizó la prueba "t" para muestras independientes a través del test de Levene para igualdad de varianzas y la prueba "t" para igualdad de medias; con un nivel de significación de 0,05 (5 %).

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos (o ajustados) se calculan a partir de las diferencias entre las frecuencias observadas y las que habríamos obtenido si no hubiera relación entre las dos variables. Se "corrigen" según el tamaño de las frecuencias de cada categoría y según la varianza de las celdas. Su utilidad está en que tienen una distribución aproximadamente normal con media igual a 0 y desviación típica igual a 1. O sea que un valor del residuo corregido mayor que

$\pm 1,96$ se interpreta como una desviación significativa de las frecuencias esperadas para esa celda. Si el valor es superior a 1.96 quiere decir que hay una diferencia significativa entre cómo uno hubiera esperado que se colocaran los valores en la tabla si no hubiera relación y cómo se distribuyeron realmente los datos. Esto es, un valor absoluto superior a 1,96 indica que hay una fuerte y significativa relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): multiplicamos los casos de la diagonal que uno espera por hipótesis que sea más probable y multiplicamos también los de la diagonal más improbable; después dividimos el resultado de la primera multiplicación sobre la segunda. La cifra a la derecha de la coma multiplicada por 100 es el porcentaje de veces que es más probable la relación esperada comparada con la otra.

[4] Gamma: Medida de asociación simétrica entre 2 variables ordinales cuyo valor siempre está comprendido entre -1 y 1. Los valores próximos a 1 en valor absoluto indican una fuerte relación entre las dos variables. Los valores próximos a 0 indican que hay poca o ninguna relación. Cerca de uno (valor absoluto) indica una relación intensa y positiva; cerca de cero, no existe relación significativa

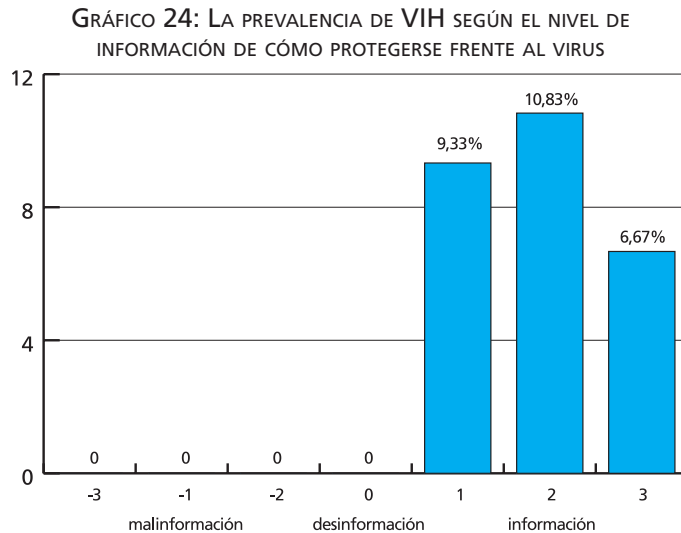
A los efectos de simplificar la lectura no presentamos aquí el capítulo de análisis de las relaciones entre variables, que de todas maneras está incluido en su versión completa con cuadros en el apéndice. Resumiendo mucho, digamos que obtuvimos los siguientes avances: al cruzar las dos variables dependientes (reporte de prácticas de riesgo y serología) no encontramos relación entre ambas ni en el contexto de las prácticas sexuales con otros hombres ni en el contexto del sexo con mujeres! En nuestro esquema relacional las prácticas de riesgo intermediaban entre la serología y las variables propuestas como independientes. Como lógicamente la infección implica prácticas de riesgo en esta población con prevalencia concentrada, sólo pudimos concluir que dichas prácticas están subreportadas en la encuesta, es decir, se confesó poco a pesar de que esa parte de la encuesta fuera autoadministrada¹⁹. Por este motivo, a los efectos de establecer relación con las variables independientes dimos prioridad a la comparación directa con la serología.

Con respecto a la primer hipótesis (que la autopercepción de riesgo incidiría sobre el reporte de uso del condón y sobre la serología), esta relación no se cumplió en la muestra. **La relación entre la percepción del riesgo y la serología fue significativa en los niveles de percepción de riesgo que van de “poco” a “muy probable”, pero cuando consideramos el nivel “nada probable”, la relación se desdibujó. Aunque es posible que algún proceso psicológico de negación funcione en este nivel y haga que personas con conductas de riesgo no se consideren en riesgo, carecemos de un psicodiagnóstico que avale dicha hipótesis. Por lo tanto descartamos que la autopercepción de riesgo funcione como un predictor adecuado de la prevalencia, aunque también descartamos categóricamente que un aumento de la percepción del riesgo aumente el cuidado y disminuya la prevalencia.**

Con respecto a la segunda hipótesis (que el aumento del índice de conocimiento sobre las formas de protección contra el VIH disminuyera las prácticas de riesgo y la serología), también fue descartada.

¹⁹ Aclaremos que la preguntas acerca de las prácticas de riesgo (B6 y B8) interrogaron sobre la frecuencia de uso del condón en los últimos seis meses (con parejas hombres y con parejas mujeres respectivamente). Lógicamente, cabía la posibilidad de que la relación entre las variables se viera enrarecida porque los VIH positivos que ya conocieran su serología hubieran aumentado el cuidado. Pero al examinar los patrones de cuidado y la existencia de análisis recientes, esta hipótesis no se reconoció en la muestra.

En este índice los valores positivos indicaban grados de información, el 0 indicaba desinformación y los valores negativos indicaban la presencia de malinformación. Aunque sólo hubo en nuestra muestra 23 casos de malinformados y desinformados, ninguno de ellos testó seropositivo! **Los casos positivos se distribuyen en los diferentes niveles de información, llegando hasta el más alto. Aunque nos referimos a la distribución de solamente 28 casos positivos, esta observación apoya lo ya señalado en la muestra de TSMs: el aumento del grado de información no disminuye *per se* la prevalencia de VIH.²⁰**



Con respecto a la tercera hipótesis (que el uso de alcohol y otras drogas incidirían sobre el uso del condón y que a su vez éste incidiría sobre la prevalencia), digamos que aunque no hubo en la muestra usuarios de drogas intravenosas, ni el nivel de consumo de alcohol, ni el consumo de marihuana, ni de cocaína, ni de tranquilizantes (las cuatro drogas más consumidas en la muestra) aumentaron la prevalencia de VIH. En el caso del consumo de pasta base, aunque no puede afirmarse que la relación sea significativa estadísticamente debido al escaso número de consumidores en esta muestra (sólo 7 casos), tampoco pudo descartarse la incidencia del consumo de esta droga sobre la serología.

Finalmente, establecimos también que ni el aumento de la educación formal disminuyó la serología, ni el haber tenido relaciones sexuales en el exterior la aumentó. El escaso número de HSHs clientes de trabajadores sexuales en esta muestra en particular no nos permitió analizar estadísticamente la incidencia de estas conductas sobre la prevalencia.

6. Conclusiones

[1] Completamos una muestra de 309 hombres que tienen sexo con hombres entre 18 y 65 años.

[2] La media de edad en la muestra fue de 26 años. Es una muestra marcadamente juvenil.

[3] Un alto porcentaje de los encuestados vive con su familia (47,7%). Nuestros resultados podrían

²⁰ Esto ya ha sido descrito en otras comunidades de HSHs. Como lo mencionan Parker y Terto (1998:119), desde 1989 en los estudios brasileños se estuvo registrando altos niveles de información sobre el VIH, pero también bajas tasas de cambios de comportamientos.

indicar que la tolerancia familiar a una orientación sexual no convencional es mayor de lo que pensábamos. Solamente 3 casos (1%) estaban en situación de calle. El porcentaje que vive en pensión (7,5%) es bastante más bajo que en la muestra de TSMs. La modalidad “casa o apartamento compartido” (15,4%) fue más baja que en taxi-boys (17,3%) y mucho más baja que en travestis (25,5%). Una buena dirección a investigar a futuro es acerca de cómo se ensamblan estos nuevos arreglos de convivencia que todavía no son autopercebidos como “familia”. El porcentaje que alquila solo fue de 11,8% y los propietarios son el 16,7%. Es llamativo que precisamente en las dos categorías que exigen mayores recursos las trabajadoras sexuales travestis superen a los HSHs, diferencia que explicamos por la mayor permanencia de los HSHs en el hogar paterno.

[4] Con respecto al último nivel educativo finalizado, los porcentajes obtenidos no son muy diferentes a la curva observada en población general. Aunque las diferencias no son grandes, digamos que los HSHs desertan un poco más en la escuela y, sobre todo, en la secundaria, pero que en la educación terciaria la tendencia se invierte y completan el ciclo en proporción algo mayor.

[5] El 61,8% de la muestra se atiende en mutualistas. Si comparamos con los porcentajes en población general, estos HSHs tienen un acceso a mutualistas significativamente mayor. Pero, al mismo tiempo, también es mayor el porcentaje de HSHs que carecen de cobertura de salud.

[6] La tasa de empleo en la muestra es de 72,7%, y los HSHs superan también en este indicador a la población general (cuya tasa de empleo es del 58,9%). Dentro de los que trabajan el sector mayoritario son los empleados privados, que alcanzan a prácticamente la mitad de la muestra (49,7%). Le siguen los asalariados del sector público (13,6%) y los cuentapropistas (9,1%), y sólo 1 caso en toda la muestra es empleador (0,3%). Un 27% de la muestra no trabaja.

[7] Un 23% de los encuestados experimentó alguna vez síntomas que podrían ser atribuibles a una ITS. Lo más alarmante es que las respuestas a la pregunta D2 indican que en el 41% de estos casos, habiendo tenido síntomas de una posible ITS, no recibieron ninguna atención médica. Es posible que la estigmatización de las ITS por parte de los usuarios y su renuencia a consultar determine la falta de tratamiento independientemente del acceso a la cobertura de salud.

[8] El porcentaje que nunca se hizo el test de VIH (44%) superó al mismo porcentaje en la muestra de trabajadores sexuales (34%), lo que debería estar vinculado a su menor percepción de riesgo. El porcentaje de los encuestados que se hizo el test de VIH en el último año es un 29,2%. El 66,8% de la muestra no conocía su status serológico. De los que se hicieron alguna vez el test, el 86% fue a buscar su resultado.

[9] Con respecto a la prevalencia de VIH, el supuesto que actualmente maneja el Programa Prioritario es que la epidemia en Uruguay es de tipo concentrado, con una prevalencia inferior al 1% en población general y superior al 5% en poblaciones vulnerables. El presente avance avala dicha afirmación: en relación al total de serologías realizadas las frecuencias de los resultados positivos fueron 28 casos, y el porcentaje correspondiente un 9%.

[10] El 82,7% de la muestra describió su identidad sexual como no convencional (homosexual-gay-bisexual). Más de la mitad de la muestra (61,7%) se ve a sí mismo como homosexual (38,4%) o como

gay (23,3%). Aproximadamente un quinto de los encuestados se consideran bisexuales (21%). Más allá de que todos los encuestados se refirieron a haber tenido prácticas homosexuales, un 7,2% de la muestra se consideró heterosexual. Junto con quienes destacaron su masculinidad (macho, etc.; 5,6%) y quienes explícitamente desenfataron la orientación sexual (libre, etc.; 2,69%), constituyen el segmento que llamamos la epistemología del closet o HSHs en su sentido restringido (15,49%). Es lógico que este segmento sea minoritario en una muestra que se realizó en “boliches gay” y estimamos que constituye la punta del iceberg de una población invisibilizada, por lo cual su análisis se vuelve particularmente importante. Finalmente, sólo un 1,3% en la muestra se definió como trans.

[11] Distinguimos en cuatro contextos diferenciados (los amigos, los compañeros de trabajo, los jefes o patrones y la familia) la variable “grado de publicidad” de la orientación sexual. La comparación de medias señala que, pese a que nuestro sentido común asigna más represión al contexto familiar, el contexto que más reprime la publicidad es la relación con jefes o patrones, seguido por compañeros de trabajo, familia y amigos en este orden. El porcentaje de respondentes totalmente en el closet osciló entre casi la mitad (49,3%) en el contexto de los jefes y 7,2% en el de los amigos, que reveló ser el contexto más “gay friendly”. La familia quedó entre el contexto de los amigos y los del trabajo, demostrando esto la importancia del eje privado-público en el manejo del secreto.

[12] Aunque un 15,5% de la muestra considera que la infección por VIH sería un evento “muy probable” para sí mismo, si comparamos la curva de la percepción de riesgo en los TSM (trabajadores sexuales masculinos), vemos que la percepción de riesgo es menor.

[13] Construimos tres escalas de información para medir cuánto sabía el participante [1] sobre cómo se transmite el VIH, [2] sobre cómo protegerse de la infección y [3] sobre cuáles infecciones se transmiten sexualmente. Los valores promedio obtenidos básicamente muestran que el grupo efectivamente tiene información sobre estos temas y no malinformación, aunque los desvíos estándares altos muestran que, particularmente en el área de la información sobre la transmisión de ITSs, el grupo incluye desde personas muy informadas hasta personas muy desinformadas (no malinformadas). Estuvieron algo mejor informados que la muestra de TSMs, también particularmente en la información sobre la transmisión de ITSs

[14] Un 66% de la muestra se consideró “blanco” y un alto porcentaje (25,5%) no se identificó con ninguno de los rótulos brindados, desenfatarando la percepción a través de categorías étnicas cerradas. Sólo un 3,33% se consideró negro, un 3,33% indígena y un 1,3% amarillo.

[15] Un 30,1% de la muestra tuvo relaciones sexuales en el exterior.

[16] Aunque solamente un 21% de la muestra se considera bisexual, el porcentaje que reconoce tener también relaciones heterosexuales asciende al 43%. Este grupo tiene también relaciones heterosexuales en las tres combinaciones frecuenciales presentadas (“alguna vez con mujeres” 14,9%, “indistintamente” 9,8% y “con mujeres y alguna vez con hombres” 18,6%).

[17] Con respecto a la frecuencia de uso del condón el sexo con penetración con hombres y con mujeres respectivamente, si vemos los cuadros por separado no vemos diferencias grandes, salvo que el porcentaje que usa condón “siempre” es mayor en el sexo con hombres (45,9% frente a 38%,

esto implicaría una mayor percepción de riesgo para esta situación) y que el uso de condón sólo “a veces” es algo más alta en el sexo con mujeres (26,6% frente a 18,5%).

[18] Sólo un 1,3% de la muestra (cuatro casos) contrata trabajadores sexuales “a menudo”. El resto de los usuarios de estos servicios presentes en la muestra (53) sólo dijo haberlos contratado “alguna vez”. En esta muestra tomada a partir de discotecas no tuvimos acceso entonces a los HSHs clientes frecuentes de travestis, taxi-boys o prostitutas. Específicamente es muy escaso el relacionamiento entre nuestra muestra y los TSMs: sólo 3 casos (5,26% del total de 57 clientes de servicios sexuales) admitieron haber contratado travestis y sólo 12 (21,05%) taxi-boys, mientras 21 respondientes (36,84%) dijeron contratar trabajadoras sexuales mujeres.

[19] A diferencia de en los TSMs, donde la curva del consumo de alcohol se recargaba en los valores extremos (abstinencia, más de travestis que de taxi-boys y bebida más de tres días por semana con borrachera, más de taxi-boys que de travestis), el consumo de los HSHs es menos extremo o de tendencia central, donde predominan los niveles intermedios de consumo. En referencia a los consumos de drogas hay notoria diferencia con la muestra de TSMs. Primero, en los porcentajes notoriamente menores de consumidores habituales, y segundo, en la elección de las drogas usadas: mientras los TSMs adoptaron a la pasta base como la segunda después de la marihuana (la consume casi un tercio de la muestra), ésta sigue siendo una droga que casi no se usa entre los HSHs (2,3%). La droga más consumida por éstos fue la marihuana (31,1%), seguida por la Cocaína (16,2%) y las píldoras tranquilizantes (9,7%, única droga en la que superan, aunque por muy poco -8,7%- a los TSMs). Pasta base, anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis y ácidos fueron drogas presentes pero consumidas por muy pocos en la muestra.

[20] El reporte del uso de condón en el sexo con hombres no funcionó como un predictor adecuado de la serología. Esto podría atribuirse a que las prácticas de riesgo estén subdeclaradas. Las prácticas de riesgo declaradas tampoco aumentaron la serología en el sexo con mujeres. Como esta evidencia sugiere que las prácticas de riesgo están muy subreportadas, las variables independientes a explorar fueron testadas preferentemente en su relación directa con la serología.

[21] En el sexo con hombres, los datos no permiten concluir que la autopercepción de riesgo incida sobre el uso (declarado) del condón. Los datos tampoco permiten concluir que la percepción de riesgo incida sobre el uso (declarado) del condón en el sexo con mujeres. La relación entre la percepción del riesgo y la serología es significativa en los niveles de percepción de riesgo que van de “poco” a “muy probable”, pero cuando consideramos el nivel “nada probable”, la relación se desdibuja. Aunque es posible que algún proceso psicológico de negación funcione en este nivel y haga que personas que admiten conductas de riesgo no se consideren en riesgo, carecemos de un psicodiagnóstico que avale dicha hipótesis. Debemos entonces descartar la percepción de riesgo como un predictor de la serología.

[22] En esta muestra el nivel de información que se tenga sobre cómo protegerse del VIH no incide sobre la tasa de prevalencia. Los casos positivos se distribuyen en los diferentes niveles de información, llegando hasta el más alto. Aunque nos referimos a la distribución de solamente 28 casos positivos, esta observación apoya lo ya señalado en la muestra de TSMs: el aumento del grado de información no disminuye per se la prevalencia de VIH. En esta perspectiva la reducción de conductas de riesgo no es directamente un asunto de información.

[23] Ni el nivel de consumo de alcohol, ni el consumo de marihuana, ni de cocaína, ni de tranquilizantes (las cuatro drogas más consumidas en la muestra) incidieron sobre la prevalencia de VIH. En el caso del consumo de pasta base, aunque no puede afirmarse que la relación sea significativa estadísticamente debido al escaso número de consumidores en esta muestra (sólo 7 casos), tampoco pudo descartarse la incidencia del consumo de esta droga sobre la serología.

[24] El nivel de educación formal no incidió sobre la prevalencia.

[25] Haber tenido relaciones sexuales en el exterior tampoco incidió sobre la prevalencia.

[26] El escaso número absoluto de clientes de trabajadores sexuales captado en esta muestra no nos permitió analizar estadísticamente la incidencia de estas conductas sobre la prevalencia. En esta muestra de HSHs tomada a partir de discotecas no tuvimos acceso entonces a los HSHs clientes de travestis, taxi-boys o prostitutas, y para aprender sobre los riesgos específicos de tal segmento de la población debería diseñarse alguna estrategia de captación específica.

Referencias

altman, Dennis (1971): *HOMOSEXUAL: OPPRESSION AND LIBERATION*. E.P. Dutton, Nueva York.

Berger, Raymond Mark (1982): *GAY AND GRAY: THE OLDER HOMOSEXUAL*. University of Illinois Press, Urbana

Blair, Johnny (1999): *A Probability Sample of Gay Urban Males: The Use of Two-Phase Adaptive Sampling*. The Journal of Sex Research, vol. 36: 39-45.

Carter, M. (2006): *La práctica de serosorting "no es infrecuente" entre hombres gay y bisexuales en California*. Versión electrónica en http://gtt-vih.org/actualizate/actualizacion_en_tratamientos/25-10-06

Fox, R. C. (1995): "Bisexual identities" En D'Augelli, A. R. y Patterson, C. J. (compiladores) : *LESBIAN, GAY, AND BISEXUAL IDENTITIES OVER THE LIFESPAN: PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVES*. Oxford University Press, New York. Págs. 48-86.

Kosofsky Sedgwick, Eve (1990): *EPISTEMOLOGY OF THE CLOSET*. University of California Press, Los Angeles.

Lee, John Alan (1987): *What can homosexual aging studies contribute to theories of aging?* Journal of Homosexuality, 13(4): 43-71.

Lee, John Alan (1989): *Invisible men. Canada's aging homosexuals. Can they be assimilated into Canada's 'liberated' gay communities?* Canadian Journal of aging, vol. 8(1): 79-97.

Osmond, D.H., Pollack, L.M, Paul, J.P. y Catania, J.A. (2007): *Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997 2002*. American Journal of Public Health, 2007 Sep; (9):1677-83.

- Pecheny, Mario (2001): *De la "no-discriminación" al "reconocimiento social". Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina*. XXIII Meeting of the Latin American Studies Association (LASA), Washington DC. Ponencia no publicada, versión electrónica accesible en <http://www.pseudoghetto.com/PechenyMario.pdf>.
- Plummer, Ken (1975): *SEXUAL STIGMA: AN INTERACTIONIST ACCOUNT*. Routledge and Kegan Paul, Boston.
- Seidman, Steven (2002): *Beyond the closet: the transformation of gay and lesbian life*. Routledge, New York.
- Sivori, Horacio (2004): *Y otros hombres que tienen sexo con hombres. Identidad y comunidad en el movimiento argentino del sida y la diversidad sexual*. Exposición al Seminario Permanente del Centro de Antropología Social. Buenos Aires, 5/10/2004.
- Weinberg, Thomas (1983): *GAY MEN, GAY SELVES: THE SOCIAL CONSTRUCTION OF HOMOSEXUAL IDENTITIES*. Irvington Publishers, New York.
- Xia Q. et al. (2006): *Knowledge of sexual partner's HIV status and serosorting practices in a California population-based sample of men who have sex with men*. AISA 2006: 2081 – 2088.

Apéndice de cuadros de HSHs

CUADRO 1: COMPOSICIÓN POR EDADES DE LA MUESTRA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	18	36	11,8	11,8
	19	19	6,2	18,0
	20	22	7,2	25,2
	21	30	9,8	35,0
	22	19	6,2	41,2
	23	17	5,6	46,7
	24	18	5,9	52,6
	25	13	4,2	56,9
	26	12	3,9	60,8
	27	18	5,9	66,7
	28	12	3,9	70,6
	29	10	3,3	73,9
	30	6	2,0	75,8
	31	7	2,3	78,1
	32	6	2,0	80,1
	33	5	1,6	81,7
	34	9	2,9	84,6
	35	6	2,0	86,6
	36	1	,3	86,9
	37	5	1,6	88,6
	38	3	1,0	89,5
	39	2	,7	90,2
	40	9	2,9	93,1
	41	5	1,6	94,8
	42	1	,3	95,1
	43	2	,7	95,8
	44	3	1,0	96,7
	45	4	1,3	98,0
	46	1	,3	98,4
	52	1	,3	98,7
53	1	,3	99,0	
55	1	,3	99,3	
58	1	,3	99,7	
62	1	,3	100,0	
	Total	306	100,0	
Perdidos	Sistema	2		
Total		308		

CUADRO 2: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA COMPOSICIÓN POR EDADES DE LA MUESTRA

N	Válidos	309
	Perdidos	0
Media		26,49
Mediana		24,00
Desv. típ.		8,054

CUADRO 3: SITUACIÓN DE VIVIENDA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Situación de calle	3	1,0
	Pensión	23	7,5
	Vive con familia	146	47,7
	Casa o apto compartido	47	15,4
	Casa o apto alquilado por él	36	11,8
	Casa o apartamento propio	51	16,7
	Total	306	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		308	

CUADRO 4: ÚLTIMO NIVEL EDUCATIVO COMPLETADO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Ninguno	7	2,3	2,3
	Primaria	115	37,6	97,8
	Secundaria	139	45,4	60,2
	Terciaria	45	14,1	14,8
	Posgrado	2	,7	0,7
	Total	306	100,0	100
Perdidos	Sistema	2		
Total		308		

CUADRO 5: COMPARACIÓN DE NIVEL EDUCATIVO DE LA MUESTRA CON LA POBLACIÓN GENERAL (PORCENTAJES ACUMULADOS)

		PORCENTAJE EN LA MUESTRA	PORCENTAJE EN POBLACIÓN GENERAL ¹
Válidos	Ninguno	2,3%	1,5%
	Primaria	97,8%	98,4%
	Secundaria	60,2%	64,6%
	Terciaria	15,5%	12,3%
	Total	100,0%	100%
Perdidos	Sistema		
Total			

CUADRO 6: COBERTURA DE SALUD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Ninguna	18	5,8%
Pública	87	28,2%
Mutualista	191	61,8%
Seguro Privado	3	1%
Servicio de Emergencia Móvil	118	38,2%
otros, policial, militar	7	2,3%
Total	307	100,0
Datos perdidos	2	
Total	308	

CUADRO 7: OCUPACIÓN

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	patrón	1	,3	
	Cta propia c/local	12	3,9	
	Cta propia s/local	16	5,2	
	Asalariado privado	153	49,7	
	Asalariado público	42	13,6	72,7
	Changas	4	1,3	
	Incapacitado para trabajar	1	,3	
	No trabaja	79	25,6	27,2
	Total	308	100,0	100,0
Perdidos	Ns/Nc	1		
Total		309		

CUADRO 8: SI TUVO POSIBLES SÍNTOMAS DE ITS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	nunca its	198	76,2
	alguna its	62	23,8
	Total	260	100,0
Perdidos	Sistema	48	
Total		308	

CUADRO 9: SI RECIBIÓ ALGÚN TRATAMIENTO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	56	18,2	58,3%
	No	40	13,0	41,7%
	Total	96	31,2	100,0
Perdidos	No corresponde	200	64,9	
	Ns/Nc	10	3,2	
	Sistema	2	,6	
	Total	212	68,8	
Total		308	100,0	

CUADRO 10: REALIZACIÓN DEL TEST DE VIH

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	171	55,9
	No	135	44,1
	Total	306	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		308	

CUADRO 11: REALIZACIÓN DEL TEST DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	90	29,2	29,2
	No	70	22,7	67,8
	Total	160	51,9	100,0
Perdidos	no corresponde	139	45,1	
	Ns/Nc	7	2,3	
	Sistema	2	,6	
Total		148	48,1	
Total		308	100,0	

CUADRO 12: SI FUE A BUSCAR EL RESULTADO DEL TEST DE VIH

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	154	86,0
	No	25	14,0
	Total	179	100,0
Perdidos	no corresponde	124	
	Ns/Nc	3	
	Sistema	2	
Total		129	
Total		308	

CUADRO 13: PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH

SEROLOGÍA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
negativos	91%	281
positivos	9%	28

CUADRO 14: IDENTIDADES DE ORIENTACIÓN SEXUAL

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Homosexual	117	38,0	38,4
	gay	71	23,1	23,3
	bisexual	64	20,8	21,0
	Otra	27	8,8	8,9
	Heterosexual	22	7,1	7,2
	trans	4	1,3	1,3
	Total	305	99,0	100,0
Perdidos	Ns/Nc	1	,3	
	Sistema	2	,6	
	Total	3	1,0	
Total		308	100,0	

CUADRO 15: IDENTIDADES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA CATEGORÍA "OTROS"

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Estrategia del énfasis en la masculinidad: Hombre, macho, bien macho, le gustan las mujeres	17	5,6
	Opciones que desenfatan la orientación sexual (Normal, abierto, activo, amplio, diverso, lo que pinte, ambiguo, ninguna).	9	2,69
	andrógino	1	,3
	no corre	278	90,8
	Total	306	100,0

CUADRO 16: IDENTIDADES DE ORIENTACIÓN SEXUAL INTEGRADAS

PORCENTAJES	IDENTIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
61,7%	Homosexual	117	38,4%
	gay	71	23,3%
	bisexual	64	21,0%
Epistemología del closet 15,49%	Heterosexual	22	7,2%
	Estrategia del énfasis en la masculinidad: Hombre, macho, bien macho, le gustan las mujeres	17	5,6%
	Opciones que desenfatan la orientación sexual (Normal, abierto, activo, amplio, diverso, lo que pinte, ambiguo, ninguna).	9	2,69%
	trans	4	1,3%
	andrógino	1	,3%
	Total	305	100,0
Perdidos	Ns/Nc	1	
	Sistema	2	
	Total	3	
Total		308	

CUADRO 17: MEDIAS COMPARADAS DEL GRADO DE PUBLICIDAD DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

	CASOS VÁLIDOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍP.
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de amigos	307	,00	2,00	1,5342	,62724
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de familia	309	,00	2,00	1,1521	,87507
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de compañeros de trabajo	309	,00	2,00	,7767	,88198
grado de conocimiento de su sexualidad por parte de jefes o patrones	309	,00	2,00	,6311	,88630

CUADRO 18: RESUMEN DEL GRADO DE PUBLICIDAD DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

	TOTALMENTE EN EL CLOSET	EN PROCESO IDENTITARIO	TOTALMENTE OUT	TOTAL DE CASOS VÁLIDOS
1. amigos	7,20%	32,20%	60,60%	307
2. Familia	31,50%	21,40%	47,10%	309
3. Compañeros de Trabajo	35%	23,90%	41,20%	309
4. Jefes o patrones	49,30%	11,50%	39,20%	307

CUADRO 19: PERCEPCIÓN DE RIESGO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	muy probable	46	15,5
	algo probable	69	23,3
	poco probable	120	40,5
	nada probable	61	20,6
	Total	296	100,0
Perdidos	Ns/nc	10	
	Sistema	2	
	Total	12	
Total		308	

CUADRO 20: COMPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN MEDIA SOBRE TRANSMISIÓN DEL VIH, PROTECCIÓN DEL VIH Y TRANSMISIÓN DE ITSs.

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍP.
índice de conocimiento sobre la protección frente al VIH	305	-1,00	3,00	1,4033	,71035
índice de conocimiento sobre la transmisión del VIH	305	-2,00	3,00	1,7967	,91299
Índice de conocimiento sobre la transmisión de ITSs	306	-5,00	5,00	3,8301	1,80451
N válido (según lista)	304				

CUADRO 21: VALORES DEL ÍNDICE DE CONOCIMIENTO SOBRE CÓMO PROTEGERSE DEL VIH

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	-1,00	2	,6	,7	,7
	,00	20	6,5	6,6	7,2
	1,00	150	48,7	49,2	56,4
	2,00	119	38,6	39,0	95,4
	3,00	14	4,5	4,6	100,0
Total		305	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		308	100,0		

CUADRO 22: VALORES DEL ÍNDICE DE CONOCIMIENTO ACERCA DE CÓMO SE TRANSMITE EL VIH

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	-2,00	1	,3	,3	,3
	-1,00	6	1,9	2,0	2,3
	,00	17	5,5	5,6	7,9
	1,00	67	21,8	22,0	29,8
	2,00	153	49,7	50,2	80,0
	3,00	61	19,8	20,0	100,0
	Total	305	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		308	100,0		

CUADRO 23: VALORES DEL ÍNDICE DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TRANSMISIÓN DE ITS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	-5,00	1	,3	,3	,3
	-3,00	3	1,0	1,0	1,3
	-1,00	11	3,6	3,6	4,9
	1,00	26	8,4	8,5	13,4
	3,00	77	25,0	25,2	38,6
	5,00	188	61,0	61,4	100,0
	Total	306	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,6		
Total		308	100,0		

CUADRO 24: AUTOPERCEPCIÓN DE ETNICIDAD

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Blanco	198	64,7
	Indígena	10	3,3
	Negro	10	3,3
	Otra	78	25,5
	Ns/Nc	6	2,0
	Amarillo	4	1,3
	Total	306	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		308	

CUADRO 25: SI TUVO RELACIONES SEXUALES EN EL EXTERIOR

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sí	91	29,5	30,1
	No	211	68,5	69,9
	Total	302	98,1	100,0
Perdidos	Ns/Nc	4	1,3	
	Sistema	2	,6	
	Total	6	1,9	
Total		308	100,0	

CUADRO 26: TIENE SEXO CON

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Sólo con hombres	167	54,2	56,6
	Con hombres y alguna vez mujeres	44	14,3	14,9
	Con hombres y mujeres indistintamente	29	9,4	9,8
	Con mujeres y alguna vez con hombres	55	17,9	18,6
	Total	295	95,8	100,0
Perdidos	Ns/Nc	11	3,6	
	Sistema	2	,6	
	Total	13	4,2	
Total		308	100,0	

CUADRO 27: USO DEL CONDÓN EN LA PENETRACIÓN EN EL SEXO CON HOMBRES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Nunca	35	11,99
	Algunas veces	54	18,49
	Casi siempre	69	23,63
	Siempre	134	45,89
	Total	292	100,0
Perdidos	Ns/Nc	14	
	Sistema	2	
	Total	16	
Total		308	

CUADRO 28: FRECUENCIA DEL USO DEL CONDÓN EN LA PENETRACIÓN EN EL SEXO CON MUJERES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Nunca	21	6,8	13,3
	Algunas veces	42	13,6	26,6
	Casi todo el tiempo	35	11,4	22,2
	Todo el tiempo	60	19,5	38,0
	Total	158	51,3	100,0
Perdidos	No corresponde	142	46,1	
	Ns/Nc	4	1,3	
	Sistema	4	1,3	
	Total	150	48,7	
Total		308	100,0	

CUADRO 29: CONTRATÓ TRABAJADORES SEXUALES

CONTRATÓ TRABAJADORES SEXUALES	NUNCA	Recuento	247
		%	81,25%
	ALGUNA VEZ	Recuento	53
		%	17,4%
	A MENUDO	Recuento	4
		%	1,3%
	TOTAL	Recuento	304
		%	100%

CUADRO 30: CATEGORÍA DE TRABAJADOR SEXUAL CONTRATADA

CONTRATÓ	TRAVESTIS	Recuento	3
		%	5,26%
	TAXI-BOYS	Recuento	12
		%	21,05%
	TRABAJADORAS SEXUALES MUJERES	Recuento	21
		%	36,84%
	No ESPECIFICÓ	Recuento	21
		%	36,84%
	TOTAL	Recuento	57
		%	100%

CUADRO 31: EL CONSUMO DE ALCOHOL

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Mas de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	28	9,2
	Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera	17	5,6
	Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	108	35,3
	Menos de tres días por semana sin sentir nunca borrachera	110	35,9
	No consume	41	13,4
	Ns/NC	2	,7
	Total	306	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		308	

CUADRO 32: EL CONSUMO DE DROGAS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	marihuana	96	31,1
	cocaína	50	16,2
	Píldoras tranquilizantes	30	9,7
	pasta base	7	2,3
	anfetaminas	6	1,9
	Metanfetamina, éxtasis	6	1,9
	LSD	6	1,9
	Drogas inyectables	0	0
	Total	309	100,0

La relación entre las dos variables dependientes: uso del condón versus serología

Analicemos primero los siguientes cuadros sobre el uso del condón en sexo con hombres en relación a la serología:

CUADRO 33: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Uso de condón en el sexo con hombres versus serología	295	95,5%	14	4,5%	309	100,0%

CUADRO34: USO DE CONDÓN EN EL SEXO CON HOMBRES VERSUS SEROLOGÍA

		SEROLOGÍA		TOTAL	
		NEGATIVO	POSITIVO		
Usa condón	Siempre	Recuento	122	14	136
		%	89,71 %	10,29%	100%
		Residuos corregidos	-,4	,4	
	Casi siempre	Recuento	63	6	69
		%	91,3%	8,7%	100%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
	Algunas veces	Recuento	51	4	55
		%	92,73 %	7,27%	100%
		Residuos corregidos	,6	-,6	
	Nunca	Recuento	31	4	35
		%	88,57%	11,43%	100%
		Residuos corregidos	-,4	,4	
Total		Recuento	267	28	295
		%	90,51 %	9,49%	100,0%

CUADRO 35: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,045	,164	-,279	,780	,775
N de casos válidos		295				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencias de porcentajes y frecuencias: las diferencias de frecuencias son mínimas –aún entre quienes afirmaron usar condón “siempre” y “nunca”- y no ameritan el postular la declaración de uso de condón como un predictor de serología.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los bajos valores de los residuos corregidos tampoco apoyan la relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): En el cuadro simplificado entre usa condón “siempre” y “no siempre” la diagonal más probable por hipótesis tiene un producto menor que la menos probable y por lo tanto no apoya la relación.

[4] Gamma: Los valores próximos a 0 indican que hay poca o ninguna relación y precisamente el gamma correspondiente es de 0,045.

En conclusión, **el reporte del uso de condón en el sexo con hombres no funcionó como un predictor adecuado de la serología. Esto podría atribuirse a que las prácticas de riesgo estén subdeclaradas.** Una hipótesis alternativa es que sería posible que quienes saben que son VIH positivos adopten el condón con más frecuencia, pero el número de seropositivos que podríamos suponer que conocía su status²¹ fue sólo de 9 en los 28 casos. Si comparamos los porcentajes de seropositivos con test reciente y sin test reciente, los primeros reportaron prácticas de penetración sin condón mu-

²¹ Aunque no se preguntó su serología a los participantes en la encuesta, sí se preguntó si se habían realizado test de VIH anteriormente. Sólo 9 de los respondientes que testaron positivos tenían test de VIH realizado en el último año.

cho más a menudo que los segundos (66,7% frente a 28,6% en el sexo con hombres y 80% frente a 0% en el sexo con mujeres). Aunque sólo estamos hablando de 28 casos y no podemos deducir de esto un patrón de conducta de los HSHs VIH positivos en general, sí podemos concluir que en esta muestra no hubo un patrón de mayor cuidado por parte de quienes conocen su serología positiva que pudiera enriquecer la relación entre las variables dependientes “uso del condón” y “serología”.

Si analizamos los cuadros del uso del condón en el sexo con mujeres versus serología, apreciamos un patrón similar:

CUADRO 36: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Uso del condón con mujeres versus serología	158	51,1%	151	48,9%	309	100,0%

CUADRO 37: USO DEL CONDÓN CON MUJERES VERSUS PREVALENCIA DE VIH

			SEROLOGÍA		TOTAL NEGATIVO
			NEGATIVO	POSITIVO	
Uso del condón con mujeres	Nunca	Recuento	20	1	21
		%	95,24%	4,56%	100,0%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
	Algunas veces	Recuento	39	3	42
		%	92,86%	7,14%	100%
		Residuos corregidos	-,3	,3	
	Casi todo el tiempo	Recuento	33	2	35
		%	94,29%	5,71%	100,0%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	Todo el tiempo	Recuento	56	4	60
		%	93,33%	6,77%	100,0%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
Total	Recuento	148	10	158	
	%	93,67%	6,33%	100,0%	

CUADRO 38: MEDIDAS SIMÉTRICAS

	VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,001	,242	-,004	,997
N de casos válidos		158			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencias de porcentajes y frecuencias: las diferencias de frecuencias también son mínimas y tampoco ameritan postular la declaración de uso de condón como un predictor de serología.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: los bajos valores de los residuos corregidos tampoco apoyan la relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): En el cuadro simplificado entre usa condón “siempre” y “no siempre” la diagonal más probable por hipótesis tiene un producto menor que la menos probable y por lo tanto no apoya la relación.

[4] Gamma: Los valores próximos a 0 indican que hay poca o ninguna relación y precisamente el gamma correspondiente es de -0,001.

En conclusión, **las prácticas de riesgo declaradas tampoco aumentaron la serología en el sexo con mujeres.** Recordemos que, a diferencia de en la muestra de TSMs –en la cuál el sexo con hombres por un lado y con mujeres por otro actuó como una variable de contexto que modificaba radicalmente el reporte de prácticas de riesgo²²-, en los HSHs el sexo con hombres y el sexo con mujeres no fueron contextos con patrones claramente diferenciados, salvo que el porcentaje que dijo usar condón “siempre” es mayor en el sexo con hombres (45,9% frente a 38%, esto implicaría una mayor percepción de riesgo para esta situación). **Como la evidencia sugiere que las prácticas de riesgo están muy subreportadas, las variables independientes a explorar serán testadas preferentemente en su relación directa con la serología.**

La percepción de riesgo versus uso del condón y serología

Analicemos primero el cuadro de la percepción de riesgo versus el uso del condón en el sexo con hombres:

CUADRO 39: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
E.06. Percepción del riesgo * B.06. Uso de condón hombres	286	92,6%	23	7,4%	309	100,0%

22 Acotemos que, al menos en los taxi-boys, la variable “sexo del compañero sexual” se superpuso a la variable también de contexto “sexo comercial-sexo no comercial”.

CUADRO 40: PERCEPCIÓN DEL RIESGO VERSUS USO DE CONDÓN EN EL SEXO CON HOMBRES

			USO DE CONDÓN EN SEXO CON HOMBRES				TOTAL
			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	
Percepción del riesgo	muy probable	Recuento	23	11	6	6	46
		%	50%	23,91%	13%	13%	100%
		Residuos corregidos	,5	,0	-1,0	,5	
	algo probable	Recuento	32	18	12	7	69
		%	46,38%	26,09%	17,39%	10,14%	100%
		Residuos corregidos	-,1	,5	-,3	-,2	
	poco probable	Recuento	56	25	22	11	114
		%	49,12%	21,93%	19,3%	9,6%	100%
		Residuos corregidos	,6	-,6	,3	-,5	
	nada probable	Recuento	23	14	13	7	57
		%	40,35%	24,56%	22,81%	12,28%	100%
		Residuos corregidos	-1,1	,2	,9	,4	
Total		Recuento	134	68	53	31	286
		%	46,85%	23,78%	18,53%	10,83	100,0%

CUADRO 41: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,061	,073	,836	,403	.(c)
N de casos válidos		286				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c No se puede efectuar el cálculo porque se ha excedido el tiempo límite.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la declaración de prácticas de riesgo aumenta hasta un 10% a medida que disminuye la percepción de riesgo.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos no superan 1.96 en ningún casillero e indican independencia de las variables.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): La diagonal más esperada resultó 54 veces más probable que la menos esperada.

[4] Gamma: El valor de gamma cercano a 0 indica que hay poca o ninguna relación.

En conclusión, **en el sexo con hombres, los datos no permiten concluir que la autopercepción de riesgo incida sobre el uso declarado del condón.**

Analícemos ahora el sexo con mujeres:

CUADRO 42: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Percepción del riesgo versus Uso del condón con mujeres	152	49,2%	157	50,8%	309	100,0%

CUADRO 43: PERCEPCIÓN DEL RIESGO VERSUS
USO DEL CONDÓN EN EL SEXO CON MUJERES

			USO DEL CONDÓN EN SEXO CON MUJERES				TOTAL
			NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI TODO EL TIEMPO	TODO EL TIEMPO	
Percepción del riesgo	muy probable	Recuento	8	6	5	9	28
		%	28,57%	21,43%	17,85%	32,14%	100%
		Residuos corregidos	2,5	-7	-5	-7	
	algo probable	Recuento	2	14	6	10	32
		%	6,25%	43,75%	18,75%	31,25%	100%
		Residuos corregidos	-1,4	2,5	-5	-9	
	poco probable	Recuento	8	14	9	26	57
		%	14%	24,56%	15,78%	45,61%	100%
		Residuos corregidos	,1	-4	-1,4	1,5	
	nada probable	Recuento	3	6	13	13	35
		%	8,57%	17,14%	37,4%	37,4%	100%
		Residuos corregidos	-1,0	-1,4	2,5	-,1	
Total	Recuento	21	6	40	58	152	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	38,16%	100,0%	

CUADRO 44: MEDIDAS SIMÉTRICAS

	VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,237	,097	2,409	,016
N de casos válidos		152			.(c)

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c No se puede efectuar el cálculo porque no hay suficiente memoria.

[1] Análisis de diferencia de frecuencias y porcentajes: A medida que aumenta la percepción de riesgo los porcentajes se van recargando hacia la izquierda del cuadro. Aunque la tendencia no es mantenida en todos los cuadros esto parecería indicar que si hubiera una relación sería inversa! Expresado como hipótesis, a medida que aumenta la percepción de riesgo disminuye el uso del condón. La explicación para esto bien podría estar en la dirección causal: sería el aumento de prácticas de riesgo reconocidas el que aumentaría la percepción de riesgo.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos superan 1.96 en sólo tres casilleros y no permiten sostener una relación fuerte entre las variables.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): La diagonal menos esperada resultó la más recargada, indicando que si hubiera alguna relación sería inversa.

[4] Gamma: El valor de gamma cercano a 0 indica que hay poca o ninguna relación.

Los datos no permiten entonces concluir que la percepción de riesgo incida sobre el reporte de uso del condón en el sexo con mujeres.

La percepción de riesgo versus la serología

Analicemos ahora el cuadro de la percepción de riesgo versus la serología:

CUADRO 45: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
E.06. Percepción del riesgo * prevalencia de vih	299	96,8%	10	3,2%	309	100,0%

CUADRO 46: PERCEPCIÓN DEL RIESGO VERSUS PREVALENCIA DE VIH

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
E.06. Percepción del riesgo	muy probable	Recuento	39	7	46
		%	84,78%	15,22%	100%
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	algo probable	Recuento	61	9	70
		%	87,14%	12,86%	100%
		Residuos corregidos	-1,6	1,6	
	poco probable	Recuento	117	4	121
		%	96,7%	3,3%	100%
		Residuos corregidos	2,6	-2,6	
	nada probable	Recuento	57	5	62
		%	92%	8%	100%
		Residuos corregidos	,1	-,1	
Total		Recuento	274	25	299
		%	91,64%	8,36%	100,0%

CUADRO 47: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,304	,159	-1,782	,075	,056
N de casos válidos		299				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: en los niveles de percepción de riesgo que van de “poco” a “muy probable”, la prevalencia de infección por VIH aumenta a medida que aumenta la percepción de riesgo. Sin embargo, de mantenerse la tendencia en el nivel de percepción “nada probable”, la prevalencia debería haber bajado mucho más.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos superan 1.96 en gran parte de la tabla, con excepción de los casilleros correspondientes a una percepción de riesgo “nada probable”, los valores son los esperados para una relación fuerte.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): en el cuadro simplificado a dos niveles la diagonal más probable por hipótesis es efectivamente la más recargada.

[4] Gamma: El valor de gamma obtenido indica que la relación es débil, básicamente por la inversión de la tendencia en los casilleros del “nada probable”.

En conclusión, **la relación entre la percepción del riesgo y la serología es significativa en los niveles de percepción de riesgo que van de “poco” a “muy probable”, pero cuando consideramos el nivel “nada probable”, la relación se desdibuja. Aunque es posible que algún proceso psicológico de negación funcione en este nivel y haga que personas con conductas de riesgo no se consideren en riesgo, carecemos de un psicodiagnóstico que avale dicha hipótesis. Debemos entonces descartar la percepción de riesgo como un predictor de la serología.**

El índice de conocimiento sobre como protegerse del VIH versus la serología.

Para analizar el efecto de la información acerca de cómo protegerse tiene sobre las conductas de riesgo, analizamos el cuadro del índice de conocimiento sobre como protegerse del VIH (cuantificado de -3 a 3) versus la serología.

CUADRO 48: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
ÍNDICE DE PROTECCIÓN CALC VERSUS PREVALENCIA DE VIH	308	99,7%	1	,3%	309	100,0%

CUADRO 49: CONOCIMIENTO DE CÓMO PROTEGERSE VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL NEGATIVO
			NEGATIVO	POSITIVO	
índice de protección calc	-1,00	Recuento	2	0	2
		%	100%	,0%	100%
		Residuos corregidos	,4	-,4	
	,00	Recuento	21	0	21
		%	100%	,0%	100%
		Residuos corregidos	1,5	-1,5	
	1,00	Recuento	136	14	150
		%	90,67%	9,33%	100%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
	2,00	Recuento	107	13	120
		%	89,17%	10,83%	100%
		Residuos corregidos	-,8	,8	
3,00	Recuento	14	1	15	
	%	93,33%	6,67%	100%	
	Residuos corregidos	,3	-,3		
Total	Recuento	280	28	308	
	%	90,91%	9,09%	100,0%	

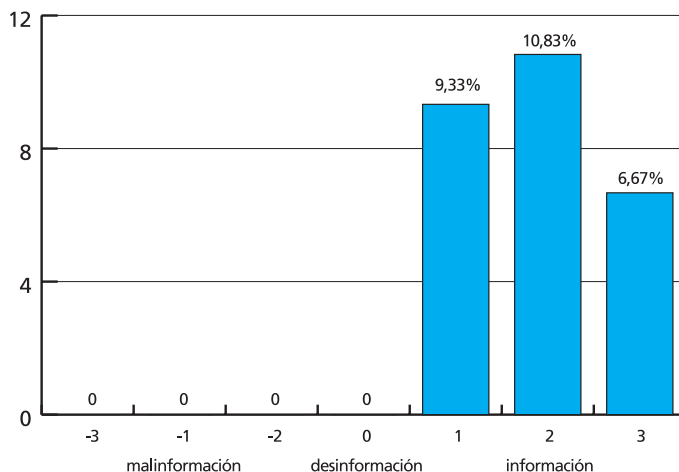
CUADRO 50: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,172	,156	1,057	,291	,317
N de casos válidos		308				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula

GRÁFICO 24: LA PREVALENCIA DE VIH SEGÚN EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE CÓMO PROTEGERSE FRENTE AL VIRUS



[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: en este índice los valores positivos indicaban grados de información, el 0 indicaba desinformación y los valores negativos indicaban la presencia de malinformación. Aunque sólo hubo en nuestra muestra 23 casos de malinformados y desinformados, ninguno de ellos testó seropositivo! **Los casos positivos se distribuyen en los diferentes niveles de información, llegando hasta el más alto. Aunque nos referimos a la distribución de solamente 28 casos positivos, esta observación apoya lo ya señalado en la muestra de TSMs: el aumento del grado de información no disminuye per se la prevalencia de VIH.**²³

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los valores de los residuos corregidos indican que no hay relación entre las variables.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): Si se simplificara el cuadro separando los dos niveles de mayor información por un lado y la malinformación, desinformación y poca información por otro, se recarga la diagonal opuesta a la de la hipótesis. Pero la hipótesis alternativa (más información=más prevalencia) es sólo 21 veces más probable que la diagonal esperada.

[4] Gamma: El gamma más cercano a 0 que a 1 no apoya la hipótesis de relación.

En conclusión: **en esta muestra el nivel de información que se tenga sobre el VIH no incide sobre la tasa de prevalencia.**

²³ Esto ya ha sido descrito en otras comunidades de HSHs. Como lo mencionan Parker y Terto (1998:119), desde 1989 en los estudios brasileños se estuvo registrando altos niveles de información sobre el VIH, pero también bajas tasas de cambios de comportamientos.

Consumo de alcohol y otras drogas versus serología

Para simplificar, y en virtud de lo poco fiable que resultó el reporte de conductas de riesgo, vamos a estudiar la incidencia del consumo de alcohol y otras drogas directamente sobre la serología.

Consumo de alcohol versus serología

Analicemos primero los efectos del consumo de alcohol:

CUADRO 51: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo de alcohol versus serología	309	100,0%	0	,0%	309	100,0%

CUADRO 52: CONSUMO DE ALCOHOL VERSUS SEROLOGÍA

		SEROLOGÍA VIH		TOTAL	
		NEGATIVO	POSITIVO		
Nivel de consumo de alcohol	Mas de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	28	1	29
		%	96,55%	3,45%	100%
		Residuos corregidos	1,1	-1,1	
	Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera	Recuento	17	0	17
		%	100%	,0%	100%
		Residuos corregidos	1,3	-1,3	
	Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera	Recuento	97	11	108
		%	89,71%	10,19%	100%
		Residuos corregidos	-,5	,5	
	Menos de tres días por semana sin sentirse nunca borrachera	Recuento	98	13	111
		%	88,29%	11,71%	100%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
No consume	Recuento	40	2	42	
	%	95,24%	4,76%	100%	
	Residuos corregidos	1,0	-1,0		
Total	Recuento	281	28	309	
	%	90,94%	9,06%	100,0%	

CUADRO 53: MEDIDAS SIMÉTRICAS

	VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA	
Ordinal por ordinal	Gamma	,145	,136	1,044	,296	,345
N de casos válidos		309				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: de confirmarse la relación, el aumento en el nivel de consumo mostraría un aumento de los porcentajes de prevalencia. Esto no se aprecia en el cuadro.

[2] El cálculo de los residuos corregidos no apoya la hipótesis de relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): simplificando el cuadro en dos niveles (los que no consumen y los que consumen menos de tres días por semana y no se emborrachan por un lado, y todos los otros niveles de consumo por el otro) la diagonal menos esperada resulta más probable, rechazando entonces la relación.

[4] Gamma: su valor más cercano a 0 descarta que haya relación.

En conclusión, **el nivel de consumo de alcohol no incidió sobre la serología.**

5.5.2 Consumo de marihuana versus serología

Casi un tercio de la muestra consumía habitualmente marihuana. Si analizamos el efecto que el consumo de marihuana tiene en la serología obtenemos los siguientes cuadros:

CUADRO 54: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo marihuana versus prevalencia	309	100,0%	0	,0%	309	100,0%

CUADRO 55: CONSUMO DE MARIHUANA VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Consumo marihuana	sí	Recuento	87	9	96
		%	90,63%	9,37%	100%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
	no, ns, nc	Recuento	195	19	213
		%	91,08%	8,92%	100%
		Residuos corregidos	,1	-,1	
Total		Recuento	283	28	309
		%	90,94%	9,06%	100,0%

CUADRO 56: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,027	,212	-,128	,898	1,000
N de casos válidos		309				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia de VIH es muy ligeramente mayor en los consumidores habituales de marihuana, lo cual no apoyaría una relación definida.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: los residuos corregidos indican claramente que no hay relación entre las variables.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): la diagonal más esperada resultó sólo ligeramente más cargada que la menos esperada, resultando sólo 6 veces más probable. No es evidencia fuerte de una relación.

[4] Gamma: el gamma muy cercano a 0 también descarta la relación entre las variables.

En conclusión, **el consumo de marihuana no incidió sobre la prevalencia de VIH.**

Consumo de cocaína versus serología

La segunda droga, consumida por el 16,2% de los HSHs de la muestra, es la cocaína.

CUADRO 53: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo de cocaína versus serología	309	100,0%	0	,0%	309	100,0%

CUADRO 54: CONSUMO DE COCAÍNA VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
consume cocaína	sí	Recuento	45	5	50
		%	90%	10%	100%
		Residuos corregidos	-,3	,3	
	no, ns, nc	Recuento	236	23	259
		%	91,22%	8,88%	100%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
Total		Recuento	281	28	309
		%	90,94%	9,06%	100,0%

CUADRO 55: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,065	,259	-,244	,808	1,000
N de casos válidos		309				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia de VIH es sólo ligeramente mayor (1,22%) en quienes consumen cocaína habitualmente, no presentando un patrón claro de relacionamiento.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: los residuos corregidos más cercanos a 0 que a 1 tampoco apoyan una relación fuerte.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): la diagonal más esperada en caso de incidencia resulta 11 veces más probable que la diagonal menos esperada y no es una evidencia fuerte.

[4] Gamma: el bajo valor del gamma indica que no existe relación significativa.

En conclusión, al menos en esta muestra, **el consumo habitual de cocaína tampoco resulta en un aumento definido de la prevalencia de VIH.**

Consumo de píldoras tranquilizantes versus serología

Un 9,7% de la muestra dijo consumirlas habitualmente, con lo cual el bajo número de casos complica el análisis de la relación.

CUADRO 56: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Consumo píldoras tranquilizantes versus serología	309	100,0%	0	,0%	309	100,0%

CUADRO 57: CONSUMO DE PÍLDORAS TRANQUILIZANTES VERSUS PREVALENCIA DE VIH

			SEROLOGÍA		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
Consumo de píldoras tranquilizantes	sí	Recuento	28	2	30
		%	93,33%	6,67%	100%
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	no, ns, nc	Recuento	253	26	279
		%	90,68%	9,32%	100%
		Residuos corregidos	-,5	,5	
Total	Recuento	281	28	309	
	%	90,94%	9,06%	100,0%	

CUADRO 58: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,180	,368	,542	,588	,755
N de casos válidos		309				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia es mayor entre quienes no consumen píldoras tranquilizantes, lo cual sugiere que si hay relación ésta sería inversa. Como no podemos pensar que los tranquilizantes disminuyan la prevalencia de VIH, éste es básicamente un argumento contra la hipótesis de relacionamiento.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos bajos tampoco apoyan la relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): La diagonal menos esperada (“tranquilizantes bajan la prevalencia”) es la más fuerte. Otra vez lo tomamos como un argumento contra la relación.

[4] Gamma: el Gamma próximo a 0 rechaza la relación.

En conclusión, **el uso de tranquilizantes tampoco tiene incidencia sobre la serología.**

Consumo de pasta base versus serología

Aunque debemos recordar que casi no fue consumida por los integrantes de esta muestra, veamos ahora los efectos del consumo de pasta base. Habiendo sólo 7 consumidores habituales en toda la muestra la comparación con la prevalencia de los no consumidores puede resultar drásticamente alterada por el bajo número de casos en dos de los casilleros. En los siguientes cuadros:

CUADRO 59: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

CONSUMO PASTA BASE VERSUS SEROLOGÍA	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
	309	100,0%	0	,0%	309	100,0%

CUADRO 60: CONSUMO DE PASTA BASE VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
Consumo de pasta base	sí	Recuento	5	2	7
		%	71,43%	28,57%	100%
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	no, ns, nc	Recuento	276	26	302
		%	91,39%	8,6%	100%
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
Total		Recuento	281	28	309
		%	90,94%	9,06%	100,0%

CUADRO 61: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,619	,266	-1,071	,284	,636
N de casos válidos		309				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia es mucho más alta entre los consumidores, lo que apoyaría la relación.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Los residuos corregidos están apenas por debajo del nivel que indica una relación fuerte y significativa.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): La diagonal más esperada está notoriamente más cargada y apoya la relación.

[4] Gamma: el Gamma más cercano a 1 que a 0 en valor absoluto reconoce la relación.

En conclusión, **aunque no puede afirmarse que la relación sea significativa estadísticamente debido al escaso número de consumidores de pasta base en esta muestra (7 casos), no pudo descartarse la incidencia del consumo de pasta sobre la serología.**

Último nivel de estudios finalizado versus serología

Aunque el bajo número de encuestados en algunos casilleros dificulta un análisis estadístico, pudimos descartar que la educación formal tenga incidencia sobre la serología. Como lo muestran los siguientes cuadros:

CUADRO 62: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
nivel de estudios más alto finalizado versus serología	309	100,0%	0	,0%	309	100,0%

CUADRO 63: NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO FINALIZADO VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
nivel de estudios más alto finalizado	Ninguno	Recuento	7	0	7
		%	100%	,0%	100%
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	Primaria	Recuento	107	10	117
		%	91,45%	8,55%	100%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	Secundaria	Recuento	123	16	139
		%	88,49%	11,51%	100%
		Residuos corregidos	-1,4	1,4	
	Terciaria	Recuento	42	2	44
		%	95,45%	4,54%	100%
		Residuos corregidos	1,1	-1,1	
	Posgrado	Recuento	2	0	2
		%	100%	,0%	,6%
		Residuos corregidos	,4	-,4	
Total		Recuento	281	28	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 63: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,002	,152	-,014	,989	,998
N de casos válidos		309				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: los porcentajes de prevalencia no presentan un patrón claro reconocible.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: no apoyan una relación fuerte.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): si simplificamos el cuadro a dos niveles, los que no completaron ningún nivel y los que sólo completaron la escuela por un lado frente a los que completaron la secundaria o más por el otro, la diagonal menos esperada es la más probable. Un mayor nivel de educación formal no reduce la prevalencia.

[4] El gamma calculado rechaza que exista relación significativa.

En conclusión **el nivel de educación formal no incidió sobre la prevalencia.**

Los efectos del sexo en el exterior sobre la serología

Un 30% de la muestra había declarado haber tenido sexo en el exterior. Si analizamos los efectos de esta circunstancia sobre la serología obtenemos los siguientes cuadros:

CUADRO 64: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Relaciones en el exterior versus serología	304	98,4%	5	1,6%	309	100,0%

CUADRO 65: SI TUVO SEXO EN EL EXTERIOR VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Relaciones en el exterior	Sí	Recuento	83	8	91
		%	91,21%	8,79%	100%
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	No	Recuento	193	20	213
		%	90,61%	9,39%	100%
		Residuos corregidos	-,2	,2	
Total		Recuento	276	28	304
		%	90,79%	9,21%	100,0%

CUADRO 66: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA(B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	,036	,219	,167	,867	1,000
N de casos válidos		304				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

[1] Análisis de diferencia de porcentajes y frecuencias: la prevalencia de quienes sí tuvieron sexo en el exterior es incluso algo menor que la de quienes no lo tuvieron, lo que contradice la hipótesis de relacionamiento.

[2] Cálculo de los residuos corregidos: Su bajo valor no indica relación.

[3] Estudio de razón de ventajas comparativas (*odd ratio*): la diagonal no esperada es más probable.

[4] Gamma: Su valor cercano a 0 indica que hay poca o ninguna relación.

En conclusión, **haber tenido relaciones sexuales en el exterior no incidió sobre la prevalencia.**

La incidencia de contratar trabajadores sexuales sobre la serología

Como ya dijimos, sólo 57 de los encuestados dijeron haber contratado trabajadores sexuales de algún tipo. **El escaso número absoluto de clientes de trabajadores sexuales captado en esta muestra no nos permitió analizar estadísticamente la incidencia de estas conductas sobre la prevalencia.** Sólo 4 respondentes dijeron contratar servicios sexuales “a menudo”, y entre ellos no hubo resultados positivos. Entre los 53 casos que dijeron haberlos contratado “alguna vez”, la serología no fue significativamente mayor que entre quienes nunca contrataron. Sólo 3 respondentes (entre los cuales tampoco hubo serologías positivas) dijeron contratar travestis, 12 dijeron contratar taxi-boys (2 casos positivos –el 16,67%– entre éstos,) y 21 encuestados dijeron contratar prostitutas (2 casos positivos –el 9,52%– entre éstos,). Más allá de estas cifras anecdóticas no podemos aventurar conclusiones hasta no disponer de una muestra de HSHs clientes de servicios sexuales.

CUADRO 67: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Si contrató trabajadores sexuales versus serología	304	98,4%	5	1,6%	309	100,0%

CUADRO 68: SI CONTRATÓ TRABAJADORES SEXUALES VERSUS SEROLOGÍA

			PREVALENCIA DE VIH		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Contrató trabajadores sexuales	Nunca	Recuento	224	23	247
		%	90,69%	9,31%	100,0%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
	Alguna vez	Recuento	48	5	53
		%	90,57%	9,43%	100%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
	A menudo	Recuento	4	0	4
		%	100%	,0%	100%
		Residuos corregidos	,6	-,6	
Total		Recuento	276	28	304
		%	100,0%		100,0%

CUADRO 69: MEDIDAS SIMÉTRICAS

		VALOR	ERROR TÍP. ASINT.(A)	T APROXIMADA (B)	SIG. APROXIMADA	SIG. EXACTA
Ordinal por ordinal	Gamma	-,041	,254	-,165	,869	,937
N de casos válidos		304				

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

CUADRO 70: QUÉ CATEGORÍA DE TRABAJADORES SEXUALES CONTRATA VERSUS SEROLOGÍA

			SEROLOGÍA		TOTAL
			NEGATIVO	POSITIVO	
Contrató	travestis	Recuento	3	0	3
		%	100%	,0%	100%
	Taxi-boys	Recuento	10	2	12
		%	83,33%	16,67%	100%
	prostitutas	Recuento	19	2	21
		%	90,48%	9,52%	100%
	No contesta		19	2	21
Total		Recuento	51	6	57
		%	96,5%%	3,5%	100,0%

Anexos

Comentarios de los encuestadores

Damián Arboleda
Encuestador

El trabajo con la población de HSHs se desarrolló principalmente durante las noches los días viernes y sábados concurriendo en camioneta acondicionada a las inmediaciones de distintos centros bailables. Uno de los primeros puntos a destacar es la modalidad en la cual se desarrolló el trabajo en equipo. Al igual que la etapa con TSM el trabajo de campo se realizó desde la perspectiva multidisciplinaria²⁴, esto trajo dos consecuencias bien importantes en nuestro rol de encuestador. Por un lado, nos permitió consultar de manera constante sobre dudas propias en cuanto a nociones básicas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y sobre prácticas de riesgo. Por otro, si bien existió una etapa de capacitación y consulta, la temática es muy amplia y el tener en campo a quienes se caracterizan por una formación específica en HIV nos permitió despejar todas las dudas, interrogantes, mitos y tabúes a las cuales la población de HSH hacía alusión. Desde nuestra experiencia como encuestador esta ha sido una de los pocos campos en los cuales sentimos que hemos retenido una serie de conocimientos y nociones sobre la temática tratada, por tanto, apostamos a la práctica multidisciplinaria en la etapa de recolección de datos como sustantiva y enriquecedora.

En segundo lugar, esta segunda etapa se caracterizó por la difícil llegada al grupo en estudio. A diferencia de los TSM la disposición a prestarse a un control serológico y de repuesta sobre actitudes de prácticas de riesgo fue más compleja y sufrimos muchos más rechazos²⁵. La mayoría se acercaba al estudio por un conocimiento previo debido a la consulta a su grupo de pares de lo que se trataba. Tal vez como muestran los resultados, la población HSH reviste en promedio niveles económicos y de instrucción más altos que TSM, esto puede haber generando una mayor atención en la búsqueda de información precisa antes de someterse al estudio. Desde el rol de encuestador y en el contacto directo con HSH lo normal era el pronunciamiento sobre el conocimiento previo sobre lo que estábamos haciendo. En este caso la contribución de las organizaciones de la sociedad fue también sustantiva pero los tiempos en la repercusión de su trabajo de arribo al grupo en cuestión fueron de más largo plazo. Esto trajo como consecuencia la escasa producción por noche y el prolongamiento en el tiempo del estudio.

Tercero, la población HSH destacó la importancia y conveniencia de un estudio con estas características. En conversaciones informales muchos de los entrevistados destacaron la importancia de políticas focalizadas en la materia que de alguna manera hagan trascender y dar a conocer a la población general las actitudes y comportamientos en sexualidad que ellos adoptan. Además creen que este estudio puede generar rupturas de los tabúes y preconceptos que favorecen la discriminación a los cuales habitualmente están sometidos.

Cuarto, otra de las particularidades se encuentra en la concurrencia en parejas a la hora de realizarse el estudio. Si bien el cuestionario era aplicado de forma individual, en la mayoría de los casos no

24 Participaron en el campo: representantes del Programa Prioritario ITS/SIDA, equipo médico, de investigación y Organizaciones Sociales (CIEI-SU, Colectivo Ovejas Negras).

25 Aclaremos que todos los que finalmente participaron firmaron un consentimiento informado, pero lo cierto es que en la muestra de HSHs los contactos tuvieron que invitar a participar del test de VIH y de la encuesta a un número mucho mayor porque fueron más renuentes y manifestaron todo tipo de miedos y reservas y a menudo consultaron varias veces antes de realizarse el test efectivamente.

parecía haber tabúes y prejuicios a la hora de tratar los temas vinculados a las prácticas, actitudes y comportamientos referentes a la sexualidad.

Por último, como participante del trabajo de campo ha sido una experiencia enriquecedora donde me ha permitido conocer más a fondo cuestiones técnicas vinculadas al HIV y de actitudes y comportamientos de la población de estudio. Esto último me ha servido en lo personal para derribar ciertos mitos, leyendas y tabúes vinculados a la sexualidad que arrastraba mayormente por desconocimiento.

Intervención en la investigación sobre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) – 2008



CIEI-SU

Dr. Dante Olivera Pérez
Enf. Graciela Delgado

El Centro de Investigación y Estudios Interdisciplinarios en Sexualidad del Uruguay es una organización lésbico gay bisexual trans (LGBT) fundada en 1998, con sede en la ciudad de Montevideo. Su actividad está centrada en los Derechos Humanos (DD.HH) de la comunidad LGBT y otros HSH, en la prevención del VIH/sida y otras ITS, investigación, docencia y divulgación, formación de activistas y grupos de autoayuda para personas con VIH.

CIEI-SU desde el año 2006 trabaja sobre las conductas sexuales y actitudes en lo relativo a la pandemia de VIH y opiniones acerca de estrategias a llevar a cabo para ayudar a detener la transmisión dentro de la comunidad de personas LGBT y otros HSH.

El 17 de mayo del 2008 comenzamos a participar en esta investigación sobre HSH, que resultó una experiencia enriquecedora compartida con los demás integrantes del equipo y con las personas que colaboraron con la investigación realizándose el test de VIH y contestando a las preguntas de la encuesta. Fueron enriquecedoras las historias que compartieron con nosotros, sus relatos de vida y sus opiniones. El trabajo previo realizado por la organización fue fundamental a la hora de plantear la investigación. Hay que señalar la importancia del patrocinio de los dueños de los diferentes boliches a los que concurrimos desde el año 2006. Algunos de ellos incluso nos escribieron notas de apoyo a la labor que realizábamos dirigidas a la Dirección del Programa Prioritario de VIH/sida. Esto nos brindó un espacio cómodo y amigable en el cual además contábamos con la colaboración de dichos dueños para llevar adelante la prevención del VIH y otras ITS y el uso del condón que se podía solicitar en las barras, en los sanitarios, roperías y en la proximidad del cuarto obscuro (dark room). Por otra parte los actores y transformistas, nos brindaron no solamente su apoyo sino que nos integraron en los shows que realizaban para hablar del condón, los test y otros temas de prevención. Pudimos diseñar nuestros propios shows que pasaban a formar parte de los que desarrollaban los actores. De esta forma la integración en los espacios de los boliches permitía una prevención lúdica y alejada del estigma y el miedo que la infección por VIH y el sida producen. A todos ellos nuestro agradecimiento por hacer posible este estudio. Por otra parte queremos destacar la ayuda invaluable de quien conducía la camioneta trasladándonos a los diferentes boliches, para organizar a las personas que se acercaban (muchas solamente para conversar) y hacer una contención adecuada a las circunstancias.

Desde octubre de 2007 a mayo de 2008 se llevó a cabo una campaña con financiación de CIEI-SU realizada para promoción del test de VIH y preparación de la investigación en HSH. Se hizo mapeo de HSH, actividades de prevención y promoción del test de VIH con explicación personalizada, shows, reparto de folletos sobre el VIH y su prevención y condones proporcionados por el MSP. En el mapeo se procedió a la identificación de las personas HSH y su movilidad territorial en una población de alusión de varios departamentos, además de Montevideo, así como los lugares más aptos para realizar los test de VIH. Por otra parte se estudió la respuesta de las personas HSH a la realización del test de VIH. Comprobamos que el uso de una camioneta dentro de la cual se harían los test, tenía resistencia por muchas personas, dado que entendían que no les daba la total confidencialidad además de la desconfianza hacia lo que podía suceder en su interior. Hecho que se fue revirtiendo en parte en la medida en que se avanzaba en el trabajo, dado que tuvimos que utilizar la sede de CIEI-SU para la realización de los tests a muchos de ellos y entrega de los resultados por parte del médico actuante con la consejería post test, proporcionándoles un lugar amigable que era lo que ellos realmente solicitaban, protegiendo sus DDHH y cuidando el espacio de intimidad requerido. En las personas que se hicieron el test, en muchos casos se hizo contención psicológica de la angustia que genera la espera de los resultados. Esta contención se realizó personalmente y por teléfono celular para guardar la confidencialidad frente a familiares, compañeros de trabajo, amigos, etc. Comprobamos que una abrumadora mayoría de personas de la comunidad LGBT conocían la importancia del test de VIH como forma de prevención y estaban de acuerdo con él. Llegado el momento de hacer el test la mayoría esgrimiendo diferentes razones, optaron por no hacérselo. Esto implicó la necesidad de extender durante cinco meses y quince días la investigación para obtener una muestra de 310 personas.

Un aspecto importante a destacar fue, el que las mujeres lesbianas frecuentemente nos recriminaron la discriminación a que eran sometidas con relación a los varones, ya que tenían marcado interés en hacerse el test. Esto hacía necesario que se les explicara la índole de la actividad que realizábamos como una investigación en HSH guiada por la mayor vulnerabilidad del colectivo al que era dirigida. Su respuesta era positiva ya que ayudaban a que sus amigos gays se realizaran el test.

El trabajo que realizó CIEI-SU con las personas HSH se llevó a cabo con personal técnico capacitado de la institución. En el trato directo con las personas se comprobó que el trabajo entre pares así como con personas con VIH, puede ser recomendable aunque no necesario (el equipo estaba formado en su mayoría por personas de orientación heterosexual) ya que la clave del éxito en los resultados estuvo en la capacitación y buena preparación para llevar a cabo un trabajo de campo como el realizado, así como sólidos conocimientos técnicos acerca del VIH/sida y otras ITS. Otro aspecto importante valorado por los entrevistados fue la capacidad de comunicación y empatía de los integrantes del equipo y el conocimiento profundo de la comunidad LGBT en sus necesidades, requerimientos, costumbres y formas de vincularse emocional y lúdicamente y el encuentro basado en una escucha atenta y respetuosa que fue desarrollando la confianza necesaria para no solamente poder realizar la actividad, sino para hacer amistades y vínculos duraderos.

La actividad a desarrollar en el trabajo de campo tenía cuatro aspectos fundamentales:

- 1) la elección del o los lugares donde realizar la investigación. Desde el punto de vista demográfico y geográfico Montevideo y zona metropolitana, San José, Flores, Florida, Lavalleja y Maldonado suman el 85% de la población LGBT y otros HSH que viven en zonas urbanas. Estos encuentran

principalmente en Montevideo lugares para socializar y buscar pareja sexual, según su situación social y económica, en cines porno, boliches gay y gay friendly, whiskerías, saunas, casas particulares, por avisos en los periódicos e internet y en algunas avenidas y bulevares. Elegimos los boliches gay y gay friendly y alguna whiskería por concentrar una parte importante de personas HSH y por ser más fácilmente accesibles y por el apoyo logrado en nuestra actividad previa. Por otra parte hay que señalar que una población aún desconocida en número, por no haber aún estudio de población de HSH, utiliza otros medios diferentes para socializar y buscar parejas sexuales, accesibles solamente por formas de acercamiento que por las características de la investigación (investigación de VIH en una muestra de población) no eran aplicables, ya que era necesario un estudio previo de población y distribución geográfica de la misma, aparte de otros aspectos sociales, económicos y comportamentales sexuales y no sexuales. Esta actividad se realizó en horas de la noche ya que los boliches funcionan principalmente en la madrugada la que concentra la mayor parte de las personas que asisten.

2) entrevistar a las personas HSH en los lugares de encuentro. Esto fue precedido por un mapeo, en los boliches, pubs y whiskerías, de las personas que concurrían. Se conversaba, explicando entre otras cosas referentes a la prevención, que los test de VIH eran gratuitos, confidenciales (autogenerado) y con consentimiento informado y que se acompañaban con una encuesta. Además se repartían condones y folletos. En este encuentro se confirmaba su orientación sexual ya que la mayoría de los pubs y boliches no son exclusivamente para personas de la comunidad LGBT.

3) hablarles acerca del test de VIH a las personas que concurren a los diferentes lugares de encuentro y la posibilidad de poder hacérselo voluntariamente y acompañarlo por una encuesta comportamental y sociocultural. En esta propuesta se explicaba la importancia de que era gratuito, confidencial y precedido por su consentimiento informado.

4) explicar las ventajas para la persona y para el MSP de acceder a realizarse el test. En primer lugar conocer su estado serológico para tomar las medidas necesarias en el caso de tener el virus de VIH, evitar las reinfecciones, así como las conductas necesarias para no adquirir el mismo. En segundo lugar en lo referente al Ministerio de Salud Pública, se trataba de una muestra que permitiría conocer la prevalencia de la infección y tomar las medidas sanitarias más adecuadas. Además de poder llevarse a cabo un estudio genotípico del virus del VIH para saber cual es el tipo y subtipos predominantes en nuestro país con una finalidad epidemiológica. Esto implicó en muchos casos el explicar el significado de esta investigación desde el punto de vista técnico. Particularmente en personas de buen nivel cultural incluido profesionales de la salud. En este punto hay que destacar que las personas exigían preparación en quienes llevaban a cabo esta actividad, reconociendo que la misma se ajustaba a los requerimientos del trabajo que se realizaba. El reconocimiento se extendía al resto del equipo que hacía la encuesta, la venopunción y el chofer que maneja la camioneta con la cual nos trasladábamos a los diferentes lugares. Esto se manifestaba por la fluida relación que se estableció con muchos asistentes a los boliches quienes se acercaban a conversar con los distintos integrantes del equipo.

Cuestionarios TSM y HSH

Encuesta de trabajadores sexuales masculinos

El programa de ITS/Sida del Ministerio de Salud Pública está realizando esta encuesta sobre la población de trabajadores-as sexuales. La información que nos proporciones será confidencial. Tenés la libertad de interrumpir la entrevista en cualquier momento. Para mayor información podés ponerte en contacto con la coordinación del trabajo de campo (098597042). Tu consentimiento indica que comprendiste qué es lo que se espera de ti y que estás de acuerdo en participar en esta encuesta.

AUTOGENERADO:

Año	Mes	Día	Inicial de primer apellido. Inicial segundo apellido	Inicial primer nombre. Inicial Segundo nombre	Sexo (1/2) Masculino 1 Femenino 2
-----	-----	-----	---	--	---

Fecha de nacimiento

Numero de formulario _____ Fecha _____ Encuestador _____ Zona _____

BLOQUE A.: Información sociodemográfica

A.1. ¿CUÁL ES TU EDAD? _____ años.

A.2 ¿CUÁL PALABRA ENTRE LAS SIGUIENTES CONSIDERÁS QUE DESCRIBE MEJOR TU SEXUALIDAD?

- Homosexual
- Heterosexual
- Gay
- Travesti
- Trans
- Mujer
- Otra (especificar) _____

A. 3. ¿A QUÉ EDAD TE INICIASTE EN EL TRABAJO SEXUAL? _____ años.

A.4. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO QUE COMPLETASTE?

- 1) Ninguno
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Terciaria [cursos que requieren secundaria completa para ingresar]

A.5. ¿CON RESPECTO A TUS CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS, TU COLOR DE PIEL, ETC., CÓMO TE CLASIFICARÍAS? [Leerle las opciones; el encuestado puede elegir más de una opción y en ese caso debe marcarse el orden en que las seleccionó]

- Amarillo
- Blanco
- Indígena
- Negro
- Otra ¿Cuál? _____
- Ns/nc

A.6. ¿EN QUE TIPO DE RESIDENCIA VIVIS?

- 11. Pensión
- 12. Hotel.
- 13. Casa o apartamento compartido.
- 14. Casa alquilada por vos
- 15. Apartamento alquilado por vos.
- 16. Casa o apartamento propio.
- 17. Estás en situación de calle

A.7. ¿QUE COBERTURA DE SALUD TENÉS? [Puede marcar más de una opción]

- 1. Ninguna
- 2. Pública
- 3. Mutualista
- 4. Servicio de Emergencia Móvil
- 5. Seguro Privado

A.8. ¿TENÉS LIBRETA DE VISITA MÉDICO DEL MSP?

- 1. Sí [saltar A.10]
- 2. No
- 99. Ns/nc

A.9. ¿TE CONTROLÁS EN PROFILAXIS O EN CLÍNICA DE ITS QUE ATIENDEN A TRABAJADORES SEXUALES?

- 1. Nunca
- 2. A veces
- 3. Una vez por mes
- 4. No responde

A.10.- ¿PORQUÉ NO TENÉS LIBRETA?

- 1.- No quieres ser identificado(a)
- 2.- Horario de trámite inadecuado
- 3.- Mala atención en el trámite
- 4.- No te la piden
- 5.- No sabés donde se saca
- 4.- Otros (especificar) _____

A.11.- ¿EJERCISTE EL TRABAJO SEXUAL EN EL EXTERIOR?

Si No [si dijo "no" salta a B.1]

A.12.- ¿Dónde? [transcribir ciudad o ciudades]

mes año mes año

- 1. _____ De ____/____ a ____/____
- 2. _____ De ____/____ a ____/____
- 3. _____ De ____/____ a ____/____

BLOQUE B: Formas de transmisión de algunas enfermedades

Ahora voy a hacerte algunas preguntas sobre la forma de transmisión de algunas enfermedades.

B.1. ¿PODRÍAS DECIRME TRES FORMAS POR LA CUALES UNA PERSONA PUEDE INFECTARSE CON EL VIH?

- a. _____ Cód
- b. _____ Cód
- c. _____ Cód

Códigos [no leer al entrevistado]:

- 1. Compartiendo jeringas o agujas usadas, compartiendo canuto.
- 2. Donación de sangre,
- 3. transfusión de sangre
- 4. Relación sexual; relación sexual sin preservativo; sexo anal, vaginal y oral;
- 5. Relación sexual con persona infectada
- 6. Relación sexual con personas desconocidas, relación anal
- 7. En el parto; por la madre al hijo/a; amamantamiento
- 8. De la madre para el hijo/a durante el embarazo, parto o lactancia
- 9. Compartiendo cubiertos, mate, toallas, besándose
- 10. Otros (especificar)

B.2. ¿PODRÍAS DECIRME TRES FORMAS POR LA CUALES UNA PERSONA PUEDE PROTEGERSE DEL VIH?

- a. _____ Cód
- b. _____ Cód
- c. _____ Cód

Códigos [no leer al entrevistado]:

1. No usando jeringas y agujas utilizadas por otros; usando jeringas y agujas descartables; no usando canuto.
2. Evitando contacto con sangre contaminada.
3. Usando preservativos.
4. Absteniéndose de mantener relaciones sexuales.
5. Teniendo pareja conocida; confiando en la pareja; escogiendo la pareja; teniendo pareja estable;
6. Relaciones sexuales sólo con quien haya tenido un test de VIH negativo.
7. Parejas exclusivas por ambas partes de la pareja; parejas mutuamente fieles
8. Lavándose después de las relaciones sexuales,
9. No teniendo sexo anal,
10. No teniendo sexo con homosexuales
11. Otro (especificar).....

B.3. ¿CUÁL O CUALES DE LAS ENFERMEDADES QUE FIGURAN EN ESTA FICHA PUEDEN CONTRAERSE AL NO USAR PRESERVATIVO EN LAS RELACIONES SEXUALES?

1. SIDA
2. SÍFILIS
3. HEPATITIS B y/o C
4. DENGUE
5. GONORREA
6. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

BLOQUE C: Infecciones de transmisión sexual

Ahora voy a hacerte preguntas sobre enfermedades de transmisión sexual.

C.1. ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA TUVISTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

a. Secreciones en el canal de orina	1.si	2.no	99.Ns/nc
b. Heridas en el pene	1.si	2.no	99.Ns/nc
c. Pequeñas ampollas en el pene	1.si	2.no	99.Ns/nc
d. Verrugas en el pene	1.si	2.no	99.Ns/nc
e. Ulceras y heridas en el ano	1.si	2.no	99.Ns/nc
f. Irritación anal	1.si	2.no	99.Ns/nc
g. verrugas anales	1.si	2.no	99.Ns/nc

Si contestó por lo menos 1 de estas opciones afirmativamente pasar al siguiente Bloque

Si no contestó ninguna afirmativamente pasar al Bloque D

C.2 LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVISTE ALGÚN PROBLEMA DE ESE TIPO, ¿RECIBISTE ALGÚN TRATAMIENTO?

- 1. Si
- 2. No
- 99.Ns/nc

BLOQUE D: Diagnóstico del VIH

Ahora voy a hacerte algunas preguntas sobre el test de VIH/ Sida

D.1. NO QUEREMOS SABER EL RESULTADO PORQUE ES CONFIDENCIAL, PERO QUEREMOS SABER SI TE HICISTE ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL TEST DEL VIH?

- 1. Si
- 2. No (pasar a D.4)
- 3. No responde (pasar a D.4.)

D.2 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES TE HICISTE EL TEST DIAGNOSTICO DE VIH?

- 1. Si (pasar a D.3)
- 2. No
- 3. Ns/nc

D.3. ¿PORQUÉ TE LO HICISTE, QUE TE LLEVÓ A HACÉRTELO?

- 1. iniciativa propia
- 2. sugerencia médica
- 3. donar sangre
- 4. influencia de amigos(as)
- 5. cirugía
- 6. pensar que podía estar infectado
- 7. por ser usuarios de drogas
- 8. Curiosidad
- 9. Se lo pidió su pareja
- 10. Su pareja está infectada por el virus de HIV
- 11. por comenzar una nueva relación
- 12. otros (especificar)
- 99. Ns/nc

D.4. ¿Porqué nunca te lo hiciste? [No leer las opciones]

- 1. Por que no se me ocurrió
- 2. Por miedo al resultado
- 3. Porque no tuve practicas de riesgo
- 4. porque no se donde se hace
- 5. porque el médico no me lo indicó
- 6. porque hace años tengo pareja estable
- 7. porque no me controlo en Profilaxis
- 8. Ns/nc
- 9. otros (especificar).

D.5. Te repito no queremos saber el resultado porque es confidencial, pero del ultimo test que te hiciste, recibiste el resultado, lo sabés?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No lo fui a buscar
- 99. Ns/nc

BLOQUE E: Relaciones sexuales comerciales y no comerciales y uso del condón

E.1. ¿UTILIZÁS CONDÓN EN TUS RELACIONES SEXUALES COMERCIALES? (solo se pregunta por las relaciones con clientes)

- 1. Nunca
- 2. A veces
- 3. Siempre
- 4. Depende (especificar) _____
- 99. Ns/nc

E.2. ¿Quién lo trae?

- 1. Vos
- 2. El cliente
- 3. Lo dan en la Casa de Huéspedes
- 4. Otro (especificar) _____
- 99. Ns/nc

E.3. ¿UTILIZÁS CONDÓN EN TUS RELACIONES SEXUALES NO-COMERCIALES, O CON TU PAREJA?

- Nunca
- 1. A veces
- 2. Siempre
- 3. Depende (especificar).
- 99. Ns/nc

E.5. ¿EN LAS RELACIONES NO-COMERCIALES O CON TU PAREJA EN LAS QUE UTILIZÁS CONDÓN, QUIEN LOS TRAE?

- Siempre vos
- 1. A veces vos
- 2. Nunca vos
- 3. Depende (especificar) _____
- 99. Ns/nc

E.6. ¿CUANDO SOS VOS QUIEN TRAE LOS CONDONES EN TUS RELACIONES SEXUALES, DONDE LOS CONSEGUIS? [puede marcar más de una]

- 1. Los comprás
- 2. Los recibís de un Servicio de Salud
- 3. Te los da ATRU
- 4. Te los da una ONG
- 5. Los conseguís de amigos o familiares
- 6. Otro (especificar) _____
- 99. Ns/nc

E.7. ¿CONSUMÍS ALCOHOL?

- 1. Mas de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera
- 2. Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera
- 3. Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera
- 4. Menos de tres días por semana sin sentirse nunca borrachera
- 5. No consume
- 6. Ns/nc

E.8. ¿EL CONSUMO DE ALCOHOL, PUEDE CAMBIAR TU COMPORTAMIENTO RESPECTO AL USO DE CONDON EN LAS RELACIONES SEXUALES?

- 1. Si
- 2. No
- 99.Ns/nc

E.9. ¿CONSUMIS ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA? [puede marcar más de una opción]

- 1. Porro
- 2. Píldoras tranquilizantes (valium, rivotril, etc.)
- 3. Pasta Base
- 4. Drogas inyectables
- 5. Cocaína
- 6. Anfetaminas

- 7. Metanfetamina (speed, cristal, vidrio)
- 8. Éxtasis
- 9. LSD
- 10. Otros (especificar) _____
- 99. Ns/nc

E.10. ¿EL CONSUMO DE ESTAS SUSTANCIAS, PUEDE CAMBIAR TU COMPORTAMIENTO RESPECTO AL USO DE CONDON?

- 1. Si
- 2. No
- 3. 99. Ns/nc

BLOQUE F.-Propuestas y Opinión del Trabajador Sexual Masculino

F.1. TE PEDIMOS TU OPINIÓN CON RESPECTO A QUE PUEDE HACER EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL VIH EN LOS TRABAJADORES SEXUALES TRAVESTÍS, TAXI BOYS Y/O HOMOSEXUALES.

Muchas gracias por tu tiempo y tus respuestas

Encuesta de Hombres que tienen Sexo con Hombres

El programa de ITS/Sida del Ministerio de Salud Pública está realizando esta encuesta sobre la población de HSHs. La información que nos proporciones será confidencial. Tenés la libertad de interrumpir la entrevista en cualquier momento. Para mayor información podés ponerte en contacto con la coordinación del trabajo de campo (098597042). Tu consentimiento indica que comprendiste qué es lo que se espera de ti y que estás de acuerdo en participar en esta encuesta.

AUTOGENERADO:

Año	Mes	Día	Inicial de primer apellido e inicial segundo apellido	Inicial primer nombre e inicial segundo nombre

Fecha de nacimiento

Numero de formulario _____ Fecha _____ Encuestador _____

BLOQUE A.: Información sociodemográfica

A.1 EDAD: _____ años.

A.2 ¿CUÁL ES TU ESTADO CIVIL ACTUAL?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Soltero | <input type="checkbox"/> |
| 2. Casado actualmente | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vive en pareja actualmente | <input type="checkbox"/> |
| 4. En pareja sin convivencia | <input type="checkbox"/> |
| 5. Separado | <input type="checkbox"/> |
| 6. Divorciado | <input type="checkbox"/> |
| 7. Viudo | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otra situación (explicar) | _____ |

A.3 ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO QUE COMPLETASTE?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Ninguno | <input type="checkbox"/> |
| 2. Primaria | <input type="checkbox"/> |
| 3. Secundaria | <input type="checkbox"/> |
| 4. Terciaria [Título universitario o cursos que requieren secundaria completa para ingresar] | <input type="checkbox"/> |
| 5. Postgrado Universitario (Maestría o Doctorado) | <input type="checkbox"/> |

A.4 ¿CON RESPECTO A TUS CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS, TU COLOR DE PIEL, ETC., CÓMO TE CLASIFICARÍAS? [Leer opciones, marcar sólo una]

- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. Amarillo | <input type="checkbox"/> | 99. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 2. Blanco | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Indígena | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Negro | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Otra | ¿Cuál? _____ | | |

A.5 ¿EN QUE TIPO DE RESIDENCIA VIVIS? [leer opciones]

- | | |
|---|---|
| 1. situación de calle | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pensión | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vive con la familia | <input type="checkbox"/> |
| 4. Casa o apartamento compartido | <input type="checkbox"/> |
| 5. Casa o a apartamento alquilado por vos | |
| 6. Casa o apartamento propio | <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/> |

A.6 ¿QUÉ COBERTURA DE SALUD TENÉS? [Leer opciones, puede marcar más de una] 1. Ninguna 6. Otra (especificar)

- 2. Pública
- 3. Mutualista
- 4. Servicio de Emergencia Móvil
- 5. Seguro Privado 99. Ns/Nc

A.7 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿CUÁL FUE TU PRINCIPAL OCUPACIÓN?

- 1. Asalariado privado
- 2. Asalariado público
- 3. Miembro de cooperativa de producción
- 4. Patrón
- 5. Cuenta propia sin local o inversión
- 6. Cuenta propia con local o inversión
- 7. Programa público de empleo
- 8. Incapacitado para trabajar
- 9. No trabaja 99. Ns/Nc

BLOQUE B: Sexualidad

B.4 ¿CUÁL PALABRA ENTRE LAS SIGUIENTES CONSIDERÁS QUE DESCRIBE MEJOR TU SEXUALIDAD? [sólo leer opciones si no puede nombrar espontáneamente]

- 1. Homosexual
- 2. Heterosexual
- 3. bisexual
- 4. Gay
- 5. Travesti
- 6. Trans
- 7. Otra (especificar) _____ 99. Ns/Nc

B.5 ¿QUIÉNES SABEN DE TU ORIENTACIÓN SEXUAL? [Marcar con una "x"]

	NINGUNO	ALGUNO	TODOS
1. amigos			
2. Compañeros de Trabajo			
3. Jefes o patrones			
4. Familia			
5. Otros (especificar abajo)			

BLOQUE C: Formas de transmisión de algunas enfermedades

Ahora voy a hacerte algunas preguntas sobre la forma de transmisión de algunas enfermedades.

C.1 ¿PODRÍAS DECIRME TRES FORMAS POR LA CUALES UNA PERSONA PUEDE INFECTARSE CON EL VIRUS DEL VIH?

- a. _____ Cód
- b. _____ Cód
- c. _____ Cód

Códigos [no leer al entrevistado]:

- 1. Compartiendo jeringas o agujas usadas, compartiendo canuto.
- 2. Donación de sangre
- 3. transfusión de sangre
- 4. Relación sexual sin preservativo: sexo anal, vaginal y oral
- 5. Relación sexual con persona infectada
- 6. Relación sexual con personas desconocidas, relación anal
- 7. De la madre al hijo/a durante el embarazo, parto o lactancia
- 8. Compartiendo cubiertos, mate, toallas, besándose
- 9. Otros (especificar). 99. Ns/Nc

C.2 ¿PODRÍAS DECIRME TRES FORMAS POR LA CUALES UNA PERSONA PUEDE PROTEGERSE DEL VIRUS DEL VIH?

- a. _____ Cód
- b. _____ Cód
- c. _____ Cód

Códigos [no leer al entrevistado]:

- 1. No usando jeringas y agujas utilizadas por otros; usando jeringas y agujas descartables; no usando canuto.
- 2. Evitando contacto con sangre contaminada.
- 3. Usando preservativos.
- 4. Absteniéndose de mantener relaciones sexuales.
- 5. Teniendo pareja conocida; confiando en la pareja; escogiendo la pareja; teniendo pareja estable;
- 6. Relaciones sexuales sólo con quien haya tenido un test de VIH negativo.
- 7. Parejas exclusivas por ambas partes de la pareja; parejas mutuamente fieles
- 8. Lavándose después de las relaciones sexuales,
- 9. No teniendo sexo anal,
- 10. No teniendo sexo con homosexuales
- 11. Otro (especificar)..... 99. Ns/Nc

C.3 ¿CUÁL O CUÁLES DE LAS INFECCIONES QUE FIGURAN EN ESTA FICHA PUEDEN CONTRAERSE AL NO USAR PRESERVATIVO EN LAS RELACIONES SEXUALES? [leer las opciones]

- 1. Dengue
- 2. Sífilis
- 3. Hepatitis b y/o c
- 4. VIH
- 5. Gonorrea
- 6. Ninguna de las anteriores 99. Ns/Nc

BLOQUE E: Diagnóstico del VIH

Ahora voy a hacerte algunas preguntas sobre el test de VIH.

E.1 NO QUEREMOS SABER EL RESULTADO PORQUE ES CONFIDENCIAL, PERO QUEREMOS SABER SI TE HICISTE ALGUNA VEZ EN LA VIDA EL TEST DEL VIH.

- 1. Si
- 2. No (saltar a E.4) 99. Ns/Nc

E.2 ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1. Si (pasar a D.3) 99. Ns/Nc
- 2. No

E.3 ¿PORQUÉ TE LO HICISTE, QUE TE LLEVÓ A HACÉRTELO? [si es necesario leer las opciones]

- 1. iniciativa propia
- 2. sugerencia médica
- 3. donar sangre
- 4. influencia de amigos(as)
- 5. cirugía
- 6. pensar que podía estar infectado
- 7. por ser usuario de drogas
- 8. Curiosidad
- 9. Se lo pidió su pareja
- 10. Su pareja está infectada por el virus de HIV
- 11. por comenzar una nueva relación
- 12. otros (especificar)

E.4 [si aplica] ¿PORQUÉ NUNCA TE LO HICISTE? [No leer las opciones]

1. Por que no se me ocurrió 99. Ns/Nc
2. Por miedo al resultado
3. Porque no tuve practicas de riesgo
4. porque no se donde se hace
5. porque el médico no me lo indicó
6. porque hace años tengo pareja estable
7. porque no me controlo en Profilaxis
8. No aplica
9. otros (especificar).

E.5 TE REPITO, NO QUEREMOS SABER EL RESULTADO PORQUE ES CONFIDENCIAL, PERO DEL ÚLTIMO TEST QUE TE HICISTE, RECIBISTE EL RESULTADO, LO SABÉS?

1. Si
2. No 99. Ns/Nc

E.6 CONSIDERÁS QUE LA INFECCIÓN POR VIH ES [O, EN CASO DE SER VIH POSITIVO, "ERA"] PARA VOS ALGO [leer opciones, marcar sólo una]

1. muy probable
2. algo probable
3. poco probable
4. nada probable 99. Ns/Nc

BLOQUE F: Consumo de drogas

F.1 ¿CONSUMÍS ALCOHOL? [leer opciones]

1. Mas de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera
2. Más de tres días por semana sin sentir nunca borrachera
3. Menos de tres días por semana y llega algún día a sentir borrachera
4. Menos de tres días por semana sin sentirse nunca borrachera
5. No consume
6. Ns/nc

BLOQUE H: Propuestas

H.1 TE PEDIMOS TU OPINIÓN CON RESPECTO A QUE PUEDE HACER EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA PREVENCIÓN DE LAS ITS /VIH EN LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES.

Muchas gracias por tu tiempo y tus respuestas

Observaciones del encuestador: _____

FORMULARIO AUTOADMINISTRADO-

BLOQUE B: Sexualidad

B.1 ¿TUVISTE RELACIONES SEXUALES EN EL EXTERIOR?

Si No [si dijo "no" salta a B.3] 99. Ns/Nc

B.2 ¿DÓNDE? [transcribir la última ciudad o ciudades] año

1. _____

2. _____

3. _____

B.3 TENÉS RELACIONES SEXUALES CON

- 1. Sólo con hombres
- 2. Con hombres y alguna vez con mujeres
- 3. Con hombres y con mujeres indistintamente
- 4. Con mujeres y alguna vez con hombres 99. Ns/Nc

B.6 ¿CON QUÉ FRECUENCIA VOS O TU-S PAREJA-S [HOMBRE-S] USARON CONDÓN PARA EL SEXO ANAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES?

- 1. Nunca
- 2. Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4. Siempre 99. Ns/Nc

B.7 SI ALGUNA VEZ NO USASTE CONDÓN, ¿PORQUÉ FUE?

- 1. Por que no te gusta
- 2. No le gusta a tu pareja
- 3. No le gusta a ninguno de los dos
- 4. Nunca usó condón con sus parejas
- 5. No tenía condones
- 6. No tenía dinero para comprarlos
- 7. Otro (especificar) _____ 99. Ns/Nc

B.8 ¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZÓ CONDONES EN CASO DE PENETRACIÓN CON TODAS SUS PAREJAS MUJERES DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES?

0. Nunca 99. Ns/Nc
 1. Algunas veces 4. No aplica
 2. Todo el tiempo
 3. Casi todo el tiempo

B.9 ¿CONTRATASTE TRABAJADORES SEXUALES? 99. Ns/Nc

0. Nunca 1. Mujeres
 1. Alguna vez 2. Travestis
 2. A menudo 3. Taxi-boys

BLOQUE D: Infecciones de transmisión sexual

D.1 ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA TUVISTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? [leer las opciones]

a. Secreciones en el canal de orina	1.si	2.no	99.Ns/nc
b. Heridas en el pene	1.si	2.no	99.Ns/nc
c. Pequeñas ampollas en el pene	1.si	2.no	99.Ns/nc
d. Verrugas en el pene	1.si	2.no	99.Ns/nc
e. Ulceras y heridas en el ano	1.si	2.no	99.Ns/nc
f. Irritación anal	1.si	2.no	99.Ns/nc
g. verrugas anales	1.si	2.no	99.Ns/nc

Si contestó al menos 1 afirmativamente pasar a la siguiente pregunta, si no contestó ninguna afirmativamente pasar al bloque E.

D.2 LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVISTE ALGÚN PROBLEMA DE ESE TIPO, ¿RECIBISTE ALGÚN TRATAMIENTO?

Si 2. No 99. Ns/Nc

D.3 Recurriste a

1. A una Policlínica de Profilaxis de ITSs
 2. Algún médico particular
 3. Farmacéutico
 4. Otra persona ¿Quién? _____
 5. Sociedad Médica 99. Ns/Nc

F.2 ¿EL CONSUMO DE ALCOHOL, PUEDE CAMBIAR TU COMPORTAMIENTO RESPECTO AL USO DE CONDON EN LAS RELACIONES SEXUALES? [leer opciones]

1. Si
 2. No
 99. Ns/Nc

F.3 ¿CONSUMIS ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA? [leer opciones, puede marcar más de una opción]

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Porro | <input type="checkbox"/> | 9. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 2. Píldoras tranquilizantes (valium, rivotril, etc.) | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Pasta Base | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Drogas inyectables | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Cocaína | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Anfetaminas | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Metanfetamina (speed, cristal, vidrio) | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Éxtasis | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. LSD | <input type="checkbox"/> | | |
| 10. Otros | <input type="checkbox"/> | (especificar) | _____ |

F.4 ¿EL CONSUMO DE ESTAS SUSTANCIAS, PUEDE CAMBIAR TU COMPORTAMIENTO RESPECTO AL USO DE CONDON? [leer opciones]

- | | | | |
|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. No | <input type="checkbox"/> | 9. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

