

Prevenção del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución

Prevenção del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución

ELEMENTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS



Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución

ELEMENTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS



DOCUMENTO ELABORADO POR EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS ITS EN TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO.

El documento que se presenta ha sido posible gracias a la labor, el esfuerzo y el entusiasmo aportado por las personas integrantes del grupo de trabajo creado al efecto. Muchas gracias a todas ellas.

Miembros (por orden alfabético)

- Francisco Benjumea de la Rosa. Àmbit Prevenció, Barcelona
- Isidro García Nieto. Fundación Triángulo, Madrid
- Cristina Menoyo Monasterio. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid
- Vanessa Novoa Ordóñez. Cruz Roja, Asturias
- Rubén Sancho Martínez. Collectiu Lambda, Valencia
- Luis Villegas Negró. Stop sida, Barcelona

Agradecimientos

- Iván Zaro Rosado. Fundación Triángulo, Madrid

Coordinación

- Cristina Menoyo Monasterio. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18-20 - 28014 Madrid

NIPO: 351-05-036-7

Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L.

ÍNDICE

	Pág.
1. PRESENTACIÓN	5
2. TERMINOLOGÍA Y CONCEPTOS EN PROSTITUCIÓN	
• Identidad sexual: gays, heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres.....	9
3. SITUACIÓN LEGAL	
• Prostitución	11
• Homosexualidad	11
4. MIGRACIÓN, MOVILIDAD, CULTURA, SALUD Y TRABAJO SEXUAL	
• TMS procedentes de Latinoamérica	15
• TMS procedentes del Magreb	18
• TMS procedentes de Europa del Este	19
5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y USO DEL PRESERVATIVO	23
6. USUARIOS DE PROSTITUCIÓN MASCULINA	
• Características sociodemográficas. Conocimientos sobre sexo y VIH. Prueba del VIH/sida. Motivos para no realizarse la prueba del VIH/sida. Acerca de las parejas sexuales. Relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Rotura del preservativo. Consumo de sustancias antes o durante las relaciones sexuales. Infecciones de Transmisión Sexual	27
7. PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIH	35
• Sexo más seguro	
• Penetración anal	
• Felación	
• Información para personas VIH positivas	
• Carga viral indetectable	
• Profilaxis post exposición no ocupacional	

8. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS ÁMBITOS EN LOS QUE SE EJERCE LA PROSTITUCIÓN MASCULINA	
• Piso privado autogestionado	41
• Piso privado organizado	42
• Club (organizado y acceso público)	43
• Bares y discotecas.....	43
• Calle	44
• Saunas	45
• Cines	46
9. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/ITS EN TMS	
• La realidad sobre la que se va a intervenir.....	49
• El trabajo de acercamiento "outreach"	51
• El asesoramiento individual	54
• La educación en grupo	57
• La educación entre pares	58
• La mediación socio-sanitaria intercultural	61
• Las redes sociales	61
• La educación para la Salud Sexual	62
• El entrenamiento en habilidades: desarrollo comunitario.....	64
10. INTERVENCIONES EN DISTINTAS POBLACIONES DIANA	
• Dirigidas a los TMS.....	67
• Dirigidas a TMS usuarios de nuevas tecnologías (Internet)	69
• Dirigidas a TMS VIH positivos.....	71
• Dirigidas a los dueños y encargados de los locales donde se ejerce la prostitución masculina.....	73
• Dirigidas a clientes/usuarios.....	73
• Dirigidas a parejas sexuales no comerciales.....	74
11. EVALUACIÓN	77
12. BIBLIOGRAFÍA	81
13. ANEXOS	
• Anexo I.	
• IA. Situación legal de la prostitución y de la homosexualidad en Europa	84
• IB. Políticas en prostitución	86
• Anexo 2. Efectos asociados al consumo de drogas	88
• Anexo 3. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	92
• Anexo 4. Modelos de buenas prácticas de ONGs	99
• Anexo 5. Centros de ETS y ONGs	111

I. PRESENTACIÓN

En España, en los últimos años, la transmisión sexual del VIH, aunque mantiene una tendencia estable, ha adquirido un peso relativo creciente por la disminución de la transmisión parenteral, de manera que la evolución de la epidemia va a depender en gran medida de las nuevas infecciones por esta vía de transmisión. En España la prostitución, a diferencia de otros países, no parece haber desempeñado un papel importante en la transmisión de la epidemia. Se observan prevalencias de infección por VIH relativamente bajas entre las mujeres que ejercen la prostitución, en cambio son elevadas entre las personas transexuales y los hombres que ejercen la prostitución. En la prostitución la demanda de sexo no protegido es uno de los principales factores de riesgo para la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), principalmente sífilis, gonococia, clamidia y herpes genital. Es necesario desarrollar estrategias que capaciten a las personas que venden servicios sexuales y les faciliten la negociación de prácticas de sexo más seguro. Al mismo tiempo es preciso construir un apoyo, social (clientes, parejas estables) y de los lugares donde se ejerce la prostitución (propietarios de establecimientos), al uso del preservativo.

En 2002, a fin de impulsar el desarrollo de programas de prevención del VIH/sida y otras ITS dirigidos a personas que ejercen la prostitución (PEP), se elaboró el documento *"Prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas"* que, además de considerar la implicación de distintas personas que influyen directa o indirectamente en la actividad sexual comercial, incluía estrategias y actividades educativas y facilitadoras, así como distintas experiencias prácticas de proyectos realizados por organizaciones no gubernamentales (ONG) [1].

El documento que se presenta ahora, al igual que el primero, persigue entre sus objetivos: a) incrementar o mejorar el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH y las medidas preventivas, las prácticas sexuales de riesgo y el correcto uso del preservativo; b) incrementar o mejorar el conocimiento y las habilidades para negociar un sexo más seguro; c) incrementar el conocimiento y el acceso a los recursos sociosanitarios, especialmente a los centros de ETS; d) fomentar la detección precoz del VIH y otras ITS; e) disminuir las conductas sexuales de riesgo y e) incrementar la frecuencia de uso del preservativo tanto con los usuarios de la prostitución como con las parejas regulares. Además, desarrolla el documento elaborado en 2002, tratando las especificidades propias de los hombres que ejercen la prostitución, bien sea con otros hombres o con mujeres.

Los contactos sexuales entre hombres con frecuencia entrañan prácticas de penetración anal que llevan consigo un riesgo muy elevado de transmisión del VIH para el receptor y un riesgo considerable, aunque menor, para el hombre que inserta el pene. Los programas de prevención dirigidos a hombres que se prostituyen con otros hombres se revisten por tanto de una importancia especial.

De acuerdo con la información disponible, en los últimos años, la prostitución masculina en nuestro país es ejercida fundamentalmente por hombres extranjeros. La situación de inmigración, ilegalidad, exclusión y/o discriminación constituye un importante factor de vulnerabilidad que puede dar lugar a un mayor riesgo de exposición al VIH y otras ITS. Por ello, en el presente documento se considerarán los diferentes antecedentes culturales, religiosos o los principios sobre la salud y el sexo de los hombres procedentes de tres grandes regiones, Latinoamérica, Magreb y Europa del este, a fin de conocer sus comportamientos sexuales y favorecer una prevención efectiva del VIH/ITS.

En España el número de programas de prevención del VIH/ITS dirigidos a hombres que se prostituyen ha ido incrementándose en los últimos años. Sin embargo, en 2003 11 comunidades autónomas declararon la existencia de programas preventivos dirigidos a esta población por lo que existe todavía un amplio margen de extensión y consolidación de los mismos. Este documento pretende precisamente impulsar el desarrollo de estos programas ofreciendo una herramienta facilitadora a todos los implicados.

El documento comienza describiendo los distintos términos que se usan al hablar de prostitución y el concepto y las connotaciones asociadas a cada uno de ellos. En el documento varios de estos términos se utilizarán indistintamente y aunque prevalece el término trabajadores masculinos del sexo (TMS) por deseo expreso de las ONGs participantes, ello no implica, en ningún caso, un posicionamiento explícito de esta Secretaría respecto a la prostitución. El tercer capítulo del documento aborda la legislación existente en Europa tanto en materia de prostitución como respecto a la homosexualidad. El capítulo cuarto ofrece una visión de la sexualidad, y de las formas de construcción social y cultural de la identidad masculina, de los hombres procedentes de Latinoamérica, Magreb y Europa del Este. En el capítulo quinto se revisa la situación actual con respecto a la prevalencia de VIH, ITS y uso del preservativo en hombres que ejercen la prostitución. El capítulo sexto ofrece información relativa a los usuarios de la prostitución masculina: cuáles son sus características sociodemográficas, qué conocimientos tienen sobre el sexo y el VIH, qué prácticas sexuales han mantenido en los últimos 12 meses, etc. El séptimo capítulo pretende dar respuesta a preguntas frecuentes sobre la prevención y la transmisión de la infección por el VIH/sida. El capítulo octavo analiza las características de distintos ámbitos en los que se ejerce la prostitución masculina (pisos, clubs, bares y discotecas, calle, saunas y cines) y perfila modelos de intervención con los TMS en función de las particularidades de cada espacio. En el capítulo noveno se presentan diversas estrategias (trabajo outreach, educación entre pares, mediación intercultural, redes sociales, educación en salud sexual...) que se han mostrado efectivas en la prevención del VIH y otras ITS, y que sería deseable se incluyeran en los programas dirigidos a los TMS. El décimo capítulo revisa distintas intervenciones dirigidas a alcanzar tanto a los TMS como a los dueños y encargados de los

locales donde se ejerce la prostitución, los clientes o las parejas sexuales no comerciales. Y por último, en el capítulo undécimo se resumen las distintas fases de la evaluación de un proyecto y propone una serie de indicadores que permiten obtener información sobre los programas de prevención del VIH/ITS dirigidos a los hombres que se prostituyen. Además, el presente documento incluye una serie de anexos relativos a la legislación existente en distintos países europeos en materia de prostitución y de homosexualidad, los efectos asociados al consumo de distintas drogas, las infecciones de transmisión sexual, los modelos de buena práctica de distintas ONGs en prevención del VIH/sida/ITS en TMS y direcciones de centros de ETS y de ONGs donde derivar a los TMS.

Esperamos que nuestro deseo de compendiar los aspectos esenciales de la prevención del VIH/sida/ITS y la promoción de la práctica de un sexo más seguro, dirigidas a los hombres que ejercen la prostitución, resulte útil y atractivo para todas las personas que quieran acercarse o ampliar sus conocimientos en esta materia.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

2. TERMINOLOGÍA Y CONCEPTOS EN PROSTITUCIÓN

- **Identidad sexual: gays, heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres**

La prostitución no es experimentada de la misma manera por todas las personas, y el hecho de vender servicios sexuales por dinero se vive de formas muy diferentes. Algunas personas encuentran que es una ocupación digna o aceptable mientras otras la consideran vergonzante.

Al hablar de prostitución, la selección de la terminología es uno de los aspectos que con frecuencia genera discusión. ¿Qué término se debería usar: persona que ejerce la prostitución, trabajador sexual, persona prostituida, prostituta, prostitutos?

La expresión "persona que ejerce la prostitución" alude a la definición que la Real Academia Española hace de la palabra prostitución "actividad a la que se dedica la persona que mantiene relaciones sexuales con otras, a cambio de dinero".

Los términos "trabajador sexual" y "profesional del sexo" se han hecho populares entre las organizaciones que desarrollan proyectos dirigidos a estas personas y enfatizan la naturaleza laboral de proporcionar servicios sexuales. Sin embargo, estos términos no están universalmente aceptados ya que muchas personas, incluyendo los propios "trabajadores sexuales", no reconocen su participación en el comercio sexual como un trabajo ni lo consideran una actividad económica legítima. Por otra parte, estas expresiones no gustan a quienes consideran la prostitución como una forma de esclavitud sexual o una violación de los derechos de las personas involucradas. Otras organizaciones eligen el término "persona prostituida" para desplazar la vergüenza, el estigma social y criminalización de las personas que se prostituyen hacia las personas que les fuerzan, explotan y obligan a prostituirse. También es utilizada la expresión "comercio sexual" para hacer referencia a las personas que venden un servicio sexual invisibilizando a las personas que lo compran.

La selección de la terminología, independientemente de las diferentes circunstancias, debería guiarse por la imparcialidad y el respeto a la autoidentificación y a cómo se perciben a sí mismas las personas que se dedican a la prostitución, evitando un lenguaje que pueda herir la sensibilidad de las personas implicadas.

Identidad gay vs. hombres que tienen sexo con hombres

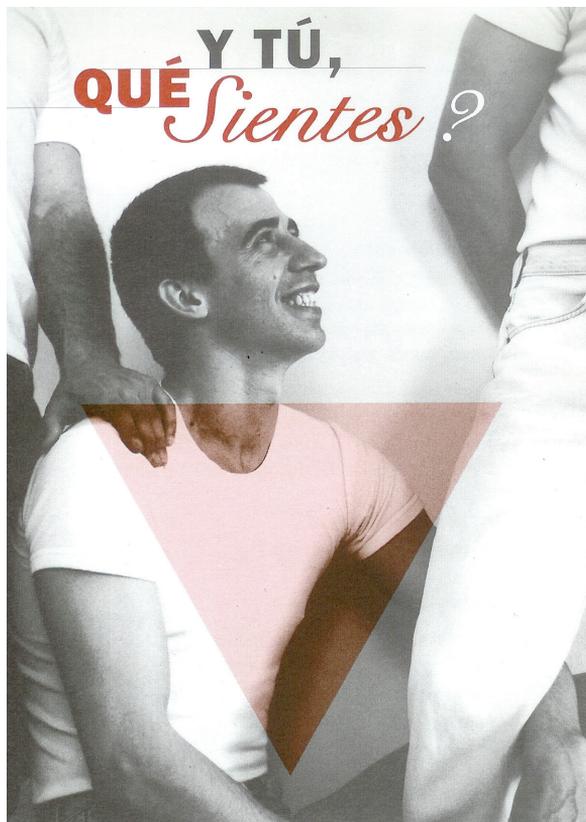
La orientación sexual, así como la forma de vivir y entender la homosexualidad entre los hombres que se prostituyen con hombres presenta una amplia diversidad. Por ello, al

plantear cualquier tipo de intervención es importante entender cuáles son estas diferencias y el contexto cultural en el que los Trabajadores Masculinos del Sexo (TMS) han desarrollado su sexualidad.

Algunos TMS se definen como gays y no sólo mantienen relaciones sexuales con sus clientes y sus parejas en coherencia con su orientación sexual sino que se sienten partícipes de un estilo de vida gay y, en cierto sentido, desean ser miembros de esta comunidad. La incorporación de estos TMS a la comunidad gay y la asimilación de estos estilos de vida tiene consecuencias que inciden en el trabajo sexual; el deseo de ser aceptados como personas gays que optan por vivir en libertad su sexualidad, habitualmente mejora su autoestima.

Otra población de TMS sería la compuesta por aquellos que utilizan el ambiente gay como forma de acceder a los clientes pero no se identifican como gays ni su orientación es homosexual, aún adoptando estilos de vida gay. No se consideran a si mismos homosexuales y descargan "sobre sus parejas homosexuales el peso social del estigma. El hecho de no abandonar la cadena discursiva y gestual de la masculinidad les facilita esos recursos" [2].

Dado que no todos los hombres que se prostituyen con hombres se identifican como gays, el término "Hombres que tienen Sexo con Hombres" (HSH) permite, además de facilitar la pluralidad sexual, diferenciar entre identidad sexual y conducta homosexual, transcender las barreras culturales y favorecer "la relación de ayuda".



3. SITUACIÓN LEGAL

- **Prostitución**
- **Homosexualidad**

A la hora de abordar el tema del trabajo sexual, independientemente de la orientación sexual de las personas que ejercen la prostitución, es necesario tener presente la situación legal de la homosexualidad en los distintos países. Por este motivo, este capítulo se refiere a la legislación en materia de trabajo sexual y a la legislación respecto a la homosexualidad.

Prostitución

La situación en Europa con respecto a la prostitución es variada y singular de un país a otro. De hecho, legislación específica tan sólo existe en tres países: Alemania y Holanda (legalizacionistas) y Suecia (abolicionista).

El resto de los países, a día de hoy, no han promulgado una ley en una u otra dirección. En cambio, a nivel social sí que predomina en cada país una política u otra. Por ejemplo, en Grecia se apuesta por regular ciertas condiciones sanitarias de las personas que ejercen la prostitución y en Italia, en cambio, se tiende al abolicionismo.

En España el ejercicio de la prostitución no se considera un acto delictivo. Se reconoce la existencia de la prostitución, se castiga a los proxenetas pero no a las personas que se prostituyen.

En el ordenamiento jurídico español no existe norma alguna, penal o administrativa, que criminalice o sancione la libre prestación de trabajos sexuales a cambio de dinero dentro de pisos o locales. Igualmente, ninguna norma impide a las personas que ejercen la prostitución estar en la calle y concretar en ella servicios sexuales con potenciales clientes.

En cambio, la ley Orgánica 15/2003 del código penal sí castiga con penas de prisión a quienes induzcan, promuevan, favorezcan o faciliten la prostitución de una persona; quienes se lucren explotando la prostitución de otra persona, aun con el consentimiento de la misma y a quienes favorezcan la entrada, estancia o salida del territorio nacional de personas con el propósito de su explotación sexual empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima [3].

Homosexualidad

La mayoría de países europeos defienden una posición tolerante ante la homosexualidad sin embargo, para entender la relación de algunos hombres con el trabajo

sexual, independientemente de que se identifiquen o no como gays, es importante conocer la situación legal de la homosexualidad en sus países de origen, ya que su práctica puede estar castigada con penas de cárcel o con la muerte.

En el anexo I se recoge una tabla resumen de la legislación de algunos países europeos, tanto en materia de trabajo sexual como en materia de homosexualidad.

4. MIGRACIÓN, MOVILIDAD, CULTURA, SALUD SEXUAL Y TRABAJO SEXUAL

- **TMS procedentes del Latinoamérica**
- **TMS procedentes de Magreb**
- **TMS procedentes de Europa del Este**

En los últimos años, la presencia de TMS de origen español es minoritaria y la prostitución masculina es ejercida, fundamentalmente, por hombres procedentes de tres grandes zonas con culturas muy diferenciadas:

- Latinoamérica, con gran diversidad cultural, especialmente entre las personas procedentes de Brasil y países hispanoamericanos.
- El Magreb, donde la influencia religiosa del Islam tiene una gran influencia.
- Europa del Este, con sus peculiaridades como países post-comunistas y con procesos de democratización diferentes.

El proceso migratorio que los TMS inician desde sus países de origen, no sólo se genera por una voluntad de mejorar sus condiciones económicas o profesionales, también parte de un deseo de crecimiento personal, de conocimiento y disfrute del consumo y estilos de vida de los países desarrollados. Iniciarse en el trabajo sexual tiene una causalidad muy diversa: desde una forma de vivir su homosexualidad y estilo de vida hasta la imposibilidad de encontrar un trabajo que ellos consideren digno. Por tanto, al hablar de trabajo sexual y de salud sexual, inevitablemente tenemos que hacer mención a las diferencias culturales determinadas por el origen de los TMS.

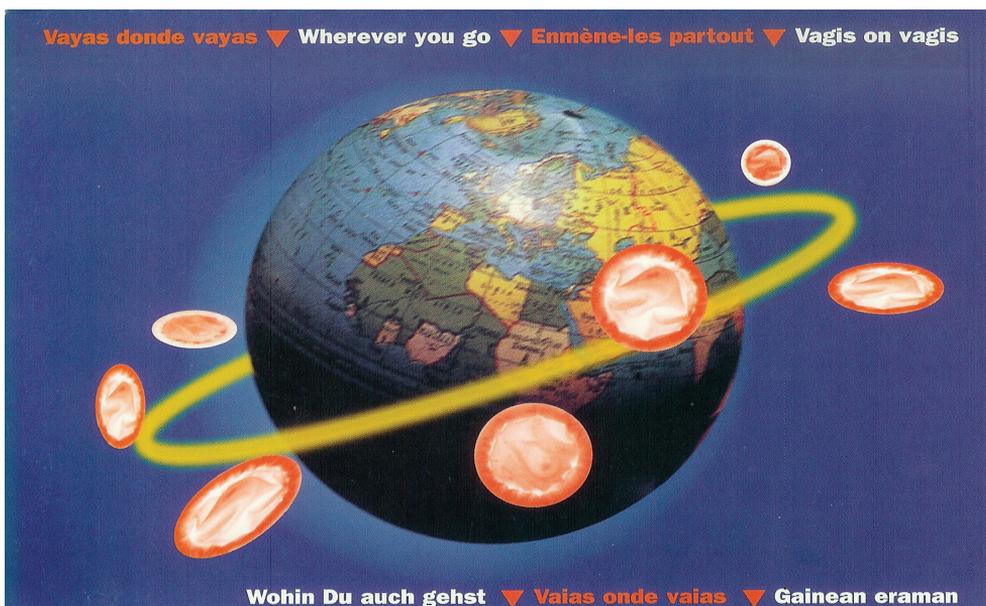
Entendiendo la salud sexual¹ como "la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con una ética social y personal que incluye liberarse tanto del miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales como de las enfermedades, desórdenes orgánicos y deficiencias que interfieren con las funciones sexuales y de reproducción", las intervenciones que se planteen tienen que contemplar al TMS desde una perspectiva global, como personas con su bagaje intelectual, emocional, social y cultural. Con este enfoque y respetando sus decisiones pueden esperarse resultados eficaces.

¹ Definición de salud sexual de Colin Dixon, Terrence Higgins Trust. Texto adaptado del original.

Conocer cómo los TMS construyen su sexualidad en función de los valores, las creencias y la cultura de sus países de origen va a facilitar el éxito de las intervenciones preventivas. Igualmente, las intervenciones serán más efectivas si se consideran distintos aspectos, asociados a la inmigración y la movilidad, que pueden hacer que los TMS sean más vulnerables a la infección por el VIH/sida y entre los que destacan:

- Situación legal: el miedo a ser arrestados o deportados dificulta que se acerquen a las administraciones o instituciones públicas, concretamente al sistema sanitario y a los servicios sociales.
- Barreras lingüísticas y culturales: la carencia de información adaptada lingüística y culturalmente así como la falta de mediadores culturales e intérpretes en los programas e intervenciones dificultan el acceso a la información y a la asistencia socio-sanitaria.
- Necesidades no percibidas: la inexperiencia en el trabajo sexual, la desinformación en temas de salud sexual y el desconocimiento de los servicios públicos (funcionamiento, horarios, burocracia...) conduce al TMS a no saber qué necesita o qué está disponible.
- Información y asesoramiento inadecuados: la búsqueda de asesoramiento en compañeros de trabajo o personas cercanas sin formación en temas de salud sexual y VIH contribuye a mantener las falsas creencias, los mitos y los conceptos erróneos sobre la infección por el VIH/sida.
- Movilidad: es frecuente que los TMS cambien de ciudad (intercambios entre Madrid, Barcelona y otros países europeos como Francia, Alemania e Italia) o de actividad laboral (del trabajo sexual a la hostelería, la agricultura o la construcción) para evitar ser arrestados o para prevenir el efecto "quemarse" ante los clientes.

Los programas destinados a TMS procedentes de otros países deberían tener en cuenta los factores descritos y en función de ellos adaptar la información sobre salud sexual a fin de evitar la ineficacia de las intervenciones.



4.1. TMS PROCEDENTES DE LATINOAMERICA

En los países latinoamericanos existe una gran diversidad cultural, política, económica e incluso étnica, además de las grandes diferencias sociales según estrato y hábitat urbano/rural. Hablar en general de la sexualidad de los varones latinoamericanos puede inducir a errores y estereotipos cuando se aborda el caso de los trabajadores sexuales de aquel continente inmigrados a España. Entre éstos, hay quienes se identifican con categorías occidentales como gays o como homosexuales; y también otros que se perciben como heterosexuales aunque mantengan relaciones sexuales con otros hombres, remuneradas o no. A esta diversidad de percepciones y construcciones hay que sumar las diferencias que se pueden dar entre los distintos países latinoamericanos e incluso dentro de uno según el estrato social, el hábitat... Ante esta complejidad se ha optado en este apartado por tratar en general de un modelo hegemónico de sexualidad en los países de origen, el modelo heterosexual, y de formas de construcción social y cultural de la identidad masculina. Para ello se han recogido de algunos textos que se citan a pie de página casos concretos de estudios de género y masculinidades que pueden servir como una primera aproximación de la sexualidad en hombres latinoamericanos. La selección de los tres textos consultados pretende ofrecer varios puntos de vista desde diferentes áreas geográficas y diversas perspectivas.

1. "Masculinidad y salud sexual y reproductiva..." [4]. Aunque en la praxis se pueden encontrar varios modelos de comportamiento según variables como estrato social, edad, hábitat², etc. el modelo ideal de masculinidad hegemónica ejerce un control sobre los hombres en la socialización, en los rituales de la vida cotidiana y con un discurso que deja para las mujeres lo emocional y afectivo. La concepción dominante de la masculinidad es la del hombre fuerte, responsable, que trabaja, que aporta los recursos necesarios en el hogar. Esta concepción tradicional se reproduce entre pares y también por las familias y la escuela.

Uno de los rituales más importantes de afirmación como "hombres" -y adultos- es la iniciación en el sexo -con las mujeres- y que surge como deseo propio del individuo y por las presiones de los pares. Sobre la sexualidad, la escuela es la principal fuente de información formal en aspectos como la reproducción o la igualdad de género³. Pero es la pandilla o los pares los que ofrecen información informal sobre cómo ser hombre, cómo seducir a una chica, y es el entorno donde se habla más de las prácticas sexuales aunque en la mayoría de las veces sin mostrar los afectos. Aunque los padres acostumbran a aconsejar sobre los riesgos de embarazo -de embarazar a una chica-

² Estudio de caso realizado mediante técnicas de 18 grupos focales, 18 entrevistas en profundidad y 330 encuestas en distritos populares y marginales de México D.F. en 2000. La muestra estaba formada por niños (de 10 a 14 años) y adolescentes (de 15 a 19 años) en escuelas públicas de nivel básico y medio, y por varones jóvenes (de 20 a 24 años de edad) de diferentes ámbitos laborales. En el estudio se ha investigado cómo el modelo tradicional de masculinidad predominante condiciona la percepción de la sexualidad en los varones y sus consecuencias en la vida cotidiana respecto a la propia sexualidad, a la salud sexual y otros aspectos de la vida íntima, familiar y social.

³ Se refieren a informaciones o formación que se han ido introduciendo con mayor o menor intensidad y efectividad en las escuelas como resultado de nuevas políticas para prevenir embarazos no deseados, la violencia de género, etc.

son otros familiares con cierto grado de formación los que dan información en conversaciones de confianza sobre los demás aspectos de la sexualidad. Con la pareja se comienza a hablar del tema, aunque con mayor intensidad según aumenta el nivel social y cultural; y la responsabilidad del uso de medidas preventivas se suele traspasar a las mujeres.

El uso del preservativo se relaciona con la prevención del embarazo más que con la de las enfermedades de transmisión sexual. Aún así, el uso del preservativo por iniciativa del hombre es bajo, y el riesgo de embarazo de su pareja se percibe como algo difícil de controlar. En relaciones estables generalmente su pareja tampoco quiere usar el preservativo. En cuanto a ITS y sida, existe la creencia de que la higiene -entre otras- es un mecanismo de prevención de estas enfermedades.

En el modelo hegemónico y tradicional de masculinidad, ésta se consigue mediante: a) la transformación social -un hombre adulto y sustento de familia- y b) la transformación física: cambios corporales en la pubertad y adolescencia, y tener sexo con mujeres. Ser hombre significa responsabilidad (mantener a su familia, hacerse cargo de sus hijos, y acceder a un trabajo remunerado) y afirmación de su heterosexualidad (tener sexo con mujeres, demostrar su masculinidad mediante la ritualización de comportamientos, etc.)

La homosexualidad es reconocida como un comportamiento que pueden tener algunos hombres y mujeres, y es aceptado siempre que se mantengan fuera del grupo. Exhibir una conducta no heterosexual se sanciona con la marginación y la burla. Las lesbianas y homosexuales representan el modelo contrario al hegemónico, son vistos como tipos ideales antisociales. Esta valoración negativa de la homosexualidad ejerce una fuerte presión al resto de varones para comportarse según marcan las normas heterosexuales.

2. "La homofobia posible..." [5]. Desde la última década del siglo XX la homosexualidad ha adquirido una cierta mayor visibilidad social⁴ aunque las encuestas de opinión pública ofrecen altos niveles de homofobia en general. La presencia de algunas expresiones de relaciones afectivas o sexuales entre hombres en los medios de comunicación -en informaciones, entretenimiento y ficción-, la presencia de ONGs y otras instituciones dedicadas a la lucha contra el VIH/sida, algunas muestras de solidaridad ciudadana contra la intolerancia y colateralmente estrategias educativas en algunas escuelas a favor de la igualdad de género y/o de la diversidad intentan contrarrestar en parte la homofobia, y en algunos casos se ha producido el diseño de políticas públicas contra las diferentes formas de violencia según sexo y género. La emergencia de una identidad pública de lo *homosexual* se produce en un entorno donde, en general, la homofobia está arraigada en los sistemas políticos, en las instituciones y en los procesos socioculturales de los países latinoamericanos. Otra consideración es la dificultad de caracterizar y categorizar lo homosexual para superar la discriminación secular⁵. Mientras que los diferentes colectivos heterosexuales aplican unas identidades estere-

⁴ Se refiere al caso concreto de Chile, pero que también puede observarse en otros países de Latinoamérica.

⁵ Se refiere a reconstruir una identidad homosexual que es un estigma para convertirla en otra identidad con atributos no discriminatorios.

otipadas -que ayudan a fortalecerla-, entre los hombres que tienen sexo con otros hombres existen diversas y diferentes percepciones de su sexualidad: ante las identidades tradicionales occidentales unos se perciben como gays, otros como bisexuales y otros prefieren definirse como heterosexuales para evitar así la estigmatización de lo homosexual, o porque no se identifican tampoco con los gays -identidad resultado de una contestación política y cívica a aquella estigmatización homofóbica-.

3. "Sexualidad en hombres..." [6]. Las tensiones y contradicciones en la construcción y percepción de la sexualidad de los hombres, y también de las mujeres, se ponen de manifiesto en la socialización de la sexualidad. Esta socialización se da fuera del ámbito familiar; es un proceso informal y en el caso de los varones son los pares los agentes de socialización. Los padres, en cambio, internan a sus hijos en el mundo simbólico de la sexualidad (normas, valores) pero no resuelven las posibles dudas sobre el sexo. Con los pares, los hombres hablan de experiencias sexuales reales o ficticias cuando se trata de mujeres -de relaciones heterosexuales-, en conversaciones en las que se *actúa* como se espera de ellos, se juega con puestas en escena de unas identidades en un nuevo espacio -la sexualidad-, en rituales en los que más que intercambiar informaciones se demuestra que uno se está haciendo o es un hombre, por lo que el desconocimiento y la falta de experiencias sexuales con mujeres es motivo de descalificación por parte de sus pares. Esta correlación "a más experiencia sexual con mujeres, más hombre" disminuye en estratos sociales superiores, aunque siempre dentro de las coordenadas normativas de la heterosexualidad. Los varones sienten la presión social de hacer visibles sus deseos sexuales -heterosexuales-, mostrarlos y demostrarlos, y su primera relación sexual con una mujer es un ritual que refuerza su masculinidad.

Para terminar, y como resumen de los textos consultados, decir que la sexualidad en Latinoamérica, como en otros lugares, ha sido controlada históricamente de maneras diferentes y según los espacios geográficos, tanto en las relaciones heterosexuales como en las relaciones entre personas del mismo sexo. En la actualidad existe una gran profusión de estudios especulativos/teóricos o empíricos/científicos hechos desde diferentes disciplinas que intentan explicar los diferentes comportamientos sexuales y las posibles causas o presiones que los condicionan.

Hay estudios recientes que inciden especialmente en las construcciones culturales y sociales del género para explicar la homofobia, los modelos hegemónicos de la heterosexualidad o las desigualdades entre mujeres y hombres con relación a la sexualidad, entre otros. En este sentido se puede abordar cómo algunas leyes, dogmas religiosos o tradiciones sirven para explicar la negación a las mujeres del derecho al placer sexual -distinguidas por su sexo biológico-. O cómo se ha legitimado el derecho histórico del hombre de sentir y satisfacer un deseo sexual irrefrenable. En estudios que abordan los casos de relaciones sexuales entre varones en Latinoamérica se pueden encontrar una gran diversidad de hipótesis que pueden ser tenidas en cuenta como diferentes puntos de vista, y uno de los aspectos más controvertidos es la utilización y aceptación de categorías artificiales -homosexual, heterosexual, bisexual, gay- para clasificar hábitos sexuales de la vida privada e íntima de los hombres, como también se han utilizado y aceptado otras clasificaciones humanas inspiradas en las ciencias naturales decimonónicas

obsesionadas por cuantificar y controlar todos los aspectos humanos: la raza, la razón (locura y cordura), etc. El mito heterosexual es *un producto histórico y social* [7], que sirve para justificar un orden social de una mayoría hegemónica mientras que estigmatiza a otras minorías limitando sus libertades, derechos, afectos y emociones.

Existen innumerables hipótesis que recogen los mitos de una cultura, las tradiciones, la estructura social... para explicar los comportamientos sexuales que se apartan de la heterosexualidad canónica. Todas ellas contribuyen con o sin voluntad a la construcción y reconstrucción de identidades sexuales. Unas con efectos negativos cuando han estigmatizado a un grupo o cultura por sus diferencias de prácticas o hábitos⁶. Otras, con efectos positivos cuando las ha *naturalizado*, es decir, cuando describen o explican el deseo y el sexo no normativo o hegemónico entre hombres y mujeres o entre personas del mismo sexo cuestionando aquellas viejas clasificaciones que crearon unas identidades deterioradas. Como todos, los latinoamericanos, según la cultura, el nivel social o cultural, la edad o las preferencias personales construyen su sexualidad e identidad de una manera u otra, y estas construcciones y sus percepciones pueden influir a la hora de hablar con ellos sobre sexualidad: de conceptos como salud sexual y prevención, de corregir falsas o incorrectas creencias sobre la transmisión de ITS/VIH/sida, etc. Es decir, la búsqueda de causas relevantes o determinantes para explicar conductas o hábitos sexuales que difieren del modelo heterosexual dominante se puede convertir en una discusión teórica y una posición del educador según sus percepciones, conocimientos, valores y prejuicios. En cambio, conocer cómo los varones construyen su sexualidad y no las causas⁷, e identificar las deficiencias en cuanto al conocimiento de la transmisión de enfermedades y otros aspectos relacionados con la salud sexual pueden servir a los educadores para dar mensajes correctos para la prevención de ITS/VIH/sida de una manera efectiva.

4.2. TMS PROCEDENTES DEL MAGREB

Según el documento elaborado por la Section de Analyses de l'Office Fédéral des Réfugiés (ODR) de Suiza⁸, donde se aborda la homosexualidad y la prostitución en el Magreb, se presenta una de las posibles teorías que explica el contexto en el que estos TMS han desarrollado su sexualidad.

En el Islam se reconoce el placer sexual pero a su vez el sexo extramatrimonial está prohibido por lo que el matrimonio se convierte en un contrato sexual y de cohabitación exclusiva. En la sociedad tradicional magrebí está clara la supremacía del hombre

⁶ Existen innumerables ejemplos de identidades estigmatizadas por su sexualidad: la ninfómana (mujer que desea en exceso para lo que se le permite socialmente) o el caso contrario, la frígida; el homosexual (palabra creada en el siglo XIX desde la ciencia positivista para señalar a los varones que tienen relaciones sexuales con otros como seres patológicos, incluso peligrosos para el orden social). Pueden consultarse las clasificaciones utilizadas históricamente para dominar a las personas por su sexualidad o género en M. Foucault. Historia de la Sexualidad (I). Cap. III.

⁷ Ha sido y es habitual buscar las causas en investigaciones que abordan las prácticas sexuales que se alejan de lo aceptado socialmente como "normal". Proponer una causa para explicar el deseo entre dos personas significa una posición, sirva como ejemplo que nunca se han buscado las causas del deseo dentro de un matrimonio formado por un hombre y una mujer, al ser considerado socialmente como lo normal y lo natural.

⁸ "Maghreb: Homosexualité et prostitution" Office Fédéral des Réfugiés (ODR) en Suisse, Juillet 2000.

frente a la mujer. Se protege a las mujeres vírgenes pero se tolera que los hombres busquen satisfacer sus "instintos sexuales" en la prostitución. De esta forma, la prostitución desempeña una función de preservación del honor de las familias.

La prostitución se ha instaurado en las grandes ciudades, constituyéndose para muchas mujeres y hombres jóvenes como una forma de salir de las condiciones sociales de pobreza. Pese a esto, la prostitución es ilegal en Argelia, Marruecos y Túnez así como las relaciones extramatrimoniales y el adulterio aunque su aplicación efectiva depende de la influencia fundamentalista en sus gobiernos.

El mismo fenómeno ocurre con la homosexualidad, considerada jurídicamente ilegal y con penas de cárcel de hasta 3 años. Oficialmente, la homosexualidad es una patología occidental de la cual la sociedad ha de protegerse, por lo que su vivencia se ve abocada a la clandestinidad y, a menudo, ligada a la prostitución masculina en las grandes urbes donde sí existe cierta tolerancia.

La sociedad magrebí admite, contradictoriamente, la homosexualidad como una sexualidad de sustitución que termina cuando el hombre se casa. La visibilidad de la homosexualidad, como identidad, es más bien extraña y representa un peligro para el orden social. En consecuencia, la homosexualidad exclusiva conduce a una marginalización severa por el patriarcado y por el poder económico.

Desde esta visión de la prostitución y la homosexualidad es fácil entender como los TMS magrebíes utilizan el trabajo sexual como forma "legitimada" de superar una situación económica difícil, sin identificarse como trabajadores sexuales. Asimismo la relación sexual es justificada frente a la homosexualidad como una sexualidad sustitutiva, proyectando toda la carga de identidad gay sobre el cliente. Ellos, como activos, son los hombres heterosexuales que practican la penetración y los clientes, pasivos, son los homosexuales. En estas relaciones, desde un punto de vista de género, la masculinidad estaría ligada al papel activo y la feminidad al papel pasivo.

La aceptación, por parte de los TMS magrebíes, de unas relaciones homosexuales o de una identidad gay conllevaría la aceptación de una forma de entender las relaciones sexuales y sociales que entran en contradicción con los cánones socio-culturales en los que han estado viviendo en sus países de origen. Tal aceptación sólo sería posible si se produjera un distanciamiento o desarraigo con la cultura de origen. En Francia, por ejemplo, donde la prostitución masculina magrebí ya ha tenido un recorrido histórico y donde existe una amplia población inmigrante magrebí de segunda o tercera generación, se empieza a aceptar, entre los jóvenes, una identidad gay propia [8].

4.3. TMS PROCEDENTES DE EUROPA DEL ESTE

Europa del Este, y específicamente países como Rumanía o Bulgaria, tiene una reciente trayectoria democrática tras la caída de los anteriores regímenes comunistas basados en políticas represoras. A este hecho hay que añadir el arraigo de la religión en algunos de estos países y el efecto que tiene en la opinión de la ciudadanía⁹.

⁹ En Rumania el 90% de la población se declara religiosa; entre éstos, el 86% ortodoxos.

Las políticas represoras han estado presentes en todos los ámbitos de la sociedad y hasta hace muy poco¹⁰ en países como Rumanía la homosexualidad estaba condenada en su código penal¹¹.

En todas las sociedades las leyes penales regulan cuál es la conducta sexual permisible y cuál no, imponiendo a la expresión y realización sexual individual los límites necesarios para salvaguardar los derechos de los demás.

En estos países, entre estas prácticas "desviadas", se penalizaban hasta hace unos años las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo por constituir crímenes "contra la naturaleza" o "actos antinaturales"¹².

Por tanto, aunque en el ámbito legal la homosexualidad no esté considerada actualmente como un delito, la visión de la sociedad ante los homosexuales está todavía en lenta evolución.

En un estudio publicado por Open Society Foundation en Noviembre de 2000 podemos observar el grado de intolerancia de la sociedad ante la homosexualidad. A un 86% de los encuestados no le gustaría tener homosexuales como vecinos y un 59% pensaba que los homosexuales no son gente "normal".

La prostitución masculina en esta zona de Europa no está penalizada desde la caída de los regímenes comunistas pero debido al estigma que sufre en el ámbito social tanto por el hecho de la prostitución en sí como por su relación con el mundo homosexual está muy lejos de ser aceptada, más bien es tolerada como forma de subsistencia ante la difícil situación económica. La población TMS está conformada por hombres muy jóvenes y en muchos casos asociada a consumos de drogas por vía parenteral (UDVP). Además, en sus países de origen tienen poca información sobre el VIH/sida, el uso del preservativo es escaso tanto por falta de información como por su precio. En ocasiones hay dificultades para realizarse la prueba del VIH/sida de forma gratuita, son insuficientes los programas de prevención, tratamiento y cuidado de VIH/sida, y las personas seropositivas están sometidas a un severo estigma por la percepción social de que sólo los grupos de población "indeseable" se ven afectados por esta enfermedad [9].

Por tanto, los TMS de Europa del Este inmigrados a España tienen una visión sobre la homosexualidad, el trabajo sexual y el VIH/sida -mediatizada por el contexto político, cultural, social o religioso del país- que les hace especialmente vulnerables a las ITS incluida la infección por el VIH/sida.

En primer lugar, su visión del VIH/sida está mediatizada por la creencia de que sólo determinados grupos, entre los que se incluyen los homosexuales, pueden ser afectados por esta enfermedad.

En segundo lugar, muy pocos TMS van a identificarse como homosexuales debido tanto a la estigmatización en sus lugares de origen como a la presión que su grupo de iguales aplica sobre ellos una vez están en los países de acogida. Hay que tener en cuenta que una vez están trabajando en el sexo, su grupo de iguales se constituye como su red de apoyo y, en este grupo de iguales, las creencias sobre la homosexualidad siguen estando igual de estigmatizadas que en su lugar de origen y por tanto, para no ser

¹⁰ Ley 89/2001 del 14 de enero de 2002 que derogaba el Art. 200.

¹¹ Artículo 200, párrafo 5 del código penal (de 1 a 5 años de cárcel).

¹² "Crímenes de odio, conspiración de silencio. Tortura y malos tratos basados en la identidad sexual" Amnistía Internacional, 2001

tachados como gays, tienen que exhibir constantemente su masculinidad. La construcción de su concepto de masculinidad está ligada a la de género, al papel activo en las relaciones sexuales, a la fortaleza, etc., y los hombres homosexuales, no entrarían en esta definición. Para ellos, la feminidad estaría ligada al papel pasivo en las relaciones sexuales, la debilidad, conformando este grupo tanto las mujeres como los homosexuales [10]

Esta creencia de que sólo los homosexuales pueden ser afectados por el VIH/sida junto al concepto de homosexual como aquel que adopta un rol pasivo en las relaciones sexuales puede llevar a los TMS a la falsa creencia de inmunidad ante la enfermedad haciéndoles especialmente vulnerables.

5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y USO DEL PRESERVATIVO

En el trabajo sexual son muchos los factores relacionados con la infección por el VIH, entre los que cabe destacar: el número diario de clientes, la frecuencia de relaciones sexuales, el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia de uso del preservativo o la historia de ITS. Además existen una serie de factores que pueden aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH de las personas que se dedican a la prostitución: la discriminación y marginalización; la falta de acceso a los servicios de salud, sociales y jurídicos; la carencia de información, aptitudes o poder para la negociación del uso del preservativo; limitaciones en el acceso a las medidas preventivas o factores asociados al estilo de vida (consumo de alcohol u otras drogas, movilidad).

Los factores descritos pueden afectar por igual tanto a hombres como a mujeres que se dedican a la prostitución. Sin embargo una de las diferencias más importantes entre hombres y mujeres profesionales del sexo es que los primeros presentan una prevalencia de infección por VIH mucho más elevada. Las prevalencias de VIH encontradas en mujeres que ejercen la prostitución y que nunca se han inyectado drogas no superan el 1%. Sin embargo en los hombres superan el 10%. Concretamente, un estudio realizado en 20 centros de ETS y prevención del VIH de 19 ciudades españolas, durante el período 2000-2002, encontró que de las 47.922 personas que se realizaron la prueba del VIH/sida, 418 (0,87%) era hombres trabajadores sexuales. Entre estos, la prevalencia de VIH observada fue del 12,2% y ascendió al 16,9% entre los que se realizaban la prueba por primera vez [11]. En hombres que ejercían la prostitución en la calle y se habían realizado la prueba del VIH (67%) se encontró una prevalencia de VIH del 60% entre los que se habían inyectado drogas en alguna ocasión y del 11% entre los que no refirieron este antecedente [12].

Igualmente, otros estudios muestran importantes diferencias en la prevalencia e incidencia de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) como trabajo sexual comparado con aquellos que no se dedican a la prostitución. Concretamente, un estudio realizado entre 716 HSH encontró una prevalencia del 7,3% y una incidencia del 4% entre los que se dedicaban a la prostitución frente al 1,1% y 0,9%, respectivamente, entre los HSH que no la ejercían [13].

La mayoría de estudios realizados en trabajadores masculinos del sexo hacen referencia a hombres reclutados en la calle, sin embargo en los últimos años se ha incre-

mentado notablemente el número de hombres que ofrecen sus servicios sexuales a través de Internet. Los estudios realizados en estos últimos, comparado con los hombres que trabajan en la calle, sugieren la existencia de importantes diferencias en las conductas sexuales con los clientes. Así de 46 trabajadores que ofrecían sus servicios sexuales por Internet, el 39% refirió haber practicado alguna forma de sexo anal desprotegido con sus clientes; el 80% manifestó que los clientes le habían solicitado sexo anal desprotegido y de ellos, el 24,3% aceptó dicha práctica [14]. Igualmente el uso de Internet como medio para vender o comprar servicios sexuales se ha relacionado con un incremento de los casos de sífilis en hombres gay y bisexuales de Estados Unidos y Reino Unido [15,16]. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de identificar las conductas sexuales de distintos grupos de trabajadores masculinos del sexo, que habitualmente no están contemplados en los programas de promoción de la salud, y diseñar intervenciones de prevención del VIH y otras ITS dirigidas específicamente a los que ofrecen sus servicios a través de Internet así como a los hombres que pagan por ellos.

En 2003, y no referido específicamente a trabajadores sexuales masculinos, los CDC encontraron un aumento de los casos de sífilis en los hombres que tienen sexo con hombres que pasaron de suponer un 22% en 1998 a un 88% en 2002 [17].

En España, el sistema de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) muestra un aumento del 31% en los casos de sífilis y del 32,8% en los casos de gonorrea en la población general durante el período 2001-2003 [18].

Igualmente, en los últimos años, se ha observado un incremento del linfogranuloma venéreo (LGV), una enfermedad considerada muy rara que sólo se observaba en países poco desarrollados. En Holanda se han declarado más de 100 casos en HSH, la mayoría de los cuales eran VIH positivos y tenían otras ITS incluida la hepatitis C. Aunque en la mayoría el principal factor de riesgo para la adquisición del LGV había sido la penetración anal desprotegida, el fisting y uso compartido de juguetes sexuales también aparecen como posibles rutas de transmisión de esta ITS. En el Reino Unido se han descrito 24 casos de LGV, todos en HSH, 17 estaban infectados por el VIH y cuatro también tenían hepatitis C [19].

En el anexo 3 figura la relación de ITS más frecuentes así como algunos de los síntomas que pueden hacer sospechar que se padece una ITS y las indicaciones para protegerse de estas infecciones.

Con respecto al uso del preservativo, el estudio, realizado por Belza y ya citado, en hombres que ejercían la prostitución en la calle, encontró una prevalencia de uso sistemático del preservativo del 52% con los clientes y del 41% en las relaciones personales [12].

Un estudio realizado por Àmbit Prevenció en 150 TMS [20] (ver tablas adjuntas) encontró, referido a los seis últimos meses, que siempre usaba preservativo en las relaciones sexuales con los clientes el 61% de los TMS de calle y bares adyacentes, el 96% de los TMS de pisos y el 92% de los TMS de saunas. Estos porcentajes fueron considerablemente menores en el caso de la pareja sexual no comercial; concretamente, refirió usar siempre preservativo con su pareja no comercial el 21% de los TMS de calle y bares adyacentes, el 42% de los TMS de pisos y el 42% de los TMS de saunas.

El motivo principal que los TMS refirieron para no usar preservativo con los clientes fue que éstos no querían.

1. TMS de calle y bares adyacentes. Utilización del preservativo en los últimos 6 meses:

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
Con el cliente masculino	8%	14%	17%	61%
Con el cliente masculino fijo	5%	14%	27%	54%
Con la pareja actual	73%	4%	2%	21%

Nota: El 18% tienen una pareja no comercial masculina y el 82% femenina.

2. TMS de pisos. Utilización del preservativo en los últimos 6 meses:

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
Con el cliente masculino	0%	0%	4%	96%
Con el cliente masculino fijo	0%	4%	4%	92%
Con la pareja actual	33%	8%	17%	42%

Nota: El 50% tienen una pareja no comercial masculina y el 50% femenina.

3. TMS de saunas. Utilización del preservativo en los últimos 6 meses:

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
Con el cliente masculino	4%	4%	0%	92%
Con el cliente masculino fijo	4'5%	4'5%	4'5%	86%
Con la pareja actual	33%	17%	8%	42%

Nota: El 50% tienen una pareja no comercial masculina y el 50% femenina.

4. TMS de todos los ámbitos de trabajo. Motivos para no utilizar el preservativo:

	CALLE	PISOS	SAUNAS	TOTAL
El cliente no quiere	45%	100%	64%	48%
El cliente paga más	2%	0%	18%	4%
No me gusta usarlo	34%	0%	9%	30%
El cliente tiene buen aspecto	4%	0%	0%	3%
Conozco al cliente	5%	0%	0%	4%
Me corta el rollo	0%	0%	9%	1%

6. USUARIOS DE PROSTITUCIÓN MASCULINA

En 2003, la Asociación Stop sida y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida realizaron un estudio, el "cuidate.info", con el objeto de recoger información relativa a las conductas sexuales de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que permitiera mejorar los abordajes y los mensajes preventivos a utilizar en ediciones posteriores de la campaña "Cuídate"¹³ [21].

Se presentan algunos datos relativos a 71 hombres que pagaron por los servicios sexuales que les prestaron otros hombres.

Características sociodemográficas

El 8,4% (71) de los participantes en el proyecto cuidate.info refirieron haber pagado para mantener relaciones sexuales con otros hombres. De ellos, el 94,3% era residente en España: el 38,6% en Barcelona, el 21,4% en Madrid, el 15,7% en Valencia y el 18,6% en otras provincias. El 17,1% tenía un país de origen distinto a España. El 38,6% vive solo y el 55,1% refiere haber completado estudios universitarios.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (%)	
EDAD (%)	
Menor de 20	
20-29	17,1
30-39	48,6
40-49	25,7
Mayor 49	8,6
NIVEL DE ESTUDIOS (%)	
Primarios	13
Secundarios	31,9
Universitarios	55,1
CONVIVENCIA (%)	
Solo	38,6
Con pareja masculina	27,1
Con pareja femenina	5,7
Con padres o parientes	18,6
Con amigos	10,0

El 64,8% se declara frecuentador (más de una vez a la semana) de lugares de ambiente gay siendo los bares (86,5%), las discotecas (75,4%), las saunas (59,7%), los lugares de cruising (35,4%) y los lavabos públicos (34,8%) los más visitados. En definitiva, el 76,1% acudía a lugares de ambiente gay donde la práctica de sexo podría ser posible.

¹³ Campaña nacional de prevención del VIH/sida iniciada en 1994 y dirigida al colectivo homosexual

LUGARES DE AMBIENTE GAY			
Frecuentación de lugares de ambiente gay		Acude a bares	
Nunca en el último año	4,2	No	7,5
Menos de una vez al mes	31	En mi ciudad no hay	6
De 2 a 3 veces al mes o aproximadamente		Una vez al mes o menos	35,8
1 vez a la semana	45,1	Más de una vez al mes	50,7
Más de una vez a la semana pero no cada día	15,5		
Casi cada día	4,2		
		Acude a lugares cruising	
Acude a librerías		No	43,9
No	29,2	En mi ciudad no hay	3
En mi ciudad no hay	15,4	Una vez al mes o menos	33,3
Una vez al mes o menos	46,2	Más de una vez al mes	19,7
Más de una vez al mes	9,2		
		Acude a lavabos públicos	
Acude a gimnasios		No	61,5
No	75	En mi ciudad no hay	3,1
En mi ciudad no hay	12,5	Una vez al mes o menos	24,6
Una vez al mes o menos	3,1	Más de una vez al mes	10,8
Más de una vez al mes	9,4		
		Acude a saunas	
Acude a discotecas		No	31,3
No	18,5	En mi ciudad no hay	9
En mi ciudad no hay	6,2	Una vez al mes o menos	35,8
Una vez al mes o menos	38,5	Más de una vez al mes	23,9
Más de una vez al mes	36,9		

Conocimientos sobre el sexo y el VIH

Entre el 69% y el 98,6% de los hombres que pagaron por mantener relaciones sexuales refirió conocer distintas afirmaciones relacionadas con las prácticas sexuales y la infección por el VIH.

La afirmación más conocida (98,6%) fue "Los hombres pueden protegerse a sí mismos utilizando un condón correctamente cada vez que tienen sexo anal, tanto cuando penetran como si son penetrados" y la menos conocida (69%) "Puedes acudir a un Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual de forma gratuita y sin necesitar la cartilla de la Seguridad Social"

CONOCIMIENTO SOBRE EL SEXO Y EL VIH (%)	
Saben las siguientes afirmaciones	
1. Es posible tener una infección de transmisión sexual y no mostrar signos ni síntomas	93
2. Un hombre VIH negativo es más fácil que pueda infectarse por el VIH si es penetrado analmente por un hombre VIH positivo que si él penetra a un hombre VIH positivo	71,8
3. Incluso si no eyacula en el ano, un hombre VIH positivo puede pasar la infección por el VIH penetrando analmente a un hombre VIH negativo	71,8
4. Los hombres pueden protegerse a sí mismos utilizando un condón correctamente cada vez que tienen sexo anal, tanto cuando penetran como si son penetrados	98,6

5. Existe la posibilidad de realizarse una prueba anónima para averiguar si estás infectado por el VIH	80,3
6. Puedes acudir a un Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual de forma gratuita y sin necesitar la cartilla de la Seguridad Social	69
7. Es más difícil que se rompan los condones si se usan con un lubricante hidrosoluble (a base de agua)	83,1
8. Indicador ONUSIDA (conocimiento de las 3 frases: 2, 3 y 4)	52,1

Prueba del VIH/sida

El 82,9% de los hombres que refirió haber pagado por mantener relaciones sexuales con otros hombres se había realizado la prueba del VIH/sida y recogido el resultado de la misma. De ellos, el 13,6% se declaró VIH positivo. El 64% de los que se declararon VIH negativos (86,4%) refirió que este resultado lo recibió en el último año.

Los principales lugares para la realización de la última prueba del VIH/sida fueron los centros de ETS (27,1%) y laboratorios privados (23,7%). Sólo el 27,1% manifestó haber recibido consejo asistido antes y después de la realización de la misma.

PRUEBA DEL VIH/SIDA (%)	
¿En alguna ocasión has recibido un resultado de la prueba del VIH/sida?	
Sí, una vez	25,7
Sí, varias veces	57,1
Me he hecho la prueba pero no recogí el resultado	0
No, nunca me he hecho la prueba del sida	17,1
Resultado de la prueba del VIH/sida más reciente	
Negativo	86,4
Positivo	13,6
¿El diagnóstico negativo fue en el último año?	
Sí	64
No	36
¿Dónde te realizaste la última prueba del VIH/sida?	
En la consulta de mi médico de cabecera	20,3
En un Centro de ETS	27,1
En un hospital	20,3
En un laboratorio privado	23,7
En otro sitio	3,4
En una ONG antisida u homosexual	5,1
¿Recibiste consejo asistido?	
Sí, antes y después de realizármela	27,1
Sí, pero sólo antes de realizármela	8,5
Sí, pero sólo después de realizármela	11,9
No	52,5

Motivos para no realizarse la prueba del VIH/sida

Las doce personas que no se habían realizado la prueba del VIH adujeron como principales razones para ello: me asusta la posibilidad de recibir un resultado positivo (41,7%); tomo medidas de precaución y eso no depende de saber si estoy o no infectado (41,7%); me podrían discriminar si resultase VIH positivo (33,4%); estoy bastante seguro de que soy negativo (25%) o alguna vez he pensado hacérmela pero no sé dónde (25%).

Acerca de las parejas sexuales

El 40,8% de los participantes que pagaron por mantener relaciones sexuales con otros hombres refirió tener pareja estable masculina: el 89,3% de ellos una sola pareja estable, el 7,1% dos y el 3,6% tres parejas estables. El 44,8% refirió que su estado serológico con respecto al VIH y el de su pareja estable eran coincidentes.

PAREJA ESTABLE MASCULINA (%)			
Actualmente, ¿tienes pareja estable masculina?		¿Cuántas parejas estables masculinas?	
Sí	40,8	Una	89,3
No	59,2	Dos	7,1
		Tres	3,6
¿Tú y tu pareja estable tenéis el mismo resultado de la prueba del VIH/sida?			
Sí, ambos tenemos el mismo resultado (los dos somos positivos o los dos somos negativos)		44,8	
No, uno de nosotros es positivo y el otro negativo		17,2	
No sé si tenemos el mismo resultado		37,9	

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses

El 85,9% de los participantes que pagaron por servicios sexuales refirió haber tenido, en los últimos 12 meses, relaciones sexuales sólo con hombres. De ellos, el 96,8% tuvo relaciones sexuales con dos o más hombres diferentes.

Las prácticas sexuales "sexo oral sin eyaculación", "penetrar analmente con condón" y "haber sido penetrado analmente con condón" fueron más frecuentes con las parejas ocasionales que con la estable.

RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (%)			
¿Has tenido relaciones sexuales?		¿Con cuántos hombres diferentes?	
No he tenido relaciones sexuales	0	Uno	1,4
He tenido relaciones sexuales sólo con mujeres	0	2-4	8,5
He tenido relaciones sexuales sólo con hombres	85,9	5-12	35,2
He tenido relaciones sexuales con hombres y con mujeres	14,1	13-29	26,8
		Más de 29	28,2
Tipo de práctica sexual			
	Con pareja estable	Con relaciones ocasionales	
Sexo oral sin eyaculación	68,7	94,2	
Sexo oral con eyaculación	35,3	34,8	
Has sido penetrado analmente con condón	49,3	66,2	
Has sido penetrado analmente sin condón	25,8	20,6	
Has realizado la penetración anal con condón	54,5	78,3	
Has realizado la penetración anal sin condón	33,3	29,4	

Penetración anal

Con condón

El 94,4% de los hombres que pagaron por mantener relaciones sexuales con otros hombres refirió haber practicado la penetración anal (penetrar o haber sido penetrado) en alguna ocasión durante los 12 meses precedentes al estudio. El 92,5% de ellos manifestó que fue con dos o más hombres diferentes. El 82,1% declaró haber penetrado con condón a otro hombre en alguna ocasión referido a los últimos doce meses y el 85,7% manifestó haber usado el condón en la última penetración anal (penetrar o haber sido penetrado).

Sin condón

El 56,7% de los hombres que pagaron por mantener relaciones sexuales refirió que, en los últimos doce meses, había penetrado o había sido penetrado analmente sin con-

dón por otro hombre. De ellos: el 47,4% manifestó que fue con dos o más hombres diferentes, el 33,5% refirió que únicamente en una ocasión fue con un solo hombre y el 60,5% declaró que no sabía el estado serológico con respecto al VIH de ninguno de los hombres con los que realizó la penetración anal sin condón.

PENETRACIÓN ANAL (%)			
		SIN CONDÓN	
En los últimos 12 meses, ¿en alguna ocasión has practicado la penetración anal con un hombre?		En los últimos 12 meses, ¿has penetrado tú o has sido penetrado analmente sin condón?	
No	5,6	No	43,3
Sí	94,4	Sí	56,7
		¿Con cuántos hombres diferentes?	
Uno	7,5	Uno	52,6
2-4	22,4	2-4	23,7
5-12	41,8	5-12	13,1
13-29	17,9	13-29	5,2
Más de 29	10,4	Más de 29	5,2
		¿Con cuántos de ellos fue solamente en una ocasión?	
En los últimos 12 meses, ¿en alguna ocasión has penetrado analmente a otro hombre con condón?		Ninguno	18,4
No	17,9	Uno	39,5
Sí	82,1	2-4	23,7
		5-12	10,5
		13-29	2,6
		Más de 29	5,2
		¿De cuántos de ellos sabías que tenían tu mismo estado serológico con respecto al VIH?	
¿Utilizaste condón en la última penetración anal? (tanto penetrar como ser penetrado)		Ninguno	60,5
No	14,3	uno	26,3
Sí	85,7	2-4	7,9
		5-12	2,6
		13-29	2,6
		Más de 29	0

Rotura del preservativo

El 27,3% de los que pagaron por mantener relaciones sexuales con otros hombres manifestó que, en los últimos doce meses, se le había roto el condón en alguna ocasión contribuyendo fundamentalmente a tal situación el no utilizar lubricante para la penetración anal y el uso de saliva como lubricante.

ROTURA DEL PRESERVATIVO (%)			
		Situaciones que han contribuido a la rotura del condón	
En los últimos 12 meses, en alguna ocasión, ¿se te ha roto el condón?			
No, nunca	72,7	Realizar la penetración durante más de media hora sin cambiar el condón	20
Sí, una vez	16,4	No usar lubricante	40
Sí, dos veces	7,3	Usar saliva como lubricante	40
Sí, más de dos veces	3,6	No quitar el aire de la punta del condón	20
		Desenrollar el condón antes de ponerlo	20
		Usar como lubricante cremas y sustancias grasas	33,4
		No usar un condón adecuado para la penetración anal	20
		Abrir el envoltorio con los dientes	26,7

Consumo de sustancias antes o durante las relaciones sexuales

El 32,4% de los hombres que pagaron por mantener relaciones sexuales con otros hombres refirió no consumir sustancia alguna antes o durante sus relaciones sexuales. Entre los que sí lo hacían, el alcohol (56,3%), los poppers (29,6%) y la cocaína (29,6%) fueron las sustancias más consumidas. En el Anexo 2 figuran los efectos asociados al consumo de diversas drogas.

Infecciones de transmisión sexual

El 83,1% de los hombres que pagaron por mantener relaciones sexuales refirió que, en los últimos doce meses, no había sido diagnosticado de una ITS. Entre los que manifestaron que habían sido diagnosticados de alguna ITS, la gonorrea y la sífilis fueron las más frecuentes.

Información sobre temas relacionados con el VIH/sida

Los participantes en el estudio que pagaron por mantener relaciones sexuales con hombres manifestaron querer recibir información sobre diferentes temas referidos a las relaciones sexuales y la prevención del VIH/sida. El mayor interés se centró en cómo practicar la felación con seguridad (54,9%), la profilaxis post-exposición al VIH (49,3%) y cómo sentirse confiado en las relaciones sexuales (42,3%).

TEMAS SOBRE LOS QUE LOS HSH QUIEREN MÁS INFORMACIÓN (%)	
Cómo practicar la felación con seguridad	54,9
Qué es la Profilaxis Post-Exposición al VIH	49,3
Cómo sentirme confiado en las relaciones sexuales	42,3
Cómo practicar la penetración anal con seguridad	36,6
Dónde encontrar parejas sexuales ocasionales	35,2
Cómo evitar que los condones se rompan	32,4
Transmisión, diagnóstico y tratamiento de la sífilis y/o la gonorrea	29,6
Transmisión, diagnóstico, vacunación y tratamiento de las hepatitis A, B y C	29,6
Que distintos tipos de condones se pueden adquirir	28,2
Cuáles son los tratamientos para la infección por el VIH	28,2
Cómo hablar sobre las relaciones sexuales con una pareja estable	23,9

Sexo más seguro para hombres VIH positivos	21,1
Cuándo, cómo, por qué y dónde realizarme la prueba del VIH	19,7
Qué puedo hacer si no quiero usar preservativo con mi pareja estable	19,7
Cómo hablar de mi seropositividad al VIH con mis contactos sexuales o parejas	19,7
Cómo negociar el uso del preservativo con un contacto sexual, un ligue	16,9
Otros	1,4

7. PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIH/ITS EN HSH

¿Qué significa sexo más seguro?

Significa una reducción muy considerable de la transmisión sexual de infecciones incluida la infección por VIH. Para ello, es preciso seguir los siguientes principios básicos:

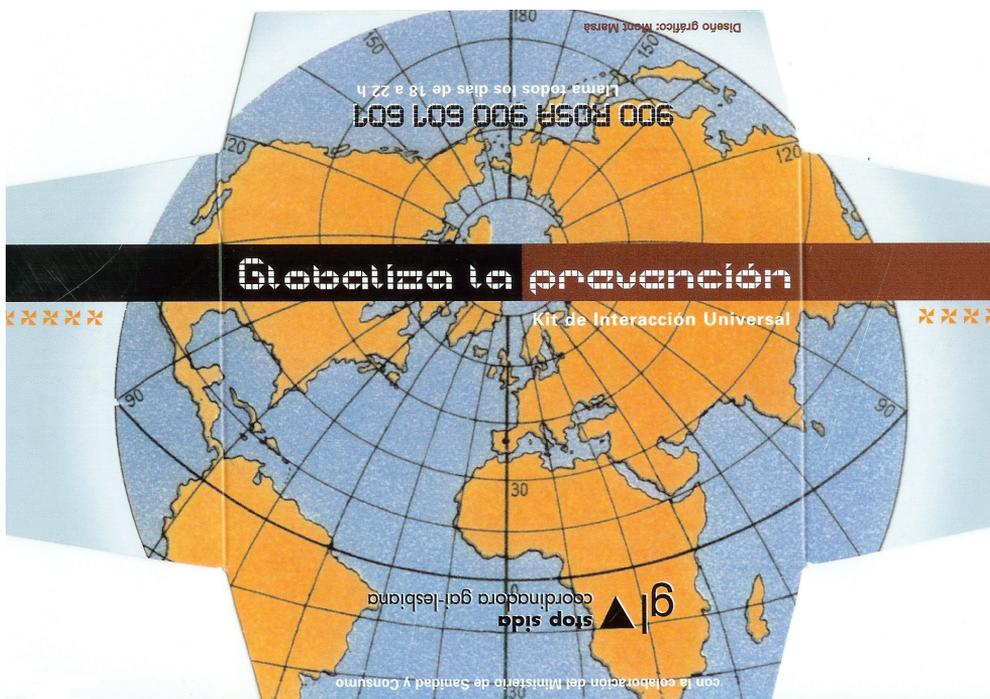
- Evitar los contactos directos entre las mucosas de la vagina, el pene, la boca y el ano.
- Evitar los contactos directos entre los líquidos corporales (sangre, semen, líquido pre-eyaculatorio...) y las mucosas o piel dañada.

¿Cuál es el riesgo de infección por el VIH en la penetración anal?

La penetración anal es la práctica sexual en la que el pene se introduce en el ano. Según se actúe o no con el pene, el coito puede ser insertivo o receptivo respectivamente.

La penetración anal no protegida (sin preservativo) siempre produce microlesiones y supone un alto riesgo de infección por VIH y otras ITS. El riesgo de infección por VIH existe tanto para el que penetra como para el que es penetrado aunque es mayor para el segundo, y aumenta con la presencia de lesiones genitales e ITS.

Los mensajes de salud tienen que ser claros tanto a la hora de disminuir el número penetraciones anales desprotegidas entre personas serodiscordantes como de recomendar el uso correcto y sistemático de preservativo y lubricante no graso, soluble en agua, cuando se practica la penetración anal, receptiva o insertiva, con un hombre VIH positivo o del que se desconoce el estado serológico con respecto al VIH.



Si con el tratamiento antirretroviral no se detecta carga viral, ¿Significa que la persona está curada? ¿Se puede transmitir el virus a otras personas?

La infección por el VIH o el sida no se curan.

Una carga viral indetectable significa que la cantidad de virus en sangre es tan baja que no se puede detectar con las pruebas de laboratorio, pero la persona está infectada por el VIH pudiendo transmitir el virus a otras personas si mantiene prácticas sexuales de penetración (oral, anal, vaginal) sin preservativo. Es por tanto necesario adoptar y mantener las medidas preventivas.

¿Qué hacer si se rompe un preservativo en la penetración anal? Prevención de ITS y profilaxis post exposición no ocupacional

El preservativo es el medio más efectivo para prevenir el VIH y otras ITS, sin embargo puede romperse por varias causas entre las que destacan las atribuibles a su incorrecta utilización por parte de los usuarios/as como son la aplicación de lubricantes oleosos, el daño provocado por las uñas, dientes u otros objetos afilados, el inadecuado espacio o presencia de aire en la punta del condón, la existencia de piercing en los genitales, el desenrollamiento incorrecto del preservativo, y la conservación inadecuada, la reutilización o caducidad del preservativo [28]. Además, en el estudio "cuidate.info" se encontró que situaciones como "realizar la penetración anal durante más de media hora sin cambiar de condón y "usar saliva como lubricante" contribuyen a la rotura del preservativo. Por ello, el aprendizaje del uso correcto del preservativo y el evitar las situaciones descritas anteriormente son esenciales a la hora de disminuir las ocasiones en las que un condón se rompe.

El riesgo de transmisión del VIH u otras ITS en el caso de una práctica de penetración anal en la que se rompe el preservativo puede ser bajo pero no es cero. La probabilidad de transmisión del VIH va a depender, además del tipo de práctica sexual, del intercambio de secreciones y/o sangre y de la presencia de lesiones genitales o ITS.

La rotura de un preservativo no conduce inexorablemente a la transmisión de una infección. Sin embargo, si ello ocurre puede procederse de la manera que se indica a fin de:

1. Prevenir ITS: Acudir a una consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
 - Vacunación post-exposición frente al virus de la hepatitis B en aquellas personas que no estén vacunadas.
 - Seguimiento, y en el caso de que apareciera alguna infección, tratamiento.
2. Prevenir la infección por el VIH: Profilaxis post exposición no ocupacional

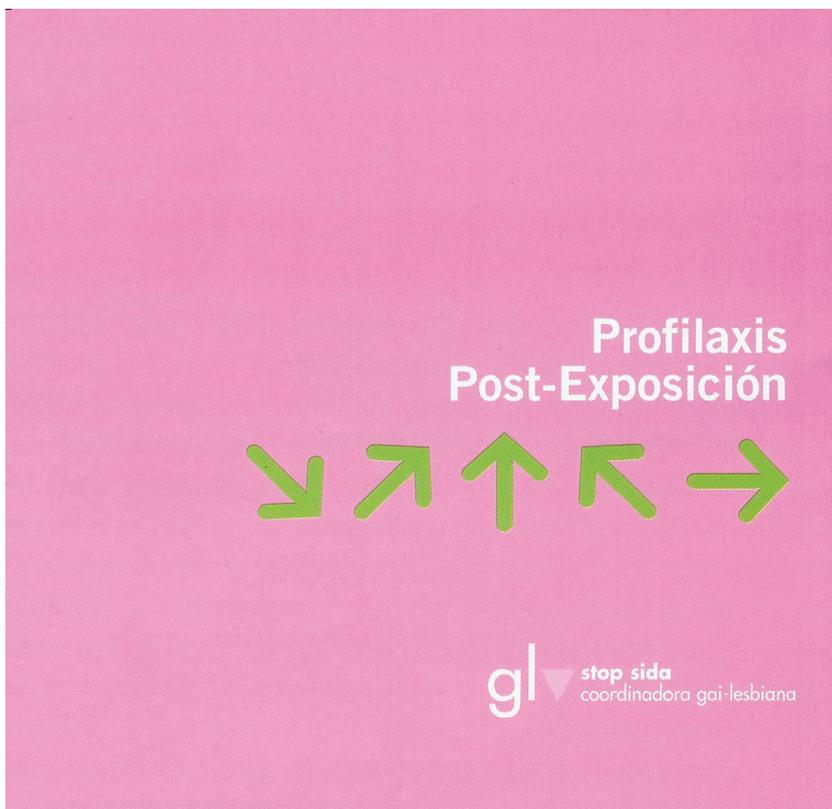
¿Qué es la Profilaxis post exposición no ocupacional?

La exposición no ocupacional se define como aquella situación en la que se produce contacto con sangre y/o otros líquidos biológicos de manera accidental, por vía sexual o parenteral, fuera del ámbito estrictamente sanitario.

La Profilaxis Post Exposición no ocupacional (PPE_n) al VIH es seguir un tratamiento con antirretrovirales después de haberse expuesto a un riesgo apreciable de transmisión. No puede ni debe suplir a la prevención primaria pero, como medida de prevención secundaria, puede considerarse en determinadas situaciones con riesgo de infección por VIH que se produzcan de forma esporádica, a fin de disminuir dicho riesgo. La PPE_n está desaconsejada en personas que tengan exposiciones de riesgo de forma repetida.

En España se recomienda el tratamiento antirretroviral en las exposiciones no ocupacionales con personas fuente VIH positivas y cuando dicha exposición represente un riesgo apreciable de transmisión del virus. Concretamente y referido a la vía sexual, se considera que existe un riesgo apreciable de transmisión del VIH y por tanto estaría recomendada la profilaxis post-exposición en prácticas esporádicas de recepción anal con eyaculación sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo [23].

Cada caso debe considerarse de forma individualizada y la decisión de dar tratamiento antirretroviral como profilaxis post-exposición debe ser tomada por el médico y el paciente conjuntamente. El periodo de tiempo, tras la exposición dentro del cual es efectivo el uso de antirretrovirales para prevenir la infección por el VIH es de 48 a 72 horas, e idealmente dentro de las 6 primeras horas. La duración de tratamiento antirretroviral recomendada es de 28 días y no está exenta de riesgos y efectos secundarios.



8. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS ÁMBITOS EN LOS QUE SE EJERCE LA PROSTITUCIÓN MASCULINA

- **Piso privado autogestionado**
- **Piso privado organizado**
- **Club (organizado y acceso público)**
- **Bares y discotecas**
- **Calle**
- **Saunas**
- **Cines**

Los espacios de prostitución masculina son diversos. En función del territorio o localidad proliferan unos y no otros (cines, saunas, calle, pisos, etc.) con diferentes grados de visibilidad y ambientes. Además, dentro de cada espacio se pueden observar diferencias entre los TMS (procedencia, grado de profesionalidad ...) Por tanto, no sería correcto extrapolar todas las características de una localidad a otra bajo riesgo de caer en generalizaciones y estereotipos.

Ante la diversidad del mercado sexual, y sus modificaciones con el tiempo, una clasificación y descripción de los distintos espacios de prostitución sólo puede hacerse con la intención de ofrecer una lista de espacios posibles en cualquier localidad y que pueden tener en común algunas de las características que aquí se describen. A continuación se detalla una lista de lugares prototípicos urbanos de prostitución, extraída de la investigación sobre trabajadores masculinos del sexo realizada por Àmbit Prevenció en la ciudad de Barcelona [20]. La intervención, después, deberá tener en cuenta las particularidades ambientales y espaciales de cada caso para poder acceder a los TMS.

8.1. PISO PRIVADO AUTOGESTIONADO

Es una vivienda, normalmente donde vive el TMS, en la que trabaja sólo y por su cuenta. Es decir, se encarga de contratar la publicidad en medios de comunicación, pagar los gastos generados por el trabajo -suministros, alquiler, otros- atender perso-

nalmente las llamadas de los clientes...A cambio de asumir toda la organización y gastos, el TMS se queda con el total del importe pagado por el cliente. Los pisos privados suelen estar en buenas condiciones higiénicas, céntricos y no declarados como actividad. Los TMS suelen ser autóctonos, tienen un buen conocimiento de los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH/sida y otras ITS, profesionalizados (dedicación completa o al menos continuada en el trabajo sexual) y mantienen una alta proporción de clientes fijos.

El acceso a estos pisos por parte de las personas que desarrollan un programa de prevención no resulta complicado y puede pedirse una cita previa a fin de explicar los objetivos de la entidad y la intervención que se pretende realizar. El mayor inconveniente, desde un punto de vista de efectividad, está en que se actúa sobre un único TMS mientras que en pisos no autogestionados (organizados) con la misma dedicación de tiempo se puede acceder a varios TMS.

8.2. PISO PRIVADO ORGANIZADO

Como en el caso anterior, también suele ser una vivienda situada en alguna planta de un edificio. En ocasiones está señalada con un pequeño letrero corporativo y/o con un timbre marcado en color. En estos pisos trabajan varios TMS. Los gastos de publicidad, suministros, alquiler, etc. son asumidos por el propietario, y los TMS, normalmente, cobran el 50% de lo que paga el cliente. En el piso siempre hay una persona responsable (un encargado o el mismo propietario) que se ocupa, entre otros aspectos, de atender las llamadas, recibir al cliente, presentar a los TMS en función de lo que busque el cliente, controlar que siempre haya un número suficiente de TMS en el horario laboral del piso...

Los pisos organizados suelen perdurar en el tiempo ya que es costoso y difícil encontrar un piso amplio, céntrico y acondicionarlo para el trabajo. Las instalaciones pueden variar bastante de unos a otros: desde el piso de "lujo" (con *suites* y habitaciones estándares; *jacuzzi*, vídeo y aseo en cada habitación o servicio de bebidas -normalmente en el precio está incluida una copa para el cliente-), al "piso-vivienda" (de aspecto familiar, con un solo aseo para todas las habitaciones y sin ornamentos ostentosos). En estos pisos, la cartera de clientes fijos se consigue a medio y largo plazo.

Algunos pisos privados organizados disponen de "plazas", es decir una habitación con camas que son cedidas por el encargado/propietario a algunos TMS que vienen de otras poblaciones a trabajar durante un período de tiempo. Los TMS que hacen "plaza", normalmente, no pagan por ésta, negocian un horario de trabajo en el piso disponiendo del resto del día para entrar y salir libremente de la vivienda. Los TMS que hacen "plaza" saben que hay clientes habituales de un piso que buscan en cada visita caras nuevas; la movilidad de los TMS estimula a un tipo de cliente y esta búsqueda de caras nuevas estimula la movilidad, entre otras causas.

El educador del programa depende del encargado (ya sea el propietario o no) para acceder a estos pisos y difundir los servicios de la ONG. Una vez conseguida su colaboración, la intervención resulta muy fructífera y agradecida por los TMS. Las intervenciones se realizan durante el horario laboral de los TMS por lo que hay que asumir

que se produzcan interrupciones debidas a la llegada de clientes. El educador puede intervenir, colectivamente, en la sala donde los TMS esperan a ser elegidos por un cliente o, individualmente, en una de las habitaciones de la vivienda.

Los propietarios/encargados no suelen rechazar la intervención del educador aunque siempre están de fondo temas como: la ilegalidad del negocio, el miedo a las quejas de los vecinos, la denuncia a los medios de comunicación con tratamientos sensacionalistas o la intervención policial.

8.3. CLUB (ORGANIZADO Y ACCESO PÚBLICO)

Los clubes, a diferencia de los pisos autogestionados y de los pisos organizados privados, son locales que tiene acceso directo desde la calle y cuentan con permisos municipales para su actividad como negocio, no son bares musicales ni discotecas. En España, estos locales no tienen tradición ni han proliferado¹⁴; requieren una gran inversión inicial, precisan la tramitación de permisos municipales y el beneficio sólo se obtiene de los servicios sexuales contratados por los clientes. Los clubes suelen disponer de una sala de recepción para el cliente, barra de bar para la presentación de los TMS, suites y habitaciones equipadas para el servicio sexual, jacuzzi, etc. Pueden ofrecer los servicios sexuales de hombres, transgéneros o mujeres, que cobran un porcentaje de lo que paga el cliente. El horario suele ser bastante amplio, incluso 24h al día; en estas condiciones se organizan varios grupos de TMS para diferentes franjas horarias (3 o 4 turnos). Al igual que sucede en los pisos privados organizados, los clubes pueden ofrecer varias plazas a TMS dentro de sus instalaciones.

Los propietarios/encargados de los clubes no están presionados por las posibles quejas de vecinos (la entrada es directa desde la calle, sin tener que pasar por la escalera de vecinos) ni por las posibles inspecciones policiales (tienen permiso de apertura municipal). En estas condiciones, son pocos los elementos que provocan un rechazo a la intervención de un educador.

8.4. BARES Y DISCOTECAS

En España no existen actualmente bares o discotecas de "alterne" para hombres que tienen sexo con hombres como es habitual en el trabajo sexual femenino y transgénero (tienen una comisión de las copas invitadas o de los servicios sexuales contratados por los clientes). Sí existen bares y discotecas, tanto de ambiente gay como heterosexual, en los que se pueden encontrar habitualmente TMS mezclados con el público.

Habitualmente, la pieza más destacada de estos locales es la barra pudiendo existir una pista de baile y reservados o cuartos oscuros donde favorecer el contacto de los TMS con los clientes. Sin embargo, la diversidad en cuanto a tipos de instalaciones,

¹⁴ En la actualidad sólo hay constancia de un único establecimiento de estas características en Barcelona, según M. Meroño y F. Benjumea (2000)

ambiente de trabajo o número de TMS hace imposible una descripción general. Sí se puede diferenciar entre bares/discotecas de ambiente gay y entre los de ambiente heterosexual. En los primeros, la intervención del educador puede ser más natural y explícita pues acontece dentro de una comunidad que conoce el tema e incluso las *reglas del juego* del trabajo sexual masculino. En los bares y discotecas de ambiente heterosexual habrá que tener en cuenta la actitud del encargado/propietario pues, por miedo a la intervención policial o a que relacionen su local con actividades ilícitas, en algunas ocasiones niegan la existencia de prostitución en sus locales.

Una de las principales razones para intervenir en este tipo de locales es el alto número de TMS con los que se puede contactar. Ello permite hacer una amplia difusión de información específicamente dirigida a este colectivo y establecerse, tanto el educador como el proyecto, como referente en temas sanitarios y sociales. Estos lugares no son los indicados para realizar profundas modificaciones de comportamientos sino que deben contemplarse como una plataforma que permite contactar con los TMS para posteriormente derivarles a centros de atención primaria o a la sede del proyecto y ahondar en la intervención.

8.5. CALLE

Es quizá el lugar donde se pueden encontrar mayores diferencias si se comparan diferentes localidades. Ni en todas las ciudades existe trabajo sexual callejero, ni en las que existe se da en las mismas condiciones. Una primera clasificación podría resultar de dividir dos grandes grupos de espacios callejeros:

- a) Lugar céntrico, habitualmente en la parte histórica de la ciudad, muy concurrido por ser zona turística o comercial.
- b) Lugar radial, habitualmente en zonas ajardinadas o parques, poco concurrido y que puede coincidir o no con puntos de encuentro -de ligue- entre hombres.

Lugares céntricos

Son espacios muy delimitados (una plaza, un tramo de calle, junto a un comercio, etc.) frecuentados habitualmente por una gran variedad de personas que se mezclan: turistas, ciudadanos de paso o de compras, TMS de diversas procedencias, clientes de TMS...

En horario diurno no es un espacio especialmente peligroso siendo el proceso de contacto entre cliente y TMS muy sutil. En los pisos, los TMS se muestran como tales a los clientes sin embargo en la calle esto depende de distintos factores como pueden ser: a) confianza en que el que le mira quiere sexo comercial y no otra cosa. Por ejemplo, el TMS puede pensar que el hombre que le mira es gay y sólo quiere ligar sin pagar o sospechar que se trata de un policía secreta; b) la presencia de compatriotas, trabajen o no en el sexo, puede hacer que el TMS se sienta observado y dejar el contacto para más tarde; c) si esperan a clientes con aspecto ostentoso pueden pensar que el que les mira les va a pagar poco, etc.

Sin descartar la presencia de TMS profesionales (serían aquellos que frecuentan el lugar o que trabajan habitualmente en el sexo) suelen predominar los TMS esporádi-

cos (puede ser su primer trabajo sexual, o recurrir a ello en un momento dado según sus circunstancias económicas) y hay una constante renovación de TMS.

La intervención en estos espacios, inicialmente, puede resultar complicada y requiere una gran experiencia del educador. Hay pocos TMS habituales del lugar y los de paso hay que distinguirlos entre todos los hombres que pasan por la zona. No se pueden establecer actitudes ni aspectos prototípicos que sirvan para identificar a los TMS que frecuentan estos espacios sin el riesgo de caer en la misma tendencia sensacionalista que siguen los medios de comunicación y que a menudo se equivocan; por ejemplo si es un hombre joven, árabe o del Este de Europa, y mira a alguien, es TMS. Resultaría erróneo actuar con estos criterios. Hay en cambio otras estrategias que pueden dar mejores resultados: conocer a algunos clientes habituales y a partir de esta relación contactar con los TMS; mantener una relación fluida con los TMS habituales; observar y, si hay buen clima, hablar con posibles TMS y, aunque inicialmente no se aborde el trabajo sexual, ofrecerles información/material preventivo, explicarles qué días pasa por ahí el educador o en qué se le puede ayudar.

Lugares radiales

En los espacios callejeros radiales, dado que hay una menor concurrencia de personas, puede ser menos complicado identificar a TMS y se pueden seguir las mismas estrategias que en el caso anterior. El inconveniente principal para el educador puede ser que el horario de contactos sea nocturno, como suele suceder en parques y jardines, y que aumente la sensación de peligro además de las deficientes condiciones ambientales (falta de luz, lugares de difícil acceso, peligro de robos, etc.). En cualquier caso, habrá que saber cuántos TMS frecuentan el lugar -en grandes ciudades como Barcelona y Madrid los parques no son frecuentados regularmente por TSM- y si vale la pena o no realizar allí intervenciones.

8.6. SAUNAS

La mayoría de las saunas gays son utilizadas para establecer contactos sexuales entre hombres por lo que también son frecuentadas por los TMS para llevar a cabo la captación de clientes. Algunas saunas son de uso mixto, es decir usadas tanto por TMS como por hombres que buscan sexo con otros hombres sin ningún tipo de intercambio comercial, y otras son de uso exclusivo para TMS y sus clientes.

Las destinadas específicamente a los TMS funcionan de forma parecida a un burdel pero no lo son ya que, al igual que en los bares y discotecas, los propietarios o gerentes de los locales no obtienen beneficio directo de la prostitución. Es decir, no intervienen en la negociación entre el TMS y el cliente ni obtienen un beneficio de ella sino simplemente del cobro de la entrada al local y de la venta de las bebidas que allí se sirven.

A la hora de intervenir en saunas, un aspecto importante a considerar es el grado de aceptación que los gerentes de las mismas tienen sobre el ejercicio de la prostitución en su interior. Muchos dueños pueden mostrarse reacios a cooperar con los educadores de calle ya que su principal preocupación son los beneficios que obtienen de

su negocio y no la salud de los TMS y sus clientes. Por ello es conveniente dialogar con los responsables de las saunas, presentar las intervenciones como una estrategia que va a contribuir a mejorar el funcionamiento de su negocio y establecer acuerdos para que la intervención preventiva se realice con su consentimiento de forma que se permita la entrada a la sauna de los educadores, la difusión de información o el reparto de material preventivo.

Si se decide actuar en las saunas sin el conocimiento de los responsables de las mismas, habrá que hacerlo con la máxima discreción, sabiendo quién es TMS y quién no para que nadie resulte ofendido a la vez que se debe evitar la identificación de los TMS a fin de no romper una de las bases de cualquier intervención como es la confidencialidad. En estos casos también es preciso pensar en la imagen que las personas que se encuentran en la sauna van a tener del educador si no está claramente identificado como tal. Sería lógico creer que se trata de una persona en busca de sexo por lo que no es conveniente acudir solo a este tipo de locales y lo ideal es acudir en parejas. Una pareja hablando en una sauna no llama la atención de otros; por el contrario si es un solo educador puede pensarse que también forma parte de las interacciones propias del lugar.

Todas las saunas tienen unas características parecidas. Están divididas en varias zonas: una zona de vestuarios donde poder cambiarse de ropa, una sala en la que existe una barra de bar, las salas de vapores y duchas, y una zona de cabinas destinadas a los "masajes". En muchas de ellas además se pueden encontrar privados, cuartos oscuros y pequeñas salas de cine donde ver películas pornográficas.

El sitio recomendado para hacer las intervenciones es el bar. El bar es el lugar donde muchos TMS contactan con los clientes y donde resulta más sencillo captar su atención; de esta forma no se interfiere en situaciones en las que los TMS puedan estar negociando con un cliente y se evitan emplazamientos donde difícilmente los TMS atenderán los mensajes que se les transmitan.

Hay una característica fundamental que va a condicionar las intervenciones que se realicen en las saunas y es el hecho de que, en ellas, se exige permanecer desnudo o cubierto con una toalla. Esto, para el educador de calle, implica considerar una serie de condiciones especiales:

- Si la sauna es exclusiva de hombres, los educadores deberán ser hombres ya que el acceso a las mujeres está restringido.
- Los educadores tienen que sentirse cómodos con su orientación sexual y la de los demás ya que las saunas están dirigidas a público homosexual. No hace falta compartir esta tendencia sexual pero sí valorar el hecho de que un hombre heterosexual puede sentirse incómodo trabajando desnudo en un ambiente completamente homosexual.
- La dificultad que puede suponer realizar desnudo la intervención y que conlleva un proceso de familiarización más lento que en otros ámbitos.

8.7. CINES

En algunas ciudades españolas existen salas de cine de clasificación X¹⁵ donde suele ejercerse la prostitución masculina. Estos cines funcionan como un espacio donde el

público asiste a la proyección de películas pornográficas, pero a veces también como un lugar que favorece el intercambio sexual, con presencia o no de mediación económica.

Las películas proyectadas muestran relaciones sexuales heterosexuales, si bien algunas pueden contener también escenas bisexuales. No se emiten películas dirigidas exclusivamente a público homosexual.

Los clientes de estas salas se caracterizan por ser hombres adultos, cuyas edades oscilan entre los 40 y 65 años, aunque también pueden acudir jóvenes y ancianos. Los clientes de estas salas se identifican como gays, heterosexuales o bisexuales. Con respecto al estado civil, se encuentran clientes solteros, casados, o con pareja tanto femenina como masculina.

Los servicios sexuales se pueden prestar tanto en la misma sala de proyección, al amparo de la oscuridad del local, como en los aseos. Algunos de estos cines disponen de máquinas expendedoras de preservativos, localizadas normalmente en los servicios.

En Valencia, el Colectivo Lambda de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales desarrolla, desde 2002, un proyecto de prevención del VIH/sida dirigido a hombres que ejercen la prostitución en una Sala X.

Algunas de las características de los TMS a los que se dirige la intervención son las siguientes:

- La mayoría, un 75%, de los trabajadores sexuales a los que se dirige el proyecto procede de Europa del Este (50% búlgaros y 25% rumanos), seguidos por norteafricanos (11%), latinoamericanos (9%) y finalmente españoles (5%).
- La edad media se sitúa en 26,5 años, acumulándose un 75% en la franja de edad comprendida entre los 19 y los 29 años.
- La mayor parte de los TMS procede de un estrato socioeconómico bajo siendo su nivel educativo bastante bajo, con dificultades incluso para escribir correctamente en su idioma; sólo una pequeña minoría posee un nivel educativo medio.
- La mayoría se considera a sí mismo heterosexual a pesar de mantener relaciones sexuales con otros hombres. Los TMS procedentes de Europa del Este y del Norte de África se consideran heterosexuales mientras que los latinoamericanos y los españoles se identifican con mayor frecuencia como homosexuales y bisexuales.
- El estado civil es variado (solteros, casados o viviendo en pareja) y la mayoría se dedica a la prostitución por necesidades económicas.
- Algunos son recién llegados a España y su conocimiento del castellano puede ser prácticamente nulo. Un gran número de ellos carece de vivienda estable (duermen en estaciones de autobuses, trenes, en el metro, etc.) o comparten habitaciones en pisos alquilados entre varias personas.
- La mayoría de los TMS extranjeros carece de permiso de residencia y trabajo. Igualmente, la mayoría no dispone de tarjeta sanitaria y su estado de salud suele ser precario.

¹⁵ Real Decreto, de 24 de enero, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 17/1994, de 8 de junio^(*), de Protección y Fomento de la Cinematografía y se actualizan y refunden normas relativas a la realización de películas en coproducción, salas de exhibición y calificación de películas cinematográficas. Capítulo V; artículos 19 y 20.

^(*) Ley 1/1982, de 24 de febrero, por la que se regulan las Salas Especiales de Exhibición Cinematográfica, la Filmoteca Española y las Tarifas de las Tasas por Licencia de Doblaje.

- El nivel de conocimiento y prevención respecto a infecciones de transmisión sexual (VIH, Hepatitis C, infecciones de transmisión sexual,...) es muy bajo.
- Algunos de los trabajadores sexuales presenta problemas concurrentes de alcoholismo, consumo de sustancias psicotrópicas y ludopatía.

El proyecto también contempla intervenciones dirigidas a los clientes y a los responsables del cine (propietarios, encargados, trabajadores, etc.) en los términos que ya sido referidos en párrafos anteriores.

9. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/ITS EN TMS

- **La realidad sobre la que se va a intervenir**
- **El trabajo de acercamiento "outreach"**
- **El asesoramiento individual**
- **La educación en grupo**
- **La educación entre pares**
- **La mediación socio-sanitaria intercultural**
- **Las redes sociales**
- **La Educación para la salud sexual**
- **Entrenamiento en habilidades: desarrollo comunitario**

Son muchos los elementos a tener en cuenta a la hora de iniciar un programa de prevención del VIH/ITS dirigido a TMS. Entre estos se encuentran: el tener un buen conocimiento de la realidad sobre la que se va a intervenir; la existencia de servicios sanitarios, sociales, psicológicos o legales donde derivar a los TMS que lo necesiten; disponer de material preventivo (preservativos y lubricantes); el trabajo de calle; la educación entre pares; la mediación cultural o conocer otros proyectos específicos de apoyo a la prostitución masculina, tanto de ámbito nacional como internacional.

Las características de las distintas intervenciones que se han mostrado efectivas en la prevención del VIH y otras ITS en las personas que ejercen la prostitución (PEP) fueron descritas en el manual *"Prevención del VIH/sida y otras ITS en PEP. Elementos clave para el desarrollo de programas"* cuya referencia figura en la bibliografía. En este documento se insistirá en ellas pero contextualizadas en el trabajo sexual masculino.

En el anexo 4 se incluyen algunos modelos de buena práctica de ONGs que trabajan con TMS y en el anexo 5, direcciones de centros de Enfermedades de Transmisión Sexual y ONGs dónde derivar a los TMS que lo requieran o necesiten.

9.1. LA REALIDAD SOBRE LA QUE SE VA A INTERVENIR

En España, los programas de prevención del VIH/sida y otras ITS dirigidos a TMS se iniciaron a partir de la segunda mitad de la década de los noventa. Sin embargo, no existen casi estudios sobre el trabajo sexual masculino. Estos programas se han puesto en marcha gracias a ONGs que trabajaban ya en diferentes campos (prostitución, homo-

sexualidad, drogadicción, inserción...) y disponían de conocimientos previos, ya sea en forma de estudios o experiencia de los profesionales. Cualquier vía de conocimiento de la realidad puede ser válida y eficaz para conseguir una aproximación física a los TMS y, a la inversa, el contacto directo con los TMS permite conocer su realidad y en función de ella desarrollar unas u otras estrategias de intervención.

La realización de un estudio o investigación (cualitativo, cuantitativo, objetivo, subjetivo, sanitario o social) sobre los TMS es una buena forma de conocer y acercarse a la realidad de la población sobre la que se va a intervenir. El estudio puede plantearse en dos momentos diferenciados:

1. Antes de iniciar el acercamiento a los TMS. En este caso, la falta de contacto y conocimiento previo de los TMS podría ser un inconveniente que dificultara la labor investigadora. En cambio, como ventajas destacarían: a) la intervención se pone en marcha una vez que se conoce con mayor precisión las necesidades, particularidades y ámbitos de trabajo de los TMS; b) se inicia una primera vía de comunicación con los TMS y otras personas vinculadas al trabajo sexual (encargados/dueños de establecimientos de trabajo, clientes, personal ajeno al trabajo sexual pero que comparte el mismo espacio, etc.) imprescindible para acceder a los TMS en determinados ámbitos.
2. Después de haber contactado y conocido a los TMS. Facilita la labor investigadora pero puede conducir a ciertos sesgos si en el estudio se descartan cuestiones que se dan por conocidas.

Un trabajo de investigación resulta vital para saber cuáles son las características de los TSM en un territorio en concreto, sus hábitos, sus necesidades o sus formas y lugares de trabajo. Por ejemplo, a partir de la investigación se puede dibujar un perfil concreto sobre el trabajo sexual masculino, rechazar estereotipos y afinar en cuanto a las intervenciones necesarias en función de los espacios de trabajo sexual existentes en la ciudad; establecer el horario ideal para contactar con los TMS; determinar la procedencia de los TMS y el material a distribuir, o seleccionar los centros médicos o sociales a los que derivarles. Un estudio, además de servir como orientación inicial a la hora de establecer dónde y a quién dirigir las estrategias preventivas, permite conocer los marcos cognitivos de los TMS cuando trabajan, es decir cómo perciben su realidad, qué imágenes advierten ante cosas, personas o situaciones como enfermedad / salud, éxito / fracaso, etc.¹⁶. En definitiva aspectos diversos que deben tenerse en cuenta a la hora de una intervención y que resultan difíciles de conocer tanto con el acercamiento directo en intervenciones programadas (por falta de tiempo, privacidad, sistematización...) como mediante el acercamiento indirecto a través de la literatura científica o estudios en otros territorios.

¹⁶ Como ejemplo de las diferencias de percepciones, en M. Meroño y F. Benjumea (2000), el 49% de los TMS se considera trabajador sexual. Sobre los principales riesgos de ejercer la prostitución, un 42% de los TMS señaló a los clientes, un 42% las ITS, y un 15% los recursos económicos irregulares y el difícil entorno de trabajo. Sobre sus parejas sexuales, un 27% era hombres y un 73% mujeres. Por último, un 67% opinó estar a favor de regularizar la prostitución mientras que el 33% restante se mostró en contra.

9.2. EL TRABAJO DE ACERCAMIENTO "OUTREACH"

El beneficio del trabajo de acercamiento para un proyecto dirigido a TMS se sustenta en las siguientes consideraciones:

1. El trabajo de acercamiento es un vehículo eficaz para alcanzar a poblaciones diana a las que difícilmente se puede acceder si no es mediante una aproximación en los espacios donde se encuentran y realizan sus actividades. En el caso de los TMS, la aproximación se hace en los lugares donde desarrollan el trabajo sexual (calle, saunas, bares...), en sus casas o en sus lugares de reunión. Ello mejora el conocimiento de las situaciones y entornos en los que se produce la actividad sexual, permitiendo conocer las necesidades más apremiantes de los TMS y por tanto determinar los aspectos en los que se precisa incidir de manera específica.
2. El acercamiento al "territorio" de los TMS propicia en éstos una visión más cercana de los educadores de calle que redundan en credibilidad, seguridad y confianza hacia los educadores y hacia el programa. El objetivo final es que el educador de calle, con el paso del tiempo, se convierta en una persona de referencia a la que se puede acudir para plantear necesidades y encontrar soluciones.
3. Desde el trabajo de acercamiento se pueden ofertar una serie de servicios mínimos como son la información, oral y escrita, sobre el VIH/ITS; recursos sociales y sanitarios o la distribución de material preventivo (preservativos específicos para sexo oral y/o anal y lubricantes) que contribuyen a reducir los riesgos asociados al ejercicio de la prostitución.

Antes de iniciar el trabajo de acercamiento y de plantear cualquier tipo de intervención con los TMS es importante elegir el entorno en el cual dicho trabajo se va a ejecutar. Para ello, es preciso: 1) Realizar una observación de las zonas donde se está ejerciendo la prostitución. En la mayoría de las ciudades estos entornos son los parques, calle, bares, discotecas, cines, saunas, pisos o lavabos públicos. 2) Evaluar las distintas zonas identificadas, visitarlas para familiarizarnos con ellas y observar las interacciones que suceden, y determinar cuáles son las más aptas para nuestra intervención. 3) Decidir dónde intervenir. Para ello se pueden tener en cuenta diversos aspectos como son que sea una zona que los TMS utilicen asiduamente, que el acceso a esta zona sea sencillo para los educadores de calle o que no haya una excesiva presencia policial que actúe como un impedimento para los TMS y para la ejecución de la intervención.

El educador de "calle"

La efectividad del trabajo de campo depende, en gran medida, de los educadores de calle. Estos, además de preparación profesional, deben de poseer una serie de características personales y cualidades sociales que faciliten su labor con los TMS.

Igualmente, a la hora de seleccionar y actuar como un educador de calle es importante reparar en otros aspectos entre los que destacan:

1. Orientación sexual: el educador de calle tiene que sentirse cómodo con su propia sexualidad y la de las personas a las que dirige su trabajo. En ocasiones, el trabajo de campo se va a desarrollar en locales de ambiente gay y aunque esto no implica que los educadores compartan esta orientación sí que es necesario que se sientan confiados y cómodos en estos ambientes.

Consejos prácticos para el trabajo de calle

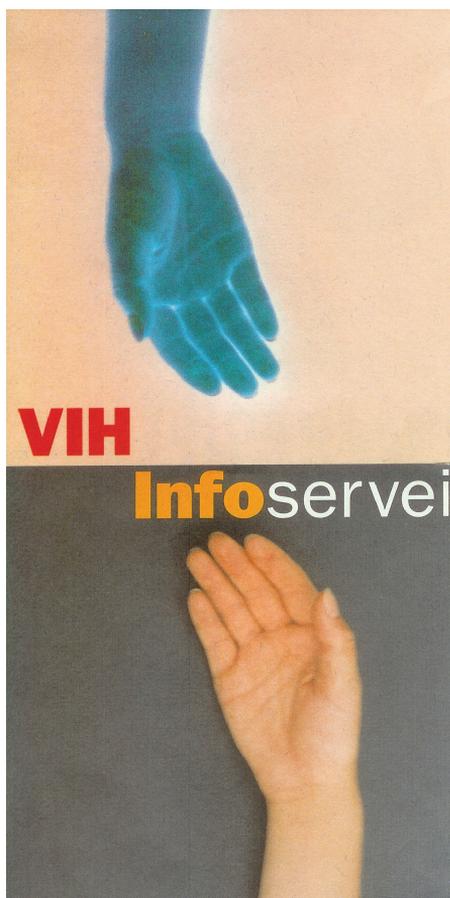
A la hora de iniciar la intervención con los TMS, existen algunos consejos útiles que pueden mejorar la productividad del trabajo de calle:

1. La forma de acercamiento:
 - Contacto en frío: si se pertenece a una ONG gay, el acercamiento a TMS magrebíes es conveniente hacerlo de forma individual, apartado del resto de su grupo y sin identificarse como gay; en cambio para latinoamericanos gays, el contacto con una ONG gay puede ser un referente importante. Con TMS procedentes de Europa del Este es oportuno presentarse en grupo, les dará más confianza y evitará las suspicacias.
 - Bola de nieve: presentarse a través de un TMS es especialmente eficaz en magrebíes y en europeos del Este.
 - Voluntad propia: los TMS magrebíes suelen acercarse por voluntad propia ante la simple presencia del profesional en sus lugares de reunión.
 - Por mediación de los clientes: en ocasiones los clientes establecen con los TMS una relación de protección o ayuda que trasciende al trabajo sexual; ello puede facilitar el acercamiento a TMS, especialmente magrebíes y europeos del este, si éstos no nos perciben como hostiles al cliente.
2. Elegir unos días y unas horas determinadas para realizar el trabajo de calle, que siempre sean los mismos días y las mismas horas para que los TMS sepan con seguridad cuando van a acudir los educadores.
3. Fijar objetivos fácilmente alcanzables y no desanimarse si no se obtienen resultados inmediatos. La resistencia inicial de los TMS debida al desconocimiento de quiénes somos y qué hacemos se supera con el paso del tiempo. En las primeras intervenciones es conveniente centrarse en la difusión del programa, informarles de los servicios que se ofrecen y facilitarles material preventivo. Si los TMS están trabajando, si les está rondando algún cliente, es difícil que nos presten atención por lo que hay que evitar la aproximación en estas situaciones y esperar el momento adecuado para captar su atención ofreciéndole información que les pueda resultar de interés. Con el paso del tiempo y el aumento de confianza se podrá profundizar en la intervención. Es aconsejable finalizar cada actuación con un pequeño informe, anónimo y confidencial, por cada TMS que plasme lo acontecido y nos permita identificar los contextos sociales, las prácticas, los conocimientos y las creencias que ayudan u obstaculizan la práctica de un sexo más seguro.
4. Acudir a trabajar en parejas. Es la situación ideal por cuestiones de seguridad pero además, en una zona donde hay prostitución, una pareja resulta menos llamativa que una sola persona que puede ser confundida con un policía de paisano o con un "mirón". Igualmente hay que evitar llevar consigo objetos de valor, estar documentado y tener acceso a un teléfono móvil para casos de urgencia.
5. Llevar algún identificador (mochila de color llamativo, camisetas...) que permita a los TMS reconocer, fácilmente, a los educadores de calle y al programa que desarrollan.
6. Considerar las diferencias culturales de los TMS y la adaptación de las intervenciones a las realidades culturales y sociales de los diferentes grupos con los que

se trabaja. Ello incluye la disponibilidad de información lingüística y culturalmente adaptada. Por ejemplo, TMS procedentes del Magreb y Europa del Este pueden reaccionar negativamente ante la oferta de lubricantes al asociarlos con la homosexualidad, orientación con la que no quieren ser relacionados y tema tabú en sus culturas. Ofrecerles el lubricante acompañado de una explicación e indicaciones sobre su uso es una buena fórmula para evitar situaciones desagradables y posibles problemas.

7. Identificar TMS "líderes" que consoliden el proyecto. TMS que inspiren confianza, que sean aceptados por otros TMS, que sirvan de enlace con TMS nuevos para facilitar un primer contacto o con aquellos que tengan un problema que requiere solución inmediata y ayuden a divulgar los servicios que prestan los educadores de calle. Identificar a estos "líderes" puede ser costoso en el tiempo y no es fácil convencerles de que inviertan parte de su tiempo en el programa.

9.3. EL ASESORAMIENTO INDIVIDUAL



El asesoramiento individual o *counseling* atiende a experiencias y a circunstancias personales. Es una intervención especialmente adecuada cuando la educación en grupo está limitada por diversas causas como pueden ser la falta de confidencialidad en alguno de los espacios de trabajo, diferencias culturales o un estado serológico positivo con respecto al VIH.

El *counseling* es un método y una filosofía donde la premisa básica es la convicción de que la mayoría de nosotros estamos capacitados para resolver nuestros propios problemas si se nos da la oportunidad. Se basa en las actitudes de respeto, confidencialidad, congruencia y escucha.

Hay dos aspectos sobre los que se trabaja en el *counseling*:

1. **Modelo de competencia:** proceso orientado al crecimiento y al desarrollo personal movilizandolos recursos y capacidades propias de forma que se haga innecesaria la ayuda.

El *counseling* es un proceso de colaboración en el que el otro es quien tiene la responsabilidad de tomar decisiones y alternativas con la ayuda del *counselor*. En esta relación, el usuario nos atribuye una cierta competencia y confianza en función de nuestro rol, reputación y comportamiento.

2. **La comunicación:** la comunicación interpersonal como herramienta básica para el ajuste emocional y psicológico de las personas.

Las estrategias que van a facilitar la comunicación son [24]:

1. Saber escuchar

Implica ser conscientes de lo que la otra persona está diciendo y de lo que está intentando decir. Conlleva estar psicológicamente disponible y atento a los mensajes del otro. Saber escuchar requiere:

- Mantener silencio mientras el otro habla
- Realizar un análisis interno: intentar descodificar el mensaje y su significación para el otro.
- Demostrar empatía.

El saber escuchar hace que:

- Te conviertas en una persona significativa y digna de confianza.
- La otra persona se sienta aceptada y estimulada a seguir comunicando.
- Nos sintamos relajados, neutralicemos algunas respuestas emocionales de irritabilidad u hostilidad, nos informa de que estamos siendo entendidos, orienta al interlocutor a enviar mensajes claros y precisos y ayuda a desarrollar una relación positiva con aquel.
- Podemos llegar al fondo de los problemas.
- La persona que está hablando se sienta recompensada y ello promueva la afiliación y el respeto hacia quien escucha.
- Se incrementen las posibilidades de que te escuchen.
- Se facilite la neutralización de los conflictos y la mejora del clima social.
- Se module un comportamiento.

2. Escuchar los sentimientos (empatizar)

Consiste en tratar de identificar y reconocer los sentimientos del otro y de entender los motivos de los mismos. Es mostrar que nos hacemos cargo del impacto que les produce un problema, de los apuros por los que están pasando, de la indefensión y de la tristeza por los fracasos, de la hostilidad, el rechazo o el escepticismo.

Cuando escuchas activamente las emociones del otro, le ayudas a que esté abierto a soluciones alternativas, a reducir la hostilidad y a que se sienta mejor.

3. Saber comprender los mensajes verbales

Buscar lo que la otra persona nos quiere decir. No suponer lo que nos está diciendo, las palabras pueden tener múltiples significados. Saber lo que el otro quiere expresar es un elemento fundamental para una buena comunicación.

4. Saber hacer preguntas

Hacer preguntas es una habilidad que facilita proveernos de información tanto para generar dudas como para invitar a nuestro interlocutor a la reflexión. Existen dos tipos de preguntas:

- abiertas: son exploratorias, animan a la persona a que hable, le hacen reflexionar sobre sus sentimientos y pensamientos.
- cerradas: se usan para obtener información específica.

5. Saber expresar lo que sentimos

Implica que podamos comunicar deseos, necesidades y sentimientos y que esta expresión sea una forma activa de conseguir nuestras metas y de satisfacer nuestras necesidades. Cuando expresamos adecuadamente nuestros sentimientos también estamos ofreciendo un modelo de actuación a la otra persona.

6. Saber hacer pensar

El objetivo es proporcionar pautas de auto-reflexión, promover las auto-preguntas acerca de los objetivos que se pretenden, de los resultados o de las necesidades.

El saber hacerse preguntas, además de fomentar el proceso de resolución de problemas, facilita la autonomía y la incorporación activa de la persona en su evolución y desarrollo.

7. Saber dar "feedback" (reforzar)

Es un proceso recíproco, una manera de informar al otro de las consecuencias de sus comportamientos, de los sentimientos y percepciones que genera en el otro.

Para verificar los efectos de nuestra comunicación hay que comunicar y observar inmediatamente como reaccionan los demás frente a nuestros mensajes.

8. Saber resumir

Con esta habilidad mostramos a nuestro interlocutor lo que estamos recibiendo de la comunicación así como el grado de comprensión que tenemos y la necesidad de aclaración en ciertos momentos.

9. Habilidades de comunicación no verbal

La apariencia: es importante observar la apariencia física de los usuarios y verificar a qué puede ser debida.

El contacto físico: comporta una buena parte de espontaneidad, de intuición, de conocimiento de uno mismo. Cuando se utilice se debe hacer de manera natural, si no se puede comunicar malestar. Es también importante tener en cuenta si el usuario lo pide o no y si le pudiera o no molestar.

El espacio: es importante respetar el espacio personal; su invasión puede generar malestar y agresión en el otro. No debemos olvidar los espacios físicos en los que se desenvuelve el usuario.

Los silencios: debemos comprender el sentido de los silencios y aceptarlos como una forma más de comunicación. Hay varios tipos de silencios:

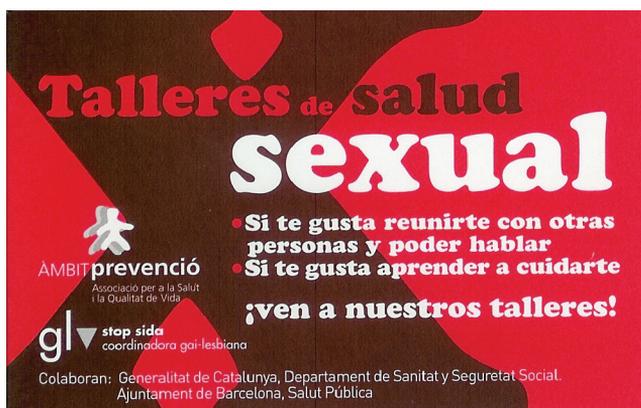
- Abiertos: que comunican reflexión, escucha, complicidad, dolor, pena.
- Cerrados: que manifiestan cólera reprimida, vergüenza, desafío, aburrimiento, desconexión con la realidad.

Otras recomendaciones a tener en cuenta en el asesoramiento individual son:

- a) Dejar que el TMS elija el lugar y el momento adecuados para el asesoramiento.
- b) No moralizar sobre sus creencias o sobre su estilo de vida pero dar información correcta cuando existan errores de concepto.
- c) Ser conscientes de nuestros prejuicios sociales y culturales a fin de evitarlos.
- d) Verificar las habilidades y las redes sociales del TMS.
- e) Facilitar información o derivar a los TMS, que lo requieran o necesiten, a los recursos sociosanitarios adecuados.

9.4. LA EDUCACIÓN EN GRUPO

La educación grupal pretende el empoderamiento de los TMS como grupo a través de la participación activa en el proyecto. Esta participación genera el intercambio de experiencias y conocimientos entre los TMS, y de estos con los educadores. Esta estrategia nos facilita el contacto y la cercanía a la población diana así como solucionar los problemas de los TMS como grupo y ofrecer información correcta.



Se pueden desarrollar sesiones donde los trabajadores sexuales compartan sus experiencias y conocimientos mediante discusiones de grupo. Estas sesiones de grupo pueden realizarse en casas particulares, en lugares de reunión, en los lugares de trabajo o en la sede de las ONGs:

- Lugares de trabajo: son el mejor ámbito para acercarse y contactar con los trabajadores sexuales pero no siempre adecuados para hacer educación en grupo ya que interfiere en el trabajo de los TMS.
- Lugares de reunión: son especialmente adecuados para el acercamiento a los TMS magrebíes aunque el abordaje de temas referidos a la salud sexual es preferible hacerlo, en un principio, de forma individual.
- Casas particulares: la discusión entre grupos de personas procedentes de latinoamérica podría celebrarse en sus domicilios. Las relaciones vecinales y de amistad en su cultura están muy ligadas a este ambiente y pueden sentirse especialmente cómodos.
- Sede de ONGs: las ONGs ofrecen un espacio de plena confidencialidad donde el abordaje en grupo de aspectos relacionados con el trabajo sexual puede ser el inicio de acciones comunitarias. Sin embargo, el carácter de la organización, concretamente si se trata de una ONG gay, puede dificultar el acercamiento de aquellos TMS que no se identifiquen como homosexuales.

9.5. LA EDUCACIÓN ENTRE PARES

En los últimos diez años se ha dado un continuo reconocimiento del hecho de que una adecuada orientación de los TMS es un elemento clave en la prevención del sida y otras ITS. El educador de pares es una persona que ejerce o ha ejercido la prostitución, a poder ser líder dentro del grupo, cuya función es intentar propiciar cambios a nivel individual o grupal, tratando de modificar positivamente las creencias, las actitudes o los comportamientos de otros trabajadores sexuales. El funcionamiento de esta técnica puede garantizar que objetivos como despertar la autoestima y establecer el autocontrol entre los TMS puedan conseguirse.

La educación entre pares implica un modelo didáctico. Los TMS pueden aprender, mediante cursos de formación, las habilidades necesarias para funcionar como educadores competentes dentro de un ambiente de paridad. El mediador de pares es un vehículo de información dentro del grupo objetivo y desempeña un papel, entre sus iguales, en un contexto de solidaridad, apoyo y comprensión.

Las tareas del mediador de pares son muy diversas, entre ellas están:

- Distribuir materiales y mensajes de prevención del VIH/ITS.
- Identificar e informar de los factores que pueden limitar la práctica de sexo más seguro entre los TMS.
- Facilitar a los TMS el acceso a servicios sanitarios a través de negociaciones con los encargados de pisos y locales.
- Informar a los TMS recién llegados de la existencia de proyectos de acercamiento y facilitarles el contacto con los trabajadores del proyecto o los mediadores culturales.

- Aumentar la toma de conciencia entre grupos de amigos/as y miembros de su grupo étnico sobre la reducción de riesgos.

Los educadores de pares están formados para influenciar en el comportamiento de sus iguales. Por ello no es realista esperar que un trabajador del sexo pueda influir eficientemente o actuar como educador de pares para los clientes o dueños de establecimientos del sexo. Después de todo, el trabajo educativo conducido por los educadores de pares entre los TMS está limitado a este grupo y no cubre otro colectivo aunque su comportamiento condicione indirectamente el de los TMS. Esto último sólo sería posible si paralelas a las intervenciones dirigidas a los TMS hubiera proyectos análogos involucrando a otros grupos.

Un factor que puede hacer que el papel del educador de pares sea difícil es el sentimiento de competitividad y celos entre los miembros del grupo objetivo - pueden tener dificultades en aceptar que algunos de ellos quieran hacerse notar por tener más conocimientos y poder. La posición del trabajador del sexo o el educador de pares puede crear una división de lealtades y una posición de estar *entre dos frentes*: se supone que el educador de pares tiene que encontrar un equilibrio entre estar dentro y fuera.

La dinámica de migración internacional dentro de la industria del sexo se está caracterizando, cada vez más, por la extrema movilidad de los grupos no sólo en un contexto transnacional (periodos de residencia cortos o largos en diversos países europeos) sino también dentro de un único país. Por un lado, esta movilidad frecuente puede limitar el impacto de proyectos que basan su efectividad en el contacto repetido con el grupo objetivo y en el apoyo y formación de pares dirigido a TMS inmigrantes. Por otro lado, evidencia la necesidad de la repetición continua de círculos de actividades para los trabajadores de pares dado que hay un flujo constante de recién llegados al territorio.

Las características deseadas en un candidato para ser educador de pares se describen a continuación. Obviamente es difícil encontrar una persona que desempeñe todas estas funciones, sin embargo hay que esforzarse por encontrar personas que previamente a una formación específica posean tantas características como sea posible. Las precondiciones que cualifican a un educador de pares son:

- **Ser miembro del grupo objetivo.**

El educador de pares pertenece a la misma comunidad que sus pares. Los elementos que permiten una identificación común como miembros de una comunidad son de naturaleza diferente y varían entre los grupos. En principio, estos lazos están basados en el hecho de que los miembros están involucrados en el mismo trabajo (prostitución) y tienen un origen étnico y situación legal similares (principalmente inmigrantes ilegales). Como trabajador del sexo, el educador de pares se identifica con el grupo objetivo. Cuando tiene la misma profesión, habla el mismo idioma y tiene la misma procedencia cultural, es más convincente y mejor entendido por los otros miembros que una persona de fuera.

- **Tener un origen étnico similar al del grupo objetivo.**

En la comunidad multirracial de los trabajadores del sexo, con nacionalidades y procedencias variadas, el educador de pares debería trabajar sólo con personas que tienen su misma nacionalidad o que pertenecen al mismo grupo étnico. Una nacionalidad

o vínculos de sangre comunes son más fuertes que los vínculos creados solamente por el trabajo y la profesión.

- **Ser un dirigente reconocido del grupo.**

El candidato para educador de pares se diferencia de sus compañeros en que juega un papel dirigente dentro del grupo. La autoridad preeminente entre sus compañeros se reconoce en la influencia de un cambio de comportamiento en los miembros del grupo. A veces el papel dirigente se evidencia en el nivel de dependencia que otros hombres y compañeros tienen en relación con él.

- **Ser aceptado completa e incondicionalmente por los miembros del grupo.**

Esta persona debe funcionar como modelo y disfrutar de un cierto grado de credibilidad entre sus compañeros así como del reconocimiento de su papel como educador y agente de información.

- **Ambición y motivación.**

Los candidatos para el curso de educador de pares deberían mostrar un interés activo en la formación y en el futuro papel como educador de pares.

- **Poseer un conocimiento básico de temas sanitarios.**

Es deseable que sólo los TMS que posean algún conocimiento sobre temas sanitarios sean considerados como candidatos a participar en el curso de formación de educadores de pares. Por lo tanto, los conocimientos sanitarios de los candidatos deberían probarse antes del curso.

- **Poseer algún talento pedagógico.**

Después de completar la formación, el educador de pares debería ser capaz de organizar y dirigir una serie de clases sobre medidas preventivas y prácticas de sexo más seguro así como facilitar a sus pares la toma de conciencia en relación a la prevención del VIH/sida y otras ITS.

- **Poseer destrezas comunicativas.**

Solamente las personas que se comunican fácilmente y se acercan de forma positiva y abierta a sus pares pueden desempeñar adecuadamente el papel de educador de pares.

Curso de formación de educadores de pares

La participación activa de los TMS es la base del éxito del curso. En este sentido sería conveniente que: a) participaran en todas las fases de la formación, incluida la fase preliminar que comprende la organización del curso; b) decidieran cuándo y dónde realizar el curso, quién ayuda al formador... c) se les animara a hacer preguntas, d) compartieran sus experiencias con otros compañeros. Todo ello beneficiaría el proceso de aprendizaje y aumentaría la credibilidad y aceptación de la información dada. Al mismo tiempo se asegura que el futuro educador de pares, mientras transfiere sus conocimientos, gana experiencia educativa.

Al final de cada sesión de formación, es conveniente pedir a los participantes que rellenen un formulario de evaluación sobre los contenidos de la misma: dirección de las clases, sugerencias sobre otros temas, etc. Esta evaluación debe permitir a los organizadores adaptar los contenidos del curso a las necesidades de los participantes, conocer cómo perciben la formación y cuál es su propia posición en ella.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la remuneración económica de los TMS participantes en los cursos de formación como forma de compensar el tiempo

dedicado al mismo. Además, se les puede entregar un diploma que acredite la realización del curso y que a su vez les sirva como un reconocimiento.

En general, es conveniente limitar el número de candidatos al curso de formación de pares a 10-12 TMS ya que un mayor número iría en detrimento del proceso de aprendizaje.

Puesto que los TMS constituyen una población muy móvil, el curso no debería alargarse demasiado en el tiempo siendo recomendable que no supere los dos meses de duración.

Con respecto a los formadores de los cursos, es importante y positivo que profesionales de distintas disciplinas (médicos/as, psicólogos/as...) participen en alguna de las sesiones.

9.6. LA MEDIACIÓN SOCIO-SANITARIA INTERCULTURAL

La o el mediador cultural no tiene porque ser una persona que se dedique al trabajo sexual, pero sí debería tener la misma nacionalidad que los TMS y trabajar para el proyecto dirigido a éstos. El mediador intercultural socio-sanitario se caracteriza por su competencia en el ámbito de la comunicación (verbal y no verbal) y en el conocimiento de las áreas de salud (física y mental), enfermería, asistencia y trabajo social tanto del país de acogida como del país de origen del interlocutor inmigrante. A través de la mediación cultural se pueden identificar y valorar los mecanismos culturales y sociales que están influyendo en el comportamiento, los hábitos y las decisiones de los TMS.

El objetivo principal del mediador [25] es interceder entre dos culturas diferentes para facilitar la comunicación y la comprensión entre los profesionales y los TMS, adaptar culturalmente la información sociosanitaria, reducir las barreras de acceso a las instituciones y asesorar en todos aquellos aspectos que faciliten las intervenciones con los TMS. Por ello, un traductor no siempre puede desempeñar la función de mediación intercultural. A guisa de ejemplo, un traductor magrebí puede facilitar la comunicación y la comprensión entre los profesionales y los TMS pero ello no significa que esté sensibilizado con la problemática del TMS magrebí y que comprenda su posición frente a la prostitución o la homosexualidad. El mediador intercultural tiene que tener una formación específica en salud, poseer habilidades sociales, conocer la cultura del país de origen y del de acogida, y estar integrado en la comunidad.

Ante la ausencia de mediadores culturales, las intervenciones con los TMS se pueden mejorar sustancialmente mediante el trabajo conjunto profesional-educador de pares o mediante la formación del profesional en aspectos relacionados con la mediación cultural.

9.7. LAS REDES SOCIALES

Las redes sociales constituyen una eficiente estrategia para identificar a personas VIH positivas que desconocen su infección y a personas VIH negativas con riesgo de infectarse a fin de ofrecerles consejo y la prueba del VIH.

En una reciente experiencia [26], distintas organizaciones comunitarias invitaron a sus usuarios VIH positivos y VIH negativos vulnerables a la infección (reclutadores) a que captaran -desde sus redes sociales, sexuales y de uso de drogas- a personas con

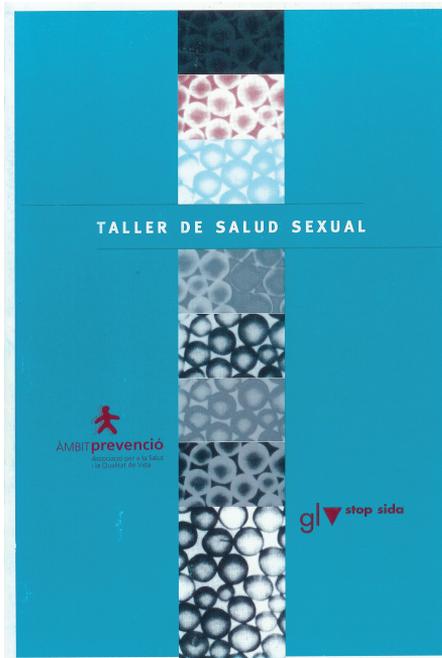
prácticas de riesgo para el VIH. Los reclutadores recibieron formación sobre la infección por el VIH/sida, el counseling y la prueba del VIH/sida, además de un pequeño incentivo por cada persona reclutada y testada para el VIH. Una vez que los "reclutadores" contactaban con las personas objetivo de la intervención les acompañaban a realizarse la prueba del VIH o les derivaban a un centro donde podían realizársela. Las personas que resultaban VIH positivas eran derivadas a distintos servicios según sus necesidades (servicios médicos, programas de reducción de daños, centros de ETS, centros de drogodependencias, etc.). Las personas que resultaban VIH negativas eran evaluadas para determinar sus prácticas de riesgo para el VIH, la necesidad de repetirse la prueba, y derivadas a programas de reducción de riesgos y otros servicios.

En el período octubre del 2003 a septiembre del 2004, 133 reclutadores (la mayoría VIH positivos) captaron a 814 personas. De éstas, 46 (6%) recibieron un diagnóstico de VIH. Las prevalencias de VIH más elevadas se encontraron entre los HSH inyectores de drogas (26%), las personas transgénero (20%) y los HSH (16%).

Esta experiencia puso de manifiesto que, entre los reclutadores, las personas transgénero y los HSH fueron particularmente eficaces en la captación de personas que resultaron VIH positivas. Ello sugiere que las redes de las personas transgénero y de los HSH son más susceptibles de incluir a personas infectadas por el VIH que no están diagnosticadas.

Igualmente, la intervención evidencia la capacidad de las personas VIH positivas para identificar y, ofrecer consejo y la prueba del VIH/sida a personas en riesgo de infectarse.

9.8. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL



El asesoramiento específico sobre salud sexual es una cuestión fundamental a la hora de prevenir las prácticas sexuales inseguras de los TMS. Una estrategia de comprobada eficacia para alcanzar tal fin la constituyen los talleres de salud sexual concebidos como un espacio de aprendizaje significativo en y para la educación sexual de los TMS.

La difusión de los talleres puede hacerse utilizando carteles informativos o mediante el reparto de tarjetas a los TMS (en la calle, pisos, bares, etc.).

El horario de los talleres debe adaptarse a las circunstancias personales de los participantes; se sugiere hacer sesiones grupales (10-12 personas) de 2 horas de duración cada una.

La remuneración económica de los participantes es un factor indispensable; es conveniente que los TMS reciban una compensación económica por el tiempo que dedican a esta actividad (actualmente, algunas ONGs pagan 18€ por asistente).

El diseño de los talleres puede hacerse reparando en los siguientes aspectos:

1. Conocimientos teórico-técnicos sobre las ITS y el VIH/sida. Es importante reparar en la información que sería deseable transmitir a los TMS y entre ella destacan los siguientes aspectos: a) Reducción de riesgos/sexo más seguro: desmitificar el uso del condón y el lubricante, relación entre uso de drogas y prácticas sexuales de riesgo, identificación de ITS, etc. b) TMS seropositivos y estigma del VIH: desmitificar la apariencia física de las personas VIH positivas, aumentar la sensibilización hacia los trabajadores sexuales seropositivos.
2. Puesta en común de experiencias y comentarios de los TMS.
3. Actividades de role play para que el TMS desarrolle y adquiera habilidades sociales. Una de las escenificaciones puede consistir en simular una situación en la que un cliente se niega a utilizar el preservativo. El TMS debe utilizar sus conocimientos y habilidades para disuadir al cliente de esta actitud y negociar el uso del condón.
4. Mostrar distintos juguetes sexuales y explicar las normas higiénicas para su uso.
5. Clases prácticas para la puesta de un condón, en un pene de silicona o madera, tanto con la mano como con la boca.

La evaluación de los talleres puede realizarse recogiendo distintos tipos de información:

- Mediante cuestionarios que rellenan los participantes pueden obtenerse datos referidos al desarrollo del taller (información transmitida, conductores del taller, participación del grupo, horario, etc.) y a los propios participantes (procedencia, edad, tiempo ejerciendo como TSM, lugar de trabajo, uso del preservativo con la última pareja, etc.).
- Durante el transcurso del taller, los participantes pueden referirse a las falsas creencias, mitos y prejuicios que suceden al realizar distintas prácticas sexuales con los clientes. Por ejemplo: creer que el VIH/sida puede transmitirse con los besos, que si no hay heridas la infección por VIH no se produce en una penetración anal pasiva, pensar que el elixir cura las heridas o posibles infecciones si se aplica después de las felaciones, creer que la gonorrea y la sífilis tienen vacuna, utilizar dos condones como medida más eficaz, no utilizar el condón si el cliente es joven o habitual, etc. Igualmente, durante el desarrollo de los talleres se hace más evidente la realidad individual y privada (miedo al sida y las ITS, vergüenza de ser

explorado, etc.) de los TMS. Es importante que los educadores anoten estas cuestiones a fin de incorporar en su discurso la información necesaria para terminar con las dudas, los mitos y las creencias falsas.

9.9. EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES: DESARROLLO COMUNITARIO

La población TMS es muy heterogénea, no sólo presenta diferencias culturales sino también económicas y educativas siendo el trabajo sexual el principal nexo de unión. Su desarrollo como colectivo es importante para que tomen el protagonismo, el empoderamiento y se impliquen en la promoción, diseño, ejecución o evaluación de los programas de prevención de ITS/VIH. En la medida en que se asuman como trabajadores sexuales tendrán un mayor control de su situación, favorecerán el cuidado de su salud y reducirán los riesgos a los que se exponen en su trabajo [27].

El entrenamiento en habilidades puede ser el inicio del fortalecimiento comunitario y ello favorecer el desarrollo de programas de autocuidado y de prevención de la transmisión del VIH y otras ITS. El diseño de talleres puede ser la herramienta para su consecución. Los talleres deben resultar de interés para los TMS pudiendo contemplar a modo de ejemplo los siguientes temas:

1. Asertividad y entrenamiento en resolución de conflictos:
 - a) Conflictos externos: aquellos que se pueden producir con los dueños de locales y clientes por mostrar actitudes xenófobas u homófobas
 - b) Conflictos internos: la competitividad entre los TMS, la convivencia en lugares cerrados (saunas y agencias) o las diferencias culturales pueden llevar a los TMS a frecuentes conflictos entre ellos
2. Habilidades de negociación como TMS:
 - a) Frente al cliente: uso del preservativo, negociación de tarifas, elección del cliente, prácticas sexuales, etc.
 - b) Frente al dueño del local: convivencia en el local, servicio sexual encubierto, higiene, etc.
3. Nuevos servicios sexuales:
 - a) Técnicas sexuales específicas
 - b) Utilización del erotismo y las fantasías
 - c) Servicios sexuales para clientes discapacitados
4. Idiomas:
 - a) Dominio del castellano. Es el primer problema al que se enfrentan los TMS no hispano parlantes
 - b) Dominio de otros idiomas (inglés, francés, alemán) en su relación con clientes turistas y atendiendo a su movilidad por Europa
5. Cuidado del cuerpo:
 - a) Masajes y terapias de belleza
 - b) Nutrición y ejercicio físico
 - c) Primeros auxilios
 - d) Defensa personal

6. Habilidades administrativas: muchos TMS inmigrantes envían dinero a sus familias en los países de origen. La capacidad de ahorro y administración es un tema importante que se puede ver dificultado por la situación económica y los estilos de vida.
7. Habilidades de desarrollo económico: la búsqueda de otras fuentes de ingresos que permitan no depender en exclusividad del trabajo sexual mejora la posición frente al VIH y el sexo seguro disminuyendo la vulnerabilidad de los TMS.
8. Asesoramiento laboral:
 - a) Bolsas de empleo
 - b) Realización de "curriculum vitae"
 - c) Búsqueda activa de empleo
 - d) Cursos de formación
9. Habilidades telefónicas.
10. Internet:
 - a) Utilización de Internet en el trabajo sexual
 - b) Formación en Internet y desarrollo de webs

10. INTERVENCIONES EN DISTINTAS POBLACIONES DIANA

- **Dirigidas a los TMS**
 - A TMS y usuarios de nuevas tecnologías (Internet)**
 - A TMS VIH positivos**
- **Dirigidas a los dueños, encargados de los locales donde se ejerce la prostitución masculina**
- **Dirigidas a clientes/usuarios de los TMS**
- **Dirigidas a parejas sexuales no comerciales**

10.1. DIRIGIDAS A LOS TMS

En los diferentes ámbitos de trabajo sexual masculino, como en nuestra sociedad actual, el educador siempre va a encontrarse ante un grupo de TMS de diferente procedencia, incluidos los españoles. Si la intervención tiene como objetivo la prevención de VIH/sida y otras ITS, necesariamente en algún momento del contacto hay que hablar de enfermedades. Las enfermedades han sido interpretadas de manera distinta según la cultura e historia, incluida también la española. La enfermedad, en las sociedades contemporáneas, es vista como una amenaza para la sociedad y para su funcionamiento; para combatirla se ha cedido su control a expertos, principalmente a la profesión médica [28]. La enfermedad o la posibilidad de padecerla diferencia al sano del enfermo y esta diferencia se mantiene o incrementa entre los diversos segmentos de la población según la cantidad de recursos sanitarios destinados. Es habitual relacionar algunas enfermedades a un grupo (sida y homosexuales, venéreas y prostitutas, por ejemplo) por lo que el educador, en su trabajo de prevención, tiene que luchar en dos frentes: primero, contra estas asociaciones, porque el TMS al no identificarse como homosexual (no tiene por qué hacerlo) ni como prostituto (es habitual que no lo haga) puede no percibir el riesgo de infección de estas enfermedades. Y segundo, luchar contra un discurso que criminaliza al enfermo e incluso considera como enfermizas las relaciones sexuales entre hombres. Junto con el repertorio de falsos mitos sobre la transmisión del VIH/sida y otras ITS hay que tener en cuenta las diferencias en el nivel cultural, en el estado emocional y en las circunstancias personales de los TMS. Ante esta complejidad de cosas y personas, todas las estrategias de intervención pueden ser válidas e incluso complementarias. A continuación se presenta una serie de intervenciones del educador como punto de partida:

1. Intervención directa verbal

Es efímera y más que cambiar una actitud influye en el conocimiento del TMS despertándole y aclarándole dudas, creándole la necesidad de cuidarse y de protegerse. En la interacción directa con el TMS, el educador puede detectar nuevas necesidades, priorizar la información en un sentido o en otro, o servir de puente entre el TMS y otros servicios institucionales (centros sanitarios, educativos, sociales, etc.) Estas intervenciones suelen tener lugar en los ámbitos dónde se ejerce la prostitución y, por tanto, el educador dispone de un tiempo limitado. En estas circunstancias hay que tener muy claro qué mensajes hay que transmitir y cómo verbalizarlos. Por ejemplo, si al TMS se le pregunta "¿Te has hecho la prueba del VIH?" podría interpretarlo como una sospecha hacia él por su actividad y por el carácter de sus relaciones comerciales. Puede resultar más eficaz explicar al TMS: "Si quieres hacerte la prueba hay centros donde te la realizan de manera anónima y confidencial" o "No debes tener miedo, lo habitual es que el resultado sea negativo. Si el resultado es positivo, saberlo te permitirá beneficiarte lo antes posible de un seguimiento médico y mejorar tu calidad de vida". En referencia a las hepatitis, no conviene preguntar directamente "¿Estás vacunado de las hepatitis?", es preferible una formulación del tipo "¿Y ya te has vacunado de las hepatitis?, hay vacuna para la hepatitis A y B". La intervención debe buscar que el TMS incremente sus cuidados y reduzca los riesgos en sus relaciones sexuales, comerciales y personales.

2. Intervención directa impresa

A diferencia de los mensajes verbales, la información escrita permanece en el tiempo y puede ser leída por varios TMS. Es conveniente que esta información esté adaptada lingüística y culturalmente a la población con la que se trabaje y que en función de sus necesidades y de las particularidades de la ciudad donde se realice la intervención cumpla distintas funciones como pueden ser: explicar cómo se transmite y previene el VIH/sida y otras ITS; cómo se utiliza correctamente un preservativo; centros sanitarios donde pueden realizarse revisiones, análisis o vacunaciones; centros sociales que ofertan diversos servicios (cursos, regularización, inserción, etc.); difundir la filosofía de una ONG y sus actividades (talleres, charlas, permanencias...); divulgar ideas sobre derechos civiles, estilos de vidas, etc. El inconveniente del material impreso es que, excepto en el caso de las nuevas tecnologías como foros, correo electrónico..., la comunicación no es bidireccional.

3. Derivación a recursos sanitarios

Cada vez son más las ONGs que entre sus servicios ofrecen al TMS la posibilidad de derivarle a centros sanitarios donde realizarse pruebas para el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS. Esto supone un primer paso en el camino de naturalizar y normalizar acciones de autocuidado en el TMS que, frecuentemente, son percibidas como traumatizantes por el miedo a un diagnóstico positivo o por la vergüenza de tener que explicar a un médico aspectos íntimos de su vida sexual. Promover y conseguir que el TMS entre en contacto con los servicios sanitarios públicos favorece la adopción de medidas preventivas. El educador debe tener una agenda actualizada de los servicios sanitarios existentes en la ciudad donde opera; saber si existen centros de ETS donde el TMS pueda acudir directamente sin pasar por el médico de familia o qué requisitos son necesarios para atender a un TMS sin permiso de residencia y/o sin tarjeta sanitaria.

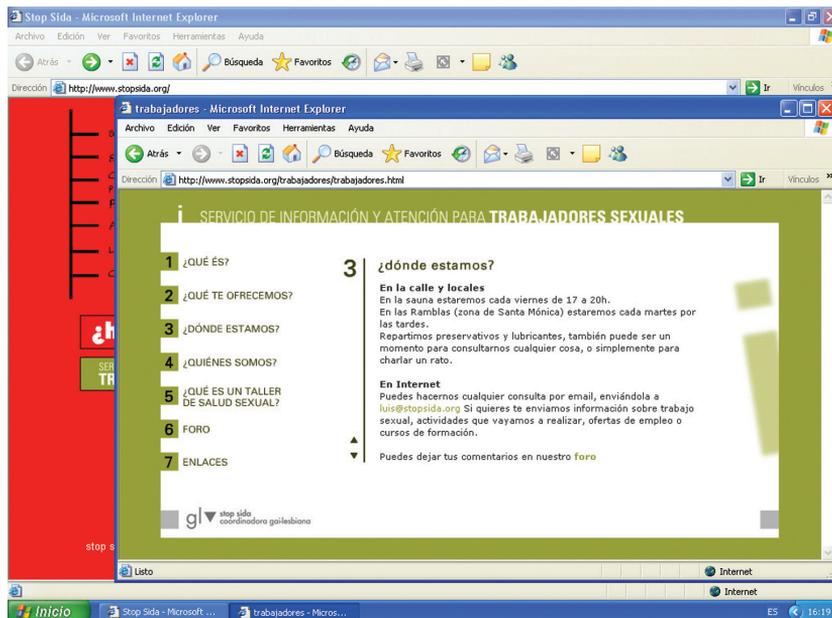
4. Derivación a recursos sociales

Cuando se trabaja en proyectos dirigidos a TMS se detectan necesidades que no están relacionadas con aspectos sanitarios. Al igual que con los recursos médicos, el educador debería tener un listado actualizado de entidades públicas y privadas que ofrezcan ayudas concretas: centros de asesoramiento psicológico, social, jurídico y legal, centros de enseñanza de idiomas, entidades culturales, etc. Facilitar a los TMS extracomunitarios recursos sociales también incide en el proceso de aprendizaje y de autoestima necesario para unas prácticas sexuales seguras.

10.1.1. Dirigidas a TMS usuarios de nuevas tecnologías (internet)

Internet es el medio de comunicación que más rápido se ha extendido en la historia de las comunicaciones, permitiendo la comunicación escrita en tiempo real entre todos los países del mundo. Muchos TMS se anuncian en Internet, ya sea en webs privadas, de contactos homosexuales o chats. En los últimos años esta forma de contacto ha aumentando de forma considerable ya que permite que el TMS se anuncie incluyendo fotografías e información sobre sus servicios sexuales. La comunicación entre el TMS y el cliente es anónima, se produce en tiempo real y los acuerdos son instantáneos.

En casi todos los chats o webs específicas de contactos entre hombres existen TMS ofreciendo sus servicios. Muchas de estas páginas regulan la presencia de trabajadores del sexo de forma que son expulsados si son descubiertos en su intento de conseguir clientes; en otros casos, ante la imposibilidad de evitar la presencia de TMS, se ha optado por crear zonas donde los clientes pueden contratar los servicios de un trabajador sexual en chats específicos para esta actividad, es el caso de gay.com o la zona de socios de gaydar.co.uk.



El acceso a las webs

A la hora de plantear una intervención dirigida a TMS que se anuncian por internet, existen varias fórmulas para acceder a las páginas en las que ofrecen sus servicios sexuales y contactar directamente con ellos:

- Si desconocemos las páginas de internet donde se ofrecen servicios sexuales, se puede utilizar un buscador e introducir palabras como: chapero, acompañantes, prostitución masculina, etc. El buscador nos ofrecerá un listado de páginas donde empezar a consultar.
- En páginas de contacto gay donde, una vez creado un perfil activo, se puede contactar con los socios de las mismas por correo electrónico, bastaría con enviar un e-mail con información sobre los servicios del programa dirigido a los TMS.
- Si se trata de chats, habría que entrar en los chats donde los TMS contactan con los clientes y establecer una conversación privada en la que, como en el caso anterior, se presente el programa de prevención del VIH/ITS o se profundice en otras actividades como el counseling.

Por otra parte, es preciso valorar dos hechos que pueden facilitar el desarrollo de las actividades que se pretenden realizar: 1) Contactar con los webmasters, especialmente si se presenta alguna dificultad, para comunicarles el objetivo del proyecto. 2) Crear una web exclusiva para el proyecto a la que referir a los TMS para informarles del programa; sus objetivos; los servicios que ofrece; cómo contactar, dónde y cuándo encontrar a los educadores; los días, horarios y lugares del trabajo de calle; etc. Una web de estas características puede tener su importancia cuando los TMS, en su búsqueda de clientes, no prestan atención a la información que se les facilita en el momento del contacto o presentación.

Consejos prácticos

En el momento de intervenir, hay algunas cuestiones de carácter práctico que es preciso tener en cuenta:

- Evitar el uso de perfiles personales y crear uno específico del servicio que se ofrece. Es una buena forma de evitar malentendidos.
- Identificarse como profesional. No es ético hacerse pasar por un cliente para obtener información.
- Hacer un registro de los diferentes apodosos que utilizan los TMS y pequeños informes de las conversaciones mantenidas con ellos. De esta forma, se evitan malentendidos y se dispone de la información transmitida por cada TMS por si fuera necesario consultarla.

10.1.2 Dirigidas a TMS VIH positivos



Las personas seropositivas que ejercen la prostitución pueden sufrir el doble estigma como trabajadores sexuales y como seropositivos. Ellos tienen el derecho legítimo a decidir cuándo, cómo y a quién confían su estado de seropositividad al VIH. Dar a conocer (en talleres, actividades, comunicados,...) este derecho a los TMS así como el carácter confidencial de la correspondencia educador-TMS ayudará a facilitar el acercamiento a esta población y a establecer una relación de mayor confianza.

Si el proyecto incluye el acompañamiento para la realización de la prueba del VIH/sida o promociona este servicio entre los TMS, tras un resultado positivo los aspectos a valorar serían los siguientes:

I. Apoyo emocional inmediato:

- Preguntar cómo se siente.
- Preguntar en qué se le puede ayudar en ese momento.
- Preguntar qué necesitaría para sentirse mejor.
- Animarle y dejarle expresar todas las emociones: enfado, rabia, miedo, tristeza...

Según sea la reacción del TMS ante un resultado positivo al test del VIH/sida, se hacen algunas sugerencias sobre cómo proceder:

Respuesta de inhibición:

- Respetar lo que pase.
- No dar consejos, ni ser paternalista.
- Avisar que, en unos días, puede aflorar una reacción de shock intenso.
- Ansiedad y depresión son estados de defensa del organismo que han de expresarse tal y como son.

Reacción intensa:

- Respetar lo que pase.
 - Dar tiempo a expresar su emoción.
 - Proximidad física y, si es necesario, contacto.
 - Proximidad emocional (ejemplos: puedo comprender lo que estás pasando, yo en tu lugar estaría igual...)
 - Dar mensajes cortos y calmados.
 - Evitar dar mucha información.
 - Se ha de intentar que el shock vaya pasando.
 - Nunca presuponer.
 - Preguntar que es lo que más le preocupa y trabajarlo.
 - No dar soluciones inmediatas.
2. Verificar que los resultados se han entendido e informar sobre las estrategias terapéuticas existentes.
 3. Información sobre el circuito sanitario:
 - Empadronamiento y tarjeta sanitaria.
 - Diferencia entre médico de cabecera (atención primaria) y especialistas en VIH/sida de un centro hospitalario.
 - Gratuidad de la atención sanitaria en España. Ello incluye la atención profesional, las pruebas, las hospitalizaciones, los tratamientos antirretrovirales y cualquier otro servicio que se preste en centros sanitarios. Todo ello es independiente de la situación administrativa como inmigrante (con o sin papeles).
 - Carácter confidencial de la relación médico-paciente protegida por ley.
 4. Información sobre redes de apoyo:
 - Asociaciones de lucha contra el Sida.
 - Grupos de apoyo emocional.
 - Atención psicológica individualizada.
 5. Información sobre sexo más seguro: riesgo de reinfección, profilaxis post-exposición no ocupacional (PPE), utilización del preservativo y el lubricante,...
 6. Counseling y abordaje de la seropositividad al VIH del TMS en diversas situaciones:
 - Obligación de realizarse la prueba del VIH para obtener un trabajo en una agencia o piso.
 - Rotura de un preservativo en la penetración anal: posible PPE.
 - El cliente se niega a utilizar el preservativo.
 - La pareja sexual también es TMS.
 - El cliente pregunta por el estado serológico con respecto al VIH del TMS.

10.2. DIRIGIDAS A LOS DUEÑOS/AS, ENCARGADOS/AS DE LOS LOCALES DONDE SE EJERCE LA PROSTITUCIÓN MASCULINA

Los dueños/as de establecimientos, dada su involucración indirecta en el trabajo sexual, constituyen una población en la que es preciso reparar antes de iniciar un programa dirigido a los TMS. Son la llave que autoriza el desarrollo de intervenciones en el interior de los locales. En este sentido es importante conocer qué intereses tienen, cómo pueden colaborar en el proyecto, qué actividades pueden realizar, qué relaciones tienen con los TMS y con los clientes o cuáles son las condiciones higiénicas de los locales.

Un aspecto a tener en cuenta al plantear cualquier tipo de colaboración con los dueños de locales es que su interés fundamental se centra en que el negocio funcione y genere beneficios, no necesariamente en el bienestar y la salud sexual de las personas que trabajan en los mismos. Con esta premisa, las propuestas que se formulen tienen que convencerles de que las posibles intervenciones no causarán trastorno alguno a su negocio, si no que, al contrario, el negocio será más rentable al facilitar a los TMS material preventivo, habilidades para la práctica de un sexo más seguro y cuidados de salud sexual. Implantar en los locales una política de sexo más seguro beneficia a clientes y trabajadores pues ambos quieren evitar ITS incluida la infección por el VIH.

El inicio de futuras intervenciones en un local puede establecerse ofreciendo carteles que recuerden la importancia de la prevención o un suministro periódico de preservativos y lubricantes. Es conveniente que sea el educador quien reparta el material preventivo a los TMS ya que el contacto con éstos permitirá conocer de forma directa sus necesidades así como las oportunidades o impedimentos existentes para la práctica del sexo más seguro. En la medida que la presencia de los educadores se consolide podrán plantearse otras estrategias de promoción de la salud, bien a nivel individual o grupal.

Hay algunas cuestiones de índole práctica que es preciso considerar a la hora de intervenir en locales donde existe el comercio sexual:

- Consensuar con los dueños cual es el mejor momento para acudir al establecimiento. En el caso de pisos, es preferible hacerlo cuando menos clientes haya; ello permitirá contactar con un mayor número de profesionales del sexo además de no entorpecer el desarrollo del negocio.
- Evitar que la relación entre el dueño del local y los educadores parezca demasiado estrecha o familiar. Una actitud de estas características puede despertar recelos y malentendidos en los TSM si desconocemos el vínculo que mantienen con los encargados.

Toda negociación o acuerdo con los dueños o encargados de los locales donde se ejerce la prostitución masculina debe tener por objetivo mejorar y hacer más efectivas nuestras intervenciones.

10.3. DIRIGIDAS A LOS CLIENTES/USUARIOS

El contacto de los educadores con los clientes es posible en zonas abiertas (en la calle, en saunas, en algunos bares o discos que son frecuentados por ellos y por TMS, etc.). Sin embargo, en otros establecimientos cerrados el contacto directo del educador

con el cliente resulta difícil por la oposición de los dueños/encargados de aquellos locales que respaldan así la voluntad de anonimato que exigen los clientes cuando acuden a buscar servicios sexuales. Hay clientes que no quieren ser vistos -reconocidos- en algunos lugares habituales de prostitución, pero también hay otros más integrados en los circuitos gays de diversión a los que se les puede ofrecer información sanitaria, prevención de ITS/VIH/sida, como ya han hecho algunas ONGs en sus programas de prevención.

Por otro lado, en España hay ONGs con programas de información y prevención para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, sin focalizar específicamente en las relaciones sexuales comerciales o remuneradas. Estos programas han demostrado su eficacia en la difusión de mensajes correctos sobre la prevención, aunque resulta imposible poder acceder a todo un universo muy heterogéneo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, entre los cuales algunos pueden ser usuarios de prostitución masculina. Uno de los retos para las ONGs con programas específicos para TMS es ampliar sus objetivos para acercar la información sanitaria también a los clientes/usuarios, cuando el lugar o el ambiente lo permita.

10.4. DIRIGIDAS A PAREJAS SEXUALES NO COMERCIALES

La vulnerabilidad a la que están expuestos los TMS, en el caso de carecer de la información necesaria en cuanto a salud sexual, ITS y sexo más seguro, se amplía a sus parejas sexuales comerciales y no comerciales (regulares). El abordaje de las parejas no comerciales de los TMS supone profundizar en aspectos íntimos de su vida, por lo que es necesario trabajar la confianza del usuario del programa. Para ello, es aconsejable enfocar la intervención desde un nivel individual. Resultan vitales las primeras intervenciones a través de la observación, la presentación del servicio que llevamos a cabo, la información socio sanitaria de carácter preventivo o asistencial y/o el reparto de material preventivo. Todas ellas son vías directas para que los profesionales se conviertan en un referente para la población diana y los TMS reconozcan el programa y los servicios que desde él se gestionan.

Es necesario que la población diana confíe en los profesionales y en el programa, para ello se requiere constancia y una previsión temporal a medio plazo. Es en este espacio de tiempo en el cual se llevará a cabo la técnica de la entrevista individual o de caso, con la finalidad de profundizar en el conocimiento del usuario en distintas áreas de su vida. Una vez se haya establecido una relación de confianza entre profesional-TMS, y exista una apertura emocional por parte de éste, es el momento de conocer aspectos íntimos de su vida sin generar resistencias o rechazos. Entre los aspectos a abordar referidos a las parejas no comerciales destacarían: el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia de uso del preservativo y el estado serológico con respecto al VIH.

A partir de las informaciones recogidas en los talleres de salud sexual realizados conjuntamente por Àmbit Prevenció y Stop Sida en Barcelona¹⁷ se ha constatado los

¹⁷ Los talleres de salud sexual, iniciados en 2001, se realizan de forma conjunta, periódica y alternativamente en las sedes de las ONGs Àmbit Prevenció y Stop Sida de Barcelona. Los asistentes son hombres trabajadores del sexo, convocados en sus lugares de trabajo por los educadores de ambas entidades y la asistencia está remunerada actualmente con 25 euros. El taller se realiza en una sesión de 2 horas y media, en horarios de mañana o tarde, y con un límite máximo de 12 asistentes por taller.

siguientes problemas, que pueden ser extrapolados al conjunto de la población de trabajadores masculinos del sexo en España. Tanto si la pareja del TMS es un varón como si es una mujer, resulta difícil para él aislar las medidas preventivas de las relaciones afectivas, es decir, asocian la relación basada en los sentimientos a una relación sin riesgos. En muchos casos, especialmente cuando la pareja es una mujer, el trabajador reconoce no tomar ninguna medida preventiva (uso del preservativo). Esta situación también se da entre las parejas masculinas aunque en menor medida dado que quizás exista una mayor concienciación o conocimiento del riesgo de transmisión del VIH entre hombres. Es habitual durante los talleres de salud sexual que algunos de los trabajadores sexuales expresen su sorpresa ante las aseveraciones de los educadores tales como: a) los virus y bacterias responsables de las ITS/VIH no distinguen entre hombres y mujeres, ni entre clientes o parejas no comerciales; b) cualquier persona puede infectarse o transmitir ITS/VIH, ya sea un cliente, o un ligue esporádico, o una pareja habitual y cerrada, ya sean hombres o mujeres.

Para concienciar del riesgo de infectarse de una pareja no comercial -o infectarla- no es suficiente insistir sólo en el uso del preservativo, sino que resulta mucho más eficaz explicar las principales ITS y vías de transmisión del VIH. Para ello el educador necesita un tiempo suficiente que a menudo no se tiene en la aproximación en los lugares de trabajo de los TMS. En los talleres, el trabajador sexual puede aprender los riesgos con sus parejas no comerciales a partir del conocimiento. Es decir, para cambiar una actitud o costumbre de riesgo con una pareja sexual es necesario saber por qué hay que cambiar, y para ello hay que conocer las ITS y sus vías de transmisión.

Por último, el educador a menudo suele ser la persona que ofrece conocimiento a los trabajadores en un contexto en el que los trabajadores no acostumbran a acudir a los servicios médicos en busca de información para la prevención o para el diagnóstico, ni los médicos suelen salir del espacio sanitario para aproximarse a los trabajadores del sexo. En esta situación, el educador tiene la responsabilidad no sólo de ofrecer un conocimiento sobre la prevención del VIH/ITS, sino de facilitar y fomentar el acceso a los servicios médicos. Ya sea a través de estrategias como los talleres u otras, es necesario explicar a los trabajadores que además de tomar medidas preventivas con las parejas no comerciales, éstas también deben acudir a los servicios médicos para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento del VIH/ITS (análisis, vacunas contra las hepatitis, etc.). A partir de la experiencia en los talleres, muchos trabajadores del sexo han verbalizado la necesidad de proteger a y protegerse de sus parejas sexuales no comerciales después de conocer todas las ITS y vías de transmisión del VIH, y también de la necesidad de pasar ambos los controles médicos rutinarios, tanto si el trabajador le ha explicado a su pareja su actividad, como cuando prefiere ocultársela.

II. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

- Evaluación de proceso
- Evaluación de resultados

La evaluación comprende un conjunto de actividades que tienen como objetivo determinar el valor de un programa, intervención o proyecto específico. La evaluación consta de tres fases consecutivas:

- Evaluación de proceso: ¿Cómo está funcionando el programa o proyecto?
- Evaluación de resultados: ¿Se han logrado o no los cambios deseados?
- Evaluación de impacto: Si se han producido cambios, ¿en qué medida se pueden atribuir al programa o proyecto?

Evaluar no es fácil, lleva tiempo, puede ser costoso y requerir personal experto. Sin embargo, la evaluación es necesaria para:

- Estudiar lo que se está haciendo y determinar si con ello se están logrando cambios.
- Saber si los esfuerzos en la prevención de la transmisión del VIH tienen éxito.
- Facilitar la comunicación y aumentar la cooperación entre los diversos organismos implicados en la respuesta a la epidemia.
- Trabajar de manera más eficiente.

Aunque la evaluación tenga como objetivo específico poder atribuir los cambios detectados a la intervención que se estudia, los datos y cambios que se obtengan difícilmente podrán aislarse y atribuirse a intervenciones específicas. Sin duda, la información facilitada y las actividades realizadas como parte de un programa de prevención contribuirán a que las personas tomen decisiones pero el cambio de comportamientos no sólo estará determinado por el programa sino que también se verá afectado por el entorno social, sanitario, cultural y económico.

La recopilación de los datos necesarios para llevar a cabo la evaluación se puede realizar mediante metodologías cuantitativas o cualitativas. Las técnicas cuantitativas tratan de describir diferentes aspectos del programa en términos de números. Las técnicas cualitativas proporcionan datos sobre percepciones, creencias o valores.

Para realizar una evaluación es posible establecer una serie de indicadores, que tienen por objeto medir diversos aspectos de la epidemia de VIH y la respuesta a ella, que sirvan para observar los cambios temporales en aspectos específicos y permitan obtener información comparable de los programas de prevención del VIH/sida y otras ITS dirigidos a los TMS. Los indicadores no pretenden explicar las causas del cambio o el

porqué no lo hubo, su función es medir el cambio. Los indicadores nos deben permitir observar las tendencias, señalar problemas y tomar decisiones.

La evaluación sólo sirve si los resultados son usados para mejorar los programas actuales o para diseñar mejores intervenciones para el futuro. Si la evaluación muestra que los objetivos de un programa se están alcanzando puede convertirse en un instrumento útil a la hora de ampliar un programa o a la hora de solicitar o mantener el soporte económico del proyecto. En cambio, si la evaluación muestra que ciertos aspectos del programa no son satisfactorios, se dispone de la información concreta con la cual introducir cambios. En este sentido, resulta fundamental divulgar los resultados de la evaluación tanto al personal que dirige el programa como al que realiza las actividades, los usuarios del programa o proyecto y los organismos financiadores.

11.1. Evaluación de proceso: ¿Cómo está funcionando el programa o proyecto?

La evaluación de proceso comprende la valoración del contenido de un programa: la cantidad de actividades realizadas, su cobertura, la calidad de las actividades, la satisfacción de los usuarios o los problemas u obstáculos encontrados en la ejecución del programa. Este tipo de evaluación sirve, fundamentalmente, a quien está ejecutando el programa. Permite identificar los aspectos efectivos y los aspectos deficientes para mejorarlos. Puede tener aspectos cuantitativos y cualitativos.

Los indicadores cuantitativos miden el número, porcentaje, promedio u otras estadísticas (¿Cuánto hemos hecho?) durante un período de tiempo determinado. Las fuentes de datos más comunes suelen ser las estadísticas del servicio (datos del programa o proyecto) y las entrevistas estructuradas con usuarios del programa.

Los indicadores cualitativos miden la realidad del programa o proyecto desde la perspectiva de las personas que intervienen en él: las que ejecutan el programa, las que interactúan con el mismo y especialmente las que lo utilizan (los/as usuarios/as). Las fuentes de datos más comunes suelen ser los grupos focales, las entrevistas en profundidad o la observación.

Entre los indicadores susceptibles de ser medidos pueden proponerse los siguientes:

- Número de horas de servicio a la semana.
- Número y tipo de servicios ofrecidos por el programa (reparto de preservativos y lubricantes; derivaciones a servicios sociales, sanitarios, jurídicos, psicológicos; vacunaciones VHA, VHB).
- Número y tipo de materiales informativos distribuidos.
- Número y características (sexo, edad, tipo de prostitución, país de origen...) de los TMS atendidos por el programa.
- Número de eventos realizados (talleres de sexo más seguro, charlas, grupos de apoyo, etc.) y número de TMS participantes.
- Número de TMS capacitados como educadores de pares o mediadores interculturales.
- Grado de satisfacción del equipo del programa.
- Grado de satisfacción de los TMS con diferentes aspectos del programa.

11.2. Evaluación de resultado: ¿Se han logrado los cambios deseados?

Determina en qué medida se logran los objetivos del programa o proyecto. Permite identificar cambios de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas. En el caso concreto de los TMS, los cambios positivos que se dan en los comportamientos sexuales.

La información necesaria para la elaboración de indicadores se suele obtener por medio de estudios con la población objeto de intervención y suele requerir datos cuantitativos que permitan medir el nivel de cambio logrado.

Entre los indicadores susceptibles de ser medidos pueden proponerse los siguientes:

- Porcentaje de TMS que conocen las ITS más comunes, los mecanismos de transmisión y prevención del VIH.
- Porcentaje de TMS derivados a otros servicios (ITS, VIH, psicológico...) por mes
- Porcentaje de TMS diagnosticados de una ITS en el último mes.
- Porcentaje de TMS que se han realizado la prueba del VIH en el último mes y su resultado
- Porcentaje de TMS que usó preservativo en la última relación sexual con penetración con el cliente.
- Porcentaje de TMS que usó preservativo en la última relación sexual con penetración con su pareja regular.
- Porcentaje de TMS que se han negado a mantener una relación sexual sin preservativo con un cliente en el último mes.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. "Prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas". Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/prevencion/prostitucion/pdfs/Sidacompleto.pdf
2. Perlongher N. "La prostitución masculina". Buenos Aires, Argentina. Ed. de La Urraca, 1993.
3. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/ Penal/lo15-2003.html
4. Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano-Treviño LR, Reysoo F: "Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México", en *Salud Publica Mex* , 2003; 45 (1): 34-43.
5. Gabriel Guajardo: "La homofobia posible: una reflexión sobre las prácticas de saber". En J. Olavaria, E. Moletto [ed.]: *Hombres: identidad/es y sexualidades*. FLACSO. Chile. 2002. Págs. 37-44.
6. Benavente C, Vergara C. "Sexualidad en hombres. Evaluación. ¿Y las mujeres?". En: J. Olavaria E. Moletto [ed.]: *Hombres: identidad/es y sexualidades*. FLACSO. Chile. 2002. Págs. 45-58.
7. Guasch O. *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona. Ed. Laertes. 2000; 13-38.
8. Le site ethnique et gay: <http://www.kelma.org/>. Bab al hourria le site gay arabe: <http://beurgay.free.fr/>
9. Manfred Zahorka. "HIV/AIDS in Eastern Europe". Boletín Médico Mundi, 2003, nº88.
10. "Ethnic Albanian male sex workers in Northern Europe". Activity Report European Network Male Prostitution, 2003: 47-55.
11. Grupo de trabajo de EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2002.
www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/epidemiologia/pdf/informe_EPI_VIH_2002.pdf
12. Belza MJ, Llácer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care* 2001; 13:677-682.

13. Weber AE, Craib KJ, Chan K, Martindale S, Miller ML, Schechter MT, Hogg RS. *Int. Journal Epidemiology*, 2001; 6: 1449-1454.
14. Parsons JT, Koken JA, Bimbi DS. The use of the Internet by gay and bisexual male escorts: sex workers as sex educators. *AIDS Care*, 2004; 16: 1021-1035.
15. Ashton M, Sopwith W, Clark P, McKelvey D, Lighton D, Mandal D. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sexually Transmitted Infections*, 2003; 79:291-293.
16. Klausner JD, Wolf W, Fischer-Ponce L, Zolt I, Katz MH. Tracing a syphilis outbreak through cyberspace. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 447-449.
17. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en España. Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. España 2001-2003. <http://193.146.50.130/htdocs/ve/Edo2003.htm>
18. CDC, 2003. Internet use and early syphilis infection among men who have sex with men. San Francisco, California, 1999-2003. *MMWR*, 52(50), 1229-1232.
19. French P, Ison CA, Macdonald N. Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2005; 81:97-98.
20. Meroño M, Benjumea F. "Estudi-intervenció sobre homes treballadors del sexe de Barcelona". Barcelona. *Ambit Prevenció*. 2000. www.ambitprevencio.org
21. Rodés A, Menoyo C, Muñoz H, Muñoz R, Sánchez P, Zaragoza K. Protocolo del estudio. Evaluación de la campaña de Prevención del VIH y Solidaridad con los gays seropositivos dirigida al colectivo homosexual.
22. UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on Aids, 2000.
23. Guía de actuación para la profilaxis post exposición no ocupacional al VIH. CEESCAT, GESIDA y Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/pdfs/guia_actuacion_profilaxis.pdf
24. Costa M y López E. Manual para el educador social.
25. "Manual de VIH-Sida para mediadores interculturales" Proyecto Europeo "ALFA Inmigrantes". Federación Estatal de Escuelas de Prevención de Sida-FEES.
26. CDC, 2005. Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection. Seven US cities, october 2003-september 2004. *MMWR*, 54. N° 24 (601). www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5424.pdf
27. Cheryl Obres and Paulo Longo "Making Sex Work Safe". Network of Sex Work Projects (NSWP), 1997.
28. Rodríguez JA. *Salud y sociedad*. Madrid. Editorial Tecnos. 1987; 28-52.
29. CDC, 2002. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 52 (No. RR-6).
30. WHO/OMS: Guidelines for the management of Sexually Transmitted Infections. 2002. www.who.int/HIV_Aids/STIcasemanagement

13. ANEXOS

- **Anexo 1 A.** Situación legal de la prostitución y la homosexualidad.
- **Anexo 1 B.** Políticas en prostitución
- **Anexo 2.** Efectos asociados al consumo de drogas
- **Anexo 3.** Infecciones de Transmisión Sexual
- **Anexo 4.** Modelos de buena práctica de ONGs
- **Anexo 5.** Centros de ETS y ONGs

ANEXO IA. SITUACIÓN LEGAL DE LA PROSTITUCIÓN Y DE LA HOMOSEXUALIDAD EN EUROPA ACCESO A MEDIDAS PREVENTIVAS

ZONA	PAÍS	LEGISLACIÓN EN HOMOSEXUALIDAD	LEGISLACIÓN EN PROSTITUCIÓN	SANIDAD		PRUEBAS GRATUITAS VIH/ITS		CONDONES	ORGANIZACIÓN/CONTACTO
				T.S.R.	T.S.I.	T.S.R.	T.S.I.		
SUR	Francia	LP	(*)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Arap-Rubis arap.rubis@wanadoo.fr
	Grecia	No hay	(*)	Sí	No	Sí	No	No	Hellenic Center for Infectious Diseases Control pdamaskos@keel.org.gr
	Italia	No hay	(*)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Cooperativa PARSEC coop.parsec@flashnet.it
	Portugal	LP	(*)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	ABRACO rrosalx@esoterica.pt
	España	LP/LM/LA	(*)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	CRUZ ROJA jfl@cruzroja.es
CENTRO/ESTE	Austria	No hay	(*)						MEN männergesundheitszentrum kfj.men@wienkav.at
	Bélgica	LP/LM/LA	(*)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	ADZON www.adzon.be
	Bulgaria	No hay	(*)	No	No	No	No	No	National Center of Public Health mental@inbox.cit.bg
	Alemania	LP	Legalización	Sí	No	Sí	Sí	Sí	BASIS www.basis-projekt.de
	Holanda	LP/LM/LA	Legalización	Sí	No	Sí	Sí	Sí	AMOC/DHV www.amoc-dhv.org
	Polonia	No hay	(*)	Sí	No	Sí	No	Sí	TADA Warszawa tada.warszawa@wp.pl
	Rumanía	No hay	(*)	Sí	No	Sí	No	No	ARAS www.aras.home.ro
	Suiza	No hay	(*)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Swiss AIDS Federation Project Male Sex Work www.malesexwork.ch
	Dinamarca	LP	(*)	Sí	No	Sí	No	No	VFC Socialt Udsatte cll@vfcudsatte.dk
	Finlandia	LP	(*)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Pro Tukkipiste www.pro-tukkipiste.fi
NORTE	Irlanda	No hay	(*)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Irish Network Male Prostitution mickquinlan@eircom.net
	Noruega	LP	(*)			Sí	Sí	Sí	Pro Sentret arne.randers-pehrson@bgo.oslo.kommune.no
	Suecia	LP	Abolicionismo	Sí	No	Sí	Sí	Sí	RFSL-Radgivningen Skane www.ssafe6.nu
NORTE	R. Unido	LP	(*)	Sí		Sí	Sí	Sí	The Working men Project www.wmplondon.org.uk

ZONA	PAÍS	LEGISLACIÓN EN HOMOSEXUALIDAD	LEGISLACIÓN EN PROSTITUCIÓN	SANIDAD		PRUEBAS GRATUITAS VIH/ITS		CONDONES	ORGANIZACIÓN/CONTACTO
				T.S.R.	T.S.I.	T.S.R.	T.S.I.		
	Sanidad		Hace referencia a la opción que los trabajadores sexuales tienen de utilizar la sanidad pública						
	Pruebas gratuitas		Hace referencia a la posibilidad de vacunarse y de hacerse la prueba del VIH de modo gratuito						
	Condones		Hace referencia a la existencia de programas que faciliten condones de modo gratuito a los TMS						
	T.S.R.		Trabajadores Sexuales Regulares						
	T.S.I.		Trabajadores Sexuales Irregulares						
	LA		Ley de Adopción						
	LP		Ley de parejas						
	LM		Ley de matrimonio						

* A excepción de Alemania, Holanda y Suecia el resto de países europeos no tienen una legislación en materia de prostitución en la que se hayan decantado por una u otra postura (abolicionista o legalizacionista).

Holanda adoptó la postura legalizacionista en el año 2000 seguida de Alemania que lo hizo en el año 2002. Suecia, por el contrario, en 1999 optó por el abolicionismo.

El resto de países se mueven en una o más posturas.

ANEXO IB. POLÍTICAS EN PROSTITUCIÓN

Prohibicionismo: sistema que consiste en prohibir la prostitución (no se reconoce como un trabajo), ejerciendo una represión contra las personas que se dedican a ella, que la organizan, la explotan o la compran. La prostitución está castigada con la cárcel, con multas o con medidas reeducadoras para quien la organiza, la promueve o la ejerce.

Los argumentos esgrimidos en su defensa son:

- El Estado debe cuidar y reglamentar la moral pública en aras del interés general.
- Si no se prohíbe, se facilita el camino a aquellas personas que se hallan próximas a ella.
- Si la prostitución no es punible, es más difícil aplicar las disposiciones que prohíben la explotación ajena.
- No prohibir su ejercicio puede motivar que la opinión pública considere que los gobernantes toleran el vicio por considerarlo un mal necesario.

Abolicionismo: sistema definido como perseguidor del proxenetismo pero no de la prostitución en sí. No se prohíbe la prostitución pero tampoco se la reconoce legalmente. Suecia es un ejemplo de país abolicionista, donde la ley sanciona al cliente con multas e incluso con prisión.

Los argumentos esgrimidos en su defensa son:

- La prostitución es la violencia o abuso sexual pagado y permitido por todos.
- No existe, en general, una prostitución libre; no hay libertades posibles en el acto de la venta del cuerpo.
- Debe romperse con la identificación de la prostitución con la prostituta eximiendo al cliente.
- La prostitución no debe ser entendida como necesaria para cubrir las necesidades de los hombres.

Hoy día, este sistema aboga por políticas de intervención y rehabilitación de las mujeres prostituidas y por la intervención penal sobre los proxenetes y los clientes.

Reglamentarismo: sistema en el que se acepta la existencia de la prostitución y la puesta bajo control policial y sanitario de quien la ejerce.

Es la tendencia, difundida en Europa tras las conquistas napoleónicas, a regular administrativamente el ejercicio de la prostitución mediante sistemas de ficheros, controles sanitarios y aplicación de tasas a las utilidades. En la actualidad este sistema está vigente en Europa, bajo formas renovadas y más blandas, en una minoría de países.

Sitúa a las personas que ejercen la prostitución bajo control médico y judicial y determina en qué lugares puede ejercer la actividad. Los argumentos esgrimidos en su defensa son:

- Aumenta la seguridad física de las personas que se prostituyen.
- Acaba, en gran medida, con las redes criminales organizadas que podrían dar salida a sus prostitutas dentro de los marcos legales.
- Permite aplicar medidas de salud pública.

Las motivaciones políticas, que han sido el motor de esta regulación, parten del intento de controlar las ITS, el delito a gran o pequeña escala y evitar el escándalo público.

Incluye a las personas que ejercen la prostitución en los sistemas sanitarios pero no por razones relacionadas con la calidad de vida de la persona que se prostituye sino como una manera de aumentar la seguridad de sus clientes.

Legalizacionismo: Se considera la prostitución como una actividad laboral más, lo que permite contratos de trabajo, prestaciones sanitarias, pensión, etc.

Se persiguen los siguientes objetivos:

- Control y regulación de la explotación de la prostitución.
- Protección de la posición de las personas que se prostituyen.
- Mejora de la lucha contra la explotación de la prostitución forzada.
- Protección de los menores de edad contra los abusos sexuales.
- Disminución de las dimensiones que alcanza la prostitución ejercida por ilegales.
- Separación de prostitución y actividades criminales.

ANEXO 2. EFECTOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Nombre	Efectos psicológicos	Efectos fisiológicos	Riesgos psicológicos	Riesgos orgánicos	Dependencia Psicológica	Dependencia Física
DROGAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL						
Alcohol	<p>Desinhibición. Euforia. Relajación. Aumento de la sociabilidad. Dificultades para hablar Dificultad para asociar ideas. Descoordinación motora.</p>	<p>Los efectos del alcohol dependen de la cantidad presente en la sangre (tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre): 0,5 g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos. 1 g/l: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos. 1,5 g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores. 2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha, y visión doble. 3 g/l: estado de apatía y somnolencia. 4 g/l: coma. 5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.</p>	<p>Pérdida de memoria. Dificultades cognitivas. Demencia alcohólica.</p>	<p>El abuso crónico de alcohol está relacionado con diversos problemas de salud: Gastritis. Úlcera gastroduodenal. Cirrosis hepática. Cardiopatías.</p>	Alta	Moderada
Heroína	<p>Euforia. Sensación de bienestar. Placer (como un orgasmo, en descripción de consumidores).</p>	<p>Analgesia: falta de sensibilidad al dolor. En los primeros consumos no son raras las náuseas y vómitos. Inhibición del apetito.</p>	<p>Alteraciones de la personalidad. Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria. Trastorno de ansiedad y depresión.</p>	<p>Adelgazamiento. Estreñimiento. Caries. Anemia. Insomnio. Inhibición del deseo sexual. Pérdida de la menstruación. Infecciones diversas (hepatitis, endocarditis, etc.)</p>	Alta	Alta

Nombre	Efectos psicológicos	Efectos Fisiológicos	Riesgos psicológicos	Riesgos orgánicos	Dependencia Psicológica	Dependencia Física
DROGAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL						
Cocaína	<p>Euforia. Locuacidad. Aumento de la sociabilidad. Aceleración mental. Hiperactividad. Deseo sexual aumentado. En consumidores crónicos, a medida que desaparecen estos efectos sobreviene un estado de cansancio y apatía que puede inducir a repetir el consumo.</p>	<p>Disminución de la fatiga. Reducción del sueño. Inhibición del apetito. Aumento de la presión arterial.</p>	<p>El consumo crónico y abusivo de cocaína puede provocar importantes trastornos psíquicos, similares a los provocados por las anfetaminas, tales como ideas paranoides y depresión. La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas provocadas por las drogas. La supresión del consumo tras un período prolongado, da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, letargia, etc.</p>	<p>Pérdida de apetito. Insomnio. Perforación del tabique nasal. Patología respiratoria: sinusitis e irritación de la mucosa nasal. Riesgo de infartos/hemorragias cerebrales. Cardiopatía isquémica.</p>	Alta	Moderada
Éxtasis, MDMA	<p>Empatía. Sociabilidad. Euforia. Incremento de la autoestima. Desinhibición. Deseo sexual aumentado. Locuacidad. Inquietud. Confusión. Agobio.</p>	<p>Taquicardia, arritmia e hipertensión. Sequedad de boca. Sudoración. Contracción de la mandíbula. Temblores. Deshidratación. Aumento de la temperatura corporal (hipertermia)</p>	<p>Crisis de ansiedad. Trastornos depresivos. Alteraciones psicóticas.</p>	<p>Aumento severo de la temperatura corporal (hipertermia maligna). Arritmia. Convulsiones. Insuficiencia renal. Rabdomiólisis. Coagulopatía. Hemorragias, trombosis e infartos cerebrales. Insuficiencia hepática.</p>	Ninguna	Baja

Nombre	Efectos psicológicos	Efectos Fisiológicos	Riesgos psicológicos	Riesgos orgánicos	Dependencia Psicológica	Dependencia Física
Nicotina	Relajación. Sensación de mayor concentración	Disminución de la capacidad pulmonar. Fatiga prematura. Merma de los sentidos del gusto y el olfato. Envejecimiento prematuro de la piel de la cara. Mal aliento. Color amarillento de dedos y dientes. Tos y expectoraciones, sobre todo matutinas.	Dependencia psicológica. Reacciones de ansiedad y depresión ligadas a la dificultad para dejar el tabaco.	Faringitis y laringitis. Dificultades respiratorias. Tos y expectoraciones. Disminución de la capacidad pulmonar. Úlcera gástrica. Cáncer pulmonar. esófago, riñón y vejiga. Bronquitis y enfisema pulmonar. Cardiopatías: infartos de miocardio y anginas de pecho.	Alta	Moderada
Anfetaminas	Agitación. Euforia. Incremento de autoestima. Sentimientos de grandiosidad. Vérbora. Alerta y vigilancia constantes. Agresividad.	Falta de apetito. Taquicardia. Insomnio. Sequedad de boca. Sudoración. Incremento de la tensión arterial. Contracción de la mandíbula.	Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con delirios persecutorios y alucinaciones. Depresión reactiva. Delirios paranoides. Intensa dependencia psicológica.	Hipertensión. Arritmia. Colapso circulatorio. Trastornos digestivos.	Alta	Ninguna
Poppers	Aunque los efectos son muy cortos (apenas un par de minutos) generan: Euforia. Ligereza. Deseo sexual. Disminución de la fatiga o la tristeza.	Importante efecto vasodilatador: Vértigo. Dolor de cabeza. Aumento de la frecuencia cardiaca. Hipertensión intraocular.	No se han descrito	Para las personas que sufren alguna enfermedad del corazón la inhalación de nitritos pueden ser fatal ya que provoca taquicardia. Su mezcla con Viagra puede resultar letal.	Baja	Ninguna

Nombre	Efectos psicológicos	Efectos Fisiológicos	Riesgos psicológicos	Riesgos orgánicos	Dependencia Psicológica	Dependencia Física
DROGAS PERTURBADORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL						
Cannabis	<p>Relajación. Desinhibición. Hilaridad. Sensación de lentitud en el paso del tiempo. Somnolencia. Alteraciones sensoriales. Dificultad en el ejercicio de funciones complejas: Expresarse con claridad. Memoria inmediata. Capacidad de concentración. Procesos de aprendizaje.</p>	<p>Aumento del apetito. Sequedad de la boca. Ojos brillantes y enrojecidos. Taquicardia. Sudoración. Somnolencia. Descoordinación de movimientos.</p>	<p>El consumo diario de hachís puede ralentizar el funcionamiento psicológico del usuario, entorpeciendo las funciones relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria. Otro tanto cabe decir de la ejecución de tareas complejas que requieran lucidez mental y coordinación. Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad. En personas predisuestas, puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.</p>	<p>Su uso habitual multiplica los riesgos asociados al consumo de tabaco, favoreciendo la aparición de los siguientes problemas: Respiratorios: tos crónica y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas. Cardiovasculares: empeoramiento de síntomas en personas que padezcan hipertensión o insuficiencia cardíaca. Frecuentemente, el hachís se consume con alcohol, con lo que los efectos se multiplican y aumenta el riesgo de lipotimias.</p>	Moderada	Desconocida
LSD	<p>Alteración de la percepción, incluyendo la propia autoimagen. Hipersensibilidad sensorial. Deformación de la percepción del tiempo y el espacio. Alucinaciones. Ideas delirantes. Euforia. Confusión mental. Verborrea. Hiperactividad. Experiencia mística.</p>	<p>Taquicardia. Hipertermia. Hipotensión. Dilatación de la pupila. Descoordinación motora.</p>	<p>Reacciones de pánico (<i>mal viaje</i>). Intento de suicidio. Reacciones psicóticas. Reapariciones de alucinaciones sin que se haya consumido lasustancia (<i>flash-back</i>)</p>	<p>Dado lo esporádico de su consumo, no existen pruebas de daños físicos, siendo en la esfera psicológica donde está la mayor probabilidad de consecuencias adversas.</p>	Ninguna	Desconocida

ANEXO 3. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- **¿Qué hacer si se sospecha una ITS?**
- **¿Cómo protegerse de una ITS?**
- **ITS más frecuentes**

Las siglas ITS se emplean para referirse a las Infecciones de Transmisión Sexual, que como su nombre indica se transmiten, entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por distintos microorganismos.

En la mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la transmisión de la infección y, si no se instauro el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones.

Hay que tener en cuenta que la presencia de inmigrantes entre las personas que trabajan en la prostitución debe hacernos pensar en infecciones que hasta ahora eran poco frecuentes en nuestro medio.

¿Qué hacer si se sospecha una ITS?

Ante la sospecha de tener una ITS o tras haber realizado una práctica con riesgo para las mismas es conveniente acudir a un Centro de Salud o un Centro de ITS para realizarse una revisión.

Hay una serie de síntomas que pueden indicar que se tiene una ITS; los más frecuentes en hombres suelen ser:

- Secreción por la uretra
- Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o la boca.
- Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga.
- Dolor en los testículos, inflamación o dolor alrededor de los órganos sexuales.
- Escozor o picor alrededor de los órganos sexuales.
- Ardor y dolor al orinar o al defecar.

En otras ocasiones es posible tener una de estas infecciones aunque no se presente síntoma alguno, o los síntomas pueden desaparecer por sí mismos, pero la infección no se cura si no se recibe tratamiento.

Existen infecciones de transmisión sexual producidas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos. Estas infecciones, en el caso de los hombres, pueden producir una serie de síntomas clínicos que se engloban dentro de los siguientes síndromes:

• Uretritis

Se caracterizan por la aparición de secreción por la uretra (conducto por donde sale la orina) junto con escozor al orinar. La causa más frecuente es infecciosa. Existen dos tipos de uretritis según si su origen está producido por el gonococo o no: uretritis gonocócica y no gonocócica.

• Balanitis

Inflamación del glande. Puede estar producido por hongos.

¿Cómo protegerse de las ITS?

- Usar preservativos (masculino o femenino) al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales.
- Hablar con la pareja sexual acerca de su pasado sexual y del uso de drogas.

- Muchas ITS, incluida la infección por el VIH/sida, no presentan signos externos de enfermedad, por lo que es importante realizarse un análisis y examen de ITS cuando se haya tenido una práctica sexual de riesgo.
- Aprender a reconocer los indicios y síntomas de una ITS. Si se nota un síntoma que preocupa, ir a un centro de salud o centro de ITS a solicitar una revisión.
- Si se tiene una ITS, es conveniente que la persona/s con las que se haya tenido contacto sexual acudan al centro para ser revisadas y recibir tratamiento en caso necesario.

ITS más frecuentes [29, 30]

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS		
GONORREA	<p>Los síntomas pueden aparecer entre los 2 a 7 días (o incluso más) del contacto sexual genital, orogenital o rectal. Más del 50% de las mujeres y entre el 5 al 25% de los varones no presentan síntomas.</p> <p><u>Infección genital</u>: se caracteriza por secreción amarillenta y espesa junto con molestias al orinar.</p> <p><u>Infección faríngea (garganta)</u>: suele ser asintomática pero puede presentar molestias faríngeas.</p> <p><u>Infección anorrectal</u>: Puede haber secreción amarillenta, espesa, con picor anal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede producir complicaciones desde esterilidad, tanto en mujeres como en varones, hasta alteraciones en otros órganos (articulaciones, piel...) y también transmitirla al recién nacido en el momento del parto, produciendo conjuntivitis.
CLAMIDIASIS	<p>Con frecuencia no produce síntomas. Si éstos aparecen se manifiestan entre 7 y 21 días tras el contacto sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el varón: secreción clara y transparente acompañada de molestias al orinar (uretritis no gonocócica) - En la mujer: aumento de flujo, alteraciones de la regla o sangrado tras la relación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede causar complicaciones como esterilidad, afectación de la vejiga, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos extrauterinos: • La mujer embarazada puede transmitir la infección al feto durante el parto produciendo conjuntivitis, infecciones de oído o incluso infecciones pulmonares.
LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)	<p>Se produce en personas que tienen relaciones sexuales anales, pudiendo afectar los ganglios linfáticos alrededor del recto. Esta condición suele estar acompañada de deposiciones con sangre, defecación dolorosa, diarrea y dolor abdominal bajo. Las mujeres pueden desarrollar fístulas entre la vagina y el recto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede causar complicaciones como estenosis rectal (cicatrización y estrechez del recto) o fístula rectovaginal
SÍFILIS (TREPONEMA PALLIDUM)	<p>La sífilis es una infección crónica generalizada, que suele ser de transmisión sexual, y en la que se alternan periodos de actividad interrumpidos por periodos de latencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin tratamiento puede aparecer un periodo de latencia (sífilis latente) y tras éste pueden aparecer alteraciones a nivel cardiovascular o neurológico (sífilis terciaria).

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS		
	<p>En la mayoría de los casos la transmisión de una persona a otra se produce por contacto sexual (oral, vaginal, anal) con una lesión sifilítica. También puede producirse a través de la sangre.</p> <p>En cuanto a la clínica la mayoría de los casos son asintomáticos. En otros aparece alrededor de 20-40 días del contacto sexual una úlcera o chancro indolora, con bordes sobreelevados, en la zona que estuvo en contacto con la zona lesionada, junto con una inflamación de un ganglio regional. Desaparece entre 6-8 semanas y es lo que conocemos como sífilis primaria. Si no se trata la infección puede pasar a otra etapa que conocemos como sífilis secundaria en la que se puede producir una erupción en la piel incluidas las palmas de las manos y las plantas de los pies (cuyas lesiones son muy contagiosas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres embarazadas pueden transmitir la infección al feto pudiéndose producir abortos tardíos, muerte fetal y sífilis congénita.
GARDNERELLA VAGINALIS	<p>La vaginosis bacteriana es un síndrome producido por la sustitución de la flora vaginal normal, lo cual produce un aumento del pH vaginal y flujo maloliente y grisáceo. Se origina por un cambio en el balance de los diferentes tipos de bacteria en la vagina. Es la causa más frecuente de emisión de flujo vaginal o mal olor. Más de la mitad de las mujeres no presentan síntomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda tratamiento rutinario de las parejas sexuales porque no evita la aparición de nuevos episodios de vaginosis en la mujer. En el caso de las mujeres embarazadas puede producir complicaciones como abortos o nacimientos prematuros.
MICOPLASMAS (MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM)	<p>Es muy frecuente encontrarlos en cultivos habituales de la vagina y uretra y está relacionado con la actividad sexual y el número de contactos sexuales distintos. Si hay síntomas, aparecen entre 1 y 3 semanas tras el contacto sexual.</p> <p>- En la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Micoplasma: puede dar vaginosis bacteriana. Ureaplasma: no se ha demostrado que produzca enfermedad genital. <p>- En el varón:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ureaplasma: puede producir una secreción mucosa, transparente o blanca (uretritis no gonocócica). Micoplasma no se ha demostrado que produzca uretritis. 	<ul style="list-style-type: none"> Las complicaciones son ocasionales. En la mujer puede producir enfermedad inflamatoria pélvica o afectar al embarazo con abortos o partos prematuros.
OTROS	CHANCRO BLANDO (Haemophilus Ducreyi): lesión ulcerosa superficial, blanda y dolorosa que aparece a los 3-14	<ul style="list-style-type: none"> Es más frecuente en zonas tropicales y subtropicales del sudeste asiático.

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS		
	días de la relación sexual junto a inflamación de un ganglio inguinal. ESTREPTOCOCO GRUPO B: Muy frecuente encontrarlo en cultivos sin sintomatología. Sólo hay que tenerlo en cuenta en el caso de mujeres embarazadas, por el peligro de transmisión al recién nacido.	
INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS		
HERPES GENITAL(VHS)	Entre 2 y 20 días tras el contacto sexual aparecen unas pequeñas ampollas (perladas como cabezas de alfiler) o úlceras dolorosas cuya localización variará según la práctica sexual que ha producido la infección (primoinfección): vaginal, anal o bucogenital. Cuando la lesión desaparece el virus queda latente en el organismo y puede producir nuevas reinfecciones en situaciones de disminución de la inmunidad o estrés.	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer embarazada puede transmitir la infección al recién nacido en el momento del parto que puede ser generalizada y grave.
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	En la mayoría de los casos, la infección es asintomática. Puede aparecer entre 1 y 20 meses del contacto sexual (en los órganos genitales, anales y orales) unas lesiones irregulares, verrucosas con aspecto de coliflor, aunque también pueden presentar un aspecto aplanado. También se denominan verrugas o condilomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinados tipos de virus VPH se consideran precursores del cáncer de cuello de útero o de genitales externos. • El recién nacido puede contraer la infección en el parto por vía vaginal si la madre presenta verrugas en ese momento.
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	No sólo es de transmisión sexual. Entre 2-3 meses del contacto sexual aparecen una lesiones sobreelevadas con depresión central (a modo de ombligo) que pueden curar por sí solas.	<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión se produce por contacto directo con la lesión pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo. • En las personas con infección por VIH o cualquier otro tipo de disminución de la inmunidad las lesiones pueden llegar a ser muy extensas.
HEPATITIS A	Inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Se transmite por vía oral a partir de la ingesta de agua o comida contaminada que ha estado en contacto con excreciones fecales portadoras del virus. También se transmite al realizar prácticas oroanales. El período de incubación es de 15 a 50 días. La mayoría de las personas no presentan síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo se transmite en la fase aguda • No requiere un tratamiento específico y no deja secuelas. • La vacuna frente al virus de la hepatitis A, en nuestro país, es recomendable en caso de prácticas sexuales oroanales, y personas con otra hepatitis (B y/o C).

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS		
HEPATITIS B	<p>La transmisión se puede producir vía parenteral (transfusiones, uso compartido de jeringuillas o material de inyección, tatuajes, peircing...), vertical (de madre a hijo) y sexual.</p> <p>El periodo de incubación es de 45 a 180 días. La mayoría de las infecciones no tienen síntomas y se curan por sí solas (96% de los casos). Pero en un pequeño porcentaje la infección puede cronificar (portadores)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Está indicada la vacuna frente a la hepatitis B.
HEPATITIS C	<p>El mecanismo más importante de transmisión es a través de sangre y hemoderivados de personas infectadas. El 60-70% de las personas infectadas no presentan síntomas o los síntomas son poco evidentes.</p> <p>El riesgo de transmisión sexual es escaso, sobre todo está relacionado con prácticas sexuales de penetración anal y relaciones sexuales con la menstruación en caso de ser la mujer la portadora.</p> <p>El riesgo de transmisión sexual aumenta en caso de presentar infección por VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección con frecuencia puede cronificar (85% de portadores se hacen crónicos) y producir alteraciones más graves como la cirrosis (20-30% de los portadores crónicos). • El riesgo de transmisión de madre a hijo es bajo (5-6%).
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	<p>Produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).</p> <p>El VIH puede transmitirse por vía parenteral, sexual y vertical (de madre a hijo a través de la placenta, en el momento del parto o a través de la leche materna). Tras la práctica de riesgo deben pasar 3 meses para que se puedan detectar en la analítica los anticuerpos frente al VIH.</p> <p>La infección aguda puede no tener síntomas o dar un cuadro semejante a una gripe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de una infección de transmisión sexual hace que el riesgo de transmisión del VIH sea mayor. • La carga viral alta o la seroconversión durante el embarazo favorece la transmisión del VIH al recién nacido. • Con el paso del tiempo, y sin tratamiento específico antirretroviral, el VIH puede producir un progresivo deterioro del sistema inmunitario (encargado de las defensas frente a agresiones, infecciones...) apareciendo síntomas poco específicos (fiebre, diarrea, disminución de peso...) hasta llegar a una fase más avanzada con aparición de las enfermedades que definen el sida. Con el tratamiento actual, el periodo asintomático se ha alargado notablemente.
CITOMEGALO-VIRUS	<p>Se transmite a través de la mayoría de los fluidos orgánicos (saliva, secreciones vaginales y cervicales, semen y leche materna), por lo tanto una de las vías de infección puede ser la sexual.</p> <p>En el 80% de los casos la infección no produce síntomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede transmitirse la infección a los contactos sexuales. • En pacientes con afectación del sistema inmunitario la infección puede ser grave. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al recién nacido en el embarazo, parto o a través de la leche materna.

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS		
VIRUS DE EPSTEIN-BARR	<p>La vía de transmisión más frecuente se produce a través de la saliva (enfermedad del beso).</p> <p>La mayoría de los casos no da síntomas. En otros, puede aparecer inflamación de los ganglios, fiebre y afectación de la garganta (mononucleosis infecciosa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede producir en algunos casos aumento del tamaño del hígado o del bazo.
INFECCIONES PRODUCIDAS POR HONGOS		
CANDIDIASIS VULVO-VAGINAL	<p>Causada por un tipo de hongo (normalmente <i>Cándida Albicans</i>). Los síntomas más frecuentes incluyen picor importante y secreción vaginal de color blanco y espesa (parecida al requesón). Es frecuente que aparezca justo antes de la regla.</p> <p>Otros síntomas incluyen: dolor vaginal, quemazón en genitales externos y dolor al orinar.</p> <p>En el hombre puede dar una inflamación del glande con zonas blanquecinas, picor y escozor en dicha zona.</p> <p>El periodo de incubación es de 2 a 5 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la mujer no suele ser de transmisión sexual, sino que la <i>cándida</i> forma parte de la flora vaginal normal, y ante determinados factores como una mayor acidez del flujo vaginal, toma de anticonceptivos, o antibióticos, el embarazo, etc. pueden hacer que aparezcan los síntomas. • En los hombres la transmisión sexual es lo más frecuente. • Sólo hay que tratar a la pareja sexual si presenta síntomas. • Si la madre en el momento del parto presenta una candidiasis vaginal el recién nacido puede tener una mayor predisposición a presentar lesiones de muguet oral (placas blanquecinas en mucosa bucal, causada por las <i>cándidas</i>).
INFECCIONES PRODUCIDAS POR PARÁSITOS		
TRICHOMONA VAGINALIS	<p>Generalmente causa una infección vaginal. El flujo vaginal puede ser espumoso, oler mal y aparecer con sangre. Se acompaña de picor en la vagina, inflamación de ganglio en la ingle y dolor al orinar.</p> <p>Los síntomas aparecen entre 3 y 28 días después de la infección.</p> <p>Es muy raro que los hombres muestren síntomas y, a veces, las mujeres tampoco los tienen.</p>	
PIOJOS PÚBLICOS O LADILLAS	<p>Los síntomas más comunes son: fuerte picor en la zona genital o en el ano y aparición de piojos o huevos de color blanco en el vello púbico.</p> <p>También puede afectar cualquier área con pelo (por ejemplo los muslos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se transmiten por contacto íntimo o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada (teniendo en cuenta que la ladilla no puede vivir más de 24 horas fuera de su huésped).

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS		
SARNA	<p>Los síntomas más comunes son picor muy fuerte, normalmente por la noche y erupciones que aparecen a modo de líneas de color grisáceo con una sobre-elevación en uno de los extremos de predominio en palmas de las manos, entre los dedos, en la zona palmar de la muñeca, pliegue de las rodillas, axilas y nalgas. En las personas que ya han estado en contacto con el parásito las lesiones aparecen antes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se transmiten por contacto íntimo o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada. • En personas con depresión del sistema inmunitario el cuadro clínico puede tener mayor gravedad.
OTRAS		
INFECCIONES PRODUCIDAS POR MICROORGANISMOS INTESTINALES TRANSMITIDOS POR VIA SEXUAL	<p>Clásicamente de transmisión a través de la ingesta de aguas o alimentos contaminados. Sin embargo la transmisión es posible con las prácticas sexuales oroanales. Destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bacterias: Salmonella, Shigella y Campylobacter. • Protozoos: Criptosporidium, Ameba Histolítica, Giardia Lamblia. • Helmintos ("gusanos") como Enterobius vermicularis. <p>Pueden producir diarrea, fiebre y dolores abdominales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede transmitir a los contactos sexuales dependiendo de las prácticas sexuales realizadas (oroanales). • La ameba puede producir complicaciones en el hígado.

ANEXO 4. MODELOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE LAS ONG'S EN PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS ITS EN TRABAJADORES DEL SEXO

Modelos de buena práctica relatados por orden de implantación del programa.

CRUZ ROJA ASTURIAS	
Nombre	Intervención socio-sanitaria con trabajadores/as sexuales.
Comunidad Autónoma	Asturias.
Área	Personas que ejercen la prostitución (hombres, mujeres o transexuales) en cualquier ámbito (piso, club calle...).
Año de inicio	1998.
Persona de contacto	Vanessa Novoa Ordóñez.
Información de contacto	Dirección: C/ Martínez Vigil 36 33010 Oviedo Teléfono: 985 20 96 35/985 20 8215 Fax: 985 22 92 80 E-mail: vaneno@cruzroja.es
Implementación	Cruz Roja Juventud
Recursos	Las vías de financiación han ido cambiando desde el inicio del proyecto. En 2005, el proyecto se sustenta gracias al premio concedido, en 2004, por la Fundación La Caixa y dotado con 20.000. Con respecto al material preventivo, el proyecto cuenta con el apoyo del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias y con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Recursos humanos: 1 coordinadora y 9 voluntarias/os.
Objetivos	<p><u>Objetivos generales</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las condiciones de vida del colectivo de trabajadoras y trabajadores sexuales. 2. Prestar servicios al colectivo de trabajadoras y trabajadores sexuales. <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar las condiciones de vida de este colectivo desde la perspectiva de la salud, la información y la prestación de servicios. 2. Realizar un censo de la población del colectivo de trabajadores y trabajadoras sexuales en Asturias. 3. Facilitar los mecanismos de análisis y detección de problemáticas asociadas a la prostitución desde un recurso social de atención especializada. 4. Utilizar la técnica de trabajo del street work o trabajo de calle para entablar contacto directo con los trabajadores y trabajadoras sexuales. 5. Potenciar la figura de las mediadoras y mediadores culturales como trabajadoras y trabajadores sexuales que sirven de puente entre la cultura de origen y la nueva cultura del país de residencia. 6. Favorecer estrategias que permitan a las trabajadoras y trabajadores sexuales inmigrantes conocer y hacer buen uso de los distintos servicios y recursos existentes en Asturias. 7. Promocionar el sentido de pertenencia a la comunidad fuera de la escena de la prostitución. 8. Prestar especial atención a los trabajadores y trabajadoras sexuales de alto riesgo, a las trabajadoras y trabajadores sexuales más jóvenes, a los y las expresidarios/as, drogodependientes y seropositivos/as. 9. Potenciar la creación de grupos y organizaciones de trabajadores y trabajadoras sexuales. 10. Sensibilizar a la comunidad en materia de violencia de género y violencia antigay. 11. Crear y divulgar una guía de mediación en materia de trabajo sexual.

Antecedentes	<p>Desde el año 1998 al 2000 Cruz Roja Juventud - Asturias en Gijón desarrolló un proyecto piloto para la reducción del daño en trabajadores sexuales masculinos. Como iniciativa pionera en España contó con el apoyo y el respaldo del Ayuntamiento de Gijón y de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Gijón. Este proyecto piloto tuvo como antecedentes dos experiencias, una de ellas desarrollada en el área del Parque Zoo en Berlín (Alemania) y otra, en los cinturones industriales de la ciudad de Bogotá (Colombia). Igualmente, para la implementación de este proyecto se llevó a cabo una investigación acerca de las condiciones de vida de los trabajadores sexuales masculinos en Asturias. En el año 2000 se incluyeron como población diana a mujeres y transexuales trabajadoras del sexo y se amplió el campo a otras zonas de Asturias fuera del radio de Gijón.</p>
Actividades principales	<p><u>Intervención y trabajo de calle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información en temas sanitarios, sociales, de formación y empleo... • Asesoramiento. • Derivación y acompañamiento a los distintos recursos (unidades de ITS, padrón, hospital, centros de salud...). • Acompañamiento y seguimiento del tratamiento de los/as trabajadores/as sexuales seropositivos. • Visitas y seguimiento quincenal de los pisos y los clubes. • Desarrollo de talleres y charlas en clubes y pisos de contactos. • Reparto de preservativos y lubricantes. • Diseño, impresión y reparto de folletos de información y prevención. • Desarrollo de talleres de sexo seguro. <p><u>Investigación social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del número, distribución, características y condiciones de vida de los trabajadores y las trabajadoras sexuales en Asturias. <p><u>Establecimiento y mantenimiento de enlaces con la comunidad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enlaces con los distintos recursos y servicios comunitarios que puedan ser de utilidad para los/as trabajadores/as sexuales. • Visitas periódicas y contacto telefónico. • Participación en la Red Estatal de Organizaciones y Proyectos de Prostitución (ROPP). • Participación en la red europea TAMPEP (Transnational AIDS/STI Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe/Project). • Participación en la red europea ENMP (European Network Male Prostitución). <p><u>Captación e Intervención del voluntariado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Captación del voluntariado. • Formación del voluntariado. • Intervención del voluntariado. • Seguimiento del voluntariado.
Resultados, 2004	<p>Los resultados obtenidos en el año 2004 son, a groso modo, los que se describen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento fiable de la dimensión actual de la prostitución femenina y masculina en las ciudades de Gijón y Oviedo. • Incremento de la sensibilización ante prácticas de riesgo entre los trabajadores y trabajadoras sexuales. • Alto grado de satisfacción de los/as trabajadores/as sexuales, reflejado en la grata aceptación y acogida en sus pisos. • Alto grado de satisfacción del voluntariado, reflejado en la continuidad y motivación en el programa. • Alto nivel de compromiso mantenido por parte de los/as voluntarios/as y que ha posibilitado el adecuado desarrollo del programa. • Correcta relación con las coordinaciones establecidas. • Visitas quincenales a pisos y locales. • Atención a más de 240 trabajadores/as sexuales. • Reparto de, aproximadamente, 10.000 preservativos y 3.000 lubricantes. • Seguimiento de 4 personas seropositivas en su adhesión al tratamiento. • Desarrollo de dos talleres de sexo seguro (uno en Gijón y otro en Oviedo) de 4 sesiones cada uno. • Más de 100 derivaciones a las unidades de ITS de Asturias. • Muy buena coordinación con las unidades de ITS.

Evaluación	<p>Se realiza una evaluación de proceso, mediante la medición de los siguiente indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad de las reuniones con los/as voluntarios/as: una reunión cada quince días. Dichas reuniones facilitan el adecuado seguimiento de cada caso y proporcionan al voluntario/a retroalimentación sobre sus actuaciones. Al mismo tiempo, son necesarias para resolver las dudas que surgen en el trabajo de acercamiento. • Grado de seguimiento de los TMS mediante el registro de contactos mantenidos fundamentalmente con las unidades de ITS y con el Hospital Central de Asturias. • Grado de satisfacción de usuarios del programa: agradecimientos, petición de que sigamos en contacto, etc. realizada por los/as trabajadores/as sexuales. • Grado de satisfacción de los/as voluntarios/as del programa. Los talleres de sexo seguro en los que se evalúan con un pretest y un postest para diferenciar el grado de conocimientos y actitudes antes y después del taller.
Experiencias aprendidas	<p>La enorme variabilidad en cuanto a condiciones de vida, procedencias, educación, formación... de los trabajadores sexuales. Por ello, uno de los puntos más fuertes del proyecto es la flexibilidad con la que se lleva a cabo en cuanto a horarios (mañana, tarde y/o noche) y lugares (sede de Cruz Roja, pisos de contactos, locales, cafeterías, Unidades de ITS...). Esto se consigue gracias al voluntariado y a su disposición, dedicación y motivación desde el año 2002, fecha en la que se han incorporado. Toda la labor que desde el proyecto se hace está adecuadamente respaldada y continuada por las unidades de ITS. Como negativo, es destacable la inestabilidad del programa debida a falta de financiación.</p>

ÀMBIT PREVENCIÓ. BARCELONA	
Nombre	Àmbit Home, programa de reducción de daños para trabajadores del sexo.
Comunidad Autónoma	Barcelona ciudad.
Área	Trabajo sexual: personas de sexo masculino que ejercen la prostitución (varones y transtérminos) y usuarios de la prostitución.
Año de inicio	1999.
Persona de contacto	Mercè Meroño Salvador
Información de contacto	Dirección de correo postal: Aribau 154 3r Teléfono: 93 317 70 59 • Fax: 93 218 1379 • E-mail: ambitome@ambitprevencio.org
Implementación	Àmbit Prevenció
Recursos	Subvencionado por el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Dotación anual: 20.068. Recursos humanos: 1 coordinadora y 2 educadores.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención de ITS, especialmente VIH/sida, sífilis, gonorrea, condilomas y hepatitis (A,B, C). 2. Fomentar la detección de enfermedades de transmisión sexual y favorecer su tratamiento, el uso del preservativo en todas las prácticas sexuales, el uso de lubricantes con base de agua y la ayuda mutua. 3. Contactar con el mayor número posible de trabajadores sexuales. 4. Ofrecer formación en habilidades específicas de negociación de medidas preventivas. 5. Acercar a los trabajadores del sexo a los recursos sanitarios y sociales. 6. Sensibilizar a los propietarios de los locales y a los trabajadores no sexuales sobre la importancia de practicar sexo más seguro.
Antecedentes	Programa iniciado tras la investigación "Estudi-intervenció sobre homes treballadors del sexe de Barcelona" (M. Meroño y F. Benjumea, 1999-2000). Se investigó sobre las condiciones sociales, sanitarias y los estilos de vida/prácticas de riesgo en relación al VIH y otras ETS mediante entrevistas a 150 TMS y la observación participante. El objetivo fue conocer las necesidades de los TMS antes de intervenir educativa y preventivamente.

Actividades principales	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención de los educadores con visitas periódicas a los espacios habituales de prostitución: calle, pisos privados y gestionados, y clubes. • Elaboración y distribución de material impreso específico (propios y ajenos). • Realización de talleres salud sexual, remunerados y en coordinación con Stop-Sida. • Reedición del libro Taller de Salud Sexual, con los contenidos abordados en los talleres de salud (elaborado conjuntamente por Àmbit Prevenció y Stop Sida). • Distribución de material preventivo (preservativos y lubricantes) en las salidas y en el local del programa (Sant Rafel, 16. Barcelona). • Permanencias semanales de los educadores en la sede del programa para dar información individual y confidencial a TMS sobre temas sociales y sanitarios. • Derivaciones a los servicios sanitarios, especialmente a la Unidad de ETS, en el día de atención preferente a los usuarios de diversos programas de Àmbit Prevenció (hombres, mujeres y transgéneros) • Edición y distribución de la revista propia Àmbit Home (3 números/año). • Prueba de detección de anticuerpos anti VIH. • Detección de peers para su posterior formación e intervención activa en la convocatoria de los talleres. • Mantener contacto con los trabajadores sexuales por e-mail. • Reuniones de coordinación con entidades partipantes o servicios sociosanitarios con los que se colabora. • Reuniones semanales de cordinación, evaluación y planificación de estrategias entre los educadores y la coordinadora.
Resultados, 2004	<p>Desde el inicio del programa se ha contactado con 1400 trabajadores masculinos diferentes.</p> <p>En 2004 se efectuaron 89 salidas, 10 de ellas a la calle. Se contactó con 328 TMS; de ellos, el 45% era usuario antiguo y el 10% se captó en la calle. El 67% de los TMS se declaró homo o bisexual (este porcentaje es menor entre los TMS de calle). El 70% tenía una edad comprendida entre los 20 y 29 años. El 61% procedía de Centro-Sudamérica o del Caribe aunque los TMS que ejercen en la calle son, fundamentalmente, de origen magrebí.</p> <p>Seis usuarios, principalmente latinoamericanos, visitaron el servicio con el objeto de obtener material preventivo e información para regularizar su situación administrativa.</p> <p>Se han realizado 5 talleres (meses de febrero, abril, junio, octubre y diciembre) en los que han participado 22 TMS. De éstos, el 59% era latino y el 14% autóctono. El 5% tenía alguna dificultad idiomática. El 55% tenía una antigüedad inferior a un año en el trabajo sexual. La valoración de los talleres fue buena con respecto a los conductores de los talleres, y la información sobre el preservativo, los lubricantes y el VIH/sida. Un poco menos valorados fueron los temas referidos a la información sobre los recursos sanitarios, las ITS y las hepatitis.</p>
Evaluación	<p>Anualmente, se realiza una evaluación de proceso y se publica una memoria con los resultados del programa. En los talleres, los TMS responden un cuestionario post-intervención para valorar sus contenidos, el profesorado y los horarios.</p>
Experiencias aprendidas	<p>El colectivo de TMS es diverso y heterogéneo. Factores como la percepción de su sexualidad, la cultura de origen, el grado de profesionalidad, su estatus legal, etc. hacen necesarias unas atenciones específicas en cada caso y un constante reciclaje por parte de los educadores.</p> <p>Los TMS agradecen y aceptan el material preventivo y la información sobre el VIH/ITS aunque la especificidad de su trabajo hace difícil la tarea de conseguir que acudan a centros médicos para controles y vacunas.</p> <p>La gran movilidad y cambios de los TMS hacen que cada intervención tenga que ser optimizada al máximo porque puede ser la primera y la última.</p> <p>El trabajo de contacto en la calle debe ser una prioridad ya que los TMS están menos profesionalizados (suelen ser esporádicos) y tienen menor percepción de riesgo. El abordaje de la sexualidad en este colectivo ha de ser abierto, y no partir de posturas que los clasifiquen rígidamente y/o de manera estereotipada. Los talleres de salud sexual son una de las estrategias más efectivas para la difusión mensajes de prevención correctos ya que los TMS disponen de tiempo, participan y encuentran un espacio donde expresar sus dudas con libertad y sin actores extraños.</p>

FUNDACIÓN TRIÁNGULO. MADRID	
Nombre	Prevención de VIH/sida en TMS.
Comunidad Autónoma	Comunidad Autónoma de Madrid.
Área	Atención a varones que practican la prostitución en la calle, locales o lugares públicos, ya sea con hombres o con mujeres.
Año de inicio	1.999.
Persona de contacto	Iván Zaro Rosado
Información de contacto	C/ Eloy Gonzalo, 25, 1º Ext D - 28010 Madrid Teléfono: 91 593 05 40 • Fax: 91 593 05 40 • E-mail: salud@fundaciontriangulo.es
Implementación	Fundación Triángulo.
Recursos	En 2004, el programa recibió subvenciones tanto públicas como privadas de las siguientes entidades: Plan Nacional sobre el Sida, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y Obra Social Caja Madrid. Las subvenciones concedidas para llevar a cabo el proyecto durante 2004 ascendieron a 73.830€.
Objetivos	<p><u>Objetivo general</u> Favorecer los comportamientos preventivos de los TMS para reducir su vulnerabilidad ante el VIH/sida mediante la reducción de todas aquellas barreras físicas, psíquicas o sociales que mantengan o incrementen la realización de prácticas de riesgo.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer la comprensión e interiorización de información preventiva, de acceso al sistema sanitario y a los recursos asistenciales, especialmente los enfocados al VIH y ETS, atendiendo a las diferencias culturales de la población inmigrante y haciendo especial hincapié en la población latina, magrebí y de Europa del este. 2. Informar y sensibilizar acerca del efecto de pérdida de control que incide en el comportamiento preventivo causado por el abuso de drogas y alcohol. 3. Dotar a los TMS de conocimientos y habilidades para negociar el consumo de drogas y prácticas sexuales más seguras con los clientes y las parejas no comerciales. 4. Consolidar las redes nacionales y europeas de ONGs que trabajan de modo directo o indirecto en el área de la prostitución masculina. 5. Consolidar la presencia de material preventivo (preservativos, lubricantes y folletos) en lugares donde se ejerce la prostitución.
Antecedentes	
Actividades principales	<ul style="list-style-type: none"> • Información y asesoramiento sobre temas de salud y prevención de VIH/sida/ITS. • Acompañamiento para realizar el test del sida. • Talleres de sexo seguro. • Talleres de educación de pares. • Asesoramiento y acompañamiento a TMS inmigrantes para gestionar el empadronamiento y la tarjeta sanitaria. • Derivación de los TMS inmigrantes a otras ONG's y organismos gubernamentales para temas relacionados con el asesoramiento jurídico y la búsqueda de empleo. • Servicio de búsqueda activa de empleo. • Apoyo emocional y asesoramiento psicológico. • Intervención socioeducativa en drogodependencias. • Elaboración de materiales tanto escritos como audiovisuales. • Trabajo de aproximación: reparto de preservativos y lubricantes, e información sobre actividades de la ONG y recursos socio sanitarios en las calles, locales y pisos donde se ejerce la prostitución.

Resultados, 2004	<p>Resultados cuantitativos del programa:</p> <p><u>Personas atendidas</u> Hombres españoles: 18 Hombres extranjeros: 221 Nuevos españoles: 10 Nuevos africanos: 23 Nuevos latinoamericanos: 87 Nuevos europeos: 37 UDVP activos: 6</p> <p><u>Personas derivadas a servicios sanitarios</u> Detección ETS y VIH: 22 Planificación familiar: 1 Otros problemas de salud: 11</p> <p><u>Personas derivadas a tratamiento</u> Uso de drogas inyectadas: 1</p> <p><u>Personas derivadas a servicios sociales</u> Comedores: 17 Bolsas de trabajo: 19 Cursos, formación: 11 Empadronamiento, tarjeta sanitaria: 17 Albergues: 8</p> <p><u>Intervenciones en la calle</u> Intervenciones con TMS: 2.364 Intervenciones con clientes: 1.284</p> <p><u>Condomes repartidos</u>: 820 semanales (aprox.) <u>Lubricantes repartidos</u>: 480 semanales (aprox.)</p>
Evaluación	<p>Se realiza una evaluación de proceso, mediante reuniones semanales del equipo de salud, a fin de adaptar las actividades en función de las carencias y necesidades detectadas en el programa durante el transcurso de su ejecución. En este sentido es destacable la adaptación de las intervenciones a las diferentes culturas de los TMS.</p>
Experiencias aprendidas	<p>La presencia continuada de los educadores de calle en los lugares donde se ejercen la prostitución ha permitido que tanto los educadores como la ONG sean un referente para los TMS a fin de obtener información sobre el VIH/sida /ITS y solventar problemas sanitarios o sociales. Igualmente ha favorecido el desarrollo de intervenciones más complejas al establecerse una relación de mayor confianza y la colaboración de los TMS para acceder a aquellos que desconocen el programa o acaban de llegar a la ciudad.</p> <p>El contacto con TMS magrebíes es complicado por sus peculiaridades culturales. El trabajo con líderes dentro del grupo facilita el acceso a esta comunidad.</p> <p>Se ha observado un aumento notable de TMS procedentes de Bulgaria y Rumanía. Dadas sus creencias sobre la infección por el VIH/sida, la prostitución y la homosexualidad ha sido necesario trabajar con un mediador sociocultural búlgaro que hiciera de puente y facilitara las intervenciones.</p> <p>En muchas ocasiones el seguimiento de casos se ve interrumpido por el traslado de los TMS a otras ciudades. Cuando esta situación se da, es importante ofrecerles información sobre otros proyectos de atención a TMS en la ciudad o país a la que se trasladan o en su defecto organizaciones donde puede conseguir material preventivo de forma gratuita.</p> <p>Durante el desarrollo del proyecto hemos comprobado que son muchas las carencias que rodean a los TMS y que no basta con una intervención informativa y de prevención de VIH para conseguir algún cambio en la realidad de estas personas. Es necesario involucrarse en su mundo y trabajar desde las directrices que hemos recogido de los propios TMS.</p>

STOP SIDA. CATALUÑA	
Nombre	Servicio de información y atención a trabajadores sexuales.
Comunidad Autónoma	Cataluña.
Área	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres transexuales que ejercen la prostitución en locales, calle y a través de internet. • Usuarios de la prostitución.
Año de inicio	2001.
Persona de contacto	Luis Villegas Negró.
Información de contacto	Stop Sida Federación coordinadora gai-lesbiana Finlàndia 45 08014 Barcelona www.stopsida.org / luis@stopsida.org Telf.:93 298 05 88 • Fax: 93 298 05 89
Implementación	Stop Sida.
Recursos	En 2004 el programa recibió subvenciones de la Generalitat de Catalunya y del Ajuntament de Barcelona de 7.800 € y 3.500 €, respectivamente.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar sobre las prácticas sexuales seguras y prácticas de riesgo para la infección por el VIH/sida. 2. Promocionar la salud sexual y el asociacionismo de las transexuales. 3. Promocionar el desarrollo comunitario de los TMS: participación en la toma de decisiones del proyecto, creación de espacios y servicios dirigidos por y para TMS. 4. Promocionar la participación de las transexuales y TMS en talleres de sexo más seguro. 5. Ofrecer preservativos y lubricantes de manera gratuita a las transexuales y TMS. 6. Fomentar el diagnóstico precoz del VIH/ITS, y su tratamiento, así como el acercamiento a los servicios sanitarios. 7. Ofrecer los servicios disponibles en stop sida, la Coordinadora gai-lesbiana y Àmbit Prevenció (asesoría jurídica, asesoría psicológica, prueba del VIH, counseling...) y facilitarles el acceso a aquellos otros que sean de su interés.
Antecedentes	<p>Los TMS constituyen una población muy heterogénea con una amplia diversidad cultural, económica y educativa. Aunque los TMS tienen en común el trabajo sexual, no existe una identidad como TMS que llegue a generar una organización como grupo o asociación que luche por sus propios derechos como colectivo. Entre sus principales necesidades destaca el cuidar su salud, tanto como hombres como TMS.</p> <p>Los educadores de calle de stop sida han intervenido en las saunas gays de Barcelona desde 1998. En una de ellas, donde se ejercía la prostitución masculina, se detectó que los TMS necesitaban una información más amplia y específica en materia de salud sexual.</p> <p>El cambio de dueño de esta sauna junto con la aplicación de una nueva política en la gestión del mismo originó que una parte de los TMS, mayoritariamente de origen magrebí, se trasladara a ejercer su trabajo a la zona que históricamente ha estado ligada al ejercicio de la prostitución: Santa Mónica en las Ramblas. Ambas situaciones generaron que los ámbitos de actuación del proyecto se centraran en las saunas y en la calle.</p> <p>En el año 2000 la integración del colectivo de transexuales en la sede de la Coordinadora Gai Lesbiana, federación a la que pertenece stop sida, permitió conocer que un alto número de transexuales se dedicaba a la prostitución. Esta constatación originó el desarrollo de un programa específico que respondiera a sus necesidades de información sobre VIH/sida/ITS, salud sexual y acceso a material preventivo (preservativos, lubricantes...).</p>

	Cada vez es más frecuente que muchos TMS contacten con los clientes y promocionen sus servicios sexuales a través de webs específicas o personales. Este hecho ha originado el desarrollo de una intervención dirigida a alcanzar a los TMS que se anuncian en internet.
Actividades principales	<p><u>Actividades en la sede:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y asesoramiento sobre salud sexual y prevención de VIH/sida. • Reparto de kits de prevención (preservativos, lubricantes y material informativo). • Asesoramiento socio-laboral y derivaciones a otras ONG's y recursos socio-sanitarios. • Servicio de la prueba del VIH/sida. • Asesoría jurídica y psicológica • Servicio de ciber-café gratuito. <p><u>Talleres de sexo seguro</u> (junto con Àmbit Prevenció):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Talleres exclusivos para TMS. • 2 Taller exclusivo para mujeres transexuales. • 2 Taller de seguimiento. <p><u>Intervenciones en Internet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Listado de email de los usuarios: envío de información de actividades del servicio. • Información del servicio a través de chats y foros. • Microsite del servicio. • Foro de participación abierto. <p><u>Intervenciones en saunas y calle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto de preservativos y lubricantes junto con información útil sobre los recursos socio-sanitarios y actividades del servicio. Las zonas y el horario es el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Zona de Ramblas (Santa Mónica): los martes de 18 a 21h. • Saunas: los viernes de 17 a 20h. <p><u>Grupos focales:</u></p> <p>Creación puntual de grupos de TMS para que se involucren en la toma de decisiones de determinadas actuaciones dirigidas a ellos: material impreso, contenido de talleres, contenidos de la web, talleres sobre temáticas del trabajo sexual...</p>
Resultados, 2004	<p><u>Intervenciones en la sede:</u></p> <p>56 personas atendidas: 47 hombres y 9 mujeres transexuales. 10 de esas personas de continuidad del año 2003.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Origen de los TS: Brasil (23), España (6), Colombia (5), República Dominicana (4), Perú (3), Ecuador (2), Uruguay (1) México (1), Bulgaria (1), Rumania (1), Cuba (1), No sabe/no comunica (8) • Perfil de las personas atendidas: Personas que han venido por primera vez durante el 2004: 46 (82'1%) Personas que han venido más de una vez: 32 (57'1%) Personas que han hecho algún tipo de demanda o necesidad: 24 (42'8%) Personas que han sido derivadas: 20 (35'7%) • Consultas: Prueba del VIH: 12. Vacunación de la Hepatitis A y B:5. ITS: 8. Regularización de la residencia: 9. Regularización de la tarjeta sanitaria: 9. Bolsas de trabajo: 4. Servicios para personas VIH+: 1.
Evaluación	<p>La evaluación de los talleres realizados en el 2004</p> <p>Al finalizar los talleres, los 22 participantes completaron un cuestionario de evaluación; las valoraciones asignadas a los distintos ítems iban de 1 (muy malo) a 5 (muy bueno):</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Conductores de los talleres: 5 (90,9%), 4 (9,09%). • Información sobre el preservativo: 5 (100%). • Información sobre lubricantes: 5 (90,9%), 4 (9,09%). • Información sobre el HIV/sida: 5 (86,4%), 4 (13,6%). • Información sobre ITS: 5 (81,8%), 4 (18,1%). • Información sobre diferentes tipos de hepatitis: 5 (72,7%), 4 (22,7%), 3 (4,5%) • Información sobre los recursos sanitarios: 5 (86,3%), 4 (9,09%), 3 (5%). <p>Además, los participantes valoraron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La participación del grupo: muy alta (5), alta (9), media (5). • Duración del taller: aceptable (11), larga (3), muy larga (4), buena (3). • Horario del taller: muy bueno (6), aceptable (12), regular (3), muy malo (1).
<p>Experiencias aprendidas</p>	<p>Entre las claves del éxito del programa son destacables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de los educadores en las zonas de prostitución: la presencia continuada, en días y horarios fijos, en las saunas y en la calle ha convertido a los educadores en un referente para consultas relacionadas con la salud sexual además de generar confianza hacia los servicios que se ofertan. Igualmente, facilita el acceso de los TMS al material preventivo (preservativos, lubricantes, guías de salud sexual y folletos específicos). • Actividades en la sede de la organización: los TMS que acuden a la sede de stop sida tienen una entrevista personal con el coordinador del programa. Esto, además de facilitar el seguimiento personalizado de cada TMS, ha permitido establecer una relación de mayor confianza y tratar las consultas realizadas con mayor profundidad. En la entrevista se fomenta el empoderamiento de los TMS ofertando su participación en el proyecto e informando de la existencia de grupos de debate. Por otra parte, el programa dirigido a los TMS se ha dotado de diversos servicios como son: asesoría socio-laboral, asesoría jurídica y psicológica, y prueba del VIH/sida. • La elaboración de un material específico informando del programa dirigido a los TMS ha generado una visión más clara y amplia de los servicios que se ofrecen además de promocionar el programa. • Internet como herramienta de trabajo: creación de una microsite específica para TMS como apoyo a las intervenciones realizadas en los chats y en los foros. Por otra parte, el email se ha convertido en un instrumento para contactar con los TMS mediante el cual se les envía información sobre talleres y actividades que realiza stop sida así como noticias que puedan ser de su interés. Internet se ha convertido en una herramienta de trabajo a fin de alcanzar a TMS que no acuden a los locales y zonas de prostitución tradicionales. <p>En cuanto a las dificultades, éstas se derivan de las intervenciones realizadas en la calle (zona de las Ramblas). El inicio de actividades preventivas en lugares donde la prostitución no es visible y, muchas veces, está ligada a relaciones de protección cliente-TMS lleva consigo un proceso lento de darse a conocer y de crear confianza tanto con los trabajadores sexuales como con los clientes. Las intervenciones, además de en la calle, también se realizan en una cafetería que clientes y TMS utilizan como lugar de encuentro donde, dado que no es un local de ambiente gay, la visibilidad del educador y el reparto de material preventivo tienen que ser discretos. Por otra parte, es frecuente encontrar en la calle TMS procedentes del Magreb y de Europa del Este. En estos casos, la intervención está dificultada por el idioma y la concepción que los TMS tienen sobre la sexualidad y el sida.</p>

CONVIHDA. CÓRDOBA	
Nombre	Pasihom.
Comunidad Autónoma	Andalucía. La intervención se lleva a cabo en Córdoba.
Área	Trabajadores masculinos del sexo.
Año de inicio	2002.
Persona de contacto	Rosa Domínguez Jiménez.
Información de contacto	Dirección de correo postal: C/ sagunto s/n (Edificio de Cruz Roja) 14007 - Córdoba Teléfono: 957-43 03 92 Fax 957-441007 E-mail: convihda@telefonica.net
Implementación	Convihda
Recursos	El Programa está subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional sobre el Sida) con 10.000€. Los recursos humanos son: una coordinadora, una monitora de calle y un voluntario.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre las prácticas sexuales seguras y prácticas de riesgo en la prevención del VIH/sida e ITS. • Optimizar el nivel de información y formación de los trabajadores sexuales sobre el VIH/sida e ITS. • Facilitar el acceso a los servicios sanitarios, entidades o programas de prevención del VIH/sida. • Reducir la prevalencia de VIH y ETS en los TMS a través de la dotación de herramientas eficaces que les empoderen y les faciliten la adopción de medidas preventivas. • Promover el asociacionismo entre los trabajadores sexuales. • Fomentar la participación de los TMS en los programas de prevención del VIH.
Antecedentes	<p>En el año 2002, los resultados del estudio EPI-VIH del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III ponían de manifiesto que el 50,7% de los 284 casos que dieron positiva la prueba del VIH fueron hombres homosexuales. Con relación a los TMS y según el mismo estudio la seroprevalencia era del 11%. Estas cifras justificaban la necesidad de implementar un programa de prevención dirigido a trabajadores masculinos del sexo.</p> <p>Por otro lado, el análisis de las consultas telefónicas recibidas en los 6 últimos meses de 2001 en Convihda ponían de manifiesto que el 34,9% de las consultas las realizaban hombres y de ellos, el 24,4% eran clientes de prostitución y cuyas consultas eran referentes a prácticas de riesgo que habían tenido e información sobre síntomas de infección por VIH.</p> <p>Se hizo un estudio de necesidades en Andalucía, Extremadura y Castilla la Mancha, y sólo Cruz Roja Málaga intervenía con TMS.</p>
Actividades principales	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de información escrita sobre la infección por el VIH/sida y otras ITS. • Distribución de material preventivo (preservativos y lubricantes). • Información y asesoramiento directo sobre la infección por el VIH y otras ITS, mecanismos de transmisión y medidas preventivas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de los beneficios del diagnóstico precoz del VIH, la vacunación frente a las hepatitis y las revisiones médicas periódicas. • Derivación de las personas inmigrantes a asociaciones pro inmigrantes para la gestión de la tarjeta sanitaria. • Atención individual fundamentalmente para desahogo emocional. • Talleres de salud sexual. <p>La distribución del material preventivo e informativo en los pisos la realizan la monitora de calle y un voluntario. Si durante la distribución los TMS tienen alguna consulta concreta que se pueda tratar en el momento se lleva a cabo en el momento pero si requieren otro tipo de atención se concreta una cita fuera del lugar de trabajo. Actualmente casi todos los TMS de pisos vienen a la Asociación para este tipo de intervención y son atendidos de manera integral por el equipo multidisciplinar de la asociación.</p> <p>En las zonas de sexo rápido la intervención es más compleja y menos eficaz, se entrega sólo material preventivo y una tarjeta del programa por si los TMS quieren contactar con nosotros. La intervención es muy rápida porque los TMS no quieren que nos vean los clientes. A estas acuden siempre dos personas: monitora de calle y la coordinadora del programa.</p>
Resultados 2004	<p>Se han distribuido 12.486 preservativos y 2.695 lubricantes en 19 puntos de intervención distintos.</p> <p><u>Número de TMS atendidos:</u> 286</p> <ul style="list-style-type: none"> • en pisos: 235 • en zonas de sexo rápido: 47 • en bares de ambiente gay: 4 <p><u>Talleres de salud sexual, VIH/Sida y ETS:</u></p> <p>Se han realizado dos talleres en los que participaron 18 TMS. 6 de los participantes residen actualmente en la ciudad y acuden a la asociación.</p> <p><u>Material informativo distribuido:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 374 folletos del programa Pasihom • 2576 folletos de otras entidades (Stop Sida, Gais Positius, Fundación Triángulo).
Evaluación	<p>Se pasó un cuestionario a los TMS contactados aunque los 42 captados en las zonas de sexo rápido se negaron a realizarlo. Los resultados obtenidos, correspondientes a 51 encuestas fueron los siguientes:</p> <p><u>Edad media:</u> 25,7 años.</p> <p><u>País de origen:</u> 25,4% España, 70,5% Latinoamérica, 3,9% África.</p> <p><u>Usan el preservativo con los clientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Siempre: 52,9% Casi siempre: 27,4% A veces: 15,6% Nunca: 3,9% <p><u>Usan lubricante con los clientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Siempre: 37,2% Casi siempre: 23,5% A veces: 35,2% Nunca: 3,9% <p><u>Se le ha roto el preservativo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Más de una vez: 45% Una vez: 41,1% Nunca: 13,7% <p><u>Resultados de la prueba de VIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Positivo: 11,7% Negativo: 72,5% Sin prueba: 15,6% <p><u>Frecuencia con que se hacen la prueba de VIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tres veces al año: 62,7%

	<p>Dos veces al año: 11,7% Una vez al año: 9,8% Ninguna vez: 15,6%</p> <p><u>Se hacen regularmente pruebas para la detección de otras ETS</u></p> <p>Si: 31,3% No: 68,6</p>
<p>Experiencias aprendidas</p>	<p>Existen diferencias entre los TMS que condicionan la intervención, las más significativas desde nuestra experiencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad geográfica: en algunos pisos los TMS cambian cada 20 o 30 días. • Muchos de los TMS son inmigrantes indocumentados que desconfían de nuestras actuaciones. La mayoría de ellos ejercen la prostitución por motivos económicos (principalmente pagar la deuda adquirida para venir desde su país, traer a la familia o mandar dinero y ahorrar para comprar piso o poner negocio propio). • Carencia afectiva. El desarraigo y la ocultación son para muchos TMS dos aspectos fundamentales por los que requieren apoyo emocional. • Preocupación por la salud. Algunos TMS de pisos no regentados ocultan su seropositividad al VIH. No tienen relaciones desprotegidas pero les preocupa la evolución de su infección y qué hacer si no pudieran continuar con esta actividad. <p>Claves para el éxito del programa</p> <p>Es fundamental trabajar con los regentes de pisos para ganar su confianza y poder desarrollar y consolidar el programa dirigido a los TMS.</p> <p>En los pisos no regentados apenas hemos tenido dificultades, aquí la relación con los TMS es más fluida y cercana. La mayoría de estos pisos son mixtos y aunque los TMS tienen gran movilidad geográfica, mantenemos el contacto telefónico con ellos.</p> <p>Algunos regentes y TMS se están convirtiendo en mediadores, informan de nuestra intervención a los TMS que llegan nuevos a los pisos o a otros TMS que trabajan por libre. Ello es una prueba de la consolidación, la utilidad y la confianza en el programa.</p> <p>Lo que más demandan los TMS es ser escuchados y hablar abiertamente de sus preocupaciones: salud, familia, relaciones afectivas, desarraigo y problemas con los compañeros y/o regentes. La ausencia de prejuicios y el respeto hacia sus decisiones son las dos bases más contundentes sobre las que se ha consolidado el programa. Creemos que atender sus necesidades fortalece significativamente la relación y el compromiso con el programa.</p> <p>Continuar esta actuación en las ciudades a las que se trasladan es fundamental. Los TMS nos piden información sobre las ONGs a las que dirigirse cuando cambian de ciudad. Nosotros les facilitamos el contacto e informamos a la ONG de la situación y el trabajo realizado con el TMS.</p> <p>Actualmente estamos gestionando la posibilidad de hacer revisiones a los TMS a través del servicio de urología del hospital ya que en la ciudad no existe un centro específico para el tratamiento de ETS.</p> <p>Problemas u obstáculos</p> <p>Algún regente no ha permitido el acceso a los trabajadores del programa; sólo quería que se le entregara material preventivo. Dos chicos de este piso se han acercado a la sede de Convida para recoger material preventivo y nos han contado que su regente les cobra los preservativos que le hemos distribuido. Hemos dejado de ir al piso y los preservativos se entregan directamente a los TMS. Es complicado proponer la conciencia de colectivo entre los TMS.</p> <p>En las zonas de sexo rápido la intervención no ha sido y ni es todo lo eficaz que esperábamos. En los dos puntos donde siempre hay algo de actividad (estación de autobuses y Jardines de los Patos) la mayoría de los chicos son muy jóvenes, muchas veces menores de 18 años, están de paso y apenas negocian el uso del preservativo con los clientes. Los TMS no quieren que se nos vea por allí porque se van los clientes. Esta situación permite la entrega de preservativos a los TMS pero no el desarrollo de habilidades para que practiquen un sexo más seguro.</p>

ANEXO 5. CENTROS DE ETS Y ONGS QUE TRABAJAN CON TMS

Centros de ETS

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CIUDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ANDALUCÍA	Málaga	Centro de ETS Costa del Sol	Peinado, 9	952 652 517
	Sevilla	Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS	Santa M ^a de Gracia, n ^o 1, primera planta DP. 41002	954 293 947
	Córdoba	Hospital Universitario Reina Sofía Servicio de Medicina Interna. Sección de Infecciosos Servicio de Ginecología	Av. Menéndez Pidal S/N DP. 14004	957 010 001 957 011 613 957 010 356
	Cádiz	Centro de ETS	Núñez S/N Antiguo Hospital Cruz Roja. Algeciras	956 004 904
ASTURIAS	Avilés	Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual Médicos del Mundo	Alfonso VII, n ^o 8-1 ^o	985 569 132
	Gijón	Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual Ambulatorio Pumarín	Orán s/n	985 389 288
	Oviedo	Unidades de Infecciones de Transmisión Sexual Hospital Monte Naranco	Av Dres. Fernández Vega, 107	985 106 900
BALEARES	Palma de Mallorca	CASSPEP (Centre d'atenció soci-sanitari per a les persones que exerceixen la prostitució)	Av. Comte de Sallent, n ^o 14 1 ^o -A	971 751 342
CANARIAS	Las Palmas	CEREDA	Cebrián 64, 1 ^o	928 367 100
	S.C. Tenerife	Centro Dermatológico	San Sebastián, 75	922 237 590 922 279 397
CASTILLA LA MANCHA	Talavera de la Reina	Centro de Ciencias de la Salud	Ctra de Extremadura Km 114'100	925 839 200
CASTILLA Y LEÓN	Valladolid	Comité Ciudadano Anti-Sida de Valladolid	General Almirante, 5 ^o , 1 ^o	983 358 948
	Zamora	Comité Ciudadano Anti-Sida Zamora	San Torcuato, 2 1 ^o	980 534 382
	Burgos	Comité Ciudadano Anti-Sida de Burgos	Severo Ochoa, 57, 1D	947 240 277
	Palencia	Comité Ciudadano Anti-Sida de Palencia	Las Acacias, n ^o 2, bajo.	979 749 451
CATALUÑA	Barcelona	CAP Drassanes	Av Drassanes 17-21	933 294 495 ext.1818
	Tarragona	CAP II Tarragonès	Mallafré Guasch 4	977 295 895
	PASSSIR Bages	CAP Bages	C. Soler i Marc, 6	938 748 809 938 739 003
	PASSIR Lleida	CAP Prat de la Riba	Av. Prat de la Riba, 56 25004 Lleida	973 231 014 973 232 819
	PASSIR Maresme	CAP Ronda Prim	Rda. General Prim, 35 08302 Mataró	937 579 210

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CIUDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
	PASSIR Maresme	CAP Canet de Mar	Costa de l'Hospital, s/n 08360 Canet de Mar	937 942 961
	PASSIR Maresme	CAP Tordera	C. de Sant Ramon, 42 08399 Tordera	937 650 344
	PASSIR Sabadell	CAP Sant Fèlix	Crta Barcelona, 473 08204 Sabadell	937 284 458 937 123 603
COMUNIDAD VALENCIANA	Valencia	CIPS de Valencia	San Vicente, 83, 2º	963 527.247
	Alicante	CIPS de Alicante	Pza. España, 6	965 240.563
	Castellón	CIPS de Castellón	Avda. del Mar, 12	964 239 922
LA RIOJA	Logroño	Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital de La Rioja	Avda de Viana 1	941 297 200
MADRID	Madrid	Centro Sanitario Sandoval	Sandoval, 7	914 452 328
	Madrid	Centro Municipal de Salud. Distrito Centro de Madrid	Navas de Tolosa, 10	915 889 660 /61
	Madrid	Programa de Prevención del sida y ETS	Montesa, 22	915 885 142 /41
MURCIA	Cartagena	Unidad de diagnóstico y prevención ETS	Plaza San Agustín nº 3	968 326 675
NAVARRA	Pamplona	CAM Andraize	Avda. Villava s/n. Recinto Parque del Mundo	848 422 760
	Pamplona	CAM Iturrama	Iturrama, 9 entreplanta	948 198 333 948 198 334
PAÍS VASCO	Bilbao	Servicio de ETS. Ledo	Ldo. Poza, 13- 1º	946 006 969
	San Sebastián	Plan de Prevención y control del Sida del País Vasco	Avda Navarra, 4	943 006 464

ONGs

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL/WEB
AMBIT PREVENCIÓ. CATALUÑA	Mercé Meroño	933 177 059	ambithome@ambitprevencio.org www.ambitprevencio.org
STOP SIDA. CATALUÑA	Luis Villegas	932 980 588	lusi@stopsida.org - www.stopsida.org
FUNDACIÓN TRIÁNGULO. MADRID	Iván Zaro	915 930 540	salud@fundaciontriangulo.es www.fundaciontriangulo.es
CRUZ ROJA. ASTURIAS	Vanessa Novoa	985 209 635	vaneno@cruzroja.es
COLLECTIU LAMBDA. VALENCIA	Rubén Sancho	963 912 084	lambda@colectivolambda.com
ASOCIACIÓN CIUDADANA PARA LA SOLIDARIDAD Y PREVENCIÓN DEL SIDA. CONVIHDA. ANDALUCÍA	Rosa Domínguez	957 430 392	Convihda@telefonica.net
MÉDICOS DEL MUNDO MALAGA	Begoña Espinosa	952 262 377	bego.espinosa@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DO MUNDO GALICIA	Ramón Estesó	981 578 182	ramon.esteso@medicosdelmundo.org
ASOCIACIÓN T4- BATZORDEA PAÍS VASCO	Alvaro Ortiz	944 438 436	centrodedia@asociaciont4.org