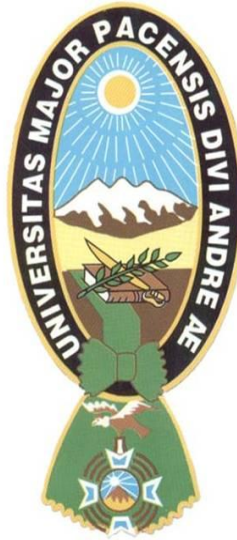


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA
EN POBLACIÓN DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES,
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DEL
PROGRAMA DEPARTAMENTAL ITS/VIH-SIDA LA PAZ,
GESTIONES DEL 2007 AL 2011**

**POSTULANTE : Lic. Rita Nelly Choquemita Aranda
TUTOR : Dr. M.Sc. Ronald Gutiérrez Michel**

**Tesis de Grado, presentada para optar al título de
Magister Scientiarum, Salud Pública Mención Epidemiología**

**La Paz – Bolivia
2013**

DEDICATORIA

*Este documento va dedicado a mi querida Keylita
A mis amorosos padres Segundino y Felicidad
Quienes inspiran en mí, fortaleza para continuar.*

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios, y la vida por haberme dado la oportunidad de crecer, de creer, de cambiar y elegir.

Expresar un profundo agradecimiento a mi familia por brindarme respaldo, apoyo y confianza.

A la Universidad Mayor de San Andrés a la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, Unidad de Postgrado que coadyuvaron e impulsaron la investigación.

Al Programa Departamental de ITS/VIH-SIDA CDVIR LP, que permitió conocer las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales e hizo posible la ejecución del trabajo.

A todos aquellos y aquellas personas con quienes me encontré y me ayudaron a crecer, desafiándome con nuevas preguntas a revisar viejas respuestas y así conocer más de mí y de los demás.

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS	10
RESUMEN EJECUTIVO	11
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA A NIVEL MUNDIAL.....	21
2.2. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA.....	22
2.3. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN BOLIVIA	22
2.3.1 ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA EN BOLIVIA 1985 -1999.....	22
2.3.2 LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA	23
2.3.3. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	25
2.4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS.....	28
2.4.2. CONDICIONES DEL TRABAJO SEXUAL	31
2.4.3 CLASIFICACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL.....	32
2.4.3.1 TRABAJO SEXUAL FORMAL	32
2.4.3.2 TRABAJO SEXUAL INFORMAL.....	32
2.4.4 SALUD Y TRABAJO SEXUAL	33
2.5 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	33
2.6 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA: USO DEL CONDÓN	33
III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	34
IV. JUSTIFICACIÓN.....	40
V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
5.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	41
5.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	41
VI. INTERVENCIÓN METODOLÓGICA.....	43
6.1 DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO.....	43
6.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	43
6.3. UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS.....	43
6.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
6.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	44
6.4. ALCANCE GEOGRÁFICO Y TEMPORAL.....	45
6.4.1. ALCANCE GEOGRÁFICO	45

6.5.	ALCANCE TEMPORAL	45
6.6.	MARCO MUESTRAL	46
6.6.1.	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FUENTES PRIMARIAS	46
6.6.2.	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FUENTE SECUNDARIAS	46
6.7.	ASPECTOS ÉTICOS	46
6.8.	PLAN DE ANÁLISIS	46
VII.	RESULTADOS.....	47
7.1.	CASOS NOTIFICADOS DE PERSONAS CON VIH/SIDA, CENTRO DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA Y REFERENCIA LA PAZ, GESTIONES 2007 AL 2011.....	48
7.1.1.	CASOS NOTIFICADOS DE PERSONA CON VIH/SIDA, CON OCUPACIÓN DE TRABAJO SEXUAL, CENTRO DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA Y REFERENCIA LA PAZ, GESTIONES 2007 AL 2011	49
7.2.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	50
7.2.1.	EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES.....	50
7.2.2.	EDAD DE POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNOSTICO POSITIVO AL VIH/SIDA.....	51
7.2.3.	EDAD DE POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNOSTICO NEGATIVO AL VIH/SIDA	53
7.2.4.	PROCEDENCIA DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES	54
7.2.5.	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES.....	56
7.2.6.	SITUACIÓN DE PAREJA DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES.....	57
7.3.	CONSUMO DE ALCOHOL Y USO DE DROGAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES	58
7.3.1.	CONSUMO DE ALCOHOL	58
7.3.2.	CONSUMO DE DROGAS.....	59
7.4.	HISTORIA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES	61
7.4.1.	EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.....	61
7.4.2.	EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN EL TRABAJO SEXUAL.....	63
7.4.3.	NÚMERO DE PAREJAS DE LA MUJER TRABAJADORA SEXUAL	65

7.5.	CONDICION DE LA OCUPACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL FORMAL E INFORMAL DE LA POBLACION DE ESTUDIO	66
7.6.	USO DEL CONDÓN COMO MÉTODO PREVENTIVO PARA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN LAS TRABAJADORAS SEXUALES.....	67
7.7.	PRESENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	69
7.8.	TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	70
7.9.	SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER TRABAJADORA SEXUAL CON DIAGNÓSTICO VIH/SIDA	72
VIII.	DISCUSIÓN.....	74
IX.	CONCLUSIONES	80
X.	RECOMENDACIONES	83
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	84
XII	ANEXOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1

COMPORTAMIENTO DE TENDENCIA SECULAR POR CASOS DE VIH/SIDA EN LOS AÑOS 1987 A JUNIO DE 2012 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ 26

GRÁFICO N° 2

PIRAMIDE POBLACIONAL POR CONGLOMERADOS DE GRUPO DE EDAD Y SEXO DE CASOS DE VIH/SIDA POR AÑOS DE 2000-2011 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA- SEDES LA PAZ..... 27

GRÁFICO N° 3

RELACIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE CASOS DE VIH/SIDA POR OCUPACIÓN Y SEGUN SEXO AÑOS1987-2011, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA SEDES LP28

GRÁFICO N° 4.

NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE VIH/SIDA CDVIRLP, GESTIÓN 2007- 2011.....49

GRÁFICO N° 5

NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE VIH/SIDA, POBLACIÓN DE TRABAJADORAS SEXUALES CDVIRLP, GESTIÓN 2007-2011.....50

GRÁFICO N° 6.

EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIRLP GESTIÓN 2007-2011.....51

GRÁFICO N° 7.

EDAD DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNOSTICO POSITIVO AL VIH/SIDA QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....50

GRÁFICO N° 8. EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNOSTICO NEGATIVO AL VIH/SIDA QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....52

GRÁFICO N° 9.

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....55

GRÁFICO N° 10.

GRADO O NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 201157

GRÁFICO N° 11.	
SITUACIÓN DE PAREJA ESTABLE DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.	58
GRÁFICO N° 12.	
CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....	59
GRÁFICO N° 13.	
CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....	60
GRÁFICO N° 14.	
EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 -2011.....	61
GRÁFICO N° 15.	
EDAD DE INICIO EN EL TRABAJO SEXUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....	63
GRÁFICO N° 16.	
NÚMERO PROMEDIO DE PAREJAS SEXUALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....	65
GRÁFICO N° 17.	
CONDICIÓN DE TRABAJO FORMAL E INFORMAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....	66
GRÁFICO N° 18.	
USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007– 2011.....	67
GRÁFICO N° 19.	
USO DE CONDÓN O PRESERVATIVO CON PAREJA ESTABLE DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....	68

GRÁFICO N° 20.
PRESENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR
LP GESTIÓN 2007 – 2011.....69

GRÁFICO N° 21.
TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR
LP GESTIÓN 2007 – 2011.....70

GRÁFICO N° 22.
SITUACIÓN ACTUAL DE LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNÓSTICO DE
VIH/SIDA QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011.....72

GLOSARIO DE TÉRMINOS

CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDVIR	Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia
CIES	Centro de Investigación Educación y Servicios
GBT	Gay, bisexual, Trans (travesti, transexual, transgénero)
HSH	Hombre que tiene sexo con hombres
IBIS/HIVOS	Receptor Principal del Proyecto del Fondo Global para VIH/SIDA en Bolivia
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PVV's	Persona que vive con el VIH
SEDES LP	Servicio Departamental de Salud La Paz
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TS	Trabajadora sexual
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (siglas en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN
POBLACIÓN DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES, QUE ACUDIERON
A LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL ITS/VIH-SIDA
LA PAZ, GESTIONES DEL 2007 AL 2011”**

RESUMEN EJECUTIVO

La pandemia del VIH/SIDA a escala mundial para el 2010, fue de 34 millones de personas viven con el VIH en todo el mundo. La población de mujeres que viven con el VIH es del 50%, aunque este grupo de población es más afectada en África subsahariana con 59% de todas las personas que viven con el VIH.

La epidemia del VIH/SIDA en Bolivia, según informe epidemiológico hasta septiembre del 2011, alcanzó la relación hombre/mujer de 1.8 a 1 es decir que por cada 10 mujeres VIH (+) existen 18 hombres en igual condición.

La condición social desigual de la mujer económicamente vulnerable y la probabilidad de recurrir a comportamientos de alto riesgo para conseguir una fuente de ingreso como es el caso de las trabajadoras sexuales la expone a situaciones de vulnerabilidad y riesgo para contraer el VIH/SIDA. En este contexto se realiza el estudio, dirigido a la población de mujeres trabajadoras sexuales planteándonos la pregunta de investigación, ¿Son las condiciones del ejercicio de trabajo sexual factores que influyen para la transmisión del VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras sexuales, que asisten a control asiduo del Programa ITS/VIH-SIDA (CDVIR LP) durante las gestiones 2007 a 2011?

Objetivo general: Analizar las condiciones del ejercicio del trabajo sexual que puedan influir en la transmisión del VIH/SIDA en mujeres trabajadoras sexuales, que asisten a controles periódicos en el Programa Departamental de ITS/VIH-SIDA, (CDVIR LP), en las gestiones 2007 a 2011.

Objetivos específicos:

- Identificar las condiciones de la ocupación formal e informal de la trabajadora sexual, en la población de estudio.
- Conocer si las trabajadoras sexuales, utilizan o no el condón como una medida preventiva para la transmisión del VIH/SIDA.

- Identificar la presencia de las infecciones de transmisión sexual, en la población de mujeres trabajadoras sexuales.
- Conocer si las mujeres trabajadoras sexuales, realizan tratamiento de las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas.

El estudio es de tipo descriptivo, se llevó a cabo en la ciudad de La Paz, siendo la unidad de observación y análisis las mujeres TS que asistieron a sus controles periódicos de las ITS y VIH/SIDA, en el CDVIR La Paz, dependiente del Programa Departamental ITS/VIH-SIDA, durante las gestiones 2007 al 2011.

Resultados y conclusiones:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación podemos concluir que: La condición de trabajar de manera informal o independiente tiene mayor significancia ya que 58% de las mujeres trabajadoras sexuales con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, estuvieron en esa condición de trabajo. Sin dejar de lado la condición de las mujeres que trabajan en lo formal de la actividad.

Los resultados nos muestran que las mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, el 92% de las mismas no utilizo el condón en la última relación sexual, esta situación se repite en un 31% de las mujeres TS con diagnóstico negativo, haciéndonos suponer que el uso del condón no es consistente cuando la característica de la población es tener varias parejas.

La presencia de infecciones de transmisión sexual en las mujeres con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, fue positiva en un 100% y en la población de mujeres con diagnóstico negativo fue en un 39%, situación que confirma la exposición al riesgo de infectarse el VIH/SIDA.

Con relación a realizar tratamiento de las ITS, se puede decir que la población de mujeres con diagnóstico positivo, solo el 83% accedió o realizó el tratamiento de las ITS diagnosticadas y el 100% de la TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, realizó el tratamiento correspondiente. Entonces el realizar tratamiento de las ITS de manera oportuna se convierte en factor protector del VIH/SIDA.

También se puede decir que la transmisión del VIH/SIDA en la población de mujeres trabajadoras sexuales está acompañada de las condiciones de vulnerabilidad social de la mujer, donde la cultura machista impone relaciones

sexuales dominadas por el hombre. Donde el desplazamiento del área rural al urbano, el nivel de educación, las condiciones de trabajo o ingresos económicos de las mujeres genera desprotección, marginalidad propiciando de manera forzosa el ingresar al trabajo sexual.

INTRODUCCIÓN

El presente documento, tiene por objeto aportar con un análisis de reflexión sobre las situaciones o factores de riesgo de la transmisión del VIH/SIDA, que enfrenta la población de las mujeres trabajadoras sexuales (TS) donde la vulnerabilidad está vinculada a la desigualdad de género entre hombres y mujeres, estando ellas, en situación de desventaja respecto a los varones; la dependencia económica, las dificultades de acceso a información, la marginación, la baja escolaridad, la violencia, la discriminación entre otros factores muestran un desequilibrio, que desnuda la necesidad de garantizar otras condiciones en lo cultural, jurídico y socioeconómico.

Las trabajadoras sexuales (TS) mujeres constituyen un grupo social estigmatizado en la transmisión del VIH/SIDA y tienen una vulnerabilidad mayor frente a esta infección, porque se encuentran viviendo y trabajando muchas veces en situaciones de pobreza, de inseguridad social y jurídica, carecen de redes de apoyo y están socialmente estigmatizadas y marginadas.

La necesidad de analizar los factores que determinan que una mujer trabajadora sexual sea vulnerable a las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y concretamente a esa población que asisten de manera rutinaria a los servicio de salud del Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia La Paz (CDVIR LP) dependiente del Programa Departamental ITS/VIH-SIDA La Paz.

Se eligió al Programa Departamental ITS/VIH-SIDA La Paz, CDVIR LP como fuente de información para el estudio, siendo la institución pública responsable de atención médica y de laboratorio para detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, donde una de las poblaciones a las que está dirigida son las trabajadoras sexuales.

El Programa ITS/VIH-SIDA CDVIR LP, busca la priorización en la atención a las trabajadoras sexuales, aunque esta intención no siempre se aplica ni se prioriza por diversas razones, entre las que se puede señalar aspectos económicos,

biopsicosociales, de las trabajadoras sexuales y la poca identificación de los servidores de salud con este enfoque.

I. MARCO TEÓRICO

La presente investigación sobre “Factores que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en población de mujeres trabajadoras sexuales” contiene aportes, comentarios y análisis que desde distintas perspectivas y tendencias han tratado el tema, pero mantiene ejes temáticos que sirven como hilos conductores a través de los cuales hay relación entre cada una de ellas.

Como punto de partida del tema debemos mencionar que la prostitución tiene origen en la historia de la humanidad, que se ubica en la época en que se desarrolló el cambio de la familia MATRIARCAL a la familia PATRIARCAL; la mujer sufre una pérdida total del poder que poseía, pues anteriormente era ella como Jefa de Familia la encargada del sustento y protección de los hijos. El establecimiento de la familia patriarcal con el consentimiento de la mujer al hombre, la herencia patrilínea, por lo que la propiedad del suelo cultivable pasaba a los hijos varones, tiene como consecuencia la pérdida del derecho de ser dueña de los frutos del campo o de ejercer alguna profesión que no sea la de atender al esposo y los hijos, es entonces el dominio del varón en utilizarla como objeto de satisfacción sexual o de reproducción.

En la actualidad la prostitución es una práctica llevada a cabo tanto, por mujeres como por hombres. La prostituta es la mujer que por pago inmediato, efectúa actividades sexuales con otra persona, conocida o desconocida, que llena requisitos mínimos exigidos por ella. Esta mujer es empujada por condicionantes psicológicas, económicas y sociales a tener relaciones sexuales a cambio de una cantidad de dinero o un pago en especie.

Las causas de ingreso al oficio son múltiples; destaca el factor económico que presenta la prostitución como un recurso de subsistencia por el bajo nivel de vida. Otros motivos pueden ser: “el ansia de aventura, la desorganización familiar, el desengaño amoroso, la psicopatología, el retraso mental, la seducción y el abandono de la mujer por parte del hombre, violaciones sexuales, abandono del

padre de familia, la violencia dentro del hogar. Esto conlleva sentimientos de desprecio del hombre hacia la mujer y de ella a sí misma”.¹

“Muchas personas ingresan en el trabajo sexual por motivos económicos; es decir, puede ser la única opción de trabajo o la mejor pagada. A otras las coaccionan para que ingresen en el trabajo sexual por medio de la violencia, la trata de personas o la servidumbre por deudas. Algunas, sobre todo las adultas, eligen libremente el trabajo sexual como ocupación”. “El ingreso en el trabajo sexual también puede tener raíces sociales, que pueden originarse en las tradiciones, creencias y normas que perpetúan las desigualdades por razón del sexo. Por ejemplo, casi todas las sociedades tienen patrones sexuales distintos para varones y para mujeres”.²

Las personas que ejercen este oficio se arriesgan diariamente a sufrir violencia física y psicológica. Es así que se considera al trabajo sexual como un fenómeno universal, pero a menudo es ilícito y por consiguiente clandestino. “Por esto es difícil determinar la magnitud real de la industria del trabajo sexual, aunque se reconoce que es importante y que en los últimos años parece haber aumentado. Este aumento se ha atribuido a diversos factores, incluidos los cambios en las condiciones políticas, civiles y socioeconómicas y la mayor movilidad de la población”.³

La cantidad de personas implicadas en el trabajo sexual es difícil de concretar, estimaciones efectuadas en 1994 por el Centro de Investigación Educación y Servicios (CIES) en coordinación con el Ministerio de Salud de nuestro país, indicaban la existencia de aproximadamente de 20.000 mujeres que se dedican al trabajo sexual clandestino las cuales no están registradas y no acceden a servicios de salud.

En informe de “La epidemia del VIH en Bolivia” realizado por el Programa Nacional de ITS/SIDA en 1998; Según los datos de las regiones, el número de trabajadoras sexuales (TS) registradas oscilaban entre 4.500 a 6.000 TS, distribuidas en las áreas urbanas: Santa Cruz 1.200, La Paz 850, Cochabamba 550, Sucre 250,

Potosí 300, Oruro 320, Trinidad 230, Pando 115, Tarija 250, Tupiza 35, Riberalta y Guayaramerín 120. Estas cifras varían constantemente debido a la permanente movilidad de las TS de una ciudad a otra, dada la necesidad de incrementar sus ingresos y ocultar su actividad frente a su núcleo familiar y social.

En Informes trimestrales de los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR) del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA e indicadores del Receptor Principal del Proyecto del Fondo Global para VIH/SIDA en Bolivia en el 2008, se refieren a una población total de 5.802 mujeres TS que asisten a sus controles regulares, estas personas cuentan con una libreta de control médico. Este número no considera la situación de TS clandestinas.

La incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y enfermedades como la hepatitis "B" representa un vehículo que aumenta la probabilidad de infección con el VIH, por ello es importante observar la incidencia de estas infecciones en esta población.

En estudios de tamizaje realizados por rutina en las trabajadoras sexuales (TS) realizadas en el Programa ITS/VIH-SIDA en la ciudad de La Paz, entre febrero y octubre de 1992, no se identificó personas infectadas con el VIH y se evaluó la presencia de infecciones de transmisión sexual, la misma que fue comparada en prevalencia por lugar de trabajo (lenocinios vs. clubes nocturnos) y los resultados que fueron los siguientes.

De 91 TS de lenocinios que fueron examinadas, 52 (57.1%) tenían una o más ITS, comparada con 38 (23.6%) de 181 TS de clubes nocturnos ($p < 0.001$), con los siguientes resultados por ITS.

TABLA Nº 1
PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
TRABAJADORAS SEXUALES, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA
OCTUBRE 1992

ITS	Lenocinio %	Club nocturno %	P
Sífilis (Titulo >1:4)	26.4	3.1	<0.001
Gonorrea	24.2	3.1	<0.001
Clamidia	16.7	6.8	0.04
Tricomoniasis	16.5	13.7	0.67
Ulcera genital	9.9	3.1	0.05
Cancroide	6.6	1.2	0.03
Sífilis Primaria	2.2	0.0	0.13

Fuente: Estudio de Prevalencia de ITS, octubre 1992, Programa ITS/VIH-SIDA La Paz

“El hallazgo fue una elevada prevalencia de ITS en TS de lenocinios, resultado que se desarrolló de un programa de tratamiento de ITS y promoción del uso de condón enfocado a este grupo”.⁴

En estudio con el objetivo medir la repercusión de disminución de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras sexuales en Bolivia: “Impacto de un proyecto de prevención de VIH” se tuvo los siguientes resultados: “Desde 1992 a 1995, la prevalencia de la gonorrea en TS disminuyó de 25.8 a 9.9% (P< 0.001), de sífilis de 14.9 a 8.7% (P=0.02) y de infecciones con ulcera genital de 5.7 a 1.3% (P=0.006); la tendencia en la prevalencia de la infección por clamidia y tricomoniasis no fue significativa. La información sobre uso de condón en relaciones sexuales vaginales informadas por la TS en el mes anterior se incrementó en 36.3 a 72,5% (P<0.001). En el análisis multivariado, el uso del condón estuvo asociado inversamente con la gonorrea (Odds ratio, 0.64; IC intervalo de confianza 95% 0.41-0.97), sífilis (OR, 0.39; IC 95% 0.23- 0.64), y tricomoniasis (OR, 0.44; IC 95% 0.32-0.71). En 1995, la seroprevalencia de VIH en las TS fue de 0.1%”.⁵

Las trabajadoras sexuales constituyen un grupo social estigmatizado y vulnerable con un alto riesgo de transmisión de las ITS una vulnerabilidad mayor frente al VIH

porque se encuentran viviendo y trabajando, muchas veces, en situaciones de pobreza, de inseguridad social y jurídica; carecen de redes de apoyo y están socialmente marginadas.

En estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en prevención del VIH/SIDA en TS de La Paz se pudo tener los siguientes resultados, se encuestaron a 118 trabajadoras sexuales adultas en La Paz, manifestaron que el 86% usan condones. Todas escucharon sobre el SIDA, el 36% saben cómo se transmite, pero solo el 8.5% identificó como ITS. El sesenta y nueve por ciento de las trabajadoras sexuales en clubes nocturnos identificó correctamente al menos una manera de cómo se contrae el SIDA.⁶

También podemos mencionar los resultados de estudio de percepción de alto riesgo y la mayor educación estuvieron relacionadas significativamente con el conocimiento de VIH, pero no relacionadas con el uso del condón. “El hallazgo no esperado fue que la percepción del riesgo de contraer el SIDA no estaba relacionada con el aumento del uso de condón. Podría ser que mientras las TS indicaban alto riesgo, ellas no comprendían o no creían en las consecuencias de esto y no tomaban ninguna acción. Esto no sorprende puesto que considerando el perfil de la epidemia en Bolivia para 1993, hubo solo un caso de SIDA entre las TS. En general el estudio demostró que la determinación y la decisión para adoptar el uso del condón están en construcción progresiva y útil con el objetivo de lograr que ella adopte comportamientos más seguros”.⁷

El trabajo sexual en Bolivia es abordado como un tema de interés de Salud Pública dentro del control epidemiológico, que en el marco del ejercicio de los derechos de las personas. Las políticas públicas de control de las TS tienen el objetivo de que los exámenes clínicos y de laboratorio sean accesibles, para el tratamiento oportuno de todas las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la utilización sistemática del preservativo en todas sus relaciones sexuales.⁸

2.1. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA A NIVEL MUNDIAL

A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones–35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el SIDA, especialmente en los últimos años.

El número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA disminuyó a 1,8 millones [1,6 millones–1,9 millones] en 2010, desde el nivel máximo de 2,2 millones [2,1 millones–2,5 millones] alcanzado a mediados de los años 2000. Desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos debido al tratamiento antirretrovírico que se introdujo, según los nuevos cálculos de ONUSIDA. Gran parte de ese éxito proviene de los últimos dos años, cuando se produjo una rápida ampliación del acceso al tratamiento; solo en 2010, se evitaron 700.000 muertes relacionadas con el SIDA.

La proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable en el 50% del total de la población infectada en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%).

En 2010, hubo 2,7 millones [2,4 millones–2,9 millones] de nuevas infecciones por el VIH, que incluye una cifra estimada de 390.000 [340.000–450.000] niños. Esto representó un 15% menos que en 2001, y un 21% por debajo del número de nuevas infecciones en el nivel máximo de la epidemia en 1997.

El número de personas que se infectan por el VIH sigue en descenso, en algunos países más rápido que en otros. La incidencia del VIH ha caído en 33 países, 22 de los cuales pertenecen a África subsahariana, la región más afectada por la epidemia de SIDA.⁹

2.2. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

En general, la epidemia del VIH en América Latina tuvo un descenso constante en la notificación de nuevas infecciones por el VIH, a partir 1996 y los primeros años del nuevo milenio, la epidemia ha permanecido estable en 100.000 en un rango de [73.000-135.000] por año.

El número total de personas que viven con el VIH en esta región sigue en crecimiento. “Ese incremento se atribuye parcialmente al aumento en las personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el SIDA. Más de un tercio (36%) de los adultos que vivían con el VIH en esta región en 2010 eran mujeres.

El número de niños menores de 15 años que viven con el VIH en esta región ha disminuido. Hubo un descenso considerable en las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el SIDA en los niños entre 2001 y 2010”.¹⁰

2.3. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN BOLIVIA

2.3.1 ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA EN BOLIVIA 1985 -1999

El reporte del primer caso de SIDA ocurrido en Bolivia que fue diagnosticado en noviembre de 1984, paciente de 41 años de edad de sexo masculino, soltero de nacionalidad boliviana perteneciente al grupo de riesgo homosexual quien contrajo la enfermedad en el Brasil y falleció en febrero de 1985.¹¹

En Bolivia, al igual que en la mayor parte de los países en desarrollo, las mujeres se están infectado cada vez más con el VIH. El número de mujeres infectadas se ha incrementado en el curso del tiempo. A inicios de 1988 no existía en el país ni una sola mujer infectada con el VIH.

La relación hombre-mujer ha experimentado un significativo cambio. En el periodo 1985-1987 solo hombres estaban infectados con el VIH; en el periodo 1998-1990

la relación fue de cinco hombres por una mujer; en el periodo 1994-1996, al igual que en el periodo 1997-1998, la relación fue de dos hombres por una mujer.¹²

La situación actual de la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia, según informe estadístico hasta septiembre del 2011, presenta una relación hombre/mujer de 1.8 a 1, es decir que por cada 10 mujeres VIH (+) existe 18 hombres en igual condición, 6 de cada 10 personas con VIH/SIDA tienen entre 15 y 34 años.¹³

Esta breve reseña de los elementos e indicadores permite visualizar el estado de postergación de la mujer en el país, contribuyendo al análisis como una situación de inequidad y discriminación que vive la mujer y que la pone en la vulnerabilidad frente a las ITS y el VIH.

2.3.2 LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA

Bolivia con una población estimada de 10.624.495 para el año 2011, presenta una prevalencia estimada de VIH de 0,20%, con un total de 6.835 personas viviendo con VIH/SIDA notificadas en el sistema de salud. Lo que significaría que 6 de cada 10.000 personas en el país habrían sido notificadas como casos de VIH/SIDA.

El sistema de vigilancia muestra una epidemia predominantemente joven ya que 67% de los casos notificados fueron de edades menores de 35 años, principalmente en la población masculina encontrándose un razón de masculinidad de 1,8 es decir que por cada 10 mujeres infectadas, existen 18 hombres con VIH/SIDA.

La distribución geográfica de los casos se concentra en los departamentos de mayor proporción poblacional, las ciudades del eje troncal: La Paz, Santa Cruz y Cochabamba que en conjunto representan 71% de la población total del país y 90% de los casos notificados de VIH/SIDA que a su vez se distribuyen principalmente en las ciudades capitales y ciudades intermedias de los mencionados departamentos. Sin embargo en los últimos años entre 15% y 20% de los casos son referidos del área rural.

La principal “vía de transmisión es la sexual que corresponde a más del 90% de los casos, encontrándose un 3% en transmisión vertical y alrededor de 1% en cuanto a transmisión sanguínea, la cual prácticamente habría sido eliminada en los últimos años debido al control que se realiza en los Bancos de Sangre”.¹⁴

La prevalencia del VIH ha mostrado un comportamiento ascendente en los últimos años pese al subregistro existente en la notificación de casos de VIH. Una de cada tres personas notificadas es un caso de SIDA en el momento del diagnóstico, lo que aún se considera una detección tardía de la infección, factor que se atribuye, posiblemente a la baja percepción que tiene la población del riesgo de contraer el VIH.

De acuerdo con la **clasificación de ONUSIDA y de la OPS/OMS, Bolivia tiene una epidemia de tipo concentrada** con prevalencias por encima del 5% en ciertos grupos poblacionales, principalmente en grupos de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). El número de casos de ambos sexos acumulados VIH/SIDA notificados en el país desde enero de 1984 a septiembre 2008 asciende a 3.588 casos. Para fines del 2008, ONUSIDA estima que 8.000 personas estarían viviendo en el país con el VIH/SIDA; Santa Cruz, Cochabamba y La Paz constituyen los departamentos más afectados principalmente a expensas de sus ciudades capitales. La vía de transmisión predominante es la sexual, con más del 90% de las notificaciones. La relación de casos VIH/SIDA hombre/mujer notificada es superior a 2, es decir, por cada dos hombres notificados hay una mujer.

La prevalencia del VIH en grupos poblacionales de HSH en Bolivia es de 12.8%. La prevalencia reportada en Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) a través de los Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia de ITS-VIH/SIDA (CDVIR) y otros estudios de vigilancia epidemiológica realizados en el país, es inferior al 0.5. En Bolivia la epidemia ha alcanzado a todos los estratos socioeconómicos, abarca todas las edades y ha llegado al área rural.¹⁵

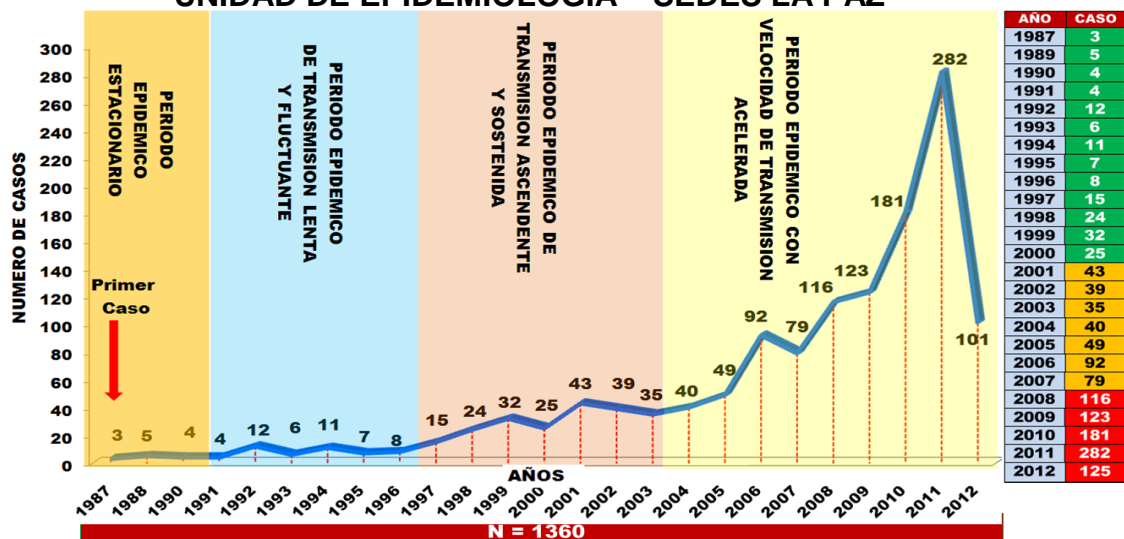
Bolivia cuenta con poca información que describa de manera continua y sostenible las características de las poblaciones más afectadas por la epidemia. La

información epidemiológica de la concentración de casos de VIH/SIDA en las poblaciones vulnerables, nos debe llamar la atención ya que estas poblaciones vulnerables, se pueden considerar puentes con la población general, repercutiendo así en el incremento de la incidencia y prevalencia de VIH/SIDA en mujeres.

2.3.3. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

La epidemia emergió en el Departamento de La Paz en el año 1987. Estamos a un cuarto de siglo de la ocurrencia del primer caso notificado, partir de ahí el comportamiento a través del tiempo muestra un proceso lento de dispersión hasta 1991. La transmisión se mantiene estacionaria, sin explicación epidemiológica alguna, hasta el 1997, con 57 casos y un aumento del 7,6 % fue específico con relación a los primeros años de la epidemia. A partir de 1998 hasta el 2004 se observan 221 casos con 29% más que el ciclo anterior, bastante significativo con un potencial de rápido y sostenido crecimiento. A partir del 2005 se generaron 478 casos con 64% más de infectados que el resto de los ciclos epidémicos. Este escenario pesimista y preocupante desde el punto de vista social, tiene su aspecto optimista desde la óptica epidemiológica, porque la detección y localización de casos está siendo más eficiente y probablemente la gente este accediendo a las pruebas de diagnóstico. Sin embargo el potencial de crecimiento es rápido y dramático.

GRÁFICO Nº 1
COMPORTAMIENTO DE TENDENCIA SECULAR POR CASOS DE VIH/SIDA
EN LOS AÑOS 1987 A JUNIO DE 2012
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ



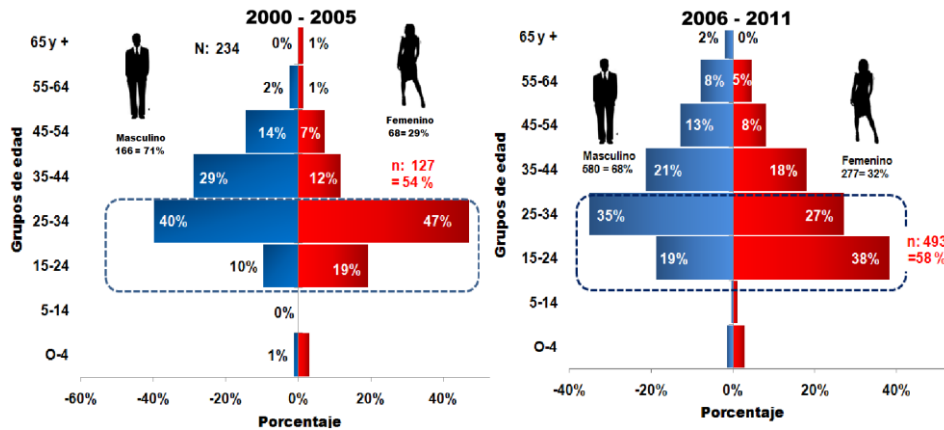
FUENTE: SEDES LA PAZ, PROGRAMA DEPARTAMENTAL ITS/VIH-SIDA, 2012.

En los últimos cinco años (2008-2012) del curso de la epidemia incluyendo el primer semestre del 2012 se ha generado un crecimiento del 61% de casos infectados (827) del total de casos diagnosticados.

Pero de acuerdo al informe UNGASS (Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) la epidemia se estabilizó en el 2000 a nivel mundial, pero a nivel departamental apenas teníamos notificados 163 casos (12%) del total, para el 2000.

Así podemos argüir que estamos frente a una epidemia sostenida, persistente y dentro un periodo epidémico con velocidad de transmisión acelerada, muy lejos de lograr un equilibrio o alcanzar una meseta que sugiera algún descenso de la epidemia a nivel departamental y nacional.

GRÁFICO Nº 2
PIRAMIDE POBLACIONAL POR CONGLOMERADOS
DE GRUPO DE EDAD Y SEXO DE CASOS DE VIH/SIDA
POR AÑOS DE 2000 A 2011
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA- SEDES LA PAZ

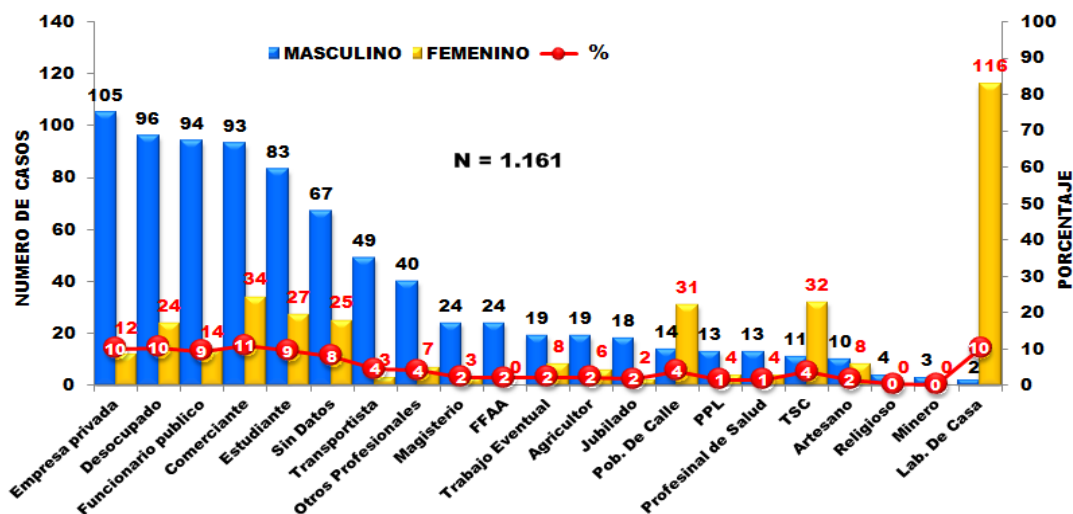


FUENTE: SEDES LA PAZ, PROGRAMA DERTAMENTAL ITS/VIH-SIDA, 2012.

La epidemia se encuentra concentrada en las grandes ciudades del departamento como son La Paz y El Alto, y en diversos grupos poblacionales; pero el grupo más afectado es de 15 a 34 años, población económicamente activa, incluidos los adolescentes. A inicios de la epidemia en La Paz no existían mujeres infectadas por lo menos en la gestión 1987 al 1990. A partir del año 2000 el número de mujeres infectadas se ha incrementado a través del tiempo. En La Paz, al igual que en la mayor parte de los países en desarrollo, las mujeres se están infectando cada día más.

El incremento de la transmisión heterosexual compromete cada vez más alarmantemente a las mujeres, quienes se infectan, fundamentalmente por el comportamiento sexual de sus compañeros varones. Las relaciones de género tienen una enorme significación en el curso de la epidemia.

GRÁFICO Nº 3
RELACIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE CASOS DE VIH/SIDA
POR OCUPACIÓN Y SEGÚN SEXO AÑOS 1987 – 2011
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA- SEDES LA PAZ



FUENTE: SEDES LA PAZ, PROGRAMA DEPARTAMENTAL ITS/VIH-SIDA, 2012.

Con relación a la ocupación que desarrollan, se puede observar que en la situación del sexo femenino, el 10% del total de la población tiene la actividad de labores de casa; el 4 % del total en el momento de la notificación, tuvo una actividad del trabajo sexual; la ocupación es dispersa aunque la frecuencia en alguna de ellas es la que nos debe llamar la atención.

En la condición de las mujeres que tiene la actividad de labores de casa o amas de casa, predominan los patrones estereotipados de masculinidad de sus parejas, varones centrados en la generalidad a prácticas sexuales con múltiples parejas; reforzando así la atribución en la decisión de cuándo tener relaciones sexuales y usar o no el condón; alimentando la violencia doméstica, y negando a la mujer la posibilidad de negociación del uso del condón

2.4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Al abordar el tema del VIH y trabajo sexual dentro de un contexto, a lo largo del tiempo y a medida que avanza el conocimiento sobre la epidemia del VIH y el comportamiento asociado a su transmisión, es importante profundizar la

comprensión de la forma en que se propaga y determinar sus particularidades según grupos de población y áreas geográficas; sin olvidar que existen poblaciones de difícil acceso, como sucede en la mayoría de los casos, donde la estigmatización social está presente, como es el caso de las trabajadoras sexuales.

2.4.1 TRABAJO SEXUAL

Generalmente, existen muchos prejuicios sobre las mujeres que trabajan ofertando servicios sexuales, que llevan a que nuestra relación con ellas sea distante. Esta barrera, se origina desde las definiciones o concepciones que se pueda dar a esta actividad.

La Asociación de Academias de la Lengua Española define la prostitución como la “actividad a la que se dedica la persona que mantiene relaciones sexuales con otros, a cambio de dinero”. Esta definición de prostitución, trae consigo llamar a las personas como “prostitutas, meretrices o putas”.¹⁶

Frente a esto, es necesario aclarar la concepción respecto al trabajo sexual, ya que existen múltiples términos para hablar de la venta de servicios sexuales. Desde hace algunos años se utiliza, en forma sistemática, el término trabajo sexual para referirse a la actividad y se nombra a las personas que la ejercen como trabajadoras o trabajadores sexuales.

Esto sirve para contrarrestar de alguna forma la conceptualización de la “prostitución” como una lacra social, “un mal necesario” o la expresión máxima de una actitud patriarcal. Asimismo, el usar la palabra prostitución puede impedirnos el entendimiento de que hay un mercado del sexo, donde existe la demanda, de las personas que requieren servicios sexuales.¹⁷

El término apropiado que se aplica para el trabajo sexual se define mejor en relación con el contexto local. Esta definición puede cambiar con el tiempo a medida que las actitudes evolucionan. Sin embargo, es preciso destacar que ningún término abarca adecuadamente toda la variedad de transacciones que

tienen lugar en el mundo relacionadas con el trabajo sexual el que se va entender como **“Acuerdo contractual en el cual se negocian servicios sexuales entre adultos con consentimiento mutuo, con términos acordados previamente entre el vendedor/a y el comprador/a de los servicios sexuales”**. Significa que mujeres, varones o trans adultos trabajadores/as sexuales que se involucran en el trabajo sexual lo han hecho con consentimiento (es decir, están eligiendo voluntariamente hacerlo), lo que lo diferencia de la trata de personas. Una mujer que decide vender sus servicios sexuales para mantenerse a sí misma o a su familia no es de por sí una víctima de trata.¹⁸

Los profesionales del sexo se definen como **“mujeres, varones y transexuales adultos y jóvenes que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional, y que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos”**.¹⁹

El término **profesional del sexo** ha ganado popularidad por encima del de **prostituta** porque las personas implicadas consideran que es menos estigmatizante y creen que la referencia al trabajo describe mejor su experiencia.²⁰

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce el trabajo sexual como trabajo, con tres posiciones legales:

- **Prohibicionista** prohíbe el trabajo sexual y lo castiga con la cárcel, multas o “medidas re educadoras”. Considera que es una falta a la moral pública.
- **Reglamentarista** no prohíbe el trabajo sexual, pero lo controla con la excusa de cuidar la salud, bajo control médico y judicial. Determinando zonas de trabajo quienes consideran que así protege la seguridad física de las trabajadoras y elimina las redes del crimen.
- **Abolicionista** no castiga a la trabajadora ni al cliente, castiga al proxeneta aunque el problema es que, en la práctica, siempre termina en persuasión a las trabajadoras sexuales. Define a la prostitución como “abuso sexual pagado y permitido por todos”.²¹

En nuestro país la prostitución no está penalizada. La Ley considera delito “la rufianería y el proxenetismo”. Sin embargo las mujeres que ejercen prostitución, consensan sobre si todas las formas de exclusión social.²²

Esta problemática tiene causas de orden social, económico, ideológico y jurídico. Necesariamente la dimensión humana debe ser contemplada prioritariamente. La denominación de “trabajadoras sexuales” conviene reflexionar, empezando por establecer si la prostitución misma es un trabajo. En los hechos se observa una gran gama enorme, en el desarrollo de esta actividad, pero se puede identificar ciertas características jurídicas esenciales de relación laboral (dependencia, horario, y otros). No obstante emerge un paradigma desde los derechos humanos y en particular de los derechos de la mujer. “Este principio fundamental de derechos humanos la posesiona con derechos iguales a todos donde exige igual protección del Estado. Es decir ninguna mujer nació para ser prostituta”.²³

Otra visión señala la actividad como un fenómeno comercial, pues supone una remuneración económica por parte del individuo que compra servicios sexuales en una suerte de relación de compra y venta. Esta situación hace del cuerpo de la mujer un objeto comercial, que además debela una doble moral porque se condena como trabajo y se acepta como un mal necesario. Considerando los principios básicos de los derechos humanos de las mujeres. La “Defensoría del Pueblo” en Bolivia utiliza el denominativo de Mujeres en Situación de Prostitucion.²⁴

La Ley 3729 “Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA” en el Cap. VI, Art. 34, y el Decreto Supremo N° 0451, Cap. VII, Art. 41, se denomina a esta población como “trabajadoras/res sexuales”.²⁵

2.4.2. CONDICIONES DEL TRABAJO SEXUAL

El trabajo sexual parece fomentarse cuando existen la demanda de servicios sexuales y un entorno favorable. El contexto en el que habitualmente tiene lugar incluye: una concentración de población sexualmente activa, suficiente anonimato,

una elevada tasa de varones en relación con la de mujeres y, más importante, disparidades socioeconómicas que hacen que el cliente pueda costearse el trabajo sexual y que éste constituya una oportunidad económica para el profesional o la profesional del sexo.

Estas circunstancias se dan en zonas mineras, industriales, comunidades situadas en zonas de mucho tránsito y rutas de transporte, barracones militares, ciudades comerciales fronterizas. Existen diferencias considerables de un lugar a otro en la forma como se organiza el trabajo sexual y su grado de visibilidad.

2.4.3 CLASIFICACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

Los profesionales de sexo de todo el mundo a menudo comparten características comunes y pueden clasificarse como formales e informales.

2.4.3.1 TRABAJO SEXUAL FORMAL

En general el trabajo sexual “FORMAL” (organizado) se realiza en un establecimiento donde los gerentes y/o administradores ya sean varones o mujeres, actúan como autoridades claramente definidas y como intermediarios entre el profesional de sexo y el cliente.

Esta clase de trabajo sexual *formal* se encuentra en establecimientos como prostíbulos, clubes nocturnos, bares y casas de masajes, donde son los puntos de reunión para las transacciones o actividades sexuales comerciales.²⁶

2.4.3.2 TRABAJO SEXUAL INFORMAL

Los profesionales del sexo “INFORMAL” (no organizados), son las mujeres y varones que ejercen prostitución en la calle o en lugares de encuentro por cuenta propia; normalmente encuentran a sus clientes independientemente.

El trabajo sexual *informal* abarca un mayor arco de edad e incluye a un mayor número de mujeres adultas; habitualmente emigran de zonas rurales o aldeas pequeñas a un entorno urbano, sea porque son captadas por prostíbulos proxenetas o porque buscan trabajo.²⁷

2.4.4 SALUD Y TRABAJO SEXUAL

El contexto social de una relación directa entre la situación social de las/os trabajadoras/es sexuales y su capacidad para mantenerse en buen estado de salud y en especial acerca de su salud sexual y reproductiva, varía de acuerdo al grupo de personas de las que hablamos, y especialmente de su status socioeconómico

2.5 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Es un hecho que las desigualdades en las relaciones sociales y sexuales de los hombres y mujeres inciden de manera determinante en la expansión de las infecciones de transmisión sexual (ITS). La vulnerabilidad biológica y social de la mujer la hace más susceptible a la infección y la coloca en situación de alto riesgo sumando las condiciones críticas de pobreza, desigualdad, inequidad y discriminación que vive la mujer y la coloca en absoluta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

2.6 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA: USO DEL CONDÓN

Los condones han desempeñado una función importantísima en la prevención de la transmisión sexual del VIH desde los primeros días de la epidemia. Desde mediados de los años ochenta ha quedado demostrado que el uso del condón contribuye a prevenir la infección por el VIH. Las pruebas basadas en la observación de la eficacia del uso sistemático de condones para prevenir la transmisión del VIH han aumentado en los últimos años.²⁸

El complejo campo de las negociaciones, culturales y de género de las personas en el comercio sexual debería conllevar a tener prácticas sexuales seguras como el uso del condón o preservativo, para tener buena salud sexual y reproductiva.

II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A la revisión de investigaciones realizadas en población de trabajadoras sexuales se puede mencionar los siguientes estudios realizados:

3.1 CONDICIONES SOCIOLABORALES CONDUCTAS DE RIESGO Y PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES INMIGRANTES QUE EJERCEN PROSTITUCIÓN EN MADRID

Belza M; Clavo P; Ballesteros J; Menéndez B; Castilla J; Sanz S, Jerez N; Rodríguez C; Sánchez F; Romero J; Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Centro Sanitario Sandoval. Instituto Madrileño de Salud. Madrid. España. 2004.

La investigación tiene el objetivo de describir las características sociodemográficas, las condiciones de trabajo, las conductas sexuales y la prevalencia de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en un grupo de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid.

Métodos de estudio transversal de 579 mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución, atendidas en un centro de ITS de Madrid entre 1999 y 2000. Se analizan las características sociodemográficas, las condiciones de trabajo, el consumo de drogas por vía parenteral y las prácticas sexuales con los clientes y en su vida privada. La atención incluía un control de las principales ITS y el estudio serológico para el VIH, el VHB y el VHC.

RESUMEN

- La media de edad fue de 28,7 años, el 96% procedía de Latinoamérica y ninguna había consumido drogas por vía parenteral.

- La edad media de inicio en la prostitución fue de 27,4 años y el 93,3% había comenzado en España.
- En el último mes, el 98% había utilizado siempre el preservativo en las penetraciones vaginales o anales con los clientes, pero sólo el 17,6% en sus relaciones privadas.
- Un 30% refirió alguna rotura del preservativo durante un servicio.
- La prevalencia de infección por el VIH fue del 0,2%, y por el VHC del 0,9%.
- El 8,1% tenía anticuerpos anti-core para el VHB y el 0,5% antígeno de superficie.
- La prevalencia de otras ITS fue del 18,0% y la de otras infecciones genitales no necesariamente de transmisión sexual, del 27,3%.

Las conclusiones de la investigación señala: uso generalizado del preservativo con los clientes, aunque también una elevada frecuencia de roturas. La prevalencia de marcadores de infección para el VIH, el VHB y el VHC es baja, aunque la de otras ITS es elevada.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la situación y los riesgos para la salud de un grupo de mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. La baja prevalencia de infección por el VIH encontrada, descarta que desempeñen un papel importante en su transmisión.

El uso del preservativo con los clientes está muy extendido, por lo que el paso siguiente es insistir en su uso correcto para minimizar los posibles riesgos.

La alta susceptibilidad al VHB aconseja indicar la vacunación a estas mujeres aprovechando su contacto con el sistema sanitario.

Desde un enfoque realista, hay que asumir que la recomendación sobre la utilización del preservativo en las relaciones privadas para evitar las ITS tiene limitaciones y debería complementarse reforzando el consejo de seguimiento y control de las ITS, tanto a la mujer como a su pareja.

Finalmente, habría que integrar estas intervenciones en un contexto más amplio de salud sexual y reproductiva que permita evitar los embarazos no deseados en estas mujeres.

Las consultas de diagnóstico de ITS/VIH se muestran como dispositivos asistenciales fundamentales para el consejo preventivo, el diagnóstico y el tratamiento de problemas de salud que puedan afectar a estas mujeres.²⁹

3.2 VIH EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES CDVIR SANTA CRUZ- BOLIVIA

Padilla Alfredo. 2006

Investigación de vigilancia epidemiológica con los objetivos de:

- Identificar los grupos etarios con mayor incidencia de transmisión de VIH.
- Conocer la procedencia de las TS con resultados positivos.
- Identificar el tipo local donde encuentran en mayor porcentaje.
- Establecer impacto de los controles continuos en la prevención

Desarrollaron una metodología retrospectiva, analítica y descriptiva, a través de la revisión de kardex de las TS que ingresaron en el CDVIR Desde las gestiones 1998 hasta octubre del 2006.

Con los siguientes resultados:

- El promedio de edad de las TS se encuentra entre los 18 a 25 años con 43%, seguido de 26^a 35 años con un 32% de los casos.
- El 83% (31casos) tienen nacionalidad boliviana.
- La TS que desempeñan su trabajo en clubes nocturnos corresponde al 48% de los casos positivos.
- Del total de casos positivos (37casos) el 94% (35) se presentaron en los últimos tres años 2004, 2005, 2006.
- El 59% (22 casos) de los casos positivos se presentaron en el ingreso de las usuarias al programa.

- Las TS con controles discontinuos y/o periodos de trabajo en forma privada presenta el doble de positivos respecto a TS con controles continuos.

Con las siguientes conclusiones:

- Se observa un aumento de la incidencia a partir del año 2003 del 0.2% al 2.0% el año 2006. Con una prevalencia de los últimos cuatro años de 1.3%.
- El gran porcentaje de casos positivos corresponde a TS nuevas (ingreso al CDVIR), quienes sin solicitud del Carnet de salud por parte de los dueños del club nocturno, lenocinios y otros; lo que se debe movilizar a realizar mayor control en los locales en coordinación con otras instituciones.
- Los antecedentes de trabajo en la calle o en forma privada antes de ingresar al programa nos compromete a buscar estrategias de control de las TS de la calle a través de actividades de IEC con alcances en forma regular que favorezcan el proceso de sensibilización disminuyendo las situaciones riesgo de las ITS/VIH. Por otra parte facilitar el acceso al sistema d salud para sus controles gratuitos aun permaneciendo como TS de la calle.³⁰

3.3 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN GRUPO DE ALTO RIESGO DE LA CIUDAD DE MONTERÍA, COLOMBIA

Alvis N; Mattar S; García J; Conde E; Díaz A; 2007.

Las consecuencias de las ITS son dramáticas si se tiene en cuenta su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH. Los estudios epidemiológicos de vigilancia sobre las poblaciones vulnerables son claves debido a la información que suministran para los programas de prevención e intervención. La OMS y ONUSIDA consideran que la vigilancia de las ITS es un componente insustituible de los sistemas de vigilancia del VIH-SIDA.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para conocer las características epidemiológicas y el diagnóstico microbiológico y molecular de las ITS. El universo poblacional lo constituyeron las 200 trabajadoras sexuales que

regularmente asisten a controles al Centro de Atención Médico de Urgencias-CAMU La Granja- de la ciudad de Montería.

La muestra la integraron 69 de estas trabajadoras sexuales, seleccionadas de manera consecutiva y no probabilística, quienes decidieron participar en el estudio y a quienes se les denominó Grupo de Alto Riesgo. Por otro lado, como grupo control se tomaron 16 amas de casa, no trabajadoras sexuales, que asistieron a cita médica al centro de salud del barrio P5 a quienes, luego informar los propósitos del estudio y de otorgar su consentimiento voluntario a participar en la investigación, se les denominó Grupo de Bajo Riesgo.

Con el objetivo, de identificar los principales agentes etiológicos de enfermedades de transmisión sexual en una población de alto riesgo de la ciudad de Montería.

La población de estudio estuvo conformada por 69 trabajadoras sexuales (grupo de alto riesgo) y 16 amas de casa (grupo de bajo riesgo) de la ciudad de Montería.

Las muestras de secreción vaginal fueron procesadas según métodos microbiológicos estándares y por el método molecular de AMPLICOR® CT/NG.

Investigación que obtuvo los siguientes resultados:

- La edad de las pacientes estuvo entre 18 y 44 años con una media de 26,1.
- En la población de alto riesgo, se determinó que el 17,4 % fueron positivas para *Gardnerella vaginalis*, *C. trachomatis* (5,9 %); *Neisseria gonorrhoeae* (4,3 %), *Trichomonas vaginalis* y *Candida albicans*, (2,9 %).
- En la población de bajo riesgo *Gardnerella vaginalis* (56,3 %), *C. trachomatis* (12,5 %); *Neisseria gonorrhoeae* (6,3%), y *Candida albicans* (12,5 %).
- Se encontró que la frecuencia de relaciones sexuales en la población de trabajadoras sexuales fue: 70 % (5-10 semanales), 10 % (11-15 semanales) y 20 % (16-20 semanales).
- El 15,4 % de las trabajadoras sexuales no utilizaron preservativos en sus relaciones sexuales.

Concluyendo altas tasas de infección encontradas en las poblaciones estudiadas presumen que existe un alto riesgo de transmisibilidad y es prioridad intervenir en estos grupos para prevenir las infecciones por el VIH y demás infecciones de transmisión sexual.³¹

III. JUSTIFICACIÓN

En los casos analizados al inicio de la epidemia del VIH/SIDA, se identificaron como principales focos de infección los llamados grupos de alto riesgo conformados por varones homosexuales y bisexuales, drogadictos intravenosos, trabajadoras sexuales y hemofílicos transfundidos.

“Hoy día, en la mayoría de los países, la enfermedad afecta en porcentajes cada vez mayores a mujeres y varones heterosexuales que no pertenecen a los grupos de riesgo. Por ello, es más acertado hablar de prácticas, conductas o comportamientos de riesgo que de grupos de riesgo”.³²

Lo mencionado no significa que hayan desaparecido los grupos de riesgo. Las trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes continúan siendo un importante vector de transmisión del VIH/SIDA, el cual “se potencia por las condiciones epidemiológicas especiales que lo caracterizan, como posibles facilitadores de la infección por el VIH: La oferta y la demanda del trabajo sexual, la prevalencia del VIH entre TS y clientes, el número de clientes, el tipo de prácticas sexuales, el bajo nivel socioeconómico, el número de embarazos, el empleo de anticonceptivos hormonales, la escasa información sobre salud y enfermedad, la estigmatización social, el reducido acceso a los servicios de salud o de educación, la ausencia de medidas preventivas, el consumo de alcohol y drogas, las prácticas de riesgo, la poca habilidad en las transacciones con los clientes y el desconocimiento de las destrezas propias de la profesión”.³³

Todos estos aspectos comunes, frecuentes y propios de esta actividad han contribuido, en la propagación de la infección del VIH donde es fundamentalmente un problema de conducta, especialmente de conducta sexual de riesgo.³⁴

IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante este panorama y teniendo en cuenta que la población de mujeres trabajadoras sexuales se constituye un grupo de población vulnerable donde las condiciones del ejercicio de su ocupación se convierten en riesgos y/o donde los factores intervinientes como lugar trabajo, el no uso del preservativo o condón, la presencia de las infecciones de transmisión sexual y el tratamiento no oportuno de las infecciones de transmisión sexual, podrían poner en mayor evidencia de exposición al VIH/SIDA. Esta epidemia no solo afecta a las trabajadoras sexuales, sino también a sus clientes, convirtiéndose en un “puente” con sus respectivas familias y sociedad.

5.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Son las condiciones del ejercicio de trabajo sexual factores que influyen para la transmisión del VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras sexuales, que asisten a control asiduo del Programa ITS/VIH-SIDA (CDVIR LP) durante las gestiones 2007 a 2011?

5.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

5.3.1 HIPÓTESIS NULA

Las condiciones del ejercicio de trabajo sexual: trabajo formal e informal (calle, local), no uso de condón, presencia de infecciones de transmisión sexual y el no realizar tratamiento de infecciones de transmisión sexual, son factores que influyen para la transmisión del VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras sexuales, que asisten a control asiduo del Programa ITS/VIH-SIDA (CDVIR LP) durante las gestiones 2007 a 2011.

5.3.2 HIPÓTESIS ALTERNA

Las condiciones del ejercicio de trabajo sexual: trabajo formal e informal (calle, local), no uso de condón, presencia de infecciones de transmisión sexual y el no realizar tratamiento de infecciones de transmisión sexual, no son factores que influyen para la transmisión del VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras sexuales, que asisten a control asiduo del Programa ITS/VIH-SIDA (CDVIR LP) durante las gestiones 2007 a 2011.

5.4. OBJETIVOS

5.4.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar las condiciones del ejercicio del trabajo sexual que pueden influir en la transmisión del VIH/SIDA en mujeres trabajadoras sexuales, que asisten a controles periódicos en el Programa Departamental de ITS/VIH-SIDA, (CDVIR LP), en las gestiones 2007 a 2011.

5.4.2. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar las condiciones de la ocupación formal e informal del trabajo sexual en la población de estudio.
- Conocer si las trabajadoras sexuales, utilizan o no el condón como una medida preventiva para la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA.
- Identificar la presencia de las infecciones de transmisión sexual, en la población de mujeres trabajadoras sexuales.
- Conocer si las mujeres trabajadoras sexuales, realizan tratamiento de las ITS diagnosticadas.

V. INTERVENCIÓN METODOLÓGICA

6.1 DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un **Estudio Descriptivo**

Los informes y la serie de casos son los estudios descriptivos y en ellos puede describirse un grupo de pacientes con características especiales, como presentar un nuevo efecto secundario ante un tratamiento específico o describir las características de un grupo de pacientes con una enfermedad reciente. A menudo son el inicio de estudios epidemiológicos más complejos.

Los estudios de morbilidad y mortalidad utilizan datos individuales y partiendo de la información recogida en historias clínicas, censo, altas hospitalarias, certificados de defunciones, etc. describen la distribución de frecuencias de un problema de salud. La principal ventaja de este tipo de estudio es que son rápidos y económicos, ya que solamente hay que buscar la fuente de datos apropiada.³⁵

Como su nombre indica, una investigación en una serie de casos está compuesta por un determinado número de observaciones, correspondientes a individuos humanos, inclusive resultados de prueba de gabinete, que tiene una misma condición, y que invariablemente abarcan un periodo, que puede ser de meses o años.³⁶

6.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se considera como población de estudio a un universo de 48 mujeres trabajadoras sexuales, que asistían y/o asisten a controles médicos en el CDVIR LP, dependiente del Programa Departamental ITS/VIH-SIDA LP.

6.3. UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS

Nuestra unidad de observación y análisis son las mujeres trabajadoras sexuales que asistieron y/o asisten al CDVIR LP, para sus controles periódicos en ITS y VIH.

6.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los “criterios de inclusión definen las características de la población elegible y vienen determinados por la propia pregunta de investigación y por la fuente de los sujetos elegidos”.³⁷

Es ideal pretender evaluar a todos los miembros de una población para determinar la prevalencia de una enfermedad o de una condición de interés. Sin embargo, si la población resulta muy grande, esta aproximación no es factible por varias razones.³⁸

La muestra para la investigación fueron todas las historias clínicas que se encuentran resguardadas en el área de enfermería del CDVIR LP, las que fueron analizadas y seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- Historia clínica de Infecciones de Transmisión Sexual para Trabajadora Sexuales mujeres, mayores de 18 años. (Ver anexo)
- Historias clínicas de trabajadoras sexuales que se hayan notificado con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, entre las gestiones 2007 hasta 2011; que además cuenten con la historia clínica de ITS para TS.
- Revisión Historias clínicas de ITS (infecciones de transmisión sexual) para TS (trabajadoras sexuales) mujer. (servicio área médica CDVIR LP).
- Revisión de las historias clínicas de ITS además de la revisión de resultados de laboratorio STAT, Elisa para VIH, resultados de Western Blot para el diagnóstico de VIH, como la revisión de las hojas de enfermería donde se encuentra registrado si la paciente realizó tratamiento luego del diagnóstico.

6.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los “criterios de exclusión indican los subconjuntos de individuos que cumplen con los criterios de inclusión pero que es probable que infieran en la calidad de los datos o en la interpretación de los hallazgos”.³⁹

- Historia clínica de Infecciones de Transmisión Sexual para Trabajadoras Sexuales mujer, menor de 18 años.
- Historias Clínicas de Infecciones de Transmisión Sexual para Trabajadores Sexuales varones y travestis.
- Historias clínicas de ITS para TS mujer, que se hayan llenado de manera incorrecta y se encuentren incompletas.
- Se excluirán los casos de trabajadoras sexuales que no cuenten con historia clínicas de ITS para TS.
- También se excluirán los casos de trabajadoras sexuales que se hayan notificado como casos positivos de VIH/SIDA y **no cuenten con historia clínica de ITS para trabajadoras sexuales** (a las que se considera a las Trabajadoras Sexuales Clandestinas o sin ningún tipo de control).

6.4. ALCANCE GEOGRÁFICO Y TEMPORAL

6.4.1. ALCANCE GEOGRÁFICO

La investigación se realizó en el en el Centro de Vigilancia, Información y Referencia de ITS/VIH/SIDA La Paz (CDVIR) por ser un centro público que atiende a las personas afectadas por ITS, VIH-SIDA; Las actividades de los Programas Departamentales ITS/VIH-SIDA, a través de los CDVIR se orienta a la prevención, control y vigilancia epidemiológica pasiva a grupos vulnerables como las trabajadoras sexuales.

El Programa Departamental ITS/VIH-SIDA, se encuentra baja la dependencia de la Unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud La Paz.

- Programa Departamental ITS/VIH-SIDA, CDVIR La Paz

6.5. ALCANCE TEMPORAL

- Quinquenio de las gestiones 2007 a 2011.

6.6. MARCO MUESTRAL

6.6.1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FUENTES PRIMARIAS

La base fundamental para la investigación fue la revisión de las historias clínicas, de las pacientes mujeres trabajadoras sexuales que asistieron a sus controles de ITS/VIH-SIDA en el CDVIR LP, entre las gestiones 2007 al 2011.

Se realizó una ficha técnica, lo que permitió la selección de información requerida, como: condiciones de trabajo (formal e informal), si presentó alguna ITS y si realizó tratamiento, como el uso del condón como una medida de prevención.

6.6.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FUENTE SECUNDARIAS

Se revisó documentos de varios autores, con referencia al tema de investigación. La bibliografía más importante es relacionada a temas de salud, condiciones sociales de la mujer, programas del Ministerio de Salud. El instrumento utilizado luego de las lecturas, fueron las fichas resumen.

6.7. ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar el trabajo de investigación se solicitó el permiso que corresponde a los Responsables del Programa ITS/VIH-SIDA del Servicio Departamental de Salud La Paz.

Se buscaron datos clínicos (historias clínicas) que permitieron evaluar los factores de riesgo para la infección del VIH/SIDA, en trabajadoras sexuales, resguardando la confidencialidad, privacidad y el anonimato de las usuarias del servicio de salud.

6.8. PLAN DE ANÁLISIS

Luego de recolección de la información se prosiguió con los siguientes pasos:

- Transcripción de la información en una base de datos.
- Revisión de las variables cuantitativas de acuerdo a la base de datos
- Análisis comparativo de la información seleccionada.

VI. RESULTADOS

La población de estudio en la presente investigación está formada por mujeres trabajadoras sexuales (TS) en un rango de edad de 21 a 60 años que asisten de manera rutinaria a controles médicos de infecciones de transmisión sexual en el Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR LP). Como parte de la de la población de estudio se considera a mujeres TS hasta el momento de su diagnóstico como persona que vive con el VIH/SIDA (PVVS), diagnósticos que se sucedieron entre las gestiones 2007- 2011.

Se trata de un Estudio Descriptivo donde la población de estudio está conformada por 12 mujeres trabajadoras sexuales (TS), que adquirieron la infección del VIH/SIDA y 36 mujeres trabajadoras sexuales (TS) en que la enfermedad o característica de infección del VIH/SIDA está ausente.

POBLACIÓN DE ESTUDIO TS	TS DX (+) VIH/SIDA	TS DX (-) VIH/SIDA
	12	36
TOTAL	48	

Como instrumento de análisis de la información se utilizaron las historias clínicas (HISTORIA CLINICA DE ITS PARA TSC MUJER) en la que encontramos además anexo resultados de laboratorio de diagnóstico de ITS, VIH y registros de tratamiento de las ITS.

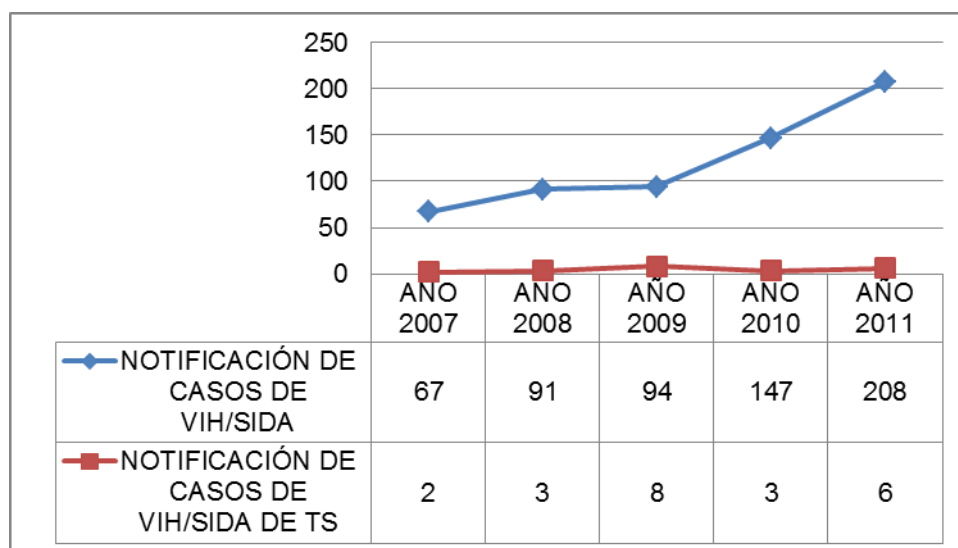
Con la información de datos recopilados y almacenados en archivos de Excel (Microsoft office Profesional, 2010). El análisis de la información, nos ayudó describir a nuestra población de estudio y dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

Para el análisis de esta población se consideró información de características sociodemográficas y biológicas que nos permite tener una perspectiva sobre la

situación o condición de las mujeres trabajadoras sexuales de la población de estudio.

7.1. CASOS NOTIFICADOS DE PERSONAS CON VIH/SIDA, CENTRO DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA Y REFERENCIA LA PAZ, GESTIONES 2007 AL 2011

**GRÁFICO Nº 4.
NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE VIH/SIDA
CDVIR LP - GESTIÓN 2007- 2011**



Fuente: Datos obtenidos del SEDES LP, Programa Departamental ITS/VIH-SIDA, CDVIR LP, Vigilancia Epidemiológica.

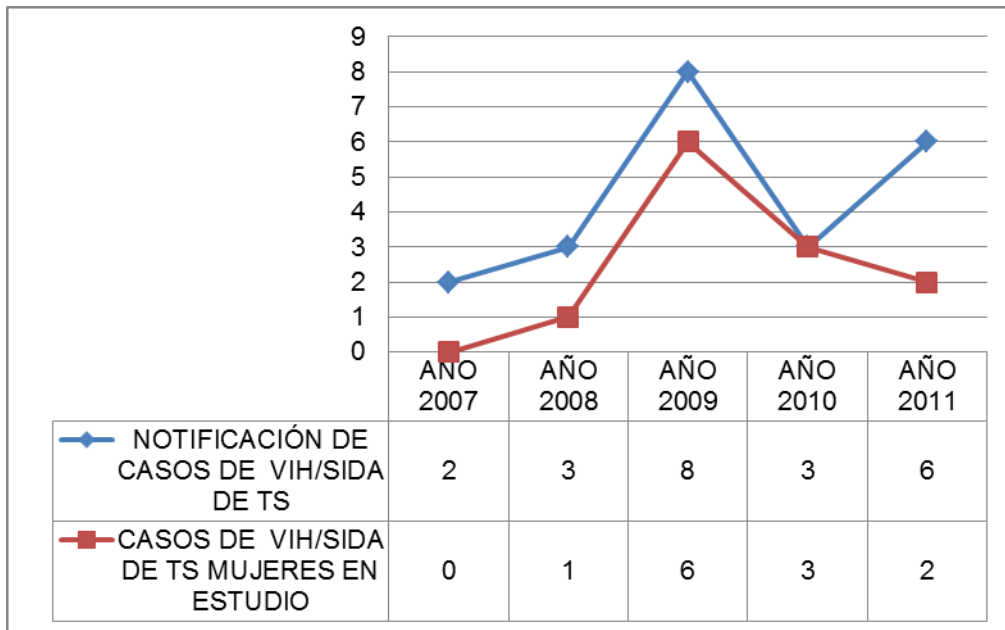
En el análisis podemos observar el número de casos de VIH/SIDA, que fueron diagnosticados y confirmados con resultados de laboratorio (INLASA) que realizó el (Western Blot) prueba que confirma el diagnóstico (positivo) al VIH/SIDA de la persona. La notificación de los casos nuevos de VIH/SIDA, se encuentran acumulados por gestión (2007-2011) mostrándonos un comportamiento ascendente de casos de VIH en el CDVIR LP.

Para la notificación de cada caso se utiliza la "Fichas de notificación de casos nuevos de VIH/SIDA" los mismos que se encuentran implementados en el sistema de salud. En la ficha de notificación de casos nuevos de VIH/SIDA, se cuenta con

la variable “Ocupación” donde se considera el trabajo sexual (TS) como una ocupación.

7.1.1. CASOS NOTIFICADOS DE PERSONA CON VIH/SIDA, CON OCUPACIÓN DE TRABAJO SEXUAL, CENTRO DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA Y REFERENCIA LA PAZ, GESTIONES 2007 AL 2011

**GRÁFICO Nº 5.
NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE VIH/SIDA
POBLACIÓN DE TRABAJADORAS SEXUALES
CDVIR LP - GESTIÓN 2007-2011**



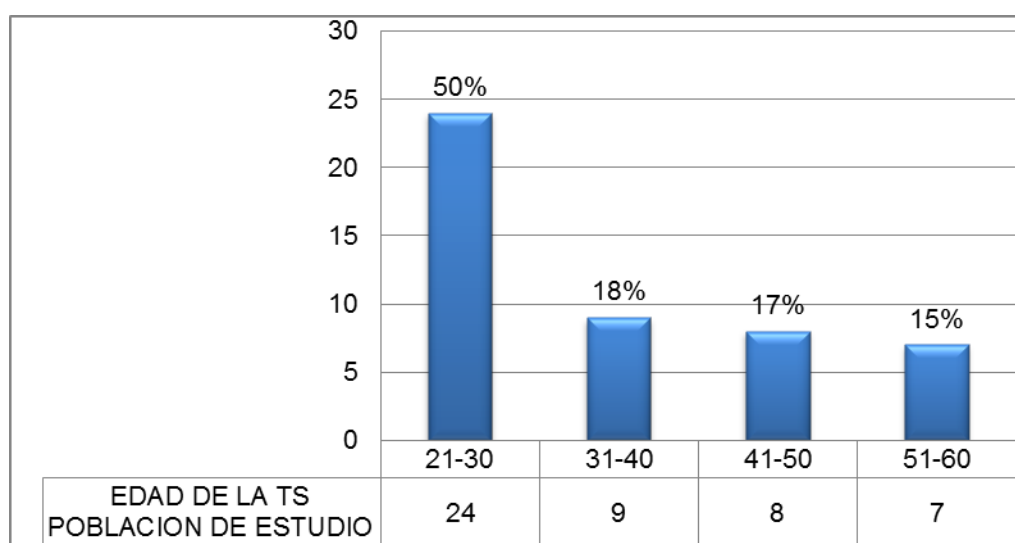
Fuente: Datos obtenidos del SEDES LP, Programa Departamental ITS/VIH-SIDA, CDVIR LP, Vigilancia Epidemiológica.

El gráfico nos muestra la notificación de casos nuevos de VIH/SIDA de personas que tiene la ocupación de trabajo sexual por gestión (2007 al 2011), es en este sentido que se pudo identificar un total de 22 casos nuevos de personas que tienen como ocupación el TS, en los 5 años y de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión se cuenta con un total de 12 personas a las que se consideró como (mujer TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA) parte de la población de estudio.

7.2. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

7.2.1. EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

GRÁFICO Nº 6.
EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011



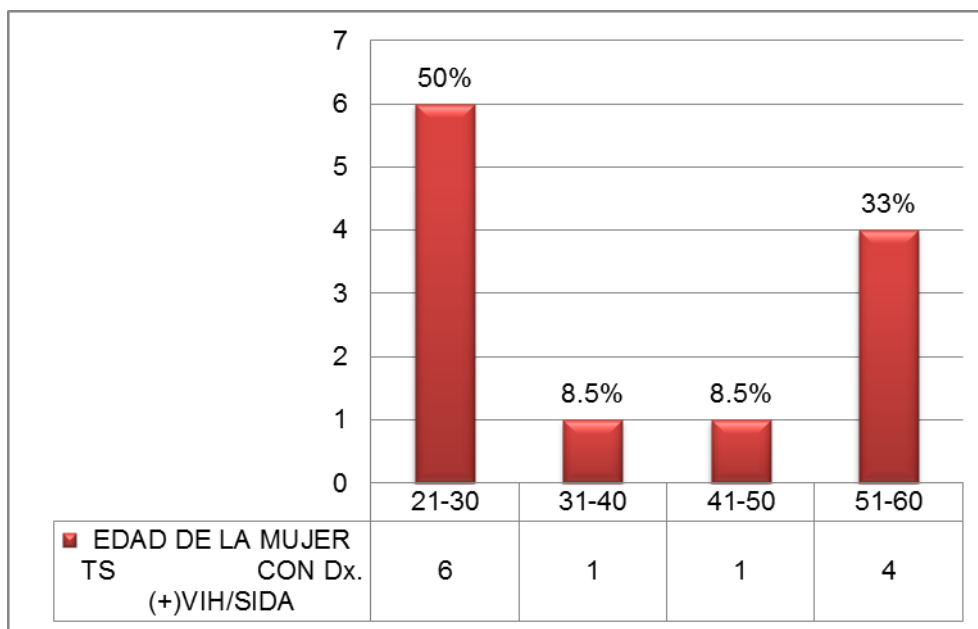
Fuente: Datos obtenidos de Historias Clínicas de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

La población de estudio está constituida de 48 mujeres trabajadoras sexuales que asistían o asisten de manera regular a sus controles médicos de infecciones de transmisión sexuales en el CDVIR LP. La mitad o el (50%) de las mismas se encuentra entre las edades de 21 a 30 años, edades en que muchas de ellas se inician en la actividad del trabajo sexual, 9 o el (18%) se encuentran entre de 31a 40 años, 8 mujeres o el (17%) entre de 41a 50 años y el (15%) entre 51 a 60 años.

Es decir que casi el 68% de la población es menor de 40 años y el 32% de las mujeres trabajadoras sexuales son mayores de 41 años hasta llegar a la edad de 60 años, quienes en un porcentaje menor continúan en esta actividad.

7.2.2. EDAD DE POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNOSTICO POSITIVO AL VIH/SIDA

**GRÁFICO Nº 7.
EDAD DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
CON DIAGNOSTICO POSITIVO AL VIH/SIDA
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historias Clínicas de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, se considera la edad de la TS hasta el momento de su diagnóstico como persona que vive con el VIH/SIDA (PVVS), diagnósticos que se sucedieron en las gestiones 2007 - 2011.

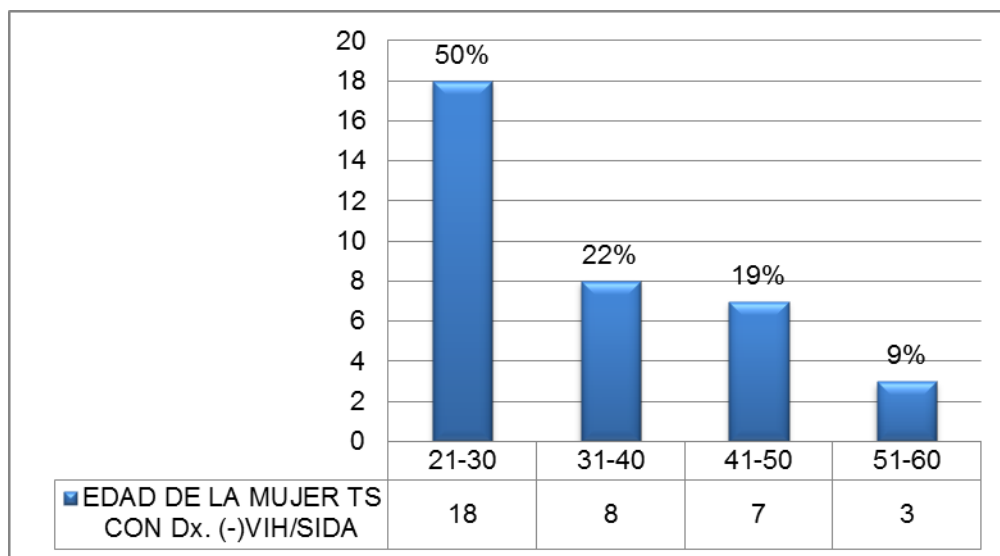
Podemos observar en el cuadro que 6 de las 12 TS es decir el (50%) de nuestro grupo de estudio tuvieron las edades de 21 a 30 años cuando se les diagnosticó positivo al VIH/SIDA, 2 TS o el (17%) estaban entre las edades de 31 a 50 años y en las edades máximas de 51 a 60 años 4 casos o el (33%) del total de la población de estudio.

Las edades extremas de las mujeres que se infectaron el VIH/SIDA, puede deberse a la inexperiencia de las mujeres jóvenes que se inician en esta actividad.

El extremo de la edad de 51 a 60 años llama la atención ya que las mismas estuvieron en esta actividad por varios años asistiendo a controles periódicos en el CDVIR LP. Consideramos que la edad de la TS también influye en el número de clientes que pueda tener y la negociación de uso del condón o preservativo; a mayor edad menos clientes, menos ingresos económicos, mayor dificultad en la negociación de uso de condón.

7.2.3. EDAD DE POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNOSTICO NEGATIVO AL VIH/SIDA

**GRÁFICO Nº 8.
EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
CON DIAGNOSTICO NEGATIVO AL VIH/SIDA
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historias Clínicas de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, se considera la edad hasta su último control médico de ITS, considerando el periodo de la investigación hasta la gestión 2011.

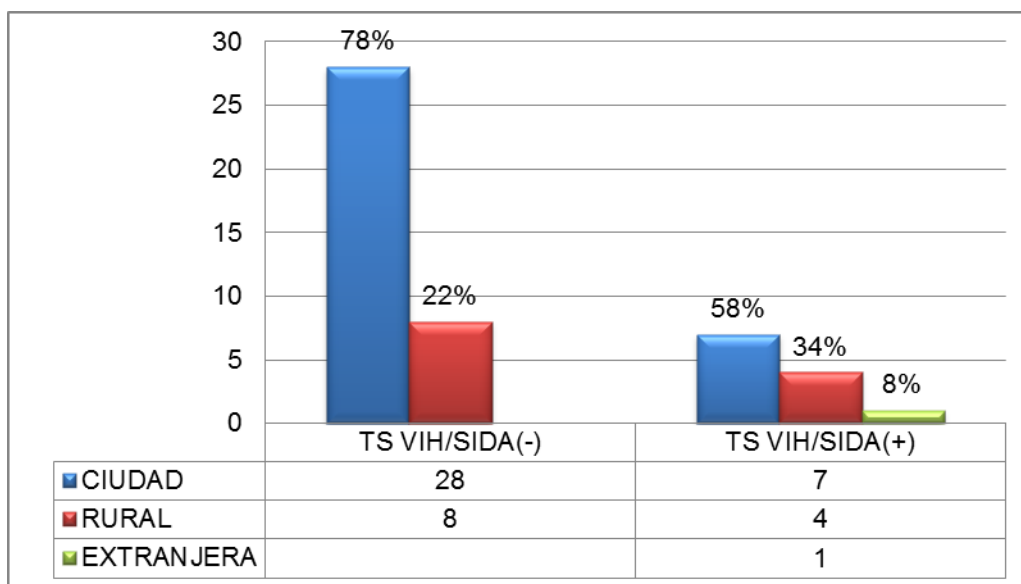
Podemos decir que la distribución de las edades de las TS en su último control de ITS estuvo entre la edad mínima de 21 años hasta los 60 años en que aun en esa edad, las mujeres continúan dentro del trabajo sexual.

En estos rangos de distribución de edades también el 50% de la población se encuentra entre las edades de 21 a 30 años

Reflexionando sobre las edades de la población, también podemos considerar a la edad una condición de riesgo en contraer ITS o el VIH/SIDA.

7.2.4. PROCEDENCIA DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

**GRÁFICO Nº 9.
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

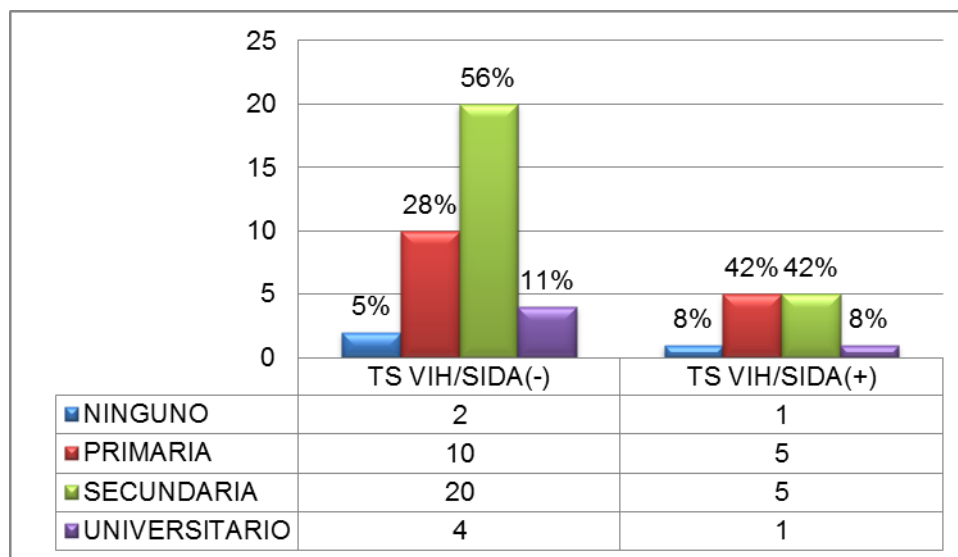
En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, el (34%) de las mismas son oriundas del área rural, considerando a esta situación como migrantes a las ciudades donde desarrollan su actividad de trabajo; 7 mujeres o el (58%) nacieron y/o viven en diferentes ciudades de los departamentos pero realizan su actividad de trabajo en La Paz, el (8%) de esta población de estudio es extranjera proveniente de un país con límite al nuestro, de quien se desconoce dónde se habría infectado el VIH en su país de origen o en el nuestro país donde desarrolla la actividad.

En la población de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, 28 o el (78%) son de origen urbano y el (22%) de las TS son oriundas del área rural en la condición de migrantes.

Si se realiza un análisis global de la población de estudio más del (70%) de las mujeres TS nacieron y/o viven en el área urbana, pero el (25%) o la cuarta parte de esta población tienen como origen el área rural, que por razones económicas migraron de su entorno rural a otro urbano, exponiéndolas a la vulnerabilidad de la (explotación sexual, la trata de personas y la relativa ingenuidad acerca de la ciudad) donde el intercambio de sexo por dinero puede ser una práctica de sobrevivencia.

7.2.5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

**GRÁFICO Nº 10.
GRADO O NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

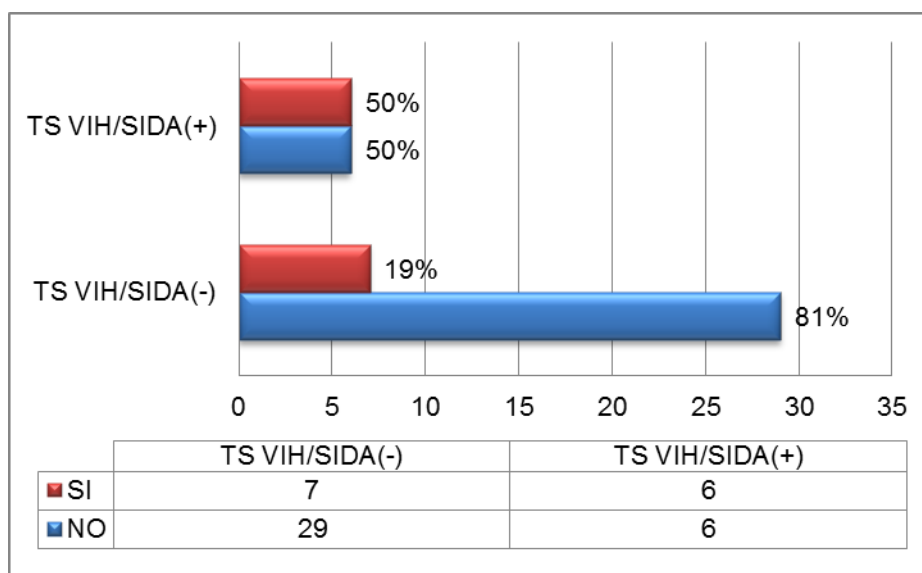
En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA el nivel de educación o instrucción pareciera dividirse en dos posiciones: 6 de las TS o el (50%) son semi-analfabetas o solo han cursado los primeros cursos del ciclo primario; las otras 6 o (50%) de las TS cursó el nivel secundario y hasta el universitario.

En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, (28%) cursaron hasta nivel primaria y (67%) de las TS tendría un nivel de educación o instrucción desde secundaria hasta universitaria.

El nivel de educación puede tener influencia en el conocimiento de las situaciones de riesgo, transmisión y prevención de las ITS/VIH-SIDA.

7.2.6. SITUACIÓN DE PAREJA DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

GRÁFICO Nº 11.
SITUACIÓN DE PAREJA ESTABLE DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

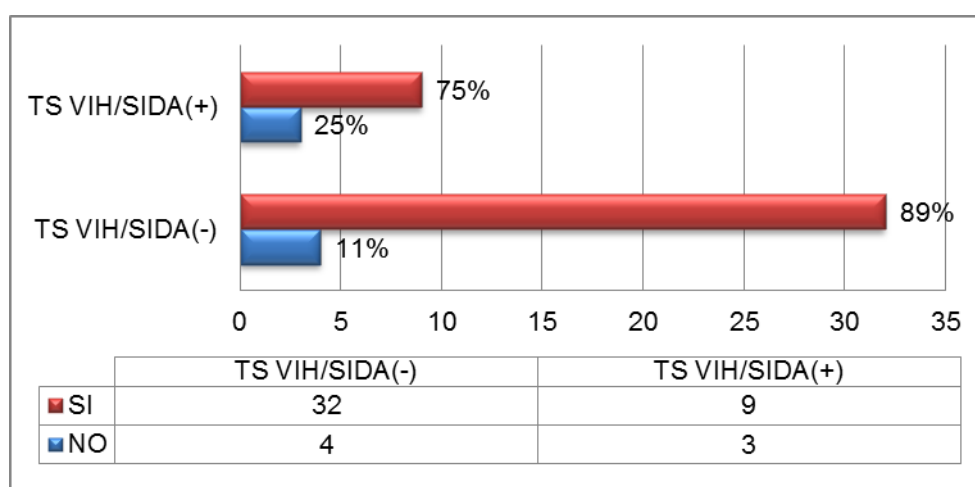
En el análisis de la información no se cuenta con el dato del estado civil de las mujeres TS, pero si se obtuvo la información si la persona tiene una pareja estable. Es en esta situación que podemos decir que: En el grupo de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, el (50%) de esta población tiene pareja estable con la que conviven (casada o en unión libre), el otro (50%) de TS no tienen pareja estable y se las considera como solteras, viudas, divorciadas o separadas.

En el grupo de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, solo el (19%) de las TS tiene pareja estable con la que conviven y (81%) de las TS de esta población no tienen pareja estable y/o se encuentran es estado civil de (soltera, viudas, divorciadas o separadas).

7.3. CONSUMO DE ALCOHOL Y USO DE DROGAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

7.3.1. CONSUMO DE ALCOHOL

**GRÁFICO N° 12.
CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

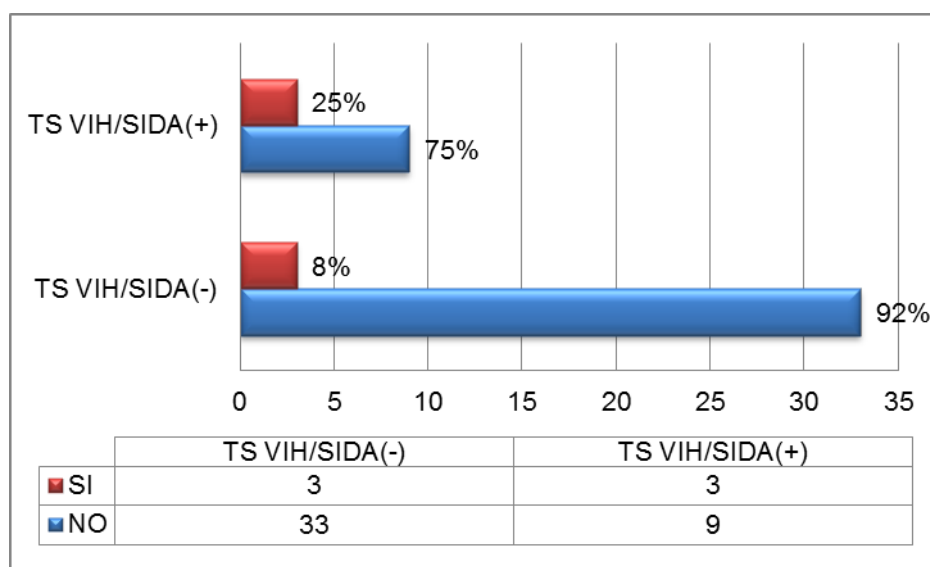
Los hábitos de consumo de alcohol en esta población es frecuente y rutinario en nuestra población de estudio de mujeres TS con diagnostico positivo al VIH/SIDA I (75%) de las TS consumen alcohol y solo (25%) refieren ser abstemias; en la población de mujeres TS con diagnostico negativo (89%) de las TS consumen rutinariamente alcohol y solo el (11%) TS del total de población no consumen bebidas alcohólicas.

El consumo de alcohol es habitual en especial cuando el trabajo es dentro de los locales (wisquerias, clubes nocturnos etc.) donde el cliente antes de tener una relación sexual muchas de las veces consume alcohol junto a la TS.

El consumo de alcohol también se puede considerar un riesgo ya que el estar bajo efecto de estas bebidas, puede influir en que la TS o el cliente no pueda usar protección o condón en la relación sexual.

7.3.2. CONSUMO DE DROGAS

**GRÁFICO N° 13.
CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

También se cuenta con la información de consumo de droga como: cocaína, marihuana, heroína por parte de TS. En nuestra población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, 3 o el (25%) de las mismas sí consumió algún tipo de estas drogas, este porcentaje se debe considerar como importante ya que significa la cuarta parte de la población de estudio. En la población de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, (8%) de las TS también consumieron algún tipo de las drogas mencionadas.

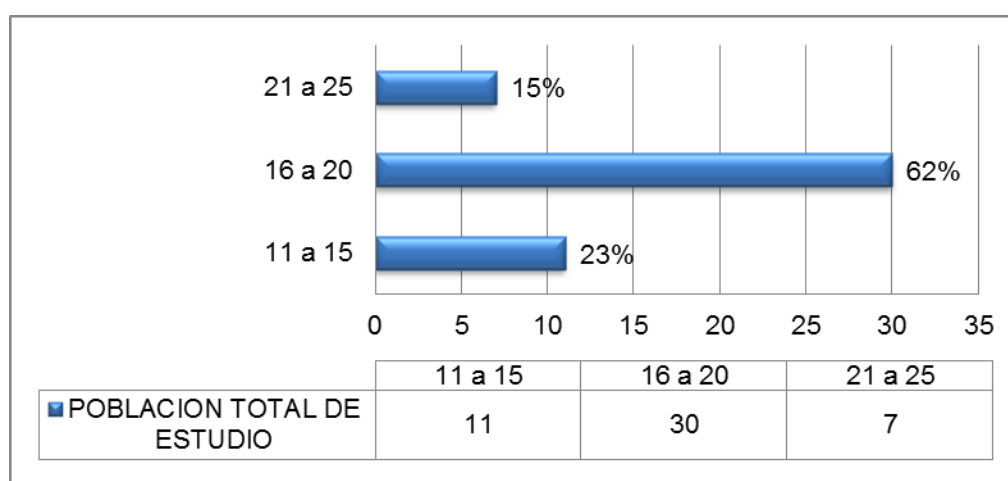
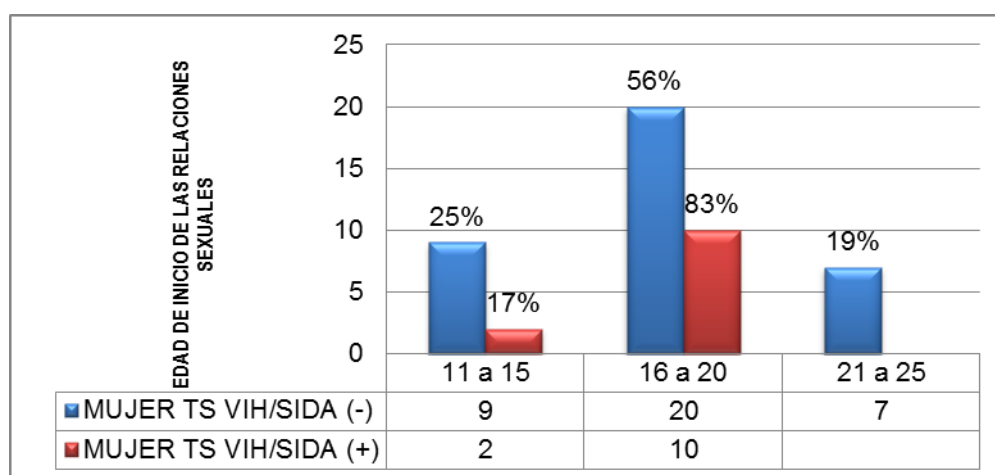
El consumo de drogas también está presente en ésta población, el estar bajo efecto de la misma también puede influir en la condición del uso o no del preservativo o condón. Este punto también debemos considerar como un factor

que pueda influir en una situación de riesgo en la transmisión de las ITS
incluyendo el VIH/SIDA.

7.4. HISTORIA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE ESTUDIO, MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

7.4.1. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

**GRÁFICO N° 14.
EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



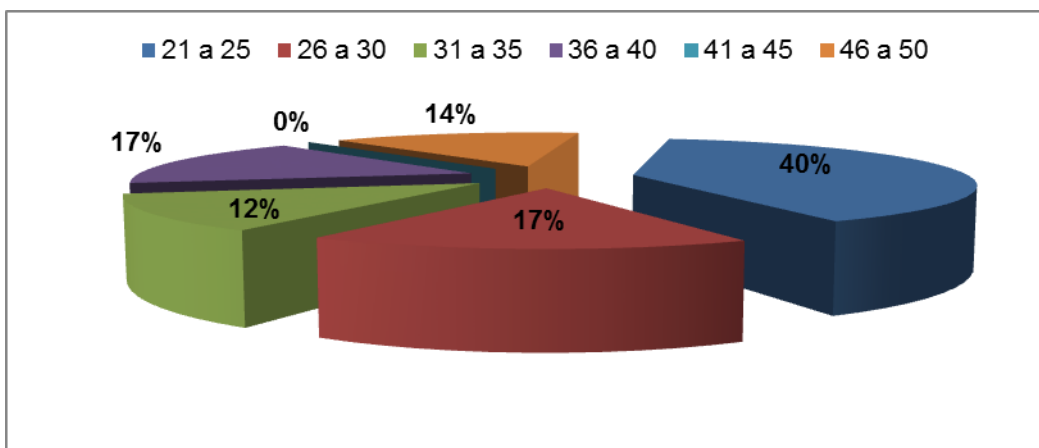
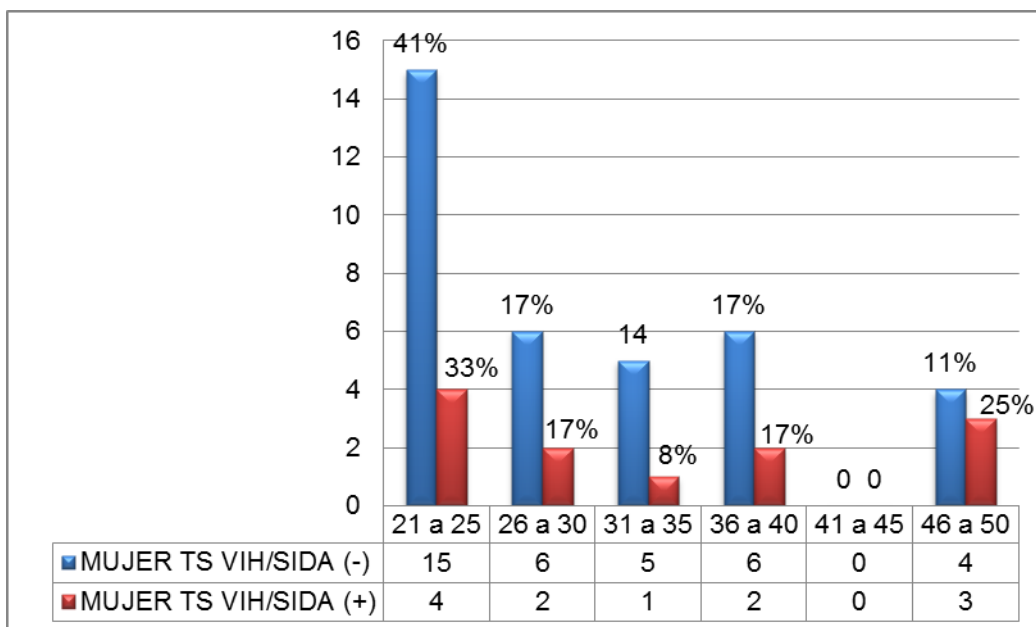
Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

Para nuestro estudio se cuenta con la información de la edad de inicio de las relaciones sexuales, gráficamente podemos mostrar que un 23% de las mujeres iniciaron su vida sexual a partir de los 11 años de edad con una proporción alta hasta los 20 años, es decir que 41 mujeres de nuestra población de estudio o el (85%) de la población total, inicio sus relaciones sexuales hasta los 20 años.

Este porcentaje nos demuestra que el inicio de las relaciones sexuales se encuentra entre la adolescencia y la transición a la juventud. Permittiéndonos reflexionar en el tema; además de continuar buscando estrategias de trabajo sobre temas de salud reproductiva, prevención y responsabilidad en la toma de decisiones con relación al cuidado de cuerpo en las mujeres jóvenes.

7.4.2. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN EL TRABAJO SEXUAL

**GRÁFICO N° 15.
EDAD DE INICIO EN EL TRABAJO SEXUAL
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

El inicio en el trabajo sexual se considera al “momento de haber recibido dinero a cambio de relaciones sexuales por primera vez”. El grafico en proporciones nos muestra que en la población de mujeres TS con diagnostico negativo y positivo, la edad de inicio en la actividad es de 41% y 33% entre las edades de 21 a 25 años.

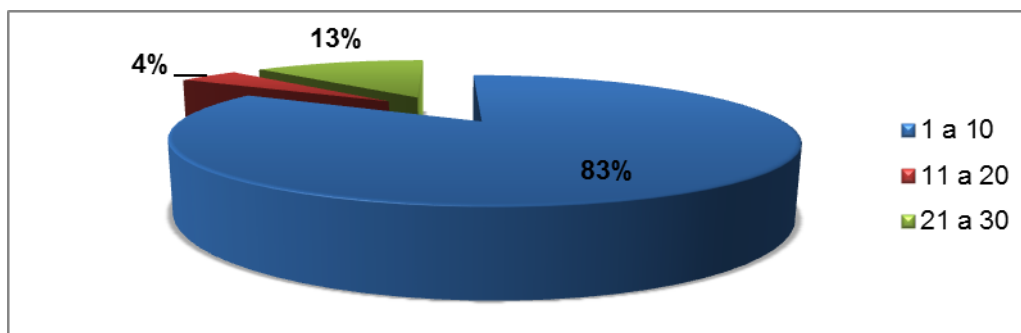
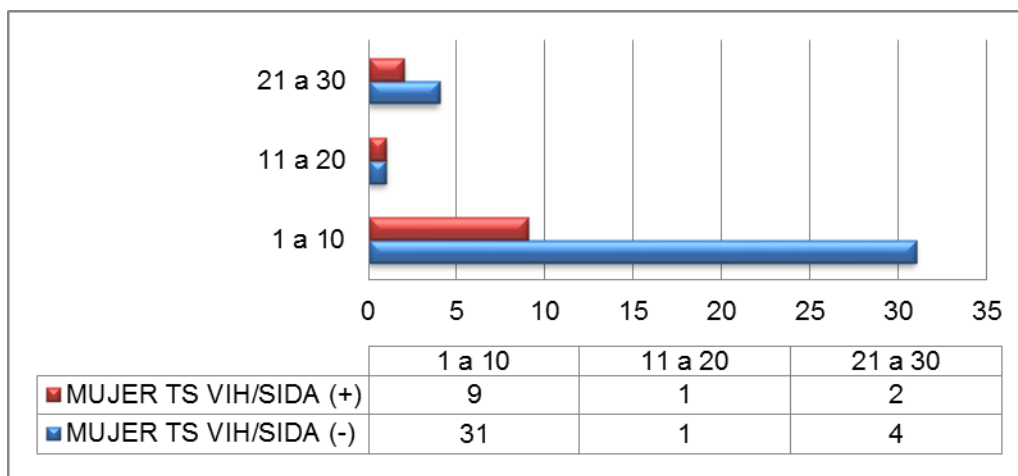
En análisis global esta proporción de la edad de 21 a 25 años de inicio en la actividad de trabajo sexual alcanza el (40%) del total de la población de estudio.

También se puede decir que edad no es una limitante para ingresar al ambiente del trabajo sexual.

Llama la atención que de la población estudio de mujeres TS con diagnostico positivo al VIH/SIDA 4 o el (25%) haya ingresado al ambiente de TS entre las edades de 46 a 50 años.

7.4.3. NÚMERO DE PAREJAS DE LA MUJER TRABAJADORA SEXUAL

**GRÁFICO N° 16.
NÚMERO PROMEDIO DE PAREJAS SEXUALES
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



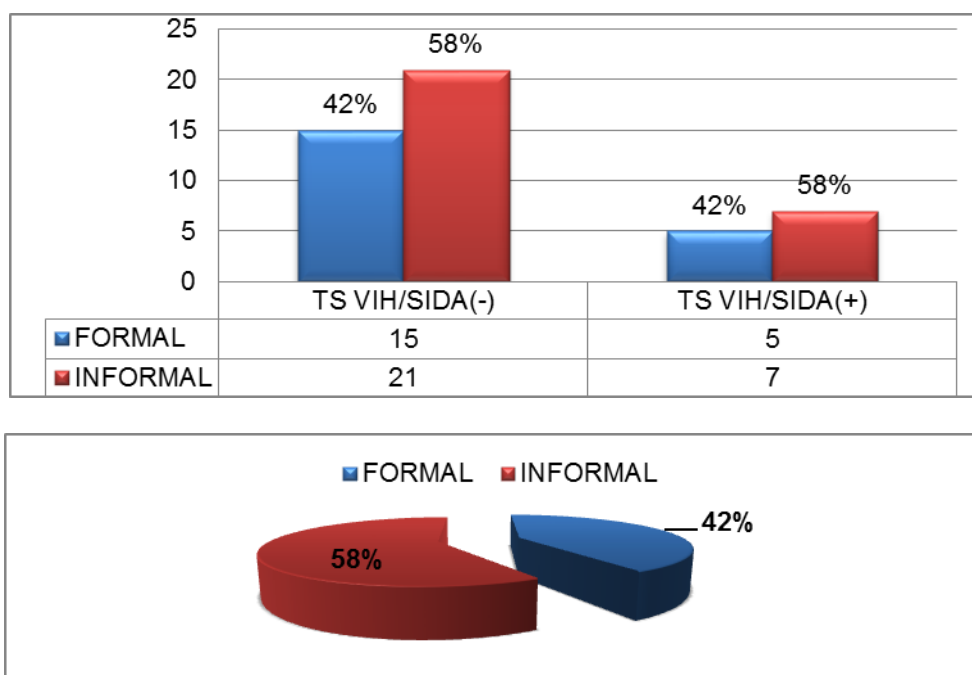
Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

Esta información también se pudo obtener de la historia clínica de ITS para TS mujer. Entonces podemos decir que del total de población de estudio 48 mujeres, el 83% de la población de estudio tiene un promedio 1 a 10 de parejas casuales o “clientes” en una semana y si este promedio se multiplica en 1 mes este promedio ascenderá de 4 a 40 parejas casuales o clientes de la TS.

También se puede observar que el (13%) de las TS tienen un promedio de 21 a 30 parejas casuales o “clientes” en una semana

7.5. CONDICION DE LA OCUPACION DEL TRABAJO SEXUAL FORMAL E INFORMAL DE LA POBLACION DE ESTUDIO

GRÁFICO Nº 17. CONDICIÓN DE TRABAJO FORMAL E INFORMAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP GESTIÓN 2007 – 2011



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

En el análisis de los resultados podemos observar que el (58%) de las trabajadoras sexuales con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, realizaba su actividad de trabajo sexual de manera informal y el (42%) desarrollaba esta actividad de manera formal.

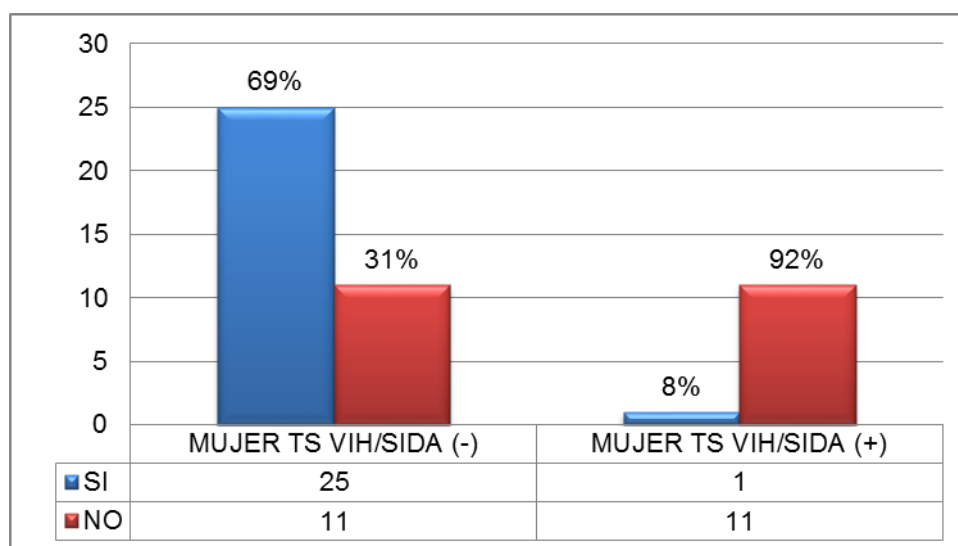
En ambos grupos de estudio (mujeres con diagnóstico positivo y negativo al VIH/SIDA) se observa una igualdad en las proporciones del lugar de trabajo; Entonces podemos decir que el (58%) de las trabajadoras sexuales realizan su

trabajo en la informalidad o independientemente y el (42%) de las trabajadoras sexuales de manera formal, dependiente o con intermediarios, siendo esta una menor proporción con relación a las que trabajan de manera informal.

7.6. USO DEL CONDÓN COMO MÉTODO PREVENTIVO PARA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN LAS TRABAJADORAS SEXUALES

7.6.1. USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

GRÁFICO Nº 18.
USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

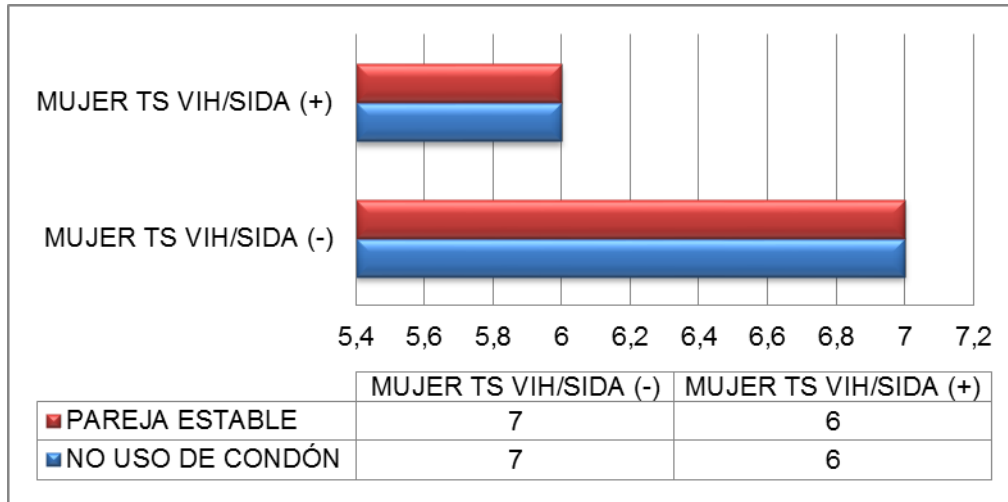
En el análisis de resultados de la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA el (92%) no utilizaron condón o preservativo en su última relación sexual y solo 1 o el 8% sí habría hecho uso del condón en la última relación sexual.

En la población de mujeres TS con diagnóstico negativo el 69% de las trabajadoras sexuales sí utilizó condón en la última relación sexual; el 31% no

utilizó el condón; esta diferencia es más de la cuarta parte de la población de estudio que no utilizaron un preservativo en su última relación sexual.

7.6.2 USO DE CONDÓN CON SU PAREJA ESTABLE

**GRÁFICO Nº 19.
USO DE CONDÓN O PRESERVATIVO CON PAREJA ESTABLE
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA 6 TS tienen una pareja estable y con respecto al uso de preservativo o condón con esta pareja se tiene como resultado que las 6 personas no usan preservativo o condón con esta pareja.

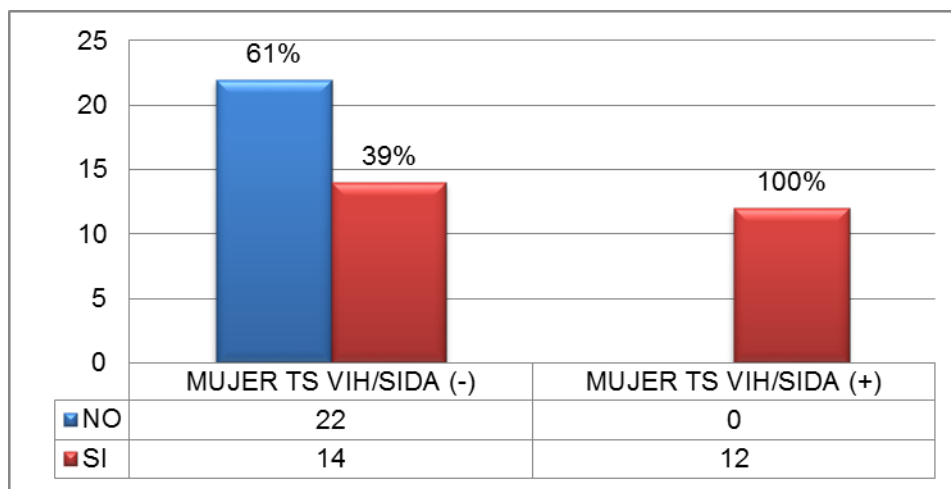
En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, 7 de las TS tienen pareja estable y de la misma manera ninguna usa preservativo con su pareja estable.

Las trabajadoras sexuales que tienen pareja estable, NINGUNA o sea el 100% de los de la población de estudio refieren no usar preservativo. Esta situación

del NO USO DE PRESERVATIVO O CONDÓN con sus parejas se convierte en una condición de alto riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual o VIH/SIDA, por medio de su pareja ya que en **ninguno de los dos grupos de estudio utilizan preservativos con su pareja estable.**

7.7. PRESENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

**GRÁFICO N° 20.
PRESENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011**



Fuente: Fuente: Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

Realizando un análisis de resultados el 100% de las TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, sí presentaron infecciones de transmisión sexual fuera del VIH/SIDA.

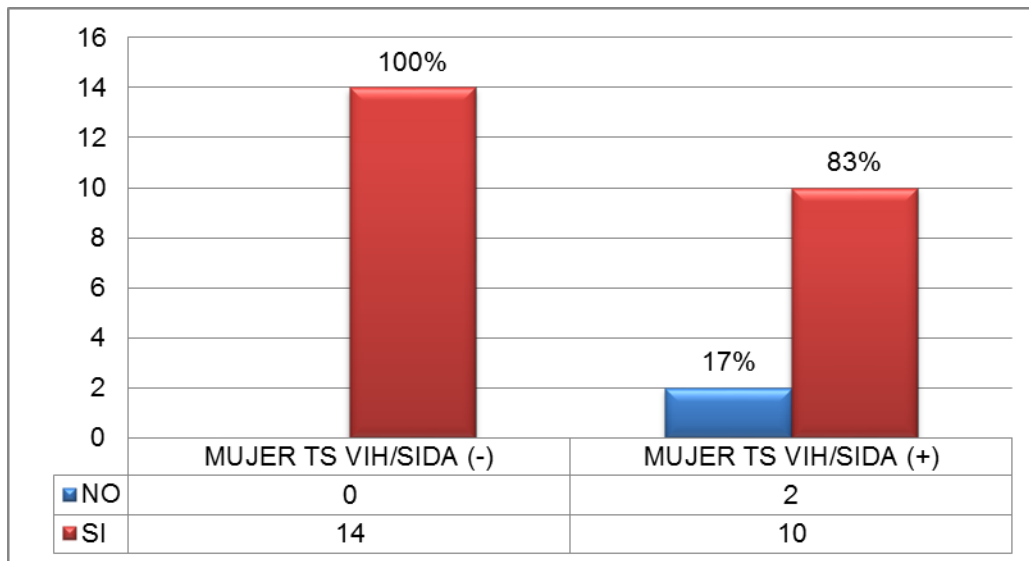
En relación a la población de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA el 61% de las TS no presentaron ninguna infección de transmisión sexual, pero el 39% sí presentó infecciones de transmisión sexual, las mismas que fueron diagnosticadas y confirmadas con resultados de laboratorio, en el momento de su control médico rutinario.

En un análisis comparativo de las poblaciones de estudio de TS la presencia de infecciones de transmisión sexual se da en ambos grupos, considerando la

presencia de ITS como una puerta de entrada y vulnerabilidad a la infección del VIH/SIDA.

7.8. TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

GRÁFICO Nº 21.
TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011



Fuente: Fuente: Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP, 2012.

Para el análisis de esta información se hizo la revisión de las (HCL de ITS para TS mujer) donde se encuentra registrada si la paciente presentó alguna ITS, las mismas corroboradas y confirmadas con exámenes de laboratorio, de la misma manera se encuentra registrado si la paciente recibió tratamiento a la ITS detectada. Vale mencionar que para el análisis de esta información sobre si la TS realizó tratamiento para las ITS, solo se consideró a la población que presentó alguna ITS.

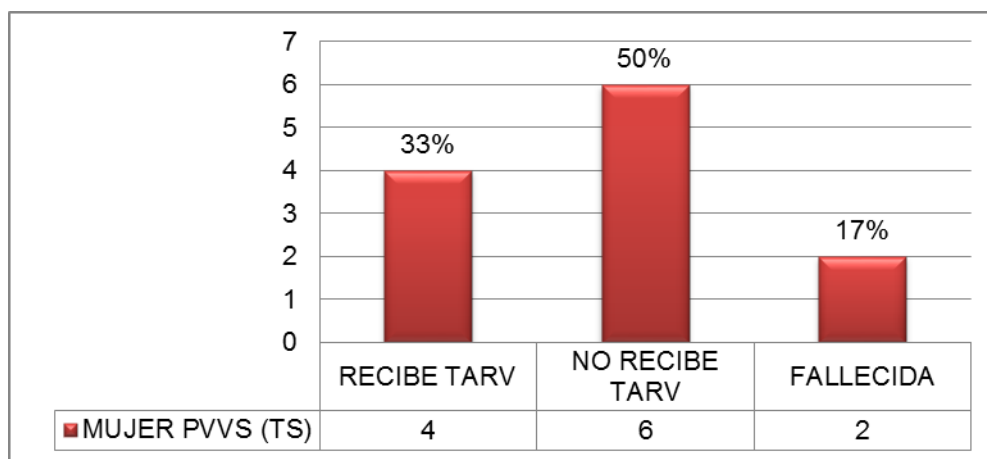
Entonces podemos decir que en la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA el (83%) de las TS realizaron tratamiento a la

detección del diagnóstico de algunas ITS y el (17%) de esta población no realizó tratamiento alguno. En esta población de estudio debo mencionar que la detección de las ITS y el tratamiento de las mismas fueron en el último control médico antes de haber sido diagnosticadas como pacientes positivas al VIH/SIDA.

En la población de mujeres con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, se presentó un número de 14 TS con diagnóstico positivo a alguna ITS y las 14 o el 100% realizaron tratamiento a la detección del diagnóstico.

7.9. SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER TRABAJADORA SEXUAL CON DIAGNÓSTICO VIH/SIDA

GRÁFICO N° 22.
SITUACIÓN ACTUAL DE LAS MUJERES
TRABAJADORAS SEXUALES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA
QUE ACUDIERON A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CDVIR LP
GESTIÓN 2007 – 2011



Fuente: Datos obtenidos de Historia Clínica de ITS para TS mujer, CDVIR LP

De las 12 mujeres trabajadoras sexuales diagnosticadas entre los años 2007 a 2011 como personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), solo 4 o el (33%) reciben actualmente terapia antirretroviral (TARV) y control del VIH/SIDA; 6 o el (50%) de las mujeres diagnosticadas no asisten a control médico y no reciben TARV y 2 o el (17%) de estas mujeres fallecieron.

La condición de haber trabajado en la actividad sexual y haberse infectado en este periodo de la actividad el VIH/SIDA, la pone en una condición de doble discriminación y puede ser la razón por la que a pesar de conocer su diagnóstico deciden no asistir a controles y más bien pierden cualquier contacto con los centros de atención medica con respecto al VIH.

En la mayoría de los casos el trabajo sexual es una actividad oculta para los familiares (hijos, padres y hermanos) razón por la cual, también ocultan su

diagnóstico positivo al VIH/SIDA, además de las circunstancias en las que se podrían haber infectado.

VII. DISCUSIÓN

La investigación está de acuerdo al perfil de incidencia de casos VIH/SIDA en TS durante las gestiones 2007 al 2011. En la población de estudio no se consideró a las TS en condición de clandestinidad las que no cuentan con una historia clínica de atención de ITS en TS.

En el estudio técnico de vigilancia epidemiológica, realizado en el 2006 en la ciudad de Santa Cruz Bolivia; VIH en trabajadoras sexuales comerciales CDVIR Santa Cruz, la misma que tenía como objetivo Identificar el tipo de local donde se encontraba en mayor porcentaje los caso de VIH, se obtuvo como resultado que 48% de los casos positivos al diagnóstico de VIH/SIDA, trabajaba en clubes nocturnos y que las trabajadoras sexuales con controles discontinuos y/o periódicos que trabaja de forma privada o independiente presento el doble de positivos a VIH, respecto a TS con controles continuos.

La incidencia de los casos positivos de VIH/SIDA en TS que desarrollan su actividad en calle, de manera particular o informal, nos hace considerar que el planteamiento de uno de nuestros objetivos fuera el de:

- Identificar las condiciones de la ocupación formal e informal de la trabajadora sexual, en la población de estudio.

Teniendo como resultado de la población de estudio que las mujeres TS con diagnostico positivo al VIH/SIDA, el 58% estuvieron en actividad de trabajo sexual informal y el 42% realizaba su actividad de manera formal, este resultado evidencia que el mayor porcentaje de las TS que se infectaron el VIH/SIDA, estuvieron en condición de trabajo informal o independiente. Confirmando la bibliografía revisada que refiere que trabajar de manera informal representa mayores condiciones de riesgos y vulnerabilidad frente al VIH.

Tocar el tema de “condón” como método preventivo nos hace revisar algunos estudios como conocimientos, actitudes y prácticas en prevención del VIH/SIDA en TS de La Paz- Bolivia (1996), con los siguientes resultados:

Se encuestaron a 118 TS adultas, las que manifestaron, en un 86%, que usaban condones; todas escucharon hablar sobre el SIDA; el 36% sabe cómo se transmite, pero solo el 8.5% identificó como ITS; 69% de las TS de clubes nocturnos identificó correctamente al menos una manera de cómo se contrae el SIDA.

El hallazgo no esperado fue que la percepción del riesgo de contraer el SIDA no estaba relacionada con el aumento del uso de condón; podría ser que mientras las TS indicaban alto riesgo, ellas no comprendían o no creían en las consecuencias de esto y no tomaban ninguna acción.

Un segundo estudio revisado Condiciones socio laborales conductas de riesgo y prevalecía de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen prostitución en Madrid, realizada el 2004, tiene como resultado que en el último mes el 98% de las TS había utilizado “siempre” el preservativo en las penetraciones vaginales o anales con los clientes, pero solo el 17.6% en relaciones privadas. En esta población el uso del preservativo con los clientes es generalizado, donde la prevalencia de marcadores de infección del VIH, el VHB y VHC es baja.

Con estos resultados y teniendo como evidencia las HCL, nos planteamos como un segundo objetivo.

- Conocer si las trabajadoras sexuales, utilizan o no el condón como una medida preventiva para la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA.

En los resultados de nuestra población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, el 92% de las TS no utilizó el condón o preservativo en su última relación sexual coital exponiéndose a una condición de riesgo.

En este mismo comportamiento se evidencia, por otros estudios sobre otras poblaciones donde el uso del condón en general, que sigue siendo una práctica poco implementada al momento de mantener relaciones sexuales, como nos muestran los resultados de la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, donde 31% de las mujeres TS no utilizó el condón o preservativo en su última relación sexual coital.

Esto hace suponer que el uso del condón no es consistente, cuando la característica de la población es tener varias parejas casuales. En este punto también debe considerarse a la pareja estable o la pareja sentimental ya que un resultado que se encuentra en el estudio nos refiere que el uso del preservativo es nulo con estas parejas.

Cuando se toca el tema de las infecciones de transmisión sexual, en el estudio descriptivo de corte transversal Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia; se ve que la muestra poblacional fueron 69 TS (grupo de alto riesgo) y 16 amas de casa (grupo de población de bajo riesgo), con los siguientes resultados:

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	POBLACIÓN DE ALTO RIESGO TS	POBLACIÓN DE BAJO RIESGO AMAS DE CASA
Gardnerella vaginalis	17%	56,3 %
C. trachomatis	5,9 %	12,5 %
Neiseria gonorrhoeae	4,3 %	6,3 %
Trichomonas vaginalis y Candida albicans.	2,9%	12,5 %

Los porcentajes de infección encontrados en ambas poblaciones estudiadas fueron la existencia de un alto riesgo de transmisibilidad de ITS; es la población de aparente bajo riesgo, “amas de casa”, en la que encontró mayores porcentajes de presencia de ITS.

Con este contexto nos planteamos el objetivo de:

- Identificar la presencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), en la población de mujeres trabajadoras sexuales.

Los resultados nos muestran que en la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA el 100% sí presentó algunas infecciones de transmisión sexual, situación que corrobora el no uso del preservativo en este grupo de la población de estudio. En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA el 39% de las TS presentó alguna infección de transmisión sexual latente. El no reconocer a las ITS, también es una condición que podría ameritar riesgo

Una discusión del último objetivo planteado se va referir a:

- Conocer si las mujeres trabajadoras sexuales, realizan tratamiento de las ITS diagnosticadas.

El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual se consideró en el momento de la detección de alguna ITS. Es así que en la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, a pesar de haber diagnosticado la presencia de alguna ITS en el 100% de esta población solo el 83% realizó tratamiento inmediato a la detección de la ITS. En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA el 100% de las TS que se diagnosticó positivo a las ITS también accedió al tratamiento en la misma fecha.

El realizar tratamiento de las infecciones de transmisión sexual de manera inmediata u oportuna, es una condición o medida de protección para infección del VIH/SIDA.

Entonces podemos decir que la conducta diferencial entre las relaciones comerciales y las privadas o de “pareja estable” vendría a ser una manera de marcar las diferencias entre la vida laboral y la afectiva. El diagnóstico de ITS indica en la mayoría de los casos la existencia de relaciones sexuales sin

preservativo es una conducta principalmente asociada a las relaciones de tipo privado o relaciones con parejas “estables”.

Otras investigaciones han encontrado una asociación del diagnóstico de ITS con el número de parejas sexuales no comerciales. Por tanto, ante el diagnóstico de una ITS en estas mujeres, además de proceder al tratamiento hasta constatar su curación, se debe realizar el estudio de sus parejas en su vida privada. Conviene recordar que el buen control de las ITS es una medida “protectora” para disminuir la transmisión del VIH.

El riesgo de infección por el VIH varía según el ámbito en que se ejerce el trabajo sexual. Se ha hallado un mayor riesgo entre las personas que trabajan en la calle, independiente o informal en comparación con las que ejercen en locales cerrados o formal. Estos dos ámbitos de trabajo configuran sendos escenarios de riesgo de exposición al VIH muy desiguales, dadas las diferencias entre las mujeres que ejercen el TS, en el que se debe considerar el lugar de origen (migración), edad, nivel de educación, situación legal, condiciones de trabajo, el idioma, cultura, tipo de prácticas sexuales, número de parejas sexuales, consumo alcohol , drogas y acceso a los servicios de salud

Una alta proporción de ambas poblaciones es consciente de su falta de información, lo cual también se ha hecho evidente en otro estudio sobre inmigración y conocimiento del VIH/SIDA que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la información sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como sobre salud sexual y de eliminar barreras (edad, idioma, cultura etc.) de acceso a los servicios de salud de esta población. En un contexto epidemiológico en el que el VIH se transmite básicamente por relaciones sexuales y en el cual las infecciones de transmisión sexual están aumentando de forma consistente e importante.

Cuando la trabajadora sexual puede ejercer control sobre sus ámbitos de trabajo e insistir en las prácticas seguras, las pruebas indican que el riesgo y la vulnerabilidad al VIH puedan reducir considerablemente.

Confiamos en que esta información brindada en el presente estudio estimule y despierte el interés para desarrollar otras investigaciones como estrategias de acción y actividades frente a una población “puente” como es el de las trabajadoras sexuales.

VIII. CONCLUSIONES

Se advierte en efecto, que las mujeres que deciden ingresar a la actividad del trabajo sexual lo hacen por diversas razones entre ellas la predominante está estrictamente relacionado con un trato desfavorable en el ámbito económico, entre ellas la pobreza y la falta de oportunidades que hace que la mujer vea como una opción de trabajo o mejor remunerada, la prostitución, situación que contiene claras raíces sociales.

La realización de este estudio y la comparación de la población de estudio entre mujeres trabajadoras sexuales que fueron diagnosticadas como positivo al VIH/SIDA y mujeres trabajadoras sexuales con diagnóstico negativo al VIH, ha permitido evidenciar que:

- El ámbito en que se ejerce el trabajo sexual es un factor que influye en que una TS se infecte el VIH/SIDA; se ha hallado que las mujeres con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, en un (58%) se infectaron trabajado en la calle, de manera independiente o informal, en comparación con las que ejercen en locales cerrados o formal. Estos dos ámbitos de trabajo disponen sendos escenarios de riesgo de exposición.

A esta condición del ejercicio del trabajo sexual se debe añadir y considerar la procedencia de la mujeres, idioma, la cultura (migración), nivel de educación, la edad, consumo alcohol, drogas tipo de prácticas sexuales, número de parejas sexuales y acceso a los servicios de salud.

- Los resultados del estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, nos muestra que el 92% de las TS no utilizó el condón o preservativo en su última relación sexual coital. En este mismo comportamiento se evidencia, que la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA, el 31% de las TS no utilizó el condón o preservativo en su última relación sexual coital.

Esto hace suponer que el uso del condón no es consistente, cuando la característica de la población es tener varias parejas casuales. En este punto también se debe considerar a la pareja estable o la pareja sentimental donde también se obtiene como resultados que el uso del preservativo es nulo con estas parejas.

- La presencia de infecciones de transmisión sexual en la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico positivo al VIH/SIDA, sí presentó ITS en un 100%, situación que corrobora el no uso del preservativo en este grupo de la población de estudio. En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA el 39% de las TS presentó alguna infección de transmisión sexual latente. Se debe añadir que el no reconocer a las ITS, también es una condición que podría ameritar riesgo
- A pesar de haber diagnosticado la presencia de alguna ITS en el 100% de la población de mujeres con diagnóstico positivo al VIH, solo el 83% realizó tratamiento inmediato a la detección de la ITS. En la población de estudio de mujeres TS con diagnóstico negativo al VIH/SIDA el 100% de las TS que se diagnosticó positivo a las ITS realizó tratamiento en la misma fecha.

El realizar tratamiento de las infecciones de transmisión sexual de manera inmediata y oportuna, es una condición o medida de protección para infección del VIH/SIDA.

En síntesis, del analizar los factores que influyen como las condiciones de trabajar de manera formal e informal, el no uso de preservativo, la presencia de ITS, el no realizar tratamiento oportuno de las ITS, asociados a factores sociales, ponen como evidencia la alta vulnerabilidad al riesgo por el tipo de trabajo que desarrollan.

A mayor abundamiento podemos suponer que las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres contribuyen a incrementar el riesgo y la vulnerabilidad de

las mujeres frente al tema de VIH/SIDA. Pero esta tendría que ser motivo de otros tema o investigación, pues excede el alcance de la presente.

IX. RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados de la investigación, no es posible dar recomendaciones en el contexto del trabajo sexual sólo con un enfoque limitado a los aspectos de ITS y el VIH. Se debe considerar un enfoque más amplio que tenga base en el concepto de fomento de la salud, donde las poblaciones vulnerables como las mujeres trabajadoras sexuales tengan mayor control sobre su salud.

Entonces, se deben fortalecer acciones de las medidas de prevención dirigidas a las mujeres trabajadoras sexuales que realizan su trabajo de manera informal, como también dirigidas a TS que realizan esta actividad de manera formal, con un enfoque de desarrollo comunitario que permita a la comunidad del trabajo sexual asumir esfuerzos de prevención conjunta.

Con este enfoque de desarrollo comunitario y participación de las TS, se debe trabajar temas de empoderamiento de la mujer, negociación del uso de condón, violencia física, psicológica y sexual con sus parejas sentimentales y sus clientes.

Se debe trabajar con temas de promoción y concientización de la aplicación de la Ley 3729, con respecto a la obligación (provisión de preservativos) de parte de los propietarios o intermediarios entre la TS y el cliente.

Fortalecer el servicio de salud (CDVIR LP) donde asisten las TS, en la provisión de tratamiento inmediato a las ITS, que no permita perder oportunidades de realizar tratamiento de las ITS en la paciente. Además de que el tratamiento sea supervisado y garantizando.

Fomentar acciones conjuntas (trabajadoras sexuales y personal de salud) en temas de prevención de ITS y otros donde las mismas TS sean actrices de este trabajo (pares) con el objetivo de fomentar temas de prevención y promoción de la salud.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Aliaga B. Amparo; Algunos aspectos de la autovaloración en mujeres que ejercen prostitución, La Paz-Bolivia, CIES, 1994.16-30.
2. ONUSIDA; Trabajo sexual y VIH/SIDA, Ginebra Suiza, ONUSIDA, 2003. 3.
3. ONUSIDA; Comercio Sexual y VIH/SIDA, Ginebra Suiza, Actualizacion Tecnica UNOSIDA, marzo 2003.
4. Vega J, Levine W, Estensoro M, Lewis J, Kutisky J, et al. CCH/MPSSP/USAID e INLASA.; Elevada prevalencia de ETS en trabajadoras sexuales en La Paz Bolivia, Bolivia y CDC Atlanta, Georgia EE.UU, VIH/SIDA copilacion bibliográfica, 1985-2000.37.
5. Levine W, Revollo R, Kaune V, Vega J, Tinajeros F, Garnica M, Estensoro M, Lewis J, Higuera G, Zurita R, Wright L, Pareja R, Miranda P, Ransom R, Zaidi A, Melgar M, Kuritsky J; Disminución de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras sexuales en La Paz- Bolivia, impacto de un proyecto de prevención de VIH (1998), La Paz Bolivia, Compilación Bibliográfica 1985-2000.35.
6. Rada L, Pooley B, Taborga C, Conocimientos actitudes y prácticas en prevención del SIDA en meretrices de La Paz-Bolivia, Centro de Investigación y Servicios (CIES), Academy For Educational Development (AED) Washington USA (1992), Compilación Bibliográfica 1985-2000.69.
7. Proyecto Contra SIDA, Posner J; Etapas en la transición hacia la adopción del uso de condón en las trabajadoras sexuales comerciales de bajo estatus en La Paz, Bolivia; La Paz- Bolivia (1995), Compilación Bibliográfica 1985-2000.79.
8. Valdez E, Kamhawi S, Vargas A; Las trabajadoras sexuales comerciales frente al VIH/SIDA, Salud UNIVALLE Publicaciones; Cochabamba Bolivia, 2009.
9. ONUSIDA; 30 años de Epidemia de SIDA, Ginebra Suiza, Informe OUTLOOK, 2011.
10. ONUSIDA; 30 años de Epidemia de SIDA, Ginebra Suiza, Informe OUTLOOK, 2011.

11. Zerein, Lafuente C; Historia de la infección por el VIH en Bolivia durante los años 1984-1995, Santa Cruz– Bolivia, 2000.
12. Rivas V, Straus C, Anuario Epidemiológico 2000 - Programa Nacional de ITS/SIDA Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz- Bolivia, 2000.
13. Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional ITS/VIH-SIDA; Situación actual de la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia, La Paz- Bolivia, 2011.
14. ONUSIDA; El VIH/SIDA en Bolivia "Una Mirada General", Informe Oficial por Bolivia a la Secretaría ONUSIDA, 2012.
15. ONUSIDA; Programa Conjunto de Naciones Unidas en VIH-SIDA 2009-2013; SNU La Paz Bolivia SNV, Impresiones Master SRL, 2009. 11-18.
16. Domingo F, Escodin G, Gasso D, Martínez M, Enrique C; Aula Siglo XXI, Diccionario Enciclopédico Universal, Madrid España, Cultura S.A.
17. Laura A; Trabajar en la industria del sexo, <[http://www.nodo50.org/mujeres red/laura_agustin_1.html](http://www.nodo50.org/mujeres_red/laura_agustin_1.html), recuperado septiembre de 2012.
18. ONUSIDA, Hourcade Belloc J; Guía TS-VIH "Trabajadora sexual, trata de personas", Ginebra Suiza, 2012.
19. ONUSIDA; Comercio Sexual y VIH/SIDA, Ginebra Suiza, Actualización Técnica ONUSIDA, marzo 2003.
20. ONUSIDA; Trabajo sexual y VIH/SIDA, Ginebra Suiza, ONUSIDA, 2003.2.
21. UNFPA; Diagnóstico de la población trans que se dedica al trabajo sexual, La Paz-Bolivia, Poligraf. 2010.
22. CIDES/UMSA-PNUD; Ardaya G; La estrategia Boliviana de Reducción de la pobreza y la problemática de la exclusión social "Mujeres y la exclusión social", La Paz-Bolivia, PNUD, 2002. 17.
23. Defensor del Pueblo; Responsabilidad pública en la protección de derechos humanos de las mujeres en situación de prostitución; Resolución Defensorial N° RD/DL/LPZ/00001/2008/DH; La Paz, Bolivia; Defensor del Pueblo, diciembre 2008.2.

24. Defensor del Pueblo; Responsabilidad pública en la protección de derechos humanos de las mujeres en situación de prostitución; Resolución Defensorial N° RD/DL/LPZ/00001/2008/DH; La Paz, Bolivia; Defensor del Pueblo, diciembre 2008.4

25. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; Ley N° 3729, DS N° 0451 “Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para la personas que viven con el VIH-SIDA”, publicación 4, documento de políticas, febrero 2010. 32-57.

26. ONUSIDA; Trabajo sexual y VIH/SIDA, Ginebra Suiza, ONUSIDA,2003.2.

27. ONUSIDA; Comercio Sexual y VIH/SIDA, Ginebra Suiza, Actualización Técnica ONUSIDA, marzo 2003.

28. OMS, OPS;Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas de transgenero, Washington D.C, OPS, 2011.

29. Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; Belza M; Clavo P; Ballesteros J; Menéndez B; Castilla J; Sanz S, Jerez N; Rodríguez C; Sánchez F; Romero J; Condiciones socio laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen prostitución en Madrid; Barcelona; 2004. 20-47.

30. Padilla A; VIH en trabajadoras sexuales comerciales CDVIR Santa Cruz; Nuevos desafíos en ITS/VIH, rompiendo barreras entre la investigación y la acción; La Paz-Bolivia; Ediciones Graficas Acuario 2006:82

31. Alvis N; Mattar S; Garcia J; Conde E; Diaz A; Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Monteiro; Colombia:Revista de Salud Publica vol.9 (1); 2007.87-96.

32. Caballero M; Conocimientos y comportamientos de riesgo de infección por e VIH en estudiantes universitarios, Universidad Industrial de Santander-Colombia, Revista Latino americana de sexologia,1996. 41-55.

33. Padian N; Prostitute woman and AIDS Epidemiology, El manual moderno, 1998.413-419.

34. Romero S; Mensajes preventivos de SIDA centrados en la vida y en un sexualidad constructiva, Latinoamericana de sexualidad, 1996. 65-75.
35. Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M; Metodología de Investigación, Madrid España: Ediciones Diaz de Santos.1996. 57
36. De la Galvez Murillo C. Alberto, Pando M. Ramiro, Padilla C. Mario, Perez B. Ludmila; Manual de Investigacion en Salud; La Paz Bolivia; MEDICON; 2012. 100,101.
37. Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M; Metodología de Investigación, Madrid España: Ediciones Diaz de Santos.1996.
38. Ruiz Morales A, Morillo Zarate LE; Epidemiologia Clinica, Investigación Clinica aplicada, Bogota- Buenos Aires- Caracas - Madrid - Mexico - Sao Paulo, Editorial Medica Panamericana,2004.
39. Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M; Metodología de Investigación, Madrid España: Ediciones Diaz de Santos.1996.