

Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la Ciudad de México

Patricia Uribe Zúñiga y Griselda Hernández Tepichín

Consejo Nacional de Lucha Contra el Sida

Resumen

Desde 1987 Conasida, a través de sus centros de información, ha realizado diferentes estudios en población de mujeres trabajadoras del sexo comercial. Con ellos se ha logrado conocer cómo influyen diversos aspectos en el ejercicio de la prostitución en la Ciudad de México, así como la prevalencia de la infección por VIH que, a diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), se ha mantenido baja (0.04 por ciento- 0.2 por ciento). Los factores relacionados con mayor uso del condón fueron: nivel de escolaridad, no tener hijos, mayor experiencia en el comercio sexual y menor edad. De acuerdo con el marco jurídico existente, es importante promover diversas estrategias de prevención, ya que ninguno de los sistemas actualmente utilizados ofrece las condiciones adecuadas para promover la prevención del VIH/SIDA.

Abstract

Since 1987 The National AIDS Council in Mexico (Conasida), has conducted research projects among female CSW, who are seen at the AIDS Information Centers. Through these studies there had achieve to find out how different issues influence commercial sex work in Mexico City. Since we began our studies in 1989 the HIV prevalence in this particular group, has remained low (0.04 per cent - 0.2 per cent). Mandatory HIV testing is not useful as a preventive measure among sex workers. Persuasive and structural interventions must be implemented in accordance with local and legal situations.

Introducción

La prostitución, recientemente denominada sexoservicio o comercio sexual, se define como "... la actividad en la que alguien intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien." (World Health Organization, 1989). Es un fenómeno complejo, en el cual están involucrados un grupo heterogéneo de individuos —trabajadores sexuales, clientes, dueños o administradores del local, cantineros, garroteros, meseros, padrotes o madams, cónyuge, familiares y autoridades— que se organizan en diferentes niveles de acuerdo con el nivel socioeconómico, sistema social y manejo de la sexualidad existente en cada zona (De Zalduondo, 1992). El término

prostitución se utiliza como sinónimo de trabajo sexual, el cual incluye desde situaciones en las cuales usualmente no hay relaciones sexuales con el cliente como sucede con las bailarinas, personas dedicadas al *striptease* o con las ficheras ; hasta la contratación específica de un servicio sexual en un prostíbulo.

Frente al surgimiento de la infección por VIH/sida, como problema de salud pública, se ha discutido el papel que los individuos que ejercen la prostitución juegan en su diseminación (Padian, 1988). Existen diversos factores que podrían favorecer la infección del VIH/sida en este grupo, entre los cuales se encuentran:

1. Tasa de seroprevalencia al VIH existente en el área de procedencia y residencia de las trabajadoras sexuales y clientes.
2. Eficiencia de transmisión del VIH en esa población.
3. Mayor número de parejas sexuales.
4. Tipo de prácticas sexuales.
5. Nivel socioeconómico bajo.
6. Nivel de oferta y demanda de la prostitución en cada zona o país.
7. Uso de anticonceptivos hormonales y presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
8. Estigmatización y bajo acceso a servicios de salud o educativos.
9. Asociación con el consumo de alcohol y drogas.
10. Asociación con otras prácticas de riesgo (transfusión, pareja estable infectada, drogadicción intravenosa, etcétera).
11. Poca habilidad para negociar con los clientes medidas preventivas.

En 1987 Conasida inició la detección del VIH entre mujeres y hombres dedicados al comercio sexual, a partir de entonces se ha logrado sistematizar y ampliar este servicio , con lo cual hemos obtenido un mayor conocimiento de cómo y en qué grado influyen los factores previamente mencionados en el trabajo sexual en nuestro país.

En este artículo se resumen los hallazgos mas relevantes obtenidos en investigaciones, los cuales han sido publicados de manera detallada en diversos

artículos, y en la información recabada a través de los servicios que se ofrecen en los centros de Conasida.

Marco jurídico

El ordenamiento jurídico-legal de la prostitución ha sido una preocupación a través de la historia, pero, independientemente del sistema que se establezca en cada país (reglamentarista, abolicionista o prohibicionista), la clandestinidad asociada a la prostitución es imprevisible y responde a diversos factores socioculturales y a la doble moral sexual existente en la mayoría de las sociedades.

En las últimas dos décadas han predominado dos sistemas jurídicos en el comercio sexual en México y en la mayor parte del mundo: el sistema reglamentarista y el abolicionista.

El apogeo del sistema reglamentarista se dió con el avance científico de la medicina. Inmediatamente después del Primer Congreso Médico Internacional (París, 1867), se comenzó a reglamentar la prostitución (De Felia, 1958) y en México se tienen antecedentes de 1865 —durante el periodo de Maximiliano— cuando se promulgó un decreto reglamentando el comercio sexual y posteriormente en los códigos sanitarios de 1891, 1894, 1926 y 1934. Este control no sólo era argumento para reforzar actitudes moralistas contra las prostitutas; también preconizaba su carácter científico con medidas de higiene para defender la mayor parte de la sociedad. La postura reglamentarista predominó hasta la Segunda Guerra Mundial y posteriormente fue cayendo en desuso, predominando la tendencia abolicionista.

El sistema reglamentarista establece una reglamentación para las áreas donde se permite el ejercicio de la prostitución, como en “zonas de tolerancia”, “zonas rojas”, “casas de citas”, etc., basada en la protección de la salud de la mayor parte de la sociedad, a través de medidas higiénicas para la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual. La reglamentación establece el registro obligatorio de las mujeres que trabajan en la zona o casa, la obligación de dar aviso de todo nuevo ingreso, el cumplimiento de exámenes médicos periódicos para todas las personas dedicadas a la prostitución y la obligación de no ejercerla en locales distintos del autorizado.

Bajo el sistema reglamentarista las “zonas de tolerancia” o “casas de citas” se convertían en cárceles para las mujeres dedicadas a la prostitución y sus hijos, bajo una explotación que establecía obligaciones y sanciones, sin ningún derecho

y con frecuentes violaciones a los derechos humanos de las mismas; por lo cual varios países encabezados por Francia promovieron la abolición del sistema reglamentarista.

En 1938 México se adhirió al Convenio internacional para la represión de la trata de mujeres mayores de edad y la explotación de la prostitución, convenio que estableció las bases del sistema abolicionista. A partir del 9 de abril de 1940 quedó abolida la reglamentación en el Distrito Federal y fue derogado el reglamento para su ejercicio que se encontraba vigente desde el 24 de febrero de 1926 (Piña y Palacios, 1972).

El régimen abolicionista nace de la necesidad de reprimir la explotación por terceros de las personas dedicadas a la prostitución; no persigue la prohibición de la prostitución, sino que pugna por la libertad para ejercerla bajo ciertos lineamientos y por la igualdad de sexos. Su principal postulado gira en torno a la protección de menores y mujeres adultas.

En nuestros días —de acuerdo con informes de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud— 13 estados del país reglamentan la prostitución: Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa y Zacatecas; y de acuerdo con conclusiones del Dr. Ricardo Franco Guzmán, presentadas en su discurso titulado “El Régimen Jurídico de la Prostitución en México”, para su ingreso a la Academia Mexicana de Jurisprudencia y Legislación, sólo mantienen el abolicionismo el Distrito Federal y los estados de México, Puebla y Guanajuato (Piña y Palacios, 1972).

En la Ciudad de México se sigue el sistema abolicionista, por lo cual no existen “zonas de tolerancia” ni tarjetas de control sanitario periódico de las personas dedicadas a la prostitución. El lenocinio y la prostitución de menores son ilegales, pero la prostitución en sí no es ilegal, sólo existen “infracciones cívicas” (antes conocidas como sanciones administrativas) establecidas en el Reglamento Gubernativo de Justicia Cívica para el Distrito Federal;¹ esto quiere decir que la sanción establecida no es penal. Al infractor se le sanciona con una multa económica equivalente a 21 a 30 días de salario mínimo o con arresto de 25 a 36 horas y el encargado de observar su cumplimiento es el Departamento del Distrito Federal.² Estas sanciones son las mismas que se aplican a personas que

¹ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de julio de 1993, y en la *Gaceta Oficial* del Departamento del Distrito Federal el 29 de julio de 1993.

² Artículo 8º, fracción III y artículo 5º del *Reglamento Gubernativo de Justicia Cívica para el Distrito Federal*, julio, 1993.

ingieren bebidas alcohólicas en lugares públicos no autorizados, dañan árboles, impiden o estorban el uso de la vía pública, matran o ensucian las fachadas de inmuebles, revendedores, etcétera.

Las infracciones cívicas solo pueden ser aplicadas cuando los actos son realizados en lugares e inmuebles públicos o en el servicio público de transporte y en inmuebles de propiedad particular (siempre que tengan efectos ostensibles en los lugares señalados anteriormente). Por otro lado, “invitar a la prostitución o ejercerla” no es una infracción cívica que se persiga de oficio, ya que sólo se procede por queja de vecinos por escrito ante el juez, aún cuando estas infracciones sean evidentes.³

En todo el mundo ha existido una gran discusión sobre la postura jurídica más recomendable para la protección de la salud pública. Algunas autoridades han planteado que bajo el sistema abolicionista se pierde el control de la prostitución y se favorece la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), basando su planteamiento en el resurgimiento mundial que han tenido este tipo de enfermedades en las últimas décadas en países que siguen este sistema, como Francia o Estados Unidos. Por otro lado, los defensores del sistema abolicionista plantean que esta postura es la única acorde con la dignidad que debe mantener cualquier país en su interior y ante el mundo, ya que el sistema reglamentarista favorece violaciones a los derechos humanos de las personas dedicadas al sexo comercial, asimismo estudios y estadísticas existentes acerca de la prevalencia e incidencia de ETS en TSC muestran que éstas no son menores en un país o estado que se rige con un sistema reglamentarista (Piña y Palacios, 1972).

Es nuestra opinión que ninguno de los dos sistemas ofrece condiciones adecuadas para la prevención del VIH/sida en nuestro país. El sistema reglamentarista no favorece el control de las ETS (incluyendo el VIH) y es violatorio de los derechos humanos, basándose más en un sistema de control y poder que en razones de salud pública. El sistema abolicionista, como es aplicado por la mayor parte de las autoridades, tampoco favorece condiciones apropiadas para la prevención, ya que se niega la existencia de este fenómeno, favorece la explotación y la corrupción debido a que no existen normas o lineamientos claros de cómo manejar el comercio sexual, y el acceso a la población de TSC se dificulta ya que éstos se ocultan.

³ Artículo 7º del Capítulo II : De las Infracciones, del *Reglamento Gubernativo de Justicia Cívica para el Distrito Federal*, julio de 1993.

Consideramos que la solución para un mejor manejo del comercio sexual no sólo es jurídica; existen aspectos relacionados con factores socioculturales, como corrupción, manejo de la sexualidad y políticas existentes, que dificultan la adecuada prevención del VIH/sida, pero se pueden establecer algunas recomendaciones generales de acuerdo con el sistema jurídico vigente en cada localidad. En el sistema reglamentarista habrá que recomendar medidas razonables que favorezcan la prevención, por ejemplo, el uso obligatorio del condón en zonas de tolerancia y la educación permanente de las personas dedicadas al comercio sexual, como TSC, lenones, clientes, autoridades, etcétera.

En los sistemas abolicionistas es importante reconocer la existencia de este fenómeno, establecer lineamientos y acuerdos claros entre los participantes, proponiendo intervenciones específicas dirigidas a TSC y clientes en un marco de derecho y respeto. Ofrecer servicios de salud de calidad es siempre un paso fundamental para tener acceso e incidir en la población de TSC, y siempre es mejor que establecer medidas coercitivas.

En México, algunos estados, principalmente aquellos que cuentan con un sistema reglamentarista, han establecido la detección periódica del VIH a las trabajadoras sexuales, como medida preventiva en las zonas de tolerancia o en aquellas reguladas por el Estado. Esta medida ha sido útil para conocer la prevalencia de la infección por VIH en estas poblaciones y deberá ofrecerse como parte de un servicio de detección oportuna de enfermedades de transmisión sexual. No debe utilizarse como una medida de prevención o de control sanitario, ya que no debe olvidarse “la temporalidad del resultado” que, en caso de ser negativo, indica únicamente que hasta el día de la toma de muestra no hubo exposición al VIH. Debe enfatizarse siempre el uso del condón como medida preventiva.

Características sociodemográficas y ámbito laboral

No se conoce con precisión cuántas mujeres se dedican al comercio sexual en el Distrito Federal. Las delegaciones con mayor número de hombres y mujeres en esta actividad son: Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Benito Juárez y Miguel Hidalgo.

De un promedio de 3 100 trabajadoras sexuales que acudieron al servicio integral para la detección de enfermedades de transmisión sexual, 34.5 por ciento son originarias de la Ciudad de México y el resto del interior de la República.

La mayoría de estas mujeres ofrecen sus servicios en “puntos de calle” (48 por ciento) y bares (38 por ciento), ubicados principalmente en las delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza. Solamente el 8 por ciento laboran en hoteles, prostíbulos, estéticas u otros servicios especiales. De un 6 por ciento se desconoce el lugar de trabajo (Uribe Zuñiga, 1991 y Hernández Ávila, 1992). Más que una distribución real, puede deberse a que las mujeres que ejercen en la vía pública o bares se encuentran cautivas en virtud de registros obligatorios o de permanencia temporal en zonas controladas y, por ende, son las de más fácil acceso.

En las mujeres que acudieron al centro de Conasida durante 1992 y 1993, se encontró que la edad promedio era de 27 años, 54 por ciento tenía estudios a nivel primaria y 8 por ciento era analfabeta. La mayoría de ellas (70.7 por ciento) no tienen pareja, pero 78 por ciento tiene hijos, siendo ellas el principal sostén de la familia (cuadro 1). La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años y la edad de inicio en la prostitución en el 75 por ciento fue entre 16 y 25 años.

En un muestreo realizado en los lugares de trabajo se encontró que 80 por ciento de las mujeres de “puntos de calle” asiste regularmente a Conasida, 25.8 por ciento de las trabajadoras sexuales de bar y el 29.7 por ciento de estética, existiendo un subregistro aproximado de 70 por ciento en estos dos últimos ambientes de trabajo (cuadro 2).

Existe una gran variedad de modalidades del sexo comercial en la ciudad de México, ya que hay mujeres que se dedican a la prostitución por la noche, sin ser vistas; otras lo hacen de día, expuestas a la vista de cualquiera; algunas trabajan todos los días, otras 3 a 4 veces a la semana y otras solo una vez por mes. Al igual que en otros países, existen diferentes niveles, lo cual en parte está determinado por el lugar y la zona económica de la ciudad donde trabajan. En términos generales, las que trabajan en la calle son las de nivel socioeconómico más bajo y después les siguen las de bar o club nocturno. En casas de masaje y estéticas, habitualmente trabajan 15 a 20 mujeres como masajistas o estilistas, ofreciendo todo tipo de servicios a clientes seleccionados. En el más alto nivel están las llamadas *call girls* o acompañantes, que trabajan en casas de citas y dan “servicios especiales”. En la ciudad de México existen departamentos lujosos en áreas residenciales, donde las mujeres atienden a los clientes, mientras las “acompañantes” sirven bebidas y aperitivos costosos (Hernández Ávila, 1992).

Mientras que las mujeres que trabajan en la calle están expuestas y generalmente registradas o son conocidas por las autoridades, así como las que trabajan en los bares y clubs nocturnos; la localización de las estéticas, “casas especiales”, y *call girls* son secretas y menos accesibles para los investigadores (Hernández Ávila, 1992).

CUADRO 1
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE
UNA MUESTRA DE 3 100 TRABAJADORAS SEXUALES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE CONASIDA.
1992-1993

<i>Características</i>	<i>Cantidad absoluta</i>	<i>Cantidad relativa (%)</i>
Edad promedio: 27 años		
<i>Nivel de escolaridad</i>		
Analfabeta	248	8.0
Primaria incompleta	775	25.0
Primaria	899	29.0
Técnico	205	6.6
Secundaria	474	15.3
Preparatoria	195	6.3
Profesional	78	2.5
Desconocido	226	7.3
<i>Estado civil</i>		
Soltera, viuda o divorciada	2 192	70.7
Casada	127	4.1
Otro	781	25.2
<i>Hijos</i>		
Sin hijos	682	22.0
1-2	1 488	48.0
3-10	930	30.3

continúa

CUADRO 1
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE
UNA MUESTRA DE 3 100 TRABAJADORAS SEXUALES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE CONASIDA.
1992-1993
(CONTINUACIÓN)

<i>Características</i>	<i>Cantidad absoluta</i>	<i>Cantidad relativa (%)</i>
<i>Nivel socioeconómico</i>	<i>Calle (n= 1488)</i>	<i>Bar (n = 1178)</i>
Bueno	150 (10.1%)	393 (33.4%)
Regular	368 (24.7%)	348 ((29.5%)
Malo	970 (65.2%)	437 (37.1%)
Edad de inicio en el comercio sexual	2 325	75.0
Antecedente de transfusión sanguínea	214	6.9
Uso de métodos anticonceptivos	2 666	86.0
Uso de condón	2 753	88.8
Antecedente de uso de drogas intravenosas	93	0.3
<i>Estado civil del cliente</i>		
Casado	2 201	71.0
Soltero	434	14.0
Desconocido	465	15.0
<i>Nivel socioeconómico de los clientes de acuerdo con la percepción de las trabajadoras sexuales</i>		
Alto	651	21.0
Medio	1 147	37.0
Bajo	1 302	42.0

Fuente: s/f.

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE TRABAJO DE MUESTRA ALEATORIA
DE 817 TRABAJADORAS SEXUALES
CIUDAD DE MÉXICO. ENERO-NOVIEMBRE DE 1993

<i>Lugar de trabajo</i>	<i>Total de personas encuestadas</i>	<i>Núm. de mujeres por sitio de trabajo</i>		<i>Antecedente de centro Conasida</i>	
		<i>Promedio</i>	<i>Rango</i>	<i>% promedio x lugar</i>	<i>Rango (%)</i>
Bar n = 23	376	16.34	3-31	25.8	0-90.9
	169*	8.5*	4-16*	0*	0*
Calle n = 14	367	25	9-50	70	50-98
Estética n = 11	74	6.7	3-14	29.7	0-85.7

Fuente: estos datos corresponden a la población periférica masculina (meseros, garroteros, cantineros, etc), que se encuestó en la muestra al azar de los bares estudiados.

Prevalencia de la infección por VIH

Ante la aparición de cualquier ETS, las personas dedicadas al sexo comercial son vistas como posibles fuente de contagio y un puente para la diseminación entre la población heterosexual (Padian, 1988 y Muecke, 1990). No obstante, frecuentemente se sobreestima el riesgo real de la infección por VIH a partir de personas dedicadas al sexo comercial, ya que la mayor parte de los estudios son realizados en las poblaciones de más fácil acceso, que son las de recursos económicos más bajos; también frecuentemente se refiere como factor de riesgo el contacto con trabajadoras sexuales debido a que socialmente es más aceptado que tener prácticas homosexuales o ser adicto a drogas intravenosas (Padian, 1988).

Las trabajadoras sexuales, al igual que otras mujeres, se han infectado por drogadicción intravenosa o por transmisión sexual, a partir de sus clientes o de su pareja estable. En un estudio realizado en África encontraron que solamente el 1.4 por ciento de los clientes masculinos de sexoservidoras con altas prevalencias a VIH se infectaron, mientras que la tasa de infección cliente-sexoservidora fue del 6.7 por ciento (Ayehunie, 1987). Por otro lado, la mujer

tiene pocas posibilidades de negociar el uso del condón y frecuentemente lo rechaza, incluso ofrece más dinero para no utilizarlo (Uribe Zúñiga, 1991). En un análisis del uso de condón que se realizó entre clientes de mujeres trabajadoras sexuales en la Ciudad de México, se encontró que el 89 por ciento nunca lo usaban (Romieu, 1991).

La prevalencia de la infección por VIH entre quienes ejercen el sexo comercial varía considerablemente a nivel mundial, dependiendo de la región geográfica y los factores socioeconómicos y culturales de cada país. En algunas regiones de África desde la década de los 80 existe evidencia de transmisión de sida de mujer a cliente y de cliente a mujer (Piña y Palacios, 1972; Van de Perre, 1985 y Clumeck, 1985). Actualmente en África y el Caribe existen regiones con una seroprevalencia a VIH mayor del 80 por ciento entre trabajadoras sexuales, la mayoría por transmisión sexual. (Padian, 1988; Estébanez, 1993 y Wofsy, 1990). En cambio, en Europa y Estados Unidos, existe una alta incidencia de drogadicción intravenosa asociada al sexo comercial, se encuentra este antecedente en más del 70 por ciento de los casos y seroprevalencias al VIH del 31.3 por ciento al 57.9 por ciento, en lugares donde drogadicción y sexoservicio se mezclan, mientras que en donde no existe esta asociación las seroprevalencias son menores al 5 por ciento (Padian, 1988; Estébanez, 1993 y Wofsy, 1990).

En México existen diversos reportes de seroprevalencia al VIH entre mujeres dedicadas a la prostitución: de 1986 a 1987 en Guadalajara se encontró una seroprevalencia del 0.4 por ciento (Torres Mendoza, 1988, 1990); en 1987 y 1988 la Dirección General de Epidemiología reportó en seis ciudades del país una seroprevalencia a VIH del 0.9 por ciento al 5.2 por ciento (Dirección General de Epidemiología, 1989). En estudio de seroprevalencia al VIH en 3 612 trabajadoras sexuales de 20 ciudades del país encontrándose el 0.4 por ciento VIH positivas (Valdespino, 1990).

En las trabajadoras sexuales del Distrito Federal la seroprevalencia se ha mantenido a través de los años menor a 1 por ciento, variando desde 0.04 en 1994 hasta 0.36 por ciento en 1999 (cuadro 3), es decir, la seroprevalencia al VIH en mujeres del sexo comercial en México no es superior a la de mujeres de población abierta.

El antecedente de drogadicción intravenosa en la población de sexoservidoras que acuden a Conasida es de 0.3 por ciento, a diferencia de lo que sucede en Europa y Estados Unidos (Estébanez, 1993 y Wofsy, 1990). Esta baja asociación a drogadicción intravenosa también ha sido reportada por otros investigadores en México (Valdespino, 1990).

CUADRO 3
SEROPREVALENCIA A VIH ENTRE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CENTRO
DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN SOBRE SIDA, DE CONASIDA, DIRIGIDO A
MUJERES DEDICADAS AL SEXO COMERCIAL.
CONASIDA. 1995-1999

Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Núm. de pruebas realizadas en mujeres dedicadas a la prostitución	6 304	4 001	2 128	2 482	2 329	1915
Núm. de pruebas positivas	13	5	5	6	6	7
Seroprevalencia VIH (%)	0.19	0.2	0.2	0.24	0.25	0.36

Fuente: reportes de actividades de Conasida, 1994 a 1999.

Factores relacionados con la utilización de condón

Los factores que se han encontrado asociados a un mayor uso de condón son: un mayor nivel de escolaridad ($p < 0.001$), no tener hijos, trabajar en calle vs bar, tener mayor tiempo en el ejercicio de la prostitución y ser menor de 44 años (Uribe Zúñiga, 1990). Esto último sucede porque la mujer joven tiene mayores posibilidades que una mayor de encontrar a otros clientes si rechaza a uno que no quiere utilizar el condón. Lo mismo sucede con la mujer que trabaja en “puntos de calle”, donde se tiene una mayor demanda de clientes que en un bar. En este último, si rechaza a un cliente probablemente sea el único de la noche, debido al tipo de relación que se establece en estos ámbitos de trabajo. Las mujeres sin hijos tienen menos presiones económicas y pueden rehusarse a dar servicio a un cliente si no quiere usar condón. No obstante, la experiencia de cómo convencer al cliente de usarlo fue otro factor determinante para lograr que la mujer negociara y propusiera el uso de condón.

A pesar de que en las encuestas más del 88 por ciento de las mujeres reportó que usaba condón con los clientes (cuadro 1), en las entrevistas profundas y la observación participante se encontró que frecuentemente no lo utilizan por miedo a perder al cliente, ofrecimiento de más dinero o irritación vaginal secundaria al nonoxynol-9 y falta de lubricación. Asimismo, las prevalencias de otras enfermedades de transmisión sexual encontradas en el mismo grupo de TSC de la Ciudad de México por Conde y colaboradores sugieren bajo uso de condón: sífilis 10.1 por ciento, antiHbc 9 por ciento, Herpes simple tipo 2 69.8 por ciento,

gonorrea 2.1 por ciento, y *Chlamydia trachomatis* de 23.7 por ciento (Conde González, 1993). Durante 1998 estudios de muestras cervicales demostraron en esta misma población las siguientes prevalencias: *Chlamydia*: 11.97 por ciento; vaginosis bacteriana: 26.97 por ciento; tricomoniasis: 2.8 por ciento. Juárez y colaboradores del INSP, en el mismo año, en 495 muestras cervicales de estas mismas mujeres encontró una prevalencia del virus papiloma humano (VPH) del 48.9 por ciento, de los cuales 43 por ciento fueron de los genotipos relacionados con cáncer cervicouterino. Por otro lado, en un estudio realizado en clientes de mujeres dedicadas al comercio sexual se encontró que 89 por ciento declaró nunca usar condón y solamente 9 por ciento reportó usarlo siempre (Romieu, 1991).

Durante 1994 se realizó un estudio en la Ciudad de México, denominado “Relaciones de género, negociación sexual empoderamiento de la mujer y el condón femenino en México” (Hernández Tepichin, 1995). Con la finalidad de conocer los diferentes factores que influyen en la negociación sexual y la aceptación de condón femenino, se realizaron entrevistas a profundidad y grupos focales en estéticas y con trabajadoras sexuales que asisten a Conasida; así encontramos que aún en aquellos casos en que la mujer percibe el riesgo y propone la utilización de condón, la negociación final se hace por el pago con los clientes o por afecto con la pareja estable. Este último es un factor que dificulta las intervenciones educativas en esta población, ya que aún en los casos de sexoservidoras que habitualmente proponen el uso de condón a sus clientes, en su vida privada la confianza, la búsqueda de afecto y el deseo de “no poner barreras” influye y al igual que sucede con las mujeres no dedicadas al sexo servicio; no usan el condón.

En este mismo estudio se encontró que el condón femenino resulta una buena alternativa para la prevención de la transmisión de ETS. En general, entre las TSC tuvo una buena aceptación, especialmente porque algunas mujeres pudieron utilizarlo sin que el cliente lo notara y no requirió de negociación. Cuando el condón femenino fue propuesto abiertamente la primera reacción fue de rechazo, debido al aspecto y sobre todo por el hecho de que el anillo es claramente visible sobre los genitales. Después de la primera impresión, la mayoría de los hombres refirieron sentirse más cómodos que con el condón masculino (Hernández Tepichin, 1995).

La mayoría de las mujeres también refirieron mayor sensibilidad que cuando utilizan el condón masculino después de probarlo varias veces y haber vencido la desconfianza de usarlo incorrectamente. En varios casos refirieron haber

alcanzado el orgasmo con mayor rapidez que cuando no usaban condón o en caso de usar el masculino (probablemente por la estimulación secundaria debida a los anillos del condón).

Sin embargo, en muchos casos, el uso de condón femenino disminuyó en relación directa con el tiempo transcurrido posterior a la intervención, no agotándose la dotación de condones femeninos recibidos.

Es por ello que actualmente se diseñan intervenciones cortas, en las que se ofrece diferentes alternativas que aumenten la autoestima y la percepción de riesgo, ya que la trabajadora sexual cuenta con una serie de estrategias de convencimiento para uso del condón que resultarían muy eficaces si se lograra que, en todos los casos, el objetivo fundamental de la negociación sea su protección.

Conclusiones

La infección por VIH entre las trabajadoras sexuales del sexo femenino en México se ha mantenido baja; sin embargo no debe perderse de vista que es importante mantener esta población en estudio, dado que es un grupo con prácticas de alto riesgo. Desafortunadamente esta baja prevalencia de VIH entre las mujeres sexoservidoras es más el reflejo de la concentración de la epidemia entre la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, que de la adopción de medidas preventivas. Lo cual es evidente por las altas prevalencias encontradas entre hombres sexoservidores (15,25 por ciento), así como la frecuencia elevada de otras ETS entre las sexoservidoras, que denotan poco uso de condón.

México se encuentra en un momento fundamental para evitar que se den experiencias como la reportada en Tailandia, donde a partir de 1988 hubo un aumento explosivo de los casos de infección por VIH entre trabajadoras sexuales, las cuales se estima que constituyen de 2 a 4 por ciento de la población total (500 000-1 000 000 mujeres). En 1988 Tailandia reportó prevalencias a VIH en trabajadoras sexuales de 0.09 por ciento y en 1990 de 17 al 72 por ciento (Muecke, 1990). Esta misma experiencia se ha observado recientemente en Calcuta, India (Estébanez, 1993), con un aumento posterior de la tasa de prevalencia a VIH en la población heterosexual y una situación similar ocurrió en Honduras, reportándose una seroprevalencia a VIH en TSC de 25 por ciento en San Pedro Sula, en 1990 (Beach, 1990).

Las pruebas de detección del VIH, de manera obligatoria, han demostrado su ineficacia como medida de prevención, por lo que habría que plantearse como principales estrategias la educación a todos los individuos que participan en el sexoservicio, así como realizar intervenciones que modifiquen los factores que no permiten el cambio, como es un mayor acceso a servicios, la no estigmatización, la accesibilidad a los condones, etc. Una de las evidencias más contundentes de la efectividad del condón, que ha sido divulgada como una experiencia exitosa a nivel mundial por el Programa Mundial de Sida de Naciones Unidas, es el Programa Condón al 100 por ciento realizado en Tailandia en 1997, dónde se observó una disminución de 87 por ciento de las ETS y se logró disminuir las altas prevalencias que se registraban entre reclutas y mujeres embarazadas.

Es importante conocer los factores individuales (necesidades económicas, historia personal, contexto familiar, creencias, significados, procesos internos para la toma de decisiones, prácticas sexuales, habilidades, nivel de organización) y determinantes contextuales que facilitan esos comportamientos o que dificultan el cambio de los mismos (cultura sexual existente, normas socioculturales para las relaciones de género, grado de estigma asociado al sexo servicio, políticas, marco jurídico, acceso a servicios), para establecer las intervenciones necesarias para evitar la diseminación de la infección por el VIH y otras ETS en TSC en México.

Bibliografía

AYEHUNIE, S. *et al.*, 1987, "Prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) antibodies in prostitutes and their clients in Addis Abeba, Ethiopia", in *III International Conference on AIDS*, June, poster MP214, Washington, D.C.

BEACH, R. *et al.*, 1990, "Patterns of HIV-infection in Central America", in *Sixth International Conference on AIDS*, June 20-24, vol II, 228, abstract FC 590, San Francisco, Ca.

CLUMECK, N. *et al.*, 1985, *Heterosexual promiscuity among african patients with AIDS (letter)*, N Engl J Med.

CONDE González, C. *et al.*, 1993, "STD's prevalences studies among different populations in Mexico city", in *Ninth International Conference on AIDS*, June, vol II, abstract PO-C20-3070:729, Berlin, Alemania.

De Felia T., 1958, "Situation abolitioniste mondiale", en *Revista Internacional de Política Criminal*, (13).

- DE ZALDUONDO, B. *et al.*, 1992, "Intervention research needs for AIDS prevention among commercial sex workers and their clients", en Chen L, Sepúlveda Amor J and Segal SH., *AIDS and women's reproductive health*, ed. Plenum, New York and London.
- DIRECCIÓN GENERAL de EPIDEMIOLOGÍA, 1990, en *Boletín mensual sobre sida*, año 4(1).
- DIRECCIÓN GENERAL de EPIDEMIOLOGÍA, SSA, 1989, *Mujeres dedicadas a la prostitución. Informe técnico final: evaluación del impacto de la estrategia educativa para la prevención del sida en México 1987-1988*, ed. SSA-Population Council, México.
- ESTÉBAÑEZ, P. *et al.*, 1993, "El VIH y las trabajadoras sexuales", en *Bol of Sanit Panam*, 115 (5).
- HERNÁNDEZ Avila, M. *et al.*, 1992, "Diversity in commercial sex work systems: preliminary findings from Mexico city and their implications for AIDS interventions", in Chen L, Sepúlveda Amor J and Segal SH., *AIDS and women's reproductive health*, ed. Plenum, New York and London.
- HERNÁNDEZ Tepichín, G. *et al.*, 1995, Reporte final del proyecto de la OMS: *Relaciones de género, negociación sexual y empoderamiento de la mujer y el condón femenino en México*, no publicado.
- MUECKE, M., 1990, "The AIDS Prevention Dilemma in Thailand", in *Asian and Pacific Population Forum*, ISSN:0891-2823, winter, vol 4 (4).
- PADIAN, N., 1988, "Prostitute women and AIDS", in *Epidemiology, AIDS*, 2 (6).
- PIÑA y Palacios, J., 1972, "Lenocinio y prostitución (notas para su estudio)", en *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación social*, Secretaría de Gobernación.
- RICHARDSON, D., 1992, *La mujer y el sida*, ed. Manual Moderno, México.
- ROMIEU, I. *et al.*, 1991, "Condom use in clients of commercial sex workers in Mexico city", in *Seventh International Conference on AIDS*, june 16-21, vol 1, abstract M.D.4103:415. Florence, Italia.
- SECRETARÍA de SALUD, 1993, *Informe de labores 1992-1993. Capítulo 3.3.1.7, Programa de Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*, México.
- TORRES Mendoza B. *et al.*, 1988, "Prevalence of antibodies to HIV in prostitutes in Guadalajara, Mexico", *Fourth International Conference on AIDS*, june, abstract 5080: 332, Stockholm, Suecia.
- TORRES Mendoza, B. *et al.*, 1990, "Natural history of HIV infection in a cohort of female prostitutes in Guadalajara, Mexico", *Sixth International Conference on AIDS*, june 20-24, abstract FC 594: 229, San Francisco, Ca.
- URIBE Zúñiga, P, 1990a, "Analysis of factors related with HIV infection in 961 female sexual workers", *Sixth International Conference on AIDS*, june 20-24; vol 1, abstract Th D. 777, 320, San Francisco, Ca.
- URIBE Zúñiga, P. *et al.*, 1991, "HIV spreading and prevention strategies among female prostitutes", *Seventh International Conference on AIDS*, june 16-21, vol 2, abstract W. C. 3135, 329, Florencia, Italia.

URIBE Zúñiga, P., 1990b, "La prostitución y el sida", en *Gaceta Conasida*, julio-agosto, año III, núm. 4.

URIBE Zúñiga, P., 1992, "Prostitución y sida", en *La mujer y el sida*, Jornadas 121, Colegio de México.

VALDESPINO, J. L. *et al.*, 1990, "Profile of female prostitution in Mexico and HIV risk factors", in *Sixth International Conference on AIDS*, june 20-24, abstract Th.D.51:146, San Francisco, California.

VAN de Perre, P. *et al.*, 1985, *Female prostitutes: a risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III*, Lancet, II.

WOFSY, C., 1990, "AIDS and HIV infection in prostitutes: epidemiology", in *The AIDS Knowledge Base*, ed. The Medical Publishing Group, Massachusetts.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989, *Consensus Statement from the Consultation on HIV epidemiology and prostitution*, 3-6 july WHO/GPA/INF/89.11, Geneva.