

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

ELEMENTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

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

ELEMENTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS



DOCUMENTO ELABORADO POR EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS ITS EN PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

El documento que se presenta ha sido posible gracias a la labor, el esfuerzo y el entusiasmo aportado por las personas que han conformado el grupo de trabajo creado al efecto, vinculadas a distintas Organizaciones No Gubernamentales y Gubernamentales, y por otras muchas que han dedicado parte de su tiempo y su experiencia a que esto saliera bien. Gracias a todas ellas.

Miembros

- Josefina Belda Ibáñez. Centro de información y prevención del sida y ETS (CIPS) de Alicante.
- M.ª José Belza Egozcue. Centro Nacional de Epidemiología, Madrid.
- Ana Estébez. Asociación para la prevención, reinserción y atención a la mujer prostituida (APRAMP), Madrid.
- Carmen Fernández Oruña. Plan Regional sobre el Sida de Cantabria, Santander.
- Miquel A. Fernández García. Federación Estatal de Lesbianas, Gays, y Transexuales - FELGT, Valencia.
- Agustín González Ferro. Comisión Ciudadana Antisida de Orense, Orense.
- Rosa Mansilla Louí. Programa para la Prevención y la Asistencia del Sida de Cataluña, Barcelona.
- Cristina Menoyo Monasterio. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid.
- Anna Rodés Monegal. HLSP Consulting, Barcelona.
- M.ª Angeles Rodríguez Arenas. Médicos del Mundo, Madrid
- Mina Rouch. Centro Internacional Médico para Migrantes Extranjeros (CIMME), Sevilla.
- Mónica Suárez Cardona. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid.
- Rocío Valle Tobalina. Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia, Bilbao.
- Kati Zaragoza Lorca. Stopsida, Barcelona.

Agradecimientos

- Elisa Fernández García. Centro de información y prevención del sida y ETS (CIPS) de Alicante.
- Pepa Macián Cervera. Centro de información y prevención del sida y ETS (CIPS) de Alicante.
- Charo Martínez Quintero. Centro de información y prevención del sida y ETS (CIPS) de Alicante.

Coordinación

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



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18-20 - 28014 Madrid

NIPO:

D.L.: M-0000 - 2003

Imprime: Solana e Hijos, S.A. - San Alfonso, 26 - La Fortuna (Leganés) Madrid

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. Introducción	7
2. Situación actual	9
2.1. Infecciones de Transmisión Sexual	9
2.2. Prevalencia de VIH en personas que ejercen la prostitución (PEP) ...	10
2.3. Uso del preservativo en PEP	11
3. Población diana	13
3.1. Personas que ejercen la prostitución	13
3.2. Ámbitos en los que se ejerce la prostitución	15
3.3. Objetivos comunes	16
4. Programas de prevención	17
4.1. Oferta de servicios	17
4.2. ¿Qué funciona en prevención dirigida a PEP?	18
• Programas de acercamiento	18
• Educación de pares	19
• Mediación cultural	21
• Disponibilidad de preservativos y lubricantes	21
• Servicios de salud accesibles y asequibles	21
• Promoción del sexo más seguro y entrenamiento en habilidades ..	22
• Reducción de riesgos	23
• Fortalecimiento de las organizaciones de las PEP	24
• Educación del personal sanitario y de la población general	24
• Atención a las parejas sexuales no comerciales	24
• Compromiso de los programas de sida	25
4.3. Obstáculos que encuentran los programas dirigidos a PEP	25
5. Usuarios de la prostitución	27
6. Métodos de barrera	29
6.1. Preservativo masculino	29
6.2. Preservativo femenino	29
6.3. Protocolo de actuación en caso de rotura	30

6.4. Plásticos y dental dam	33
6.5. Lubricantes	34
7. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	35
7.1. ¿Qué hacer si se sospecha de una ITS?	35
7.2. ITS más frecuentes	36
7.3. ¿Cómo protegerse de una ITS?	42
8. Evaluación de los programas dirigidos a las PEP	43
8.1. Evaluación de proceso. Indicadores	44
8.2. Evaluación de resultados. Indicadores	44
9. Ejemplos de experiencias prácticas en prevención del VIH/ITS ..	47
• Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia. Bilbao	47
• Médicos del Mundo. Illes Balears	52
• Centro de Información y Prevención del Sida y ETS (CIPS) de Alicante ..	58
• Stop Sida. Barcelona	61
• Médicos del Mundo. Andalucía	65
• Comisión Ciudadana Antisida de la Rioja. Logroño	70
• Àmbit Prevenció. Barcelona	73
• Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida (APRAMP). Madrid	77
• Cruz Roja. Orense	79
• Médicos del Mundo. Madrid	82
• Comité de Apoyo a las Trabajadoras del Sexo (CATS). Murcia	85
• Asociación Antaris. CEA. Sevilla	87
• Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales (FELGT) /Col.lectiu LAMBDA. Valencia	89
10. Bibliografía	95
11. Glosario	99
12. Anexos	113
Anexo I. Modelos de plantillas	113
Modelo de plantilla. Contactos y servicios ofrecidos por el proyecto	114
Modelo de plantilla. Informe de actividad del proyecto de acercamiento/ Educación entre pares	115
Anexo II. Recomendaciones para un correcto uso del preservativo	116
Preservativo masculino (de látex)	116
Preservativo femenino (de poliuretano)	116
Anexo III. Listado de ONGs que trabajan con PEP	117
Anexo IV. ¿Dónde acudir? Centros de ETS y servicios de prevención de VIH. Direcciones y teléfonos	123
Anexo V. Protocolo de actuación en ETS/VIH del Centro de Información y Prevención del Sida y ETS (CIPS) de Alicante	127

I. INTRODUCCIÓN

Transcurridos más de 20 años desde el comienzo de la epidemia de sida, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH en el mundo. África subsahariana sigue siendo el centro de la epidemia mientras que Europa oriental y Asia central tienen el crecimiento más rápido.

En España se han diagnosticado más de 66.000 casos de sida, y en más de uno de cada cuatro (28%) el mecanismo de transmisión ha sido sexual (hetero u homosexual). A pesar de que en los últimos años se observa una evolución favorable de la incidencia del VIH en la mayoría de las categorías de transmisión, es conveniente continuar avanzado en el desarrollo de estrategias dirigidas a prevenir la transmisión sexual del VIH y, especialmente, en los grupos de población más vulnerables.

Las personas que ejercen la prostitución (PEP) son uno de estos grupos especialmente vulnerables. El número de parejas que tienen, la elevada frecuencia de relaciones sexuales, el hecho de padecer a menudo infecciones de transmisión sexual (ITS), la coacción por parte de algunos clientes para realizar prácticas sexuales con riesgo, la movilidad, la estigmatización y factores sociales, económicos o culturales son circunstancias que aumentan la vulnerabilidad de estas personas frente al VIH.

Las infecciones de transmisión sexual, además de ser enfermedades importantes por sí mismas, favorecen la transmisión sexual de la infección por VIH. La presencia de una enfermedad de transmisión sexual, ulcerativa o exudativa, puede multiplicar por diez el riesgo de transmisión y de adquisición del VIH [1].

Se entiende por prostitución la «actividad a la que se dedica la persona que mantiene relaciones sexuales con otras, a cambio de dinero» (Real Academia Española).

Las PEP conforman un grupo heterogéneo de difícil clasificación que incluye a hombres, mujeres, travestis/transsexuales, inmigrantes, jóvenes o usuarios de drogas que se prostituyen en diversos contextos y que hace necesario considerar las peculiaridades de cada subgrupo y ajustar el mensaje preventivo a sus particularidades, a su cultura y a sus necesidades.

El presente documento no va a considerar las diferentes posturas existentes frente a la prostitución: abolicionismo o tolerancia. Tampoco las posibles intervenciones estructurales políticas, sociales o legales, ni las de carácter comunitario o grupal, aunque esto no significa que no se reconozca su transcendencia y que deban ser el marco para este otro tipo de actuaciones. Se centrará en la intervención individual desde un punto de vista de salud pública priorizando la accesibilidad y la cobertura en la planificación de la educación para la salud, las actuaciones preventivas, la reducción de ries-

gos y la asistencia sanitaria, destacando los elementos clave que hay que considerar al planificar, ejecutar y evaluar los proyectos de prevención del VIH/sida y otras ITS dirigidos a las PEP. Este documento pretende ser un instrumento de consenso sobre cómo se debe intervenir con las PEP para evitar que se infecten o, si están infectadas, para evitar la transmisión a otras personas.

Las diversas intervenciones de prevención deben contemplar la influencia de los condicionantes de género sobre las diferentes conductas de hombres y mujeres. Ello hace necesario que los mensajes preventivos, las estrategias educativas y la oferta de los servicios sanitarios y preventivos se adapten a las necesidades y a los valores específicos de hombres y mujeres.

Igualmente, para aumentar la efectividad de las intervenciones preventivas se deben fomentar todas aquellas estrategias que favorezcan la participación de la población diana en el diseño, el desarrollo y la valoración de dichas intervenciones.

2. SITUACIÓN ACTUAL

En España existe una gran industria del sexo que incluye tanto la prostitución callejera como bares, clubs, saunas, casas de masaje, pisos, hoteles, agencias de acompañamiento o anuncios en periódicos.

Como en otros países occidentales, el sexo comercial ha sido poco relevante para la transmisión del VIH a la población general [2]. No obstante, numerosos estudios destacan la importancia de la prevención del VIH/sida y otras ITS en las personas que ejercen la prostitución por su situación de riesgo y por el papel que, teóricamente, pueden desempeñar en la difusión de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, entre la población general.

En España se observan prevalencias de infección por VIH relativamente bajas entre las mujeres que ejercen la prostitución, que no alcanzan el 2% [3], excepto entre las que se inyectan drogas. En cambio son elevadas entre los travestis/transexuales y los hombres que ejercen la prostitución.

Las personas que ejercen la prostitución son principalmente mujeres, aunque cada vez hay más hombres y travestis/transexuales. Por ello, la mayoría de los estudios realizados en PEP se han centrado en las mujeres, siendo muy pocos los trabajos publicados sobre hombres y travestis/transexuales que ejercen la prostitución, pese al mayor riesgo de transmisión sexual del VIH en las relaciones anales que en las vaginales. Igualmente, son escasos los estudios realizados en los clientes y las parejas regulares de las PEP.

2.1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En España la vigilancia epidemiológica de las ITS se obtiene de la información del sistema de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y del sistema de información microbiológica.

Según el sistema de EDO, tanto la incidencia de sífilis como la de gonococia en la población general presenta un curso claramente descendente desde mediados de los ochenta. Entre 1990 y 2001, el número de casos de sífilis ha disminuido más de un 90% y el de gonococia un 60%.

El sistema de información microbiológica coincide en describir una tendencia similar. El número de confirmaciones de sífilis en los laboratorios de la red ha disminuido un 75% entre 1990 y 2001, el de diagnósticos de gonococo un 77% y el de chlamydias

un 62%. Sin embargo cabe destacar ligeros aumentos en los diagnósticos microbiológicos de gonococia, sífilis y herpes simple en los últimos cuatro años [4].

Esta evolución favorable no significa que sea lo que realmente está ocurriendo entre las PEP debido a su poco peso en el conjunto de la población. Así, en un estudio basado en mujeres que ejercían la prostitución y que acudieron a una red de 7 centros de ETS de 6 ciudades españolas en el periodo 1998-2000 para diagnóstico o control de ETS, el 24% fueron diagnosticadas de una ETS, y de éstas, el 5% eran de tipo ulceroso. Otro 20% fueron diagnosticadas de otros procesos de localización genital (vaginosis bacteriana, candidiasis) y en el 56% restante se descartó la presencia de patología genital en la consulta [5].

Un estudio realizado por Àmbit Prevenció (Barcelona, 2000) entre hombres que ejercían la prostitución en bares, calle, saunas o pisos encontró que el 33% había tenido, en alguna ocasión, una ITS: el 13% refirió haber padecido gonorrea, el 9% ladillas y en menor proporción uretritis (5%) y herpes (4%) [6].

2.2. PREVALENCIA DE VIH EN PEP

Los estudios sobre VIH y prostitución realizados en España han señalado que la seroprevalencia de VIH entre las mujeres que ejercen la prostitución y han consumido drogas inyectadas es mucho mayor que entre las que no refieren esta práctica [5, 7]. En un estudio reciente que comparaba la seroprevalencia de VIH según el lugar de procedencia dentro de diferentes categorías de exposición, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de VIH entre las mujeres que ejercen la prostitución por país de origen [8].

Entre travestis/transexuales que se habían realizado la prueba del VIH (73%) se encontró una prevalencia del 58% entre los que se habían inyectado drogas alguna vez y del 16,5% entre los que manifestaron que no lo habían hecho [9].

En hombres que ejercían la prostitución en la calle y se habían realizado la prueba del VIH (67%) se encontró una prevalencia de VIH del 60% entre los que se habían inyectado drogas alguna vez y del 11% entre los que no refirieron este antecedente [10].

El estudio realizado por Àmbit Prevenció en hombres que ejercen la prostitución encontró que el 48% se había realizado el test del VIH y de ellos el 4% manifestó tener un resultado positivo [6].

Un estudio realizado en España en el período 2000-2001 con 1057 mujeres que ejercían la prostitución, encontró una prevalencia de VIH (automanifestada) del 6,4%. Los factores que se relacionaron, con significación estadística, con el riesgo de VIH fueron: haber estado en prisión, tener una pareja VIH positiva, ejercicio de la prostitución en la calle, precio por servicio sexual menor de 30 €, consumo inyectado de drogas y no usar el preservativo con la pareja regular [11].

Frecuencia de realización de la prueba de VIH y prescripción de pruebas voluntarias

En un estudio anónimo y no relacionado en mujeres que ejercen la prostitución y que acudieron a control de ETS a una red de 7 centros de ETS/VIH en el periodo 2000-

2001, se valoró la frecuencia de realización de la prueba de VIH. El 56,3% refirió haberse realizado anteriormente la prueba del VIH. Este porcentaje ascendió al 89,5% entre las mujeres UDI, fue del 48,2% en las procedentes de Latinoamérica o de África subsahariana y del 67,4% en las restantes ($p < 0.001$). Excluyendo aquellas que tenían un test positivo previo, la gran mayoría (97,4%) se realizaron la prueba del VIH voluntaria con motivo de esta consulta y el resto no se la realizó o no constaba si se prescribió la prueba. De las 21 mujeres infectadas, el 33,3% ya lo sabía por pruebas previas y las restantes fueron diagnosticadas con motivo de la presente consulta.

2.3. USO DEL PRESERVATIVO EN PEP

La mayoría de los estudios evidencian que las PEP usan el preservativo con sus clientes más frecuentemente que con sus parejas sexuales regulares. Un reciente estudio realizado en España con 1057 mujeres que ejercían la prostitución encontró que, referido a los seis últimos meses, el 67,1% en el sexo vaginal, el 57,6% en el sexo oral y el 46,9% en el sexo anal siempre usaba el preservativo con los clientes. Cuando se trataba de las parejas sexuales regulares, estos porcentajes descendían al 12,8% en el sexo vaginal, 10,4% en el sexo oral y 13,4% en el sexo anal [11].

En el estudio de Belza, el 73% de los travestis/transexuales siempre usó preservativo con los clientes mientras que en el ámbito privado sólo lo usó el 50%. En el caso de los hombres que ejercían la prostitución, el 52% refirió usar sistemáticamente preservativo con los clientes y el 41% en sus relaciones personales [10].

En el estudio realizado por Àmbit Prevenció en hombres que ejercían la prostitución y referido a los seis últimos meses, manifestó usar siempre el preservativo: el 73,4% cuando se trataba de un cliente masculino y el 66,7% si el cliente masculino era fijo; el 60,8% si se trataba de una cliente femenina y el 44,9% si la cliente femenina era fija; el 27,8% con la pareja regular y el 35,5% con su última pareja sexual. Considerando el ámbito de ejercicio de la prostitución, se observó que aquellos que se prostituían en bares o en la calle eran los menos propensos a usarlo [6].

3. POBLACIÓN DIANA

Las PEP tienen peculiaridades sociales y culturales específicas que se reflejan en distintas culturas sanitarias y diferentes prácticas de riesgo. Ello requiere intervenciones específicas según las personas, procedencias y ámbitos en los que se ejerce la prostitución.

3.1. PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

Prostitución femenina: El hecho más destacable es que en los últimos años la prostitución femenina se ha transformado en dos aspectos: las mujeres son más jóvenes y se ha producido un incremento muy considerable del número de mujeres extranjeras. Los diferentes antecedentes culturales, religiosos o los principios sobre la salud y el sexo de estas personas pueden dar lugar a un mayor riesgo de exposición por lo que la información a estas mujeres debe incrementarse.

Existen, también, mujeres que no son jóvenes a las que se les suele denominar «nacionales», «tradicionales» o «clásicas» y que se caracterizan por tener una gran antigüedad en el ejercicio de la prostitución, una edad superior a los 50 años y carecer de recursos económicos. Estas mujeres pueden ser un referente muy importante como agentes de salud.

Prostitución de inmigrantes: En los últimos años, se ha observado un importante incremento en el número de personas, fundamentalmente mujeres, que ejercen la prostitución, procedentes de África subsahariana, de países de Centro y Sudamérica y países del Este de Europa.

La situación de inmigración, ilegalidad, exclusión y discriminación constituyen un importante factor de vulnerabilidad social que no facilita que las personas inmigrantes que ejercen la prostitución tengan como prioridad la práctica de un sexo más seguro.

Además es frecuente que las personas inmigrantes estén fuera de las estructuras legales, sociales y sanitarias y, por lo tanto, tienen grandes dificultades para acceder a información que les permita mejorar su calidad de vida y de trabajo. Es necesaria por tanto una mayor facilidad de acceso a las prestaciones públicas y para algunas personas pueden ser imprescindibles los cursos de alfabetización.

La información dirigida a PEP inmigrantes necesita considerar los antecedentes lingüísticos, culturales y religiosos que determinan los principios sobre la salud y el sexo

de estas personas, desempeñando en todo el proceso un papel fundamental la mediación intercultural.

Prostitución masculina: En la mayoría de los países la prostitución masculina está olvidada por las políticas sanitarias, no existen proyectos dirigidos a los prostitutos o los servicios que se les ofrecen no se ajustan a sus necesidades. A menudo los hombres que venden sexo son menos visibles que otras PEP y ello se debe fundamentalmente a los tabúes existentes sobre la homosexualidad y la prostitución.

En los contactos sexuales comerciales entre hombres se practica la penetración anal activa y pasiva. Ello conlleva un alto riesgo de transmisión del VIH y otras ITS, por lo que los proyectos dirigidos a la prostitución masculina deberían incluir preservativos apropiados para el sexo anal. También suelen ser frecuentes las prácticas oroanales, lo que implica un mayor riesgo de adquisición del virus de la hepatitis A por lo que es recomendable la vacunación.

Asimismo, los proyectos no deberían asumir que todos los prostitutos que practican sexo con otros hombres son homosexuales.

Prostitución de travestis/transexuales: La población travestí/transexual no siempre siente respetados y reconocidos los derechos humanos más esenciales (derecho a la salud, a la educación y a un trabajo digno) siendo muy vulnerable a la infección por el VIH/sida. Además de las posibles prácticas sexuales de riesgo, los transexuales recurren, para lograr una apariencia que cumpla las expectativas del género al que sienten pertenecer, al uso inyectado de hormonas u otros productos (silicona) que modifiquen su estética, lo cual puede suponer un incremento del riesgo de adquisición del VIH. En estos dos últimos casos, además de mencionar los riesgos asociados al uso compartido de jeringuillas, es necesario informar sobre las consecuencias negativas para la salud que puede tener el uso de sustancias sin supervisión médica.

Por otra parte, los profesionales sanitarios no suelen estar preparados para identificar y aceptar las necesidades de salud física y mental de los transexuales, por lo que a menudo no obtienen el cuidado médico necesario para las condiciones específicas de salud que ellas experimentan.

Prostitución de usuarios de drogas: Las personas usuarias de drogas en general y las inyectoras de drogas en particular que se prostituyen son un grupo minoritario con gran vulnerabilidad frente al VIH que hace necesario el desarrollo de programas específicos a fin de evitar su invisibilidad entre las PEP.

Además de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud sexual y las prácticas sexuales de las personas usuarias de drogas, es necesario proporcionar un buen acceso al material de inyección estéril, al intercambio de jeringuillas o a la dispensación de un tratamiento farmacológico de sustitución o desintoxicación.

Prostitución de menores: Según el actual ordenamiento jurídico español la prostitución de menores está considerada como delito.

Los menores constituyen uno de los sectores más opacos dentro de la prostitución pues se trata de una población oculta, de difícil acceso, desconocida y con especial vulnerabilidad biológica a la infección por el VIH y otras ITS. En general, los proyectos no contactan con los menores que ejercen la prostitución. Se hace necesario conocer con

mayor profundidad las características y necesidades de estos jóvenes así como ofrecerles servicios que eviten su explotación y contribuyan a mejorar su salud y su seguridad.

3.2. ÁMBITOS EN LOS QUE SE EJERCE LA PROSTITUCIÓN

PROSTITUCIÓN AL AIRE LIBRE

Además de la calle, incluye parques y otros lugares públicos. Las personas que ejercen este tipo de prostitución, buscan al cliente y el servicio se realiza in situ o en lugares que se alquilan para este fin. Es habitual que cada persona tenga un sitio preestablecido. En estos contextos la vulnerabilidad es mayor.

PROSTITUCIÓN EN LOCALES CERRADOS

Clubs: Son locales de alterne en cuyo interior las PEP esperan a los clientes para establecer contactos. El servicio con el cliente se puede realizar en el mismo local o en pisos cercanos. Los clubs están establecidos tanto en las ciudades como en las carreteras. En ocasiones las PEP tienen la residencia en el propio club.

Algunos clubs funcionan mediante el sistema de plaza que consiste en el intercambio de mujeres entre diferentes locales, en los que realizan estancias de aproximadamente 21 días.

Pisos: Las PEP pueden operar en pisos o casas privadas usando alguna forma de publicidad, a través de agencias de acompañamiento o anunciándose en un número de teléfono. Las PEP pueden trabajar a través de una responsable del negocio (madame), como un grupo de amigas/amigos o solas.

Hoteles: Las PEP pueden ser enviadas por las agencias de acompañantes a encontrarse con clientes en hoteles, o pueden trabajar por su cuenta, esperando en los bares de los hoteles encuentros casuales con los clientes.

Agencias de acompañantes: Se anuncian en los periódicos locales, las revistas de contactos e internet. Es frecuente que faciliten servicios a domicilio para mayor discreción del cliente.

Saunas Gays: Locales dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres donde se ofrecen, previo pago de una entrada, servicios de sauna, gimnasio, bar... Cuentan con cabinas cerradas con pequeñas camas. Algunas cuentan con cuarto oscuro, sala de vídeo y otros servicios (peluquería, masajes, comidas).

En algunas de ellas se ejerce la prostitución masculina. Los hombres que ejercen la prostitución contactan con los clientes en los espacios comunes como el bar o la sala de vídeo.

Cines: En estos espacios, normalmente cines porno, se suele dar una prostitución de hombres, inmigrantes o jóvenes en situación de exclusión social. Normalmente las relaciones se suelen producir en la propia sala o en los lavabos. La mayoría de los responsables de estos establecimientos suelen negar esta realidad, de ahí las dificultades de intervención.

Macrocentros: Grandes centros situados en las zonas metropolitanas con capacidad para albergar a un gran número de PEP. En estos centros, además de evitarse la conflictividad con los vecinos, es más fácil salvaguardar el anonimato del cliente y mucho más difíciles las intervenciones preventivas.

3.3. OBJETIVOS COMUNES DE LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A PEP

- Incrementar o mejorar el conocimiento sobre: los mecanismos de transmisión del VIH y las medidas preventivas, las prácticas sexuales de riesgo y el correcto uso del preservativo.
- Incrementar o mejorar el conocimiento y las habilidades para negociar un sexo más seguro.
- Incrementar el conocimiento y el acceso a los recursos sociosanitarios, especialmente a los centros de ETS.
- Fomentar la detección precoz del VIH y otras ITS.
- Disminuir las conductas sexuales de riesgo.
- Incrementar la frecuencia de uso del preservativo con las parejas sexuales comerciales (clientes).
- Incrementar la frecuencia de uso del preservativo con las parejas sexuales regulares.

4. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

4.1. OFERTA DE SERVICIOS

La mayoría de los programas ofrecen a las PEP una variada gama de servicios que incluyen desde el cuidado de la salud hasta aquellos enfocados a mejorar el bienestar personal.

Todos los programas deberían proporcionar, como mínimo:

- Información sobre VIH e ITS.
- Preservativos (masculinos, femeninos) y lubricantes, gratuitamente o a un precio asequible.
- Folletos que contengan información sobre diversos temas: uso de preservativos y lubricantes; sexo más seguro; direcciones y teléfonos de contacto con el programa y con otros servicios sanitarios, sociales o legales; ITS, etc. Además, es recomendable que estos folletos estén disponibles en diferentes idiomas.
- Material de inyección estéril, intercambio de jeringuillas y derivación a programas de sustitución o desintoxicación para las personas que se inyectan drogas y se prostituyen.

Otros servicios:

- Promoción de la salud: considerar, además de la prevención del VIH y otras ITS, otras necesidades de las PEP facilitándoles la información necesaria y el acceso a servicios sanitarios, sociales y legales.
- Servicios de ITS y anticoncepción: la prevención y el tratamiento de las ITS son esenciales para la prevención del VIH. Si bien es cierto que no todos los programas dirigidos a las PEP ofrecen in situ este servicio, también es cierto que todos deberían tener un buen sistema de derivación que facilitase y mejorase el acceso de las PEP a los centros de ETS (revisiones ginecológicas específicas, detección y tratamiento de ITS, prueba del VIH, vacunación de hepatitis A y B, detección precoz de cáncer de cervix...)
- Acompañamiento a visitas programadas a centros de salud o ETS.
- Talleres de sexo más seguro que incluyan información y demostraciones sobre el uso del preservativo.
- Asesoramiento psicológico y/o psicoterapéutico.
- Asesoramiento social.
- Asesoramiento jurídico y legal.

Anexo I. a) Modelo de plantilla. Actividades del proyecto: contactos y servicios ofrecidos

4.2. ¿QUÉ FUNCIONA EN PREVENCIÓN DIRIGIDA A PEP?

Está demostrado que proporcionar información sobre cómo protegerse frente al VIH/sida y otras ITS es necesario pero insuficiente. Las personas, para modificar su comportamiento, a la vez que conocimientos, necesitan habilidades y entornos que favorezcan la reducción de su susceptibilidad y vulnerabilidad.

Entre las intervenciones y actividades dirigidas a prevenir la infección por el VIH/sida y otras ITS en PEP que se han mostrado efectivas, destacan las siguientes:

4.2.1. Programas de acercamiento

Los programas de acercamiento (outreach) son intervenciones que se ofrecen en el lugar donde se ejerce la prostitución o en aquellos lugares donde acuden las PEP. La diferencia con otros programas sanitarios es que no se espera a que las PEP acudan a los servicios y recursos existentes, sino que tratan de ofrecer estos servicios *in situ*, minimizando las barreras existentes que impiden, en muchos casos, que estas personas acudan a los servicios normalizados. El objetivo fundamental es que las PEP accedan a estos servicios de manera fácil, fomentando a su vez el conocimiento sobre los recursos existentes para que acudan a ellos regularmente.

Los programas de acercamiento pueden ser desarrollados por voluntarios/as, trabajadores/as sociales, agentes de salud o educadores/as de pares. La experiencia demuestra que suele ser indispensable la figura del agente de salud/educador de pares para llevar a cabo esta intervención, ya que además de facilitar el acceso a los locales de alterne o, en su caso, conocer las zonas de prostitución de calle, posibilita una mejor comunicación con las PEP.

Objetivos

General:

- Establecer contacto activo y directo con las PEP, en aquellos lugares donde se encuentren (calle, bares, saunas, pisos, clubs, etc.) tanto en sus horas de trabajo como en sus ratos libres. También se puede llevar a cabo en sus residencias habituales, ya que en muchas ocasiones resulta imposible acercarse a su lugar de trabajo, bien por limitaciones del programa, bien por ser locales cerrados.
- Derivar a las PEP a centros de atención sanitaria y/o social.

Específicos:

- Acercar los servicios al medio de trabajo.
- Dar a conocer el programa de la Asociación y los servicios que ofrece.
- Informar sobre los recursos sociosanitarios existentes en la zona.
- Romper el posible aislamiento de ciertas PEP con el mundo exterior.
- Captar PEP para formarles como agentes de salud.

Actividades

Las actividades a desarrollar por los programas de acercamiento van a depender de las necesidades de las PEP en cada uno de los ámbitos en los que se localizan, de

su nacionalidad, de su cultura, del número de prostitutas/os o del tipo de prostitución (calle, bares, saunas, pisos, clubes, etc.). Sin embargo, existen unos mínimos como son:

- Reparto de material preventivo: preservativos (masculinos y femeninos), lubricante y kits de inyección.
- Reparto de material informativo: folletos y guías de recursos sociosanitarios.
- Asesoramiento grupal o individual sobre salud sexual: minicharlas sobre VIH/sida, sexo más seguro, utilización del preservativo tanto masculino como femenino, anticoncepción, etc.
- Canalización de demandas; consultas, derivaciones y gestiones. Acompañamiento a los diferentes recursos.

Para llevar a cabo este trabajo de una forma más o menos estructurada, se puede confeccionar un mapa de los distintos ámbitos en los que se ejerce la prostitución, que sitúe todos los locales por zonas geográficas. Además, adjuntando una pequeña descripción de cada uno de los locales se puede reunir una información bastante completa, tanto cuantitativa como cualitativa.

Se trata de un nivel de intervención básico para el desarrollo de cualquier programa de prevención del VIH/sida y otras ITS en PEP, ya que en muchas ocasiones es la base para realizar actuaciones a otros niveles (trabajo en el local) y permite, junto a la educación entre pares, obtener buenos resultados.

Anexo I. b) Modelo de plantilla. Informe de actividad del programa de acercamiento.

4.2.2. La educación entre pares

La educación entre pares es un concepto que implica un enfoque, un medio de comunicación, una metodología, unos principios y una estrategia. El término «par» se refiere a una persona de la misma posición social que otra, que pertenece al mismo grupo social. Por tanto, la educación entre pares supone que miembros de un grupo determinado actúan para producir cambios en los conocimientos, actitudes, prácticas y/o comportamientos de otros miembros del mismo grupo.

En el caso concreto de las PEP, la o el educador de pares sería una persona que ejerce o ha ejercido la prostitución, a poder ser líder dentro del grupo, cuya función es intentar propiciar cambios a nivel individual o grupal, tratando de modificar positivamente las creencias, actitudes o comportamientos de otras personas que ejercen la prostitución.

Los/as educadores de pares acceden fácilmente, en su entorno y sin llamar la atención, a las personas que ejercen la prostitución; pueden inspirar confianza, son apreciados/as y aceptados/as por las PEP; pueden ser comunicadores creíbles, con un conocimiento profundo de las personas a las que se dirigen y eficaces a la hora de fomentar las relaciones sexuales más seguras y las estrategias y habilidades para ponerlas en marcha. Pueden llegar a ser personas de referencia para las PEP y son capaces de mejorar la eficacia y efectividad de los profesionales sociosanitarios [12].

Los aspectos a considerar en la educación entre pares podrían ser los siguientes:

- **Selección, formación y supervisión de los/as educadores de pares:** La selección de los educadores de pares es un elemento crucial para el éxito de los programas. No suele ser fácil que las ONGs tengan a su alcance personas que ejercen la prostitución con la personalidad y la formación adecuadas para llevar a cabo una intervención de este tipo. Una forma de conseguirlo es mediante la realización de cursos de formación que tengan como finalidad la creación de agentes de salud. Puede realizarse una convocatoria general dirigida a PEP que quieran recibir una información y formación específicas en VIH/sida, ITS y otros temas relacionados. Se sugiere hacer un mínimo de 5 sesiones grupales (10-12 personas) de 2 horas de duración cada una, en las que se trabajen temáticas como: VIH/sida, ITS, contracepción y aborto, aspectos legales (maltrato y ley de extranjería), adquisición de habilidades para la negociación del preservativo y manejo de situaciones violentas a través de técnicas como la visualización, dramatización y relajación. Desde estos grupos pueden identificarse candidatos/as para ser educadores/as de pares y para desarrollar un trabajo conjunto con la ONG. Las PEP formadas pero no seleccionadas, en la medida de sus posibilidades, aplicarán lo aprendido en su propio medio, obteniéndose un efecto multiplicador del trabajo. Las PEP seleccionadas para ejercer como educadoras de pares, deberán recibir una formación continua y supervisada además de tener sesiones periódicas de coordinación con el equipo responsable del programa.
- **Incentivos.** La remuneración económica es un factor indispensable. Tanto las PEP participantes en los cursos de formación como las futuras PEP educadoras de pares deben recibir una compensación económica por el tiempo que dedican a las actividades programadas. Se sugiere un mínimo de 10 € por hora de asistencia al curso de formación. En el caso concreto de las PEP educadoras de pares, una remuneración económica por las horas de trabajo realizadas además de incrementar su motivación para el trabajo permite que adquieran una serie de responsabilidades en su trabajo que de otro modo no sería posible.
- **Funciones de las PEP educadoras de pares.**
 1. Estar presente en todos los niveles de intervención del programa (calle, local y cursos).
 2. Actualizar la información sobre los lugares, centros y zonas de ejercicio de la prostitución (clubs cerrados, locales nuevos, problemas existentes). Detectar necesidades.
 3. Ser la persona de referencia en el programa de acercamiento.
 4. Repartir material preventivo e informativo.
 5. Facilitar información sobre los recursos sociosanitarios existentes.
 6. Atender las consultas de las PEP, realizar acompañamientos a centros de salud u otros recursos o canalizar las derivaciones de las PEP a los recursos existentes.
 7. Asistir a charlas, seminarios, cursos que mejoren y faciliten una formación continua.

Anexo I.b) Modelo de plantilla. Informe de actividad de educadores de pares

4.2.3. La mediación cultural

La o el mediador cultural no tiene porque ser una persona que ejerce la prostitución, pero tiene la misma nacionalidad o pertenece al mismo grupo étnico que las PEP y trabaja para el proyecto dirigido a éstas. A través de la mediación cultural se pueden identificar y valorar los mecanismos culturales y sociales que están influyendo en el comportamiento, los hábitos y las decisiones, de las PEP.

Objetivos

General

- Mediar entre dos culturas diferentes para facilitar la comunicación y la comprensión de las PEP.

Específicos

- Crear un puente entre las PEP y los profesionales sociosanitarios.
- Traducir y mediar entre las PEP y el personal sociosanitario para decodificar las respuestas y facilitar la comunicación.
- Adaptar culturalmente la información sociosanitaria mediante intervenciones o materiales.
- Detectar y movilizar recursos que posibiliten y faciliten las intervenciones.

Perfil del mediador/a cultural

- Tener formación específica en salud.
- Poseer habilidades sociales.
- Conocer la cultura del país de origen y del de acogida.
- Estar integrado/a en la comunidad.
- Tener liderazgo.

Actividades

- Traducción.
- Interpretación.
- Información sanitaria.
- Información sobre recursos de salud y formas de funcionamiento y acceso.

4.2.4. Promocionar y asegurar la disponibilidad de preservativos y lubricantes homologados

4.2.5. Servicios de salud accesibles y asequibles

Un factor importante en el control de las ITS es el diagnóstico y tratamiento apropiado y rápido de los pacientes, así como de sus contactos sexuales (OMS, 1979). De este modo, se reducen las fuentes de infección y por tanto disminuyen las posibilidades de transmisión a otras personas. Por otro lado, es un momento ideal para realizar educación sanitaria apoyándonos en la importancia de la prevención primaria y secundaria.

Las consultas de ITS juegan un papel importante para conocer y analizar la evolución de la infección por el VIH en distintos grupos de población con más probabilidad de exposición a las mismas. Para todos los efectos, la infección por el VIH/sida está definida como una ITS, por lo que todo paciente con sospecha de ITS ha podido estar expuesto a la infección por el VIH.

Las ITS se abordan en los servicios de Atención Primaria, pero en ocasiones, la falta de accesibilidad o el riesgo percibido de estigmatización, pueden dificultar la atención a un colectivo tan importante como es el de personas que trabajan en la prostitución. Por ello, los Centros de ITS y de información de VIH/sida, responden a las necesidades planteadas. Son de acceso inmediato, con diagnóstico y tratamiento de urgencia en el propio centro, en los que la discreción, la neutralidad y la confidencialidad están garantizados y donde circunstancias como la falta de certificado de residencia y/o tarjeta de asistencia sanitaria no suponen un inconveniente.

Las revisiones de ITS son la principal demanda de las personas que trabajan en la prostitución, constituyendo un buen momento para la realización de actividades de educación sanitaria, y para propiciar el desarrollo de habilidades y recursos para protegerse de las ITS como son la negociación de un sexo más seguro y el uso del condón.

Para abarcar el máximo de población y que los centros de ITS sean lugares preferentes para la atención y desarrollo de intervenciones preventivas individuales en contextos urbanos (ONUSIDA), sería necesario potenciar al máximo estos centros, tanto en la adecuación del horario (mañana y tarde) como en la puesta en marcha de nuevos servicios con estas características.

4.2.6. Promocionar el sexo más seguro y el entrenamiento en habilidades de negociación

La promoción de comportamientos sexuales más seguros es uno de los aspectos más importantes de los programas de prevención del VIH/sida y otras ITS en las PEP. Ello incluye el uso del preservativo y la promoción de prácticas sexuales alternativas de menor riesgo.

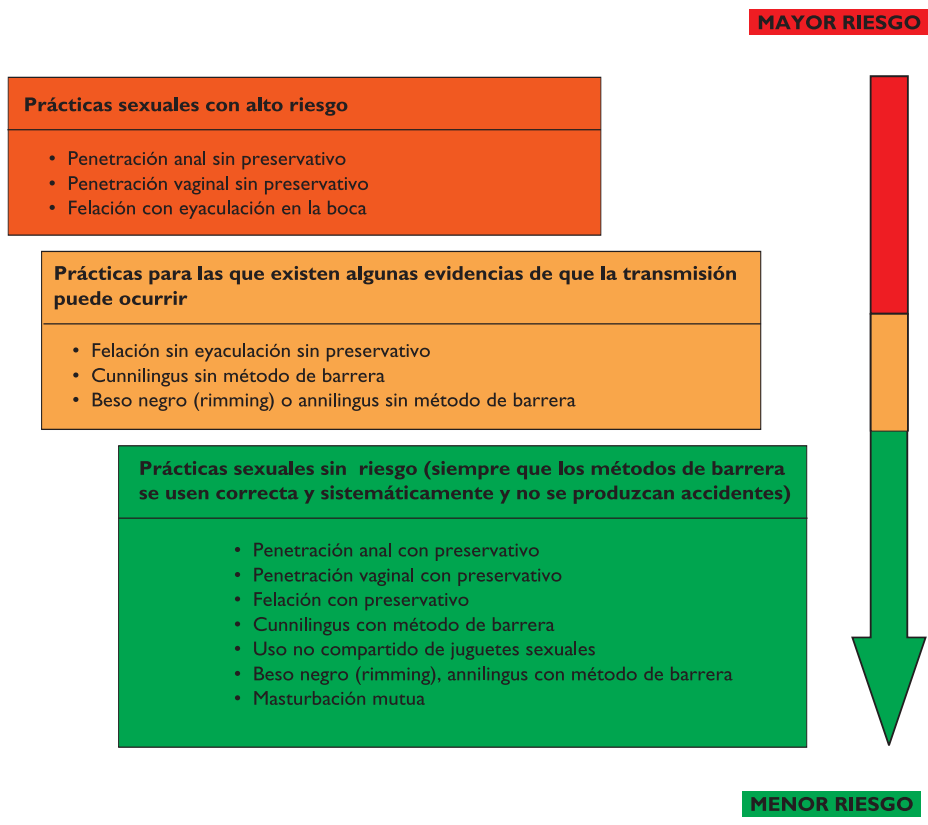
La negociación del sexo seguro consiste en llegar a un acuerdo con el cliente en cuanto al tipo de prácticas sexuales que se van a realizar. Es un tema complejo ya que la negociación requiere, entre otras cuestiones, tener una relación de igualdad, poder tomar decisiones personales y cierta habilidad en la comunicación. Sin embargo será más fácil si el diálogo para negociar unas prácticas sexuales protegidas se inicia desde el principio, es decir cuando se producen las proposiciones o en el momento de aproximación erótica.

Entre las recomendaciones para la negociación de un sexo seguro, se pueden destacar:

- **Hablar con el cliente antes del contacto sexual.** Se puede preguntar al cliente qué opina del sexo seguro, sobre su pasado sexual o sobre su estado de salud. Esta información no sirve para determinar el estado del cliente con respecto al VIH u otras ITS, pero puede ser un indicador.
- **Establecer límites antes de tener relaciones sexuales.** Es posible determinar qué prácticas sexuales se desea mantener y cuáles no. Si se establecen límites antes de iniciar la relación sexual será mucho más fácil cumplirlos.

4.2.7. Reducción de riesgos

Prácticas sexuales y asociación con el riesgo de transmisión del VIH



MAYOR RIESGO

	SEXO ANAL	SEXO VAGINAL	FELACIÓN	CUNNILINGUS
Sin condón				
• Receptivo con eyaculación				
• Insertivo con eyaculación				
• Receptivo sin eyaculación				
• Insertivo sin eyaculación				
Con condón				

MENOR RIESGO

Prácticas sexuales y asociación con el riesgo de transmisión de ITS

ITS	Agente Causal	Boca Boca	Boca Pene	Boca Ano	Boca Vagina	Penetración anal	Penetración Vaginal	Penetración Inguetes Sexuales	Manos Genitales
Hepatitis A	Virus	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hepatitis B	Virus	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Hepatitis C	Virus	NO	*	*	*	SÍ	*	*	NO
VIH	Virus	NO	*	*	*	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Condilomas (1)	Virus	SÍ	SÍ	SÍ	*	SÍ	SÍ	*	SÍ
Herpes Genital (1)	Virus	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	*	SÍ
Citomegalovirus (CMV)	Virus	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	*	SÍ
Sífilis (1)	Bacteria	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	*	SÍ
Gonorrea Gonococia	Bacteria	*	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	*	SÍ

(1) Es posible la transmisión si existe lesión.

Fuente: Stop sida y Àmbit Prevenció

* Bajo riesgo

4.2.8. Fortalecimiento de las organizaciones de PEP

Las personas que ejercen la prostitución deben tener la oportunidad de expresar sus opiniones a fin de que puedan tener un mayor control de su situación. Es necesario fortalecer las organizaciones de las PEP a fin de que ellas mismas promocionen los programas de prevención de ITS/VIH, se favorezca el cuidado de su salud y se reduzcan los riesgos a los que se exponen en su trabajo.

4.2.9. Educación del personal sanitario y de la población general

La educación del personal sanitario (incluido personal de centros de ETS) y de la población general resulta imprescindible a fin de terminar con la estigmatización, los estereotipos y las barreras culturales existentes en torno a la prostitución. Por una parte es importante que el personal sanitario se implique en el desarrollo de programas e intervenciones y coopere en la protección de los derechos de las PEP y, por otra, que la población general acepte los programas y las medidas de prevención dirigidas a estas personas.

4.2.10. Atención a las parejas sexuales no comerciales

Hasta el momento no se ha prestado la atención adecuada a la vulnerabilidad social de las mujeres y a las diferentes relaciones de poder que dificultan que las mujeres puedan decidir sobre sus relaciones sexuales. En muchos casos, cuando una prostituta expresa su deseo de tener una relación sexual más segura, su pareja habitual se muestra reticente.

4.2.11. Compromiso de los programas de sida

Debería existir un compromiso de los programas autonómicos de sida de incluir la prevención en PEP entre sus objetivos y prioridades de financiación.

4.3. OBSTÁCULOS QUE ENCUENTRAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DIRIGIDOS A LAS PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

- Estigmatización, criminalización y hostilidad de la sociedad hacia las PEP.
- Reducción del número de centros de ETS, precariedad y cobertura insuficiente.
- Información epidemiológica insuficiente sobre la transmisión del VIH en las relaciones sexuales de hombres y travestis/transsexuales que ejercen la prostitución.
- Dificultad para llegar a muchas de las PEP bien por el ámbito en el que se ejerce la prostitución (saunas, pisos...) bien por su movilidad.
- Falta de sensibilización del personal de los centros sanitarios y centros de ETS.
- Barreras de acceso a los servicios sociosanitarios por parte de las personas inmigrantes que ejercen la prostitución y están en situación de irregularidad administrativa.
- Barreras lingüísticas y culturales que pueden resultar en mayor riesgo de exposición.
- Existencia de mafias, chulos o proxenetas que impiden el acercamiento y el acceso a las PEP.
- Legislación frente a la inmigración que puede tener un efecto disuasorio para el acceso a los servicios sociosanitarios normalizados.
- Carencia de recursos económicos y ausencia de compromisos políticos que aseguren la continuidad de los proyectos desarrollados por las ONGs.
- Dificultad para la comunicación del personal socio-sanitario con las PEP, particularmente las extranjeras.

5. USUARIOS DE LA PROSTITUCIÓN

Pese a que siempre que se definen las estrategias dirigidas a prevenir la infección por el VIH y otras ITS entre el colectivo de personas que ejercen la prostitución se incluye el término «y sus clientes» [13,14], éstos constituyen un grupo social al que se le ha prestado poca atención y destinado pocos esfuerzos para mejorar su actitud frente a la prevención del VIH y otras ITS. Igualmente, se hace necesario sensibilizar a los médicos de atención primaria en la detección precoz de ITS en la población general masculina y derivación a los centros especializados.

Los usuarios de la prostitución constituyen un grupo heterogéneo, fundamentalmente masculino y considerado de difícil acceso para los programas de prevención sanitaria. Los estigmas sociales y los tabúes han limitado hasta ahora la comprensión de los determinantes de las conductas sexuales y de la epidemiología de las ITS en este colectivo [15]. Diferentes estudios muestran que las campañas de sensibilización comunitaria no han sido útiles en cuanto a la modificación de sus conductas de riesgo, particularmente en lo referente al uso irregular del preservativo [16]. Es necesario incrementar tanto las intervenciones centradas en concienciar a los hombres sobre su salud sexual y sus propios riesgos a fin de que modifiquen ciertos hábitos como aquellas centradas en proteger a las PEP. Si los hombres reconocen la importancia del uso del preservativo, será más fácil la negociación del mismo en el ámbito de la prostitución, ya que su actitud se ha identificado como uno de los mayores obstáculos para el uso habitual del condón [17].

Así pues las intervenciones que se prevén más efectivas son aquellas especialmente adaptadas para este colectivo, que incluyan información, facilitación de instrumentos preventivos y la posibilidad de un entorno que favorezca el cambio de las conductas poco saludables.

En los últimos tiempos, la movilización y los esfuerzos de capacitación de las PEP para que adquieran habilidades a la hora de negociar un sexo más seguro han favorecido la aparición, desde el propio colectivo, de propuestas de trabajo sobre los clientes. Propuestas que deben ser escuchadas por aquellos que pretendan llevar a cabo un programa de prevención como el que nos ocupa. Algunos ejemplos son: la elaboración de material de información con mensajes cortos, la aparición de mensajes en el mobiliario de los locales de trabajo (posavasos, por ejemplo) o la dispensación de preservativos. Todo ello en el contexto de la relación privada PEP-cliente, donde una mayor complicidad puede favorecer la recepción de los mensajes por parte del cliente y también la incorporación de éstos a su conducta, con la consiguiente mejora para la salud de todos los implicados.

6. MÉTODOS DE BARRERA

6.1. PRESERVATIVO MASCULINO

El preservativo masculino es una funda para cubrir el pene y evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Puede ser de látex (goma), que es el de uso más común, o sintético de poliuretano (plástico), para los casos de alergia al látex.

En el mercado existen muchos tipos de preservativo, entre ellos algunos que se denominan de «*máxima seguridad*» y que contienen nonoxinol-9, un espermicida cuyo uso continuado puede favorecer la aparición de irritaciones y lesiones vaginales o genitales que incrementan el riesgo de transmisión o adquisición de ITS. Además los preservativos que tienen incorporado nonoxinol-9 caducan a los 2 años. También se ofrecen preservativos bajo el nombre de «*ultra-natura*» o «*ultra-sensibles*» manufacturados con látex de menor grosor que los normales y que no se consideran suficientemente seguros para determinadas prácticas sexuales como la penetración anal ya que pueden romperse con mayor facilidad.

Igualmente, existen unos preservativos llamados «retardantes», que incorporan un anestésico para restar sensibilidad al pene y retrasar la eyaculación. Ello puede suponer un cierto riesgo, en tanto que la persona penetrada también pudiera perder sensibilidad y no darse cuenta de posibles heridas que se produjeran durante la penetración anal o vaginal.

El preservativo de látex mide entre 4,9 y 5,2 centímetros de ancho y 18 centímetros de largo. El preservativo de poliuretano presenta un mayor diámetro (6,5 centímetros) e igual largo (18 centímetros).

Estudios de laboratorio han confirmado la efectividad del preservativo de látex como método barrera frente al VIH, virus del herpes simple (VHS), citomegalovirus (CMV), virus de la hepatitis B (VHB), clamidia y gonorrea [18]. Pero aparte de los criterios establecidos de calidad, es necesario el cumplimiento de dos condiciones para una protección eficaz: su utilización sistemática (en cada relación sexual) y su uso correcto para evitar roturas o deslizamientos.

Anexo II. Normas de uso del preservativo masculino de látex.

6.2. PRESERVATIVO FEMENINO

El preservativo femenino está disponible en Europa desde 1992. Es una funda transparente de poliuretano (plástico) con un anillo flexible en ambos extremos, como un

pequeño túnel de 17 centímetros de largo y 7,8 de diámetro, cerrado en uno de los extremos. El anillo de la parte cerrada del preservativo sirve de guía para su colocación en el fondo de vagina mientras que el otro extremo termina en un aro más grande que queda fuera de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer y la base del pene. El poliuretano es más fuerte que el látex, inodoro y no produce reacciones alérgicas.

Distintos estudios, realizados *in vitro*, han confirmado que el preservativo femenino es una barrera eficaz frente al VIH, los virus del herpes, la hepatitis B y otros microorganismos incluido el citomegalovirus [19-21].

El preservativo femenino ofrece a las mujeres la posibilidad de protegerse a sí mismas de los embarazos y de las ITS, es el único método disponible para ser usado por las propias mujeres y una alternativa adicional al preservativo masculino.

Normas de uso del preservativo femenino (Anexo II)

Características de los preservativos masculino y el femenino

PRESERVATIVO MASCULINO	PRESERVATIVO FEMENINO
Método de barrera que proporciona protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los embarazos no deseados	Método de barrera que proporciona protección frente a las ITS y los embarazos no deseados
Hecho de látex, algunos de poliuretano	Hecho de poliuretano
Pueden venir ya lubricados o no	Vienen ya lubricados
El de látex sólo permite el uso de lubricantes solubles en agua. El lubricante se pone en la parte exterior del preservativo	Pueden añadirse lubricantes solubles en agua o en aceite. El lubricante se coloca en el interior del preservativo
Permite el uso de espermicidas	Permite el uso de espermicidas
Cubre el pene	Se inserta en la vagina
Debe colocarse cuando el pene está erecto	Puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. No requiere que el pene esté erecto
Debe quitarse inmediatamente después de la eyaculación	No necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación
Cubre la mayor parte del pene y protege los genitales internos de la mujer	Cubre los genitales externos e internos de la mujer
El látex puede deteriorarse si no se almacena en las condiciones de luz y humedad adecuadas.	El poliuretano no se deteriora por cambios de temperatura o humedad
Se recomienda usarlo una única vez	Se recomienda usarlo una única vez pero se está estudiando su posible reutilización
Caduca a los 5 años	Caduca a los 5 años
	Actualmente, su precio es tres veces superior al preservativo masculino
Los preservativos masculino y femenino no deben usarse conjuntamente porque la fricción puede ocasionar fallos en el producto	

6.3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ROTURA DE UN PRESERVATIVO

El preservativo es el medio más efectivo de prevenir el VIH y otras ITS. Por ello es esencial conocer los problemas que pueda presentar, concretamente roturas y desli-

zamientos. Distintos estudios demuestran que las roturas y deslizamientos ocurren entre el 1 y el 3,6% de las relaciones, siendo estos porcentajes más elevados cuando se trata de usuarios y usuarias con poca experiencia [22]. Así un estudio francés mostró un 0,8% de roturas y un 0,7% de deslizamientos entre parejas con más de cinco años de experiencia en el uso del condón. En cambio las parejas con menos de cinco años de experiencia en el uso del preservativo manifestaron un 6,2% de roturas y un 1,8% de deslizamiento [23].

Otros estudios ponen de manifiesto porcentajes de rotura que oscilan entre menos del 1% y el 5%: un estudio realizado entre 3.300 personas mostró un porcentaje de rotura inferior al 1% [24]. Otro estudio, estimó que la incidencia de rotura del preservativo en las relaciones de penetración vaginal era del 1% [25].

El análisis de 2.000 relaciones sexuales en el que se testaron 14 tipos de preservativos reveló que se rompían o deslizaban el 1,3% de ellos [26]. Un estudio entre 239 hombres homosexuales que utilizaron 2447 preservativos para el sexo anal puso de manifiesto que se habían roto el 3,6% [27]. De una muestra de 11.700 condones utilizados por 170 heterosexuales, 119 homo/bisexuales y 30 mujeres que ejercían la prostitución el porcentaje medio de rotura fue del 1,7%: 0,6% entre las prostitutas, 1,8% para sexo vaginal y 4,8% para sexo anal.

En la mayoría de los casos las roturas/deslizamientos se atribuyen a una lubricación inadecuada, la manipulación incorrecta o la falta de experiencia [23].

Ante la rotura/deslizamiento de un preservativo es preciso sopesar el posible riesgo de transmisión del VIH u otras ITS teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. El riesgo de transmisión del VIH después de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre es bajo, pero no es cero. La probabilidad de transmisión del VIH depende de muchos factores y sólo en circunstancias muy específicas puede ser elevada. Estos factores incluyen entre otros: el tipo de relación sexual (anal, vaginal, oral), si existe o no eyaculación o la presencia de lesiones genitales o ITS.
2. No todos los preservativos que se rompen tienen igual riesgo. La rotura en la parte lateral de un preservativo no presenta el mismo riesgo que la rotura en la punta. Por otra parte, si la rotura se detecta en el momento de ponerse el preservativo o antes de que ocurra la eyaculación, el riesgo de transmisión de una enfermedad es ínfimo; además, en estos casos es posible reemplazar el condón.
3. La rotura o el deslizamiento de un preservativo no conduce inexorablemente a la transmisión de una infección ya que el uso del preservativo, siempre aceptando una rotura ocasional, reduce significativamente ese riesgo [28].

En conclusión, la rotura o el deslizamiento de un preservativo puede ocurrir pero ello es mejor que no usarlo. La efectividad del condón depende de muchos factores siendo preciso dirigir los esfuerzos en prevención a diseñar estrategias que reduzcan el problema real con los preservativos: su no uso.

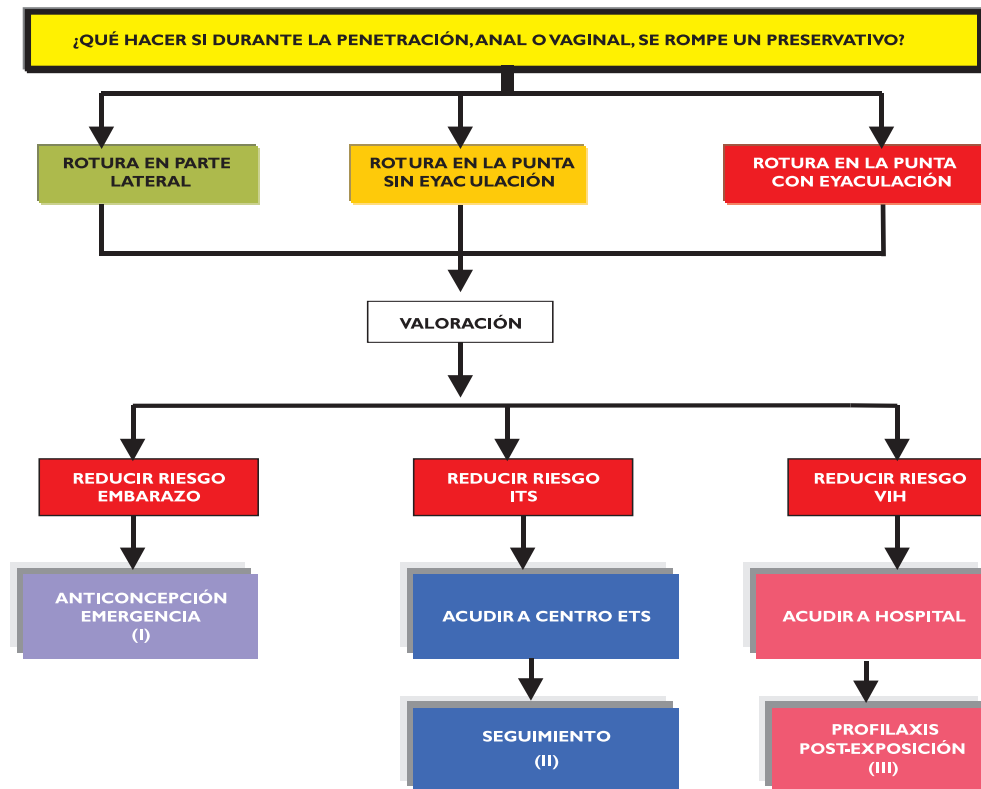
Situaciones y causas de rotura de un preservativo

Entre las posibles causas de rotura de un preservativo destacan las siguientes:

- Aplicación de lubricantes oleosos
- Daño provocado por las uñas u otros objetos afilados
- Inadecuado espacio o presencia de aire en la punta del condón
- Existencia de piercing en los genitales
- Desenrollamiento incorrecto del preservativo

- Conservación inadecuada
- Reutilización del preservativo
- Caducidad del preservativo

Un porcentaje importante de los preservativos que se rompen o deslizan es atribuible a su mal uso. Por ello, el aprendizaje del uso correcto del preservativo es esencial a la hora de disminuir estos eventos.



[I] ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia no debe considerarse un método anticonceptivo habitual dado que requiere una mayor dosis hormonal, tiene efectos secundarios (náuseas, vómitos) y una menor eficacia a largo plazo. La anticoncepción de emergencia comprende los métodos extraordinarios que se utilizan para impedir la fecundación después de un coito no protegido, en un período de tiempo determinado.

Para la anticoncepción de emergencia se administra levonorgestrol [29, 30]. Su efectividad es del 90%. Se administran dos dosis: la primera de ellas debe tomarse cuanto antes y siempre dentro de las 72 horas siguientes al coito (rotura del preservativo); la segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera.

[II] ACUDIR A UN CENTRO DE ETS PARA SEGUIMIENTO

Además de la infección por el VIH/sida, también es necesario considerar las medidas a adoptar para reducir el riesgo de otras ITS así como de la hepatitis B. Se procederá de la siguiente forma:

- Acudir a una consulta de ETS
- Vacunación post-exposición frente al virus de la hepatitis B en aquellas personas que no estén vacunadas.
- Seguimiento, y en el caso de que apareciera alguna infección, tratamiento.

[III] PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN (PPE)

Excepcionalmente y en el caso de existir un riesgo elevado, por ejemplo recepción anal o vaginal con eyaculación de una persona con infección por VIH conocida, puede estar indicado el tratamiento antirretroviral como medida profiláctica [31]. La profilaxis post-exposición se diferencia de la terapia tradicional anti-VIH principalmente en dos aspectos:

- El tratamiento debe iniciarse, idealmente, dentro de las 6 primeras horas y en cualquier caso antes de transcurridas 72 una vez ocurrido el accidente.
- El tratamiento se administra durante 4 semanas con las combinaciones de antirretrovirales y las dosis diarias pautadas por el médico.

La decisión de ofrecer profilaxis con antirretrovirales debe tener en cuenta los beneficios y los riesgos. La PPE no garantiza que la persona expuesta no se infecte por el VIH. Además, incluye la toma diaria de una serie de medicamentos con efectos secundarios adversos. Por todo ello, la decisión de dar tratamiento antirretroviral como profilaxis post-exposición debe valorarse de forma individualizada para cada persona expuesta y debe ser tomada, conjuntamente por el médico y la persona.

NO SE RECOMIENDA

- Duchas vaginales/rectales
Las duchas no ofrecen protección alguna y, por el contrario, incrementan el riesgo de ITS al alterar la flora habitual.
- Uso de Nonoxinol-9 (N-9)
Existen evidencias recientes que muestran que el N-9 no es eficaz en la prevención de la transmisión de ITS tales como gonorrea, clamidia o VIH. El uso frecuente se ha asociado con lesiones vaginales lo cual incrementa el riesgo de transmisión del VIH. El uso poco frecuente del N-9 no aumenta el riesgo de VIH y, comparado con un placebo, no se observan diferencias en la incidencia de otras ETS [32].

6.4. PLÁSTICOS Y DENTAL DAM

Para determinadas prácticas sexuales, bucoanales y bucogenitales, se recomienda el uso de métodos de barrera que eviten el contacto directo de la mucosa bucal con fluidos que son potencialmente infecciosos para el VIH y otras ITS.

Concretamente, se recomienda el uso de un trozo de látex (dental dam) o plástico (el que se utiliza para envolver alimentos) para la práctica del cunnilingus y del beso negro (annilingus).

En el mercado español el dental dam es un producto exclusivo para dentistas por lo que su acceso es difícil para una persona no profesional. En algunos países se vende en sex-shops pero en España aún no está comercializado.

Una forma rápida de hacerse una barrera de látex es cortando un preservativo masculino a lo largo y tras quitar el aro de la base y la punta, abrirlo longitudinalmente. También puede hacerse con un preservativo de poliuretano (plástico) o utilizarse el plástico de uso doméstico para envolver alimentos, que son insípidos e inodoros. Hay dos tipos de plásticos, uno que se puede meter en el microondas y otro que no. Éste último es el adecuado ya que el plástico apto para microondas es poroso y permitiría el contacto con los fluidos. El plástico tiene como ventajas que es accesible para todo el mundo y se puede utilizar un trozo tan grande como se quiera, algunas personas se quejan de que el preservativo abierto resulta pequeño.

6.5. LUBRICANTES

La mayoría de los preservativos lleva incorporada una pequeña cantidad de lubricante hidrosoluble, en base acuosa, que facilita la penetración y disminuye el riesgo de que se produzcan heridas o de que se rompa el preservativo.

A pesar de que los preservativos normalmente están lubricados, muchos usuarios requieren o simplemente desean una lubricación «extra». Esto es especialmente importante en la penetración anal, ya que generalmente requiere una mayor cantidad de lubricante y presenta un mayor riesgo cuando la lubricación del preservativo no es la adecuada. En este sentido la información al usuario adquiere una relevancia fundamental ya que los preservativos de látex sólo permiten el uso de lubricantes solubles en agua. Los lubricantes liposolubles, solubles en aceite, del tipo de las vaselinas, cremas, lociones o aceites corporales, mantequilla y parafina, pueden dañar severamente el condón en un breve período de tiempo. Estropean el látex haciendo que pierda elasticidad y favoreciendo la rotura del preservativo.

Los preservativos de poliuretano, masculinos o femeninos, permiten el uso de lubricantes tanto solubles en agua como en aceite.

También existen lubricantes hidrosolubles con anestésico, de uso en urología, que al restar sensibilidad pueden suponer un riesgo ya que la persona penetrada puede no ser consciente de las heridas o traumatismos ocasionados.

En el caso de los preservativos masculinos, el lubricante se pone en la parte exterior del preservativo. Algunos hombres ponen un poco de lubricante dentro del preservativo a fin de aumentar la sensibilidad. Si bien es cierto que esta práctica puede dar mayor sensibilidad y que puede ser un buen truco para clientes y personas que ejercen la prostitución, poner demasiada cantidad de lubricante podría favorecer el deslizamiento del preservativo.

En el caso del preservativo femenino, el lubricante se coloca en el interior.

Cada vez existen más presentaciones (tubos, botellas y unidosis) y marcas de lubricantes en el mercado y su accesibilidad ha mejorado notablemente pudiéndose comprar en farmacias y en sex-shops.

7. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

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

La mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la transmisión de la infección y, si no se instaura el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como esterilidad, embarazo extrauterino, cáncer genital u otros.

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

7.1. ¿QUÉ HACER SI SE SOSPECHA UNA ITS?

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

Hay una serie de síntomas que pueden indicar que se tiene una ITS:

MUJERES	VARONES
<ul style="list-style-type: none">• Flujo anormal en la vagina con o sin olor desagradable.	<ul style="list-style-type: none">• Secreción por la uretra.
<ul style="list-style-type: none">• Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o boca.• Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga.	<ul style="list-style-type: none">• Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o la boca.• Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga.
<ul style="list-style-type: none">• Dolor en zona de la pelvis, en el área entre el ombligo y los órganos sexuales.	<ul style="list-style-type: none">• Dolor en los testículos, inflamación o dolor alrededor de los órganos sexuales.
<ul style="list-style-type: none">• escozor o picor alrededor de la vagina.• Ardor al orinar o al defecar.	<ul style="list-style-type: none">• escozor o picor alrededor de los órganos sexuales.• Ardor y dolor al orinar o al defecar.
<ul style="list-style-type: none">• Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual.• Sangrado excesivo durante la regla o ausencia de menstruación.	
<ul style="list-style-type: none">• Dolor en la vagina durante las relaciones sexuales.	

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

Existen más de 30 infecciones de transmisión sexual producidas por bacterias, virus, hongos, protozoos y por artrópodos. Estas infecciones pueden producir una serie de síntomas clínicos que se engloban dentro de los siguientes síndromes:

- **Vulvovaginitis**

Se trata de una inflamación de los genitales externos y de la vagina en la mujer. Generalmente son de causa infecciosa (tricomona, cándida y gardnerella). Se puede manifestar por picor, aumento del flujo o cambio en las características del flujo, escozor o dolor espontáneo o durante la penetración vaginal.

- **Uretritis**

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

- **Cervicitis**

Inflamación del cuello del útero en la mujer. Puede ser de causa infecciosa o mecánica por el uso de un dispositivo intrauterino (DIU). Se puede manifestar por alteración del flujo, dolor o sangrado con la penetración vaginal, alteración de la regla, escozor al orinar. De entre los microorganismos que pueden producirla destacan el gonococo y chlamydia trachomatis.

- **Balanitis**

Inflamación del glande. Puede estar producido por hongos.

7.2. ITS MÁS FRECUENTES [33, 34]

	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS		
GONORREA	<p>Los síntomas pueden aparecer entre los 2 a 7 días (o incluso más) del contacto sexual genital, oralgenital o rectal. Más del 50% de las mujeres y entre el 5 al 25% de los varones no presentan síntomas.</p> <p><u>Infección genital</u>: se caracteriza por secreción amarillenta y espesa junto con molestias al orinar.</p> <p><u>Infección faríngea (garganta)</u>: suele ser asintomática pero puede presentar molestias faríngeas</p> <p><u>Infección anorrectal</u>: Puede haber secreción amarillenta, espesa, con picor anal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a la pareja o a los contactos sexuales. • Puede producir complicaciones desde esterilidad, tanto en mujeres como en varones, hasta alteraciones en otros órganos (articulaciones, piel...) y también transmitirla al recién nacido en el momento del parto, produciendo conjuntivitis.

<p>CLAMIDIASIS</p>	<p>Con frecuencia no produce síntomas. Si éstos aparecen se manifiestan entre 7 y 21 días tras el contacto sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> – En el varón: secreción clara y transparente acompañada de molestias al orinar (uretritis no gonocócica) – En la mujer: aumento de flujo, alteraciones de la regla o sangrado tras la relación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a la pareja o a los contactos sexuales. • Puede causar complicaciones como esterilidad, afectación de la vejiga, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos extrauterinos. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al feto durante el parto produciendo conjuntivitis, infecciones de oído o incluso infecciones pulmonares.
<p>SÍFILIS (TREPONEMA PALLIDUM)</p>	<p>La sífilis es una infección crónica generalizada, que suele ser de transmisión sexual, y en la que se alternan periodos de actividad interrumpidos por periodos de latencia.</p> <p>En la mayoría de los casos la transmisión de una persona a otra se produce por contacto sexual (oral, vaginal, anal) con una lesión sífilítica. También puede producirse a través de la sangre.</p> <p>En cuanto a la clínica la mayoría de los casos son asintomáticos. En otros aparece alrededor de 20-40 días del contacto sexual una úlcera o chancro indoloro, con bordes sobreelevados, en la zona que estuvo en contacto con la zona lesionada, junto con una inflamación de un ganglio regional. Desaparece entre 6-8 semanas y es lo que conocemos como sífilis primaria. Si no se trata la infección puede pasar a otra etapa que conocemos como sífilis secundaria en la que se puede producir una erupción en la piel incluidas las palmas de las manos y las plantas de los pies (cuyas lesiones son muy contagiosas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección puede transmitirse a la parejas sexuales. • Sin tratamiento puede aparecer un periodo de latencia (sífilis latente) y tras éste pueden aparecer alteraciones a nivel cardiovascular o neurológico (sífilis terciaria). • Las mujeres embarazadas pueden transmitir la infección al feto pudiéndose producir abortos tardíos, muerte fetal y sífilis congénita.
<p>GARDNERELLA VAGINALIS</p>	<p>La vaginosis bacteriana es un síndrome producido por la sustitución de la flora vaginal normal, lo cual produce un aumento del pH vaginal y flujo maloliente y grisáceo. Se origina por un cambio en el balance de los diferentes tipos de bacteria en la vagina. Es la causa más frecuente de emisión de flujo vaginal o mal olor. Más de la mitad de las mujeres no presentan síntomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda tratamiento rutinario de las parejas sexuales porque no evita la aparición de nuevos episodios de vaginosis en la mujer. • En el caso de las mujeres embarazadas puede producir complicaciones como abortos o nacimientos prematuros.

<p>MICOPLASMAS (MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM)</p>	<p>Es muy frecuente encontrarlos en cultivos habituales de la vagina y uretra y está relacionado con la actividad sexual y el número de contactos sexuales distintos.</p> <p>Si hay síntomas, aparecen entre 1 y 3 semanas tras el contacto sexual.</p> <p>– En la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Micoplasma</u>: puede dar vaginosis bacteriana. • <u>Ureaplasma</u>: no se ha demostrado que produzca enfermedad genital. <p>– En el varón:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Ureaplasma</u>: puede producir una secreción mucosa, transparente o blanca (uretritis no gonocócica). • <u>Micoplasma</u>: no se ha demostrado que produzca uretritis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se transmiten a los contactos sexuales. • Las complicaciones son ocasionales. En la mujer puede producir enfermedad inflamatoria pélvica o afectar al embarazo con abortos o partos prematuros.
<p>OTROS</p>	<p>CHANCRO BLANDO (Haemophilus Ducreyi): lesión ulcerosa superficial, blanda y dolorosa que aparece a los 3-14 días de la relación sexual junto a inflamación de un ganglio inguinal.</p> <p>ESTREPTOCOCO GRUPO B: Muy frecuente encontrarlo en cultivos sin sintomatología. Sólo hay que tenerlo en cuenta en el caso de mujeres embarazadas, por el peligro de transmisión al recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es más frecuente en zonas tropicales y subtropicales del sudeste asiático.
INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS		
<p>HERPES GENITAL (VHS)</p>	<p>Entre 2 y 20 días tras el contacto sexual aparecen unas pequeñas ampollas (perladas como cabezas de alfiler) o úlceras dolorosas cuya localización variará según la práctica sexual que ha producido la infección (primoinfección): vaginal, anal o bucogenital. Cuando la lesión desaparece el virus queda latente en el organismo y puede producir nuevas reinfecciones en situaciones de disminución de la inmunidad o estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a los contactos sexuales tanto si en ese momento se tienen síntomas como si éstos son inaparentes. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al recién nacido en el momento del parto que puede ser generalizada y grave.
<p>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)</p>	<p>En la mayoría de los casos, la infección es asintomática.</p> <p>Puede aparecer entre 1 y 20 meses del contacto sexual (en los órganos genitales, anales y orales) unas lesiones irregulares, verrucosas con aspecto de coliflor, aunque también pueden presentar un aspecto aplanado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinados tipos de virus VPH se consideran precursores del cáncer de cuello de útero o de genitales externos. • La infección se puede transmitir a los contactos sexuales. • El recién nacido puede contraer la infección en el parto por vía vaginal si la madre presenta verrugas en ese momento.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	<p>No sólo es de transmisión sexual. Entre 2-3 meses del contacto sexual aparecen una lesiones sobreelevadas con depresión central (a modo de ombligo) que pueden curar por sí solas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión se produce por contacto directo con la lesión pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo. • En las personas con infección por VIH o cualquier otro tipo de disminución de la inmunidad las lesiones pueden llegar a ser muy extensas.
HEPATITIS A	<p>Inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Se transmite por vía oral a partir de la ingesta de agua o comida contaminada que ha estado en contacto con excreciones fecales portadoras del virus. También se transmite al realizar prácticas oroanales. El período de incubación es de 15 a 50 días. La mayoría de las personas no presentan síntomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo se transmite en la fase aguda • No requiere un tratamiento específico y no deja secuelas. • La vacuna frente al virus de la hepatitis A, en nuestro país, es recomendable en caso de prácticas sexuales oroanales, y personas con otra hepatitis (B y/o C).
HEPATITIS B	<p>La transmisión se puede producir vía parenteral (transfusiones, uso compartido de jeringuillas o material de inyección, tatuajes, peircing...), vertical (de madre a hijo) y sexual. El periodo de incubación es de 45 a 180 días. La mayoría de las infecciones no tienen síntomas y se curan por sí solas (96% de los casos). Pero en un pequeño porcentaje la infección puede cronificar (portadores).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los portadores pueden transmitir la infección a sus contactos sexuales. • La vacuna frente a la hepatitis B es recomendable a toda persona.
HEPATITIS C	<p>El mecanismo más importante de transmisión es a través de sangre y hemoderivados de personas infectadas. El 60-70% de las personas infectadas no presentan síntomas o los síntomas son poco evidentes. El riesgo de transmisión sexual es escaso, sobre todo está relacionado con prácticas sexuales de penetración anal y relaciones sexuales con la menstruación en caso de ser la mujer la portadora. El riesgo de transmisión sexual aumenta en caso de presentar infección por VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección con frecuencia puede cronificar (85% de portadores se hacen crónicos) y producir alteraciones más graves como la cirrosis (20-30% de los portadores crónicos). • El riesgo de transmisión de madre a hijo es bajo (5-6%).
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	<p>Produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH puede transmitirse por vía parenteral, sexual y vertical (de madre a hijo a través de la placenta, en el momento del parto o a través de la leche materna). Tras la práctica de riesgo deben pasar 3 meses para que se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a los contactos sexuales. • La presencia de una infección de transmisión sexual hace que el riesgo de transmisión del VIH sea mayor. • La carga viral alta o la seroconversión durante el embarazo favorece la transmisión del VIH al recién nacido.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) (Continuación)	puedan detectar en la analítica los anticuerpos frente al VIH. La infección aguda puede no tener síntomas o dar un cuadro semejante a una gripe.	<ul style="list-style-type: none"> • Con el paso del tiempo, y sin tratamiento específico antirretroviral, el VIH puede producir un progresivo deterioro del sistema inmunitario (encargado de las defensas frente a agresiones, infecciones...) apareciendo síntomas poco específicos (fiebre, diarrea, disminución de peso...) hasta llegar a una fase más avanzada de la enfermedad con aparición de las denominadas infecciones oportunistas, causantes del sida. Con el tratamiento actual, el periodo asintomático se ha alargado notablemente.
CITOMEGALOVIRUS	Se transmite a través de la mayoría de los fluidos orgánicos (saliva, secreciones vaginales y cervicales, semen y leche materna), por lo tanto una de las vías de infección puede ser la sexual. En el 80% de los casos la infección no produce síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Puede transmitirse la infección a los contactos sexuales. • En pacientes con afectación del sistema inmunitario la infección puede ser grave. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al recién nacido en el embarazo, parto o a través de la leche materna.
VIRUS DE EPSTEIN-BARR	La vía de transmisión más frecuente se produce a través de la saliva (enfermedad del beso). La mayoría de los casos no da síntomas. En otros, puede aparecer inflamación de los ganglios, fiebre y afectación de la garganta (mononucleosis infecciosa).	<ul style="list-style-type: none"> • Puede producir en algunos casos aumento del tamaño del hígado o del bazo.

INFECCIONES PRODUCIDAS POR HONGOS

CANDIDIASIS VULVO-VAGINAL	Causada por un tipo de hongo (normalmente <i>Cándida Albicans</i>). Los síntomas más frecuentes incluyen picor importante y secreción vaginal de color blanco y espesa (parecida al requesón). Es frecuente que aparezca justo antes de la regla. Otros síntomas incluyen: dolor vaginal, quemazón en genitales externos y dolor al orinar. En el hombre puede dar una inflamación del glande con zonas blanquecinas, picor y escozor en dicha zona. El período de incubación es de 2 a 5 días.	<ul style="list-style-type: none"> • En la mujer no suele ser de transmisión sexual, sino que la <i>cándida</i> forma parte de la flora vaginal normal, y ante determinados factores como una mayor acidez del flujo vaginal, toma de anticonceptivos, o antibióticos, el embarazo, etc. pueden hacer que aparezcan los síntomas. • En los hombres la transmisión sexual es lo más frecuente. • Sólo hay que tratar a la pareja sexual si presenta síntomas. • Si la madre en el momento del parto presenta una candidiasis vaginal el recién nacido puede tener una mayor predisposición a presentar lesiones de muguet oral (placas blanquecinas en mucosa bucal, causada por las <i>cándidas</i>).
----------------------------------	--	---

INFECCIONES PRODUCIDAS POR PARÁSITOS		
TRICHOMONA VAGINALIS	<p>Generalmente causa una infección vaginal. El flujo vaginal puede ser espumoso, oler mal y aparecer con sangre. Se acompaña de picor en la vagina, inflamación de ganglio en la ingle y dolor al orinar.</p> <p>Los síntomas aparecen entre 3 y 28 días después de la infección. Es muy raro que los hombres muestren síntomas y, a veces, las mujeres tampoco los tienen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a la pareja sexual.
PIOJOS PÚBLICOS O LADILLAS	<p>Los síntomas más comunes son: fuerte picor en la zona genital o en el ano y aparición de piojos o huevos de color blanco en el vello púbico.</p> <p>También puede afectar cualquier área con pelo (por ejemplo los muslos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se transmiten por contacto íntimo o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada (teniendo en cuenta que la ladilla no puede vivir más de 24 horas fuera de su huésped).
SARNA	<p>Los síntomas más comunes son picor muy fuerte, normalmente por la noche y erupciones que aparecen a modo de líneas de color grisáceo con una sobre-elevación en uno de los extremos de predominio en palmas de las manos, entre los dedos, en la zona palmar de la muñeca, pliegue de las rodillas, axilas y nalgas. En las personas que ya han estado en contacto con el parásito las lesiones aparecen antes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se transmiten por contacto íntimo o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada. • En personas con depresión del sistema inmunitario el cuadro clínico puede tener mayor gravedad.
OTRAS		
INFECCIONES PRODUCIDAS POR MICRO-ORGANISMOS INTESTINALES TRANSMITIDOS POR VIA SEXUAL	<p>Clásicamente de transmisión a través de la ingesta de aguas o alimentos contaminados. Sin embargo la transmisión es posible con las prácticas sexuales oroanales. Destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bacterias: Salmonella, Shigella y Campylobacter. • Protozoos: Criptosporidium, Ameba Histolítica, Giardia Lamblia. • Helmintos («gusanos») como Enterobius vermicularis. <p>Pueden producir diarrea, fiebre y dolores abdominales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede transmitir a los contactos sexuales dependiendo de las prácticas sexuales realizadas (oroanales). • La ameba puede producir complicaciones en el hígado.

7.3. ¿CÓMO PROTEGERSE DE LAS ITS?

- Usar preservativos (masculino o femenino) al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales.
- Hablar con la pareja sexual acerca de su pasado sexual y del uso de drogas.
- Muchas ITS, incluida la infección por el VIH/sida, no presentan signos externos de enfermedad, por lo que es importante realizarse un análisis y examen de ITS cuando se haya tenido una práctica sexual de riesgo.
- Aprender a reconocer los indicios y síntomas de una ITS. Si notas un síntoma que te preocupa, ve a tu centro de salud o centro de ITS a solicitar una revisión.
- Si tienes una ITS, la persona/s que han tenido o tienen contacto sexual contigo es conveniente que acudan al centro para ser revisadas y recibir tratamiento si se considerara necesario.

8. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A PEP

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

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

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

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

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

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

Para realizar una evaluación es posible establecer una serie de indicadores, que tienen por objeto medir diversos aspectos de la epidemia de VIH y la respuesta a ella, que sirvan para observar los cambios temporales en aspectos específicos y permitan obtener información comparable de los programas de prevención del VIH/sida y otras ITS dirigidos a las PEP. Los indicadores no pretenden explicar las causas del cambio o el porqué no lo hubo, su función es medir el cambio. Los indicadores nos deben permitir observar las tendencias, señalar problemas y tomar decisiones.

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

8.1. EVALUACIÓN DE PROCESO: ¿CÓMO ESTÁ FUNCIONANDO EL PROGRAMA O PROYECTO?

La evaluación de proceso comprende la valoración del contenido de un programa: la cantidad de actividades realizadas, su cobertura, la calidad de las actividades, la satisfacción de los usuarios o los problemas u obstáculos encontrados en la ejecución del programa.

Este tipo de evaluación sirve, fundamentalmente, a quien está ejecutando el programa. Permite identificar los aspectos efectivos y los aspectos deficientes para mejorarlos.

Puede tener aspectos cuantitativos y cualitativos.

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

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

Los indicadores que se proponen medir, tanto en la evaluación de proceso como en la de resultado, se han establecido en función de los objetivos comunes a los programas de prevención dirigidos a las personas que ejercen la prostitución, convenidos en el apartado 3.3.

8.2. EVALUACIÓN DE RESULTADO: ¿SE HAN LOGRADO O NO LOS CAMBIOS DESEADOS?

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

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

EVALUACIÓN DE PROCESO

INDICADORES CUANTITATIVOS	FUENTE DE DATOS
Número de horas de servicio a la semana	Estadísticas del servicio
Número y tipo de servicios ofrecidos por el programa (reparto de preservativos y lubricantes; derivaciones a servicios sociales, sanitarios, jurídicos, psicológicos; vacunaciones VHA, VHB;	Estadísticas del servicio
Número y tipo de materiales informativos distribuidos	Estadísticas del servicio
Número y características (sexo, edad, tipo de prostitución, país de origen...) de las PEP atendidas por el programa	Estadísticas del servicio
Número de eventos realizados (talleres SMS, charlas, grupos de apoyo, etc.) y número de PEP participantes.	Estadísticas del servicio
Número de PEP capacitadas como educadoras de pares	Estadísticas del servicio

INDICADORES CUALITATIVOS	FUENTE DE DATOS
Grado de satisfacción del equipo	Entrevista, grupos focales
Grado de satisfacción de las PEP con diferentes aspectos del programa.	Entrevista, grupos focales

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

INDICADORES CUANTITATIVOS	FUENTE DE DATOS
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) que conocen las ITS más comunes, los mecanismos de transmisión y prevención del VIH.	Entrevista estructurada
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) derivadas a otros servicios (ITS, VIH, psicológico...) por mes.	Estadísticas del servicio
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) diagnosticadas de una ITS en el último mes.	Entrevista estructurada Estadísticas del servicio
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) que se han realizado la prueba del VIH.	Entrevista estructurada Estadísticas del servicio

INDICADORES CUANTITATIVOS	FUENTE DE DATOS
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) que usó preservativo en la última relación sexual con penetración con el cliente.	Entrevista estructurada
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) que usó preservativo en la última relación sexual con penetración con su pareja.	Entrevista estructurada
Porcentaje de PEP (diferenciado por mujeres, hombres, travestis/transsexuales, usuarios de drogas, inmigrantes o país de origen, por grupo de edad...) que se han negado a mantener una relación sexual sin preservativo con un cliente en el último mes.	Entrevista estructurada

9. EJEMPLOS DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DEL VIH/sida Y OTRAS ITS EN PEP

A continuación se describen ejemplos de experiencias prácticas de distintas ONG que trabajan con PEP. Estos ejemplos pretenden intercambiar y facilitar información sobre aspectos que funcionan a la hora de hacer una prevención efectiva del VIH/sida y otras ITS en personas que ejercen la prostitución

Estas experiencias, además de ser una buena forma de conocer lo que las distintas ONG y OG hacen, permiten la adaptación o aplicación de las lecciones aprendidas a otros contextos y condiciones de forma que las respuestas a la infección por VIH/sida puedan extenderse.

COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE BIZKAIA. Bilbao

Nombre

Programa de educación para la salud entre trabajadoras/es del sexo.

Comunidad Autónoma

País Vasco (CAPV).

Área

Programa dirigido a mujeres, hombres y transexuales/travestis, inmigrantes o no, consumidores de drogas o no, que ejercen la prostitución.

Año

La intervención se inició en octubre de 1989 y continua realizándose en la actualidad.

Persona de contacto

Izaskun García Egaña y Rocío Valle Tobalina

Información de contacto

Dirección de correo postal: C/ Bailén, 4-6. 48003-Bilbao.

Teléfono: 94 416 00 55 - Fax: 94 416 03 07

E-mail: bizkaisida@euskalnet.net

Implementación

Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia.

Recursos

Durante el año 2001, este programa a contado con:

Recursos económicos: Plan de Prevención y Control del Sida del Gobierno Vasco (35.159 €) y Ministerio de Sanidad y Consumo (3.181,57 €).

Recursos Humanos: dos trabajadoras liberadas (trabajadora social y psicopedagoga/educadora social), dos agentes de salud, dos médicos del servicio de enfermedades de transmisión sexual, una médica del servicio de planificación familiar del Módulo Psicosocial de Auzolan, una abogada del mismo centro y un conjunto de voluntarios que dedican unas horas semanales en el local.

Horario de funcionamiento

Lunes a viernes: de 9.00 a 14.00 y de 15.00 a 20.00h.

Objetivos

General

- Mejorar las condiciones de vida (sociales y sanitarias) de las personas prostitutas, desarrollando pautas de educación sanitaria que disminuyan los riesgos de transmisión de ETS, en especial del VIH/sida.

Específicos

- Favorecer la utilización del preservativo en todas las relaciones sexuales, tanto comerciales como privadas.
 - Reforzar la percepción global de la salud como algo inherente a las condiciones de vida y trabajo, potenciando el hábito de revisiones ginecológicas periódicas.
 - Capacitar a las mujeres para que sean agentes de salud en su trabajo y entorno más próximo y potenciar el asociacionismo.
-

Antecedentes

La Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia realiza su trabajo en un barrio de prostitución tradicional que en los últimos años ha recibido la llegada masiva de inmigrantes, fundamentalmente latinoamericanos y africanos; además, se trata de la zona de mayor tráfico y consumo de drogas de toda la CAPV.

La interrelación de estos factores hace que las condiciones de vida de las personas implicadas sean precarias y que la vulnerabilidad frente al VIH sea mayor que para la población general.

En los inicios del proyecto se pensó que las mujeres que trabajaban en la prostitución estaban en una mala situación para defenderse de la epidemia. Pensábamos que su alta vulnerabilidad estaba relacionada con el estigma, la segregación, la indefensión y la culpabilización.

Falsamente se ha venido presentando al sida y a las enfermedades de transmisión sexual como algo propio de las trabajadoras del sexo desde las cuales era posible la difusión a la población general.

Hay indicios para pensar que salvo las que a la vez consumen drogas por vía parenteral o tienen una pareja estable seropositiva no se han infectado con mayor fre-

cuencia que las mujeres de la población general. No obstante, trabajar para su empoderamiento que en este caso puede concretarse en aumentar su capacidad para negociar los límites en la relación comercial y privada, sin duda redundará en una disminución de las ETS, consideradas como principal cofactor en la transmisión del VIH, y les ayuda a defenderse de las agresiones que sufren y a sentirse más solidarias con sus compañeras de profesión.

Actividades principales

Podemos distinguir tres niveles de actuación:

1. Trabajo desde el local

- Reparto de material preventivo: preservativos masculinos y femeninos, lubricante y material de inyección estéril. Todo ello acompañado de folletos.
- Acogidas y primeras entrevistas: información individual sobre VIH/sida y otras ETS, contracepción, información sobre la utilización del preservativo masculino y femenino, importancia de las revisiones ginecológicas, información sobre recursos sociosanitarios.
- Consultas sociales: renta básica, AES, vivienda, malos tratos, papeles, permiso de residencia, empadronamiento, etc.
- Consultas sanitarias: revisiones ginecológicas y/o de salud en general, planificación familiar, información sobre interrupción de embarazo, ETS, prueba VIH, salud mental.
- Derivaciones: las más frecuentes son a centros de salud, asistencia social, módulos psicosociales, centros de tratamiento/dispensación de metadona, otras asociaciones y/o ONGs, OGs, etc.
- Gestiones: coordinación con otros recursos, llamadas telefónicas, petición de citas y acompañamientos.

2. Trabajo de calle

- Clubs. Visitados por las agentes de salud. Realización de un mapa que describe y ubica los diferentes establecimientos. Actividades: reparto de material preventivo, reparto de folletos, minicharlas y talleres de sexo más seguro, información VIH/sida y ETS, información del programa y de otros recursos, citas en centros sanitarios (revisiones ginecológicas), captación de participantes en los cursos de educación para la salud, etc.
- Calle. Reparto de material preventivo, folletos, visitas a chutaderos, contactos, charlas informales, detección de casos. Información de cursos y actividades, y captación de participantes.

3. Talleres de formación de promotoras de salud

El método es de formación-trabajo en el que se implica a las mujeres en la ayuda y asesoramiento de sus compañeras en la prevención del VIH.

Se dirigen a dos grupos diferenciados de mujeres:

- Prostitutas tradicionales (incluye inmigrantes)
- Usuaris de drogas por vía parenteral.

Se realizan 10 sesiones de dos horas, remuneradas, donde se abordan los siguientes temas:

- Presentación. Necesidades más sentidas: problemas legales, laborales, familiares.
- Contracepción y aborto, revisiones ginecológicas.

- Enfermedades de transmisión sexual.
 - VIH y sida (2 sesiones).
 - Aspectos legales, malos tratos y ley de extranjería.
 - Dramatización de situaciones relacionadas con la negociación del preservativo y el manejo de las situaciones violentas (tres sesiones).
 - Evaluación y despedida.
- En el grupo de usuarias de drogas se incluyen además:
- Consumo de menor riesgo.
 - Información sobre tratamientos y programas de sustitutivos opiáceos.
 - Trabajo de calle.

Resultados (Año 2002)

1. Trabajo en el local:

- Personas diferentes atendidas: 565: 431 (76%) mujeres, 74 (13%) hombres y 60 (11%) transexuales. En cuanto a su nacionalidad, 87% eran extranjeras/os. Lugar de trabajo: 67% en clubs, 38% en pisos y 4% en la calle. El 32,4% (183) acudieron por primera vez al local.
- PEP inyectoras de drogas: 45 que han solicitado material preventivo en 412 ocasiones.
- Total de servicios realizados: 2010. 1.658 correspondieron a reparto de preservativos y 352 a consultas, gestiones y derivaciones. Preservativos distribuidos: 51.738 masculinos y 415 femeninos.

2. Trabajo de calle:

- Salidas: 38 (3 horas/salida)
- Contactos: 935 (el 16,5% fueron nuevos contactos). Nacionalidad: 63% latinas, 21 europeas y 16% africanas.
- Total material distribuido: 1.873 preservativos masculinos, 671 femeninos, 668 lubricantes.

3. Cursos de formación de promotoras de salud

- 2 cursos a tradicionales. Total de mujeres participantes: 19
- Perfil de las participantes: mujer sudamericana (53% colombianas) de 31 años con una media de dos años viviendo en Bilbao y ejerciendo la prostitución (clubs).
- El 84% consideró el curso muy satisfactorio y el 74% lo evaluó como muy útil. El 53% consideró buena la participación en el taller, se han implicado y han aportado sus experiencias siendo éstas muy valoradas por las compañeras. El 64,8% valoró muy satisfactoriamente la información recibida y el 84% los conocimientos adquiridos.
- El 53% refirió que el curso le había servido para reflexionar sobre sus creencias y conductas y al 79% sobre sus comportamientos y hábitos. El 63% expresó estar muy satisfecha con los profesionales que impartieron el curso, siendo los módulos sobre VIH/sida (74%) y sobre relajación, dramatización y visualización (63%) los que más gustaron.
- Es destacable que las mujeres refiriesen haber aprendido a cuidarse más y mejor y a tomar más precauciones. Sin embargo, veían necesario ampliar la duración del curso, contar con un abogado especializado en temas de extranjería e incluir un módulo en el que se aborden temas psicológicos.

- 2 cursos a toxicómanas. Total de mujeres participantes: 16 aunque sólo lo finalizan 10.

Perfil de las participantes: mujer española de 33 años, con una media de 11 años de antigüedad en el consumo de drogas y que reside en Bilbao desde hace 15 años. Ejerce la prostitución en la calle.

El 70% consideró el curso muy satisfactorio y para el 80% resultó muy útil. El 60% evaluó como buena la participación en el taller. El 70% valoró muy satisfactoriamente la información recibida y al 80% le resultó muy comprensible. El 70% refirió que el curso les había aportado muchos conocimientos y el 30% bastantes. Al 50%, la participación en el taller, le hizo reflexionar mucho sobre sus creencias y conductas y al otro 50%, bastante. El grado de influencia del taller en sus hábitos y comportamientos será: regular (20%), mucho (20%) y bastante (60%). El 60% expresó estar muy satisfecha y el 30% bastante satisfecha con los profesionales que impartieron el curso. Todas las sesiones fueron valoradas positivamente.

Se señalaron como aspectos positivos del curso: la información recibida, el chequeo ginecológico, el conocer otras opiniones y debatirlas, la ayuda económica, el acceso a profesionales, la posibilidad de participación, la simpatía de los educadores, el valorarse como mujeres, ser más compañeras y relacionarse. Y como aspectos negativos: la falta de interés de algunas compañeras, la dureza de las normas (si faltas dos veces no cobras), y la poca participación y ausencias de algunas personas.

Sugieren realizar un test o examen final para valorar los conocimientos adquiridos, más juegos en grupo y alargar la duración del curso.

Evaluación

La evaluación que se realiza es cuantitativa con los parámetros mencionados.

Además, en la última sesión de cada curso, las mujeres participantes realizan una valoración sobre los contenidos, el método y los profesores de los cursos.

Se valoran aspectos relacionados con la satisfacción, utilidad, participación, comprensión de la información, aportación de conocimientos, reflexión sobre conductas y creencias, influencia en comportamientos y hábitos, satisfacción con los profesionales que imparten el curso y valoración de cada una de las sesiones.

En general, los cursos se valoran como satisfactorios o muy satisfactorios.

Experiencias aprendidas

1. Los tres niveles de actuación son fundamentales: local, calle y cursos.
2. La ideología: Aceptamos, sinceramente, a las mujeres que trabajan en la prostitución; no hacemos intentos de “reinserción”, no las tratamos como víctimas. Pensamos que de hecho, guste o no, se trata de una profesión que se puede ejercer mejor o peor, lo cual puede significar con mayor o menor riesgo/ mayor o menor ganancia económica.

Dignificar la profesión significa dignificarse como mujeres. Empoderarse en las relaciones con los clientes, parejas y empresarios significa no aceptar condiciones de abuso, de explotación, de violencia y de riesgo de enfermar.

Estos cambios son muy difíciles de alcanzar a nivel individual si no es posible ampararse en un grupo. La competitividad es el peor enemigo. El compromiso es de compartir lo aprendido y de ayuda mutua entre compañeras.

3. El método: los educadores de pares o agentes de salud forman parte indispensable de la estructura del proyecto, acercando el mensaje preventivo a los lugares de trabajo, en un lenguaje familiar que tiene en cuenta el idioma, la cultura, las circunstancias y las necesidades. La transmisión del mensaje se realiza de una manera formal e informal a través de compañeras, compatriotas y amigas.
4. El trabajo en red que permite la intervención coordinada de los distintos recursos asistenciales, preventivos y ONGs. La participación en los talleres de las profesionales de los servicios de ETS y ginecología aumenta el conocimiento y accesibilidad mutua. La participación de la abogada les acerca a sus derechos como ciudadanas.
5. La atención a las necesidades: El abordaje sistemático de las necesidades básicas que como personas y mujeres tienen las que trabajan en la prostitución nos ha hecho comprender que lo que realmente define su marginación es la soledad en la que viven y quizá éste sea el primer factor de su vulnerabilidad.
La experiencia grupal, relevante emocionalmente, que se produce en los cursos positiviza el mensaje preventivo y lo incorpora a lo que para ellas es fundamental.
6. Las diferencias culturales y de procedencia geográfica son determinantes. Es necesario priorizar el riesgo que por razones de seroprevalencia o de relaciones desiguales entre hombres y mujeres colocan a éstas en una situación de gran vulnerabilidad. La manera de llegar a las mujeres con estas dificultades será, sin duda, a través de otras mujeres de su comunidad.
7. La dependencia a drogas ilegales condiciona un tipo de prostitución en absoluto profesional, directamente asociado a la necesidad de consumo de altísimo riesgo para la transmisión VIH y otras ETS, que sería mucho más eficaz abordar desde una perspectiva realista de reducción de daños. Los Programas de mantenimiento con heroína podrían sacar a muchas de estas mujeres de la prostitución.

MÉDICOS DEL MUNDO. Illes Balears

Nombre

Centro de Atención Socio-Sanitaria para Personas que Ejercen la Prostitución (CASSPEP).

Comunidad Autónoma

Illes Balears.

Área

Personas que ejercen la prostitución (aunque el perfil mayoritario son mujeres inmigrantes).

Año

Inicio: 2002. El programa continúa desarrollándose en la actualidad.

Persona de contacto

Maribel Sureda Sansó.

Información de contacto

Avda. Comte de Sallent, 14 entlo. 07003. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Tel.: 971.751.342 / 971.204.771

Fax: 971.498.327

Correo electrónico: pm.coord.proyectos4mundo@medicosdelmundo.org

Implementación

Metges del Món-Illes Balears

Recursos

- **Económicos:** apoyo financiero fruto de un acuerdo interinstitucional entre 3 administraciones (2 autonómicas y 1 local). Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears (72.121'24 €), Institut Balear de la Dona de la Conselleria de Benestar Social del Govern de les Illes Balears (21.035'42 €) i Ajuntament de Palma de Mallorca (42.139'37 €).
- **Humanos:** 1 médica, 1 psicóloga, 1 trabajadora social, 1 enfermera, 1 administrativa, 1 coordinadora técnica de proyectos de 4 Mundo, 1 coordinadora de la sede territorial (temas financieros y de gestión)
- Apoyo de personal voluntario para tareas específicas.

Horario de funcionamiento del programa

Centro fijo: De lunes a jueves de 9 a 14 y de 16 a 19 y viernes de 9 a 14

Unidad móvil: Lunes, miércoles y jueves de 21 a 22.30 horas.

Objetivos

Desde el área médico-sanitaria

- Disminuir la morbi-mortalidad de las ITS (entre ellas el VIH/Sida).
- Promover la educación para la salud a nivel integral.

Desde el área psico-social

- Mejorar las condiciones sociales de las personas que ejercen la prostitución, identificando los obstáculos que impiden su inserción en los circuitos sociosanitarios y sociolaborales normalizados, procurando su adaptación a las necesidades reales de este colectivo.

Antecedentes

Desde 1995 Metges del Món interviene con una Unidad Móvil en puntos estratégicos donde hay población en situación de exclusión social, con un programa de reducción de daños para personas usuarias de drogas y personas que ejercen la prostitución en Palma de Mallorca. Ya en el año 2000, hubo un aumento de población prostituida de origen inmigrante en condiciones de mayor vulnerabilidad social

dada su frágil situación administrativa y las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y sociales. Después de un estudio previo sobre su idoneidad y utilidad, se decidió elaborar e implementar el proyecto CASSPEP, que se abrió el 2 de enero de 2002.

Actividades principales

- La trabajadora social lleva a cabo una primera entrevista diagnóstica a todas las usuarias/os con un doble fin:
 1. Dar al servicio un conocimiento constantemente actualizado de la composición y características del/los colectivos atendidos con la finalidad de dar respuestas específicas a problemas específicos.
 2. Detectar las carencias, necesidades y problemas de ámbito personal, familiar, legal, laboral, social de las usuarias y detectar sus puntos fuertes; realizar una primera intervención de apoyo, ofrecer los servicios que podemos dar directamente en el centro y, para los que no podemos dar derivar a los servicios de atención legal, laboral, sanitarios, de la comunidad, realizando si el caso lo requiere, el acompañamiento de la persona.
- Servicios que se dan directamente en el centro:
 - Asesoramiento a las personas usuarias sobre la tramitación de la tarjeta sanitaria.
 - Búsqueda activa de empleo.
 - Elaboración de informes sociales para clínicas privadas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), servicios sociales municipales, centros de salud, guarderías.
 - Diseño de itinerarios de inserción sociolaboral.
 - Relaciones actualizadas con profesionales de servicios de la comunidad con vistas a efectuar trabajo en red, transmitir información a los servicios colaboradores y mantener conversaciones con los trabajadores y trabajadoras y personas responsables de los mismos con el fin de que conozcan las necesidades concretas del colectivo, etc.
- La psicóloga, mediante derivación interna del resto de profesionales del equipo, ofrece apoyo psicológico y participa en el diseño y elaboración de cursos y talleres grupales.
- El área médico-sanitaria está formada por una médica que realiza revisiones y derivaciones para el tratamiento de los casos diagnosticados y una enfermera que asesora en planificación familiar y promoción de la salud. Las actividades concretas que se realizan son:
 - Revisiones ginecológicas: citología y toma de exudados cada 6 meses. Posibilidad de Colposcopia si el resultado de la citología es patológica.
 - Analítica de sangre general y serología de VIH, lues, hepatitis B cada 6 meses.
 - Derivación a infecciosos en hospital público en caso de serología VIH positiva.
 - Tratamiento en caso de lues positiva.
 - Vacunación de hepatitis en caso de serología negativa.
 - Exploración mamaria y derivación a rayos para la realización de pruebas complementarias.
- Todo el equipo colabora en actividades formativas grupales desde su ámbito específico de conocimientos, actitudes y aptitudes.

Resultados año 2002

- N.º Personas atendidas: 1201
 - Mujeres: 1148 Hombres: 47 Transexuales: 6
 - Inmigrantes: 1143 (95%) Españoles/as: 58 (5%)
- N.º de material preventivo entregado: 218.955 preservativos (50 por semana para cada persona) y 44.304 lubricantes (25 por semana para las que lo solicitan). El resto de resultados se publicarán en la memoria de 4 mundo 2002.
- Actividades de diagnóstico y mejora del tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
 - Consulta médica-sanitaria: 863
 - Total personas atendidas: 408
- Actividades de promoción de la salud
 - Consulta de enfermería para información sobre métodos de planificación familiar.
 - Total personas atendidas: 313
- Actividades de formación en educación de iguales. Realización de un curso de capacitación para educadoras de iguales con participación de 8 mujeres.
 - Nivel de satisfacción bidireccional: muy positivo.
- Actividades de sensibilización social y denuncia para facilitar la integración del colectivo en la comunidad.
 - N.º de artículos y comunicados de prensa:
 - 3 artículos en periódicos locales
 - 2 entrevistas a la coordinadora técnica
 - Publicación de 2 artículos en el libro «la prostitución femenina a las Islas Baleares»
- Actividades de mejora del diagnóstico social y psicológico y de apoyo para la inserción sociolaboral y sanitaria de las personas que ejercen la prostitución.
 - N.º de personas atendidas en la consulta social: 490
 - N.º de personas atendidas en la consulta psicológica: 102
- Actividades de acercamiento a las personas que ejercen la prostitución en la calle (en situación más desfavorecida) para potenciar la utilización del CASSPEP.
- Prospección de nuevos puntos de ejercicio de la prostitución
 - Primera fase en Puerta Sant Antoni: contactamos con 15 mujeres que ejercen la prostitución con las que ya tenemos un vínculo de confianza (brasileñas, españolas y nigerianas)
 - Segunda fase en Hipódromo y Arenal: contactamos con 206 personas que ejercen la prostitución. La inmensa mayoría de ellas subsaharianas (Nigeria, Sierra Leona, Ghana, Camerún, Liberia y Senegal), aunque también españolas y alguna de Europa del Este. Todas eran mujeres menos un grupo de 5 transexuales.
 - La media de atención en cada salida es de: 34 mujeres.

Evaluación

Valoración semestral cuantitativa y cualitativa de las intervenciones profesionales. Evaluación final en la que participa todo el equipo, siguiendo el sistema DAFO (Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del proyecto tanto en relación a lo ya conseguido, como a las perspectivas futuras).

El curso de formación sobre educación de pares tuvo su evaluación específica en la que se pidió a las usuarias su nivel de satisfacción/insatisfacción mediante un cuestionario de evaluación.

Evaluación continua dentro de cada área de las estrategias y los instrumentos utilizados en la atención a la persona usuaria y su modificación y adaptación periódica (historias sociales y clínicas, horarios de atención, etc.) con el fin de ajustarlos más a las características de la persona usuaria y del trabajo a realizar. Si algo no está dando resultado, se debe dejar de hacer cuanto antes y buscar otra estrategia. Creemos que la evaluación debe formar parte en todo momento de la implementación de los programas.

Información cualitativa del programa

- El CASSPEP se ha convertido en el servicio de referencia para las intervenciones sociosanitarias con personas que ejercen la prostitución: atendiendo las demandas y canalizando los recursos sociales y sanitarios normalizados.
- Estamos en disposición de recoger y analizar las necesidades específicas del colectivo diana desde el ámbito social, laboral, educativo, de salud, etc.
- Hemos constatado que de las personas que están ejerciendo la prostitución, las mujeres inmigrantes son las que están en una situación de mayor vulnerabilidad y tienen más dificultades para proteger, recuperar o mantener su salud e insertarse sociolaboralmente.
- Hemos posibilitado intervenciones individualizadas con las mujeres que querían mejorar sus condiciones, positivizando sus propias capacidades y formándolas en las habilidades básicas que faciliten su inserción sociolaboral, respetando el proceso migratorio individualizado de cada mujer.
- Hemos facilitado el acceso a conocer y mejorar la situación de salud de las mujeres que ejercen la prostitución mediante intervenciones directas a nivel médico, sanitario, psicológico y social, de forma coordinada con un trabajo en equipo.
- Hemos mejorado el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o infecciones de transmisión sexual incidiendo en la prevención a todos los niveles y acercando el material preventivo.
- Hemos implementado acciones individuales de promoción de la salud: salud sexual y reproductiva, planificación familiar y prevención de ITS (incluido el VIH/sida), trastornos nutricionales y de sueño, etc.
- Hemos detectado situaciones de riesgo sanitario y social, poniendo en contacto a las usuarias con los dispositivos normalizados de apoyo.
- Hemos planificado, organizando y ejecutando un curso de formación en educación de iguales para mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución, contribuyendo a mejorar el nivel de formación específica de 8 mujeres, que harán de agentes de salud dentro de su entorno.
- Nos hemos acercado a las zonas donde se ejerce la prostitución de calle para dar a conocer el CASSPEP e identificar situaciones de riesgo o obstáculos que impiden que las personas acudan al Centro (realización de un estudio prospectivo de julio a septiembre 2002).
- Hemos recogido demandas de las usuarias en relación a la violencia de género, agresiones y problemáticas derivadas de la situación de vulnerabilidad que supone el ejercicio de la prostitución.

- Hemos establecido mecanismos de derivación y seguimiento de las usuarias con entidades que trabajan en ámbitos de inserción social y laboral, asesoramiento legal, orientación y apoyo a inmigrantes, sistemas de salud, etc.
- Hemos iniciado las gestiones para conseguir un protocolo de denuncia social a nivel de todas las delegaciones de Médicos del Mundo.

Conclusiones del programa

- Coordinación satisfactoria en temas de derivación externa al Hospital de Son Dureta para agilización de los resultados.
- Mejor conocimiento de la atención a personas que ejercen la prostitución de clubs.
- Incremento progresivo durante el segundo semestre de atención a PEP de calle. Necesidad de continuar potenciando este incremento.
- Valoración positiva de la atención y revisión médico-sanitaria a las PEP de Mallorca.
- Aumento significativo de atenciones a mujeres que ejercen la prostitución procedentes de Europa del Este y subsaharianas, frente al crecimiento estable de la atención a mujeres latinoamericanas durante el segundo semestre.
- Funcionamiento del efecto «bola de nieve» como método para llegar al centro por primera vez.
- Potenciar la utilización del área psicosocial.
- Adaptar la metodología en intervención psicológica hacia un abordaje preventivo a nivel grupal.
- Consolidar la formación específica en educación de iguales.
- Acercamiento a nuevos puntos de ejercicio de la prostitución de calle e incorporación de metodologías cualitativas en estudios de necesidades, incidiendo en las mujeres de Europa del Este.
- Abrir nuevas iniciativas de atención.
- Potenciar y consolidar la línea de intervención con clientes (tanto de clubs como de calle).
- Abrir líneas de actuación con colectivos que se prostituyen (transexuales y prostitución masculina).

Experiencias aprendidas

- Importancia del trabajo en equipo con profesionales de diferentes disciplinas.
- Abordaje integral e integrador de las actuaciones, con reuniones de equipo para valorar los casos, que se tratan de forma individualizada y adaptada a cada caso, respetando el proyecto de vida de cada persona, su itinerario migratorio y la singularidad de cada problemática.
- Valoración muy satisfactoria del primer curso de formación específica en educación de pares para mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución (formadas 8 mujeres que hicieron las prácticas en nuestro centro), con la colaboración de la Asociación de Lucha Anti-Sida (ALAS) para la realización de un taller sobre técnicas de negociación del uso del preservativo.
- Importancia de la promoción de la salud y necesidad de incidir en atención individualizada y grupal sobre métodos de planificación familiar y medidas de prevención ante situaciones de riesgo, en las que deben negociar con los clientes la utilización correcta del preservativo.

- Necesidad de insistir en que asuman la percepción de riesgo con sus parejas habituales.
- Importancia de tener en cuenta las «culturas sanitarias» de sus países de origen.
- Necesidad de elaborar estrategias de acercamiento a las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en la calle, ya que al Centro acuden mayoritariamente mujeres que ejercen en clubs. Gracias a la atención personalizada dispensada a las mujeres subsaharianas, a la información dada desde la Unidad Móvil y durante las prospecciones, se está empezando a dar el fenómeno «bola de nieve» y han acudido comparativamente más mujeres durante el segundo semestre. También hemos detectado un número significativo de mujeres subsaharianas que trabajan en clubs y se alejan de la calle, cosa que creemos que tenemos que potenciar.
- Dificultades de acceso a nuestro centro de mujeres de Europa del Este, pues están controladas por mafias y tienen menos autonomía personal.

Otros comentarios

- Necesidad del equipo de trabajo de recibir formación específica a nivel jurídico-legal para orientar adecuadamente a las mujeres que desean denunciar a las mafias que las controlan o para aquéllas que sufren agresiones y que por su situación de irregularidad administrativa (no tener papeles), o por miedo a las represalias, etc. no se atreven a denunciar. En este sentido, estaría muy bien crear una «red de apoyo» para atender de forma ágil y adecuada estas situaciones de extrema vulnerabilidad.
- Necesidad del equipo de actualizar permanentemente su información jurídico legal en materia de extranjería, leyes civiles referentes a matrimonio, pareja de hecho, menores, reagrupación familiar, etc.
- Necesidad de dar a conocer a los servicios socio-sanitarios y socio-laborales de la comunidad las características de las usuarias que atendemos, las estrategias de acercamiento y fidelización que utilizamos para proporcionarles un referente a la hora de elaborar estrategias complementarias de trabajo en red. Implica potenciar las entrevistas periódicas entre los técnicos y técnicas de los diferentes servicios implicados en las redes socio-sanitarias y laborales.

CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA Y ETS (CIPS) DE ALICANTE

Nombre

Prevención de ITS y VIH en trabajadoras/es del sexo.

Comunidad Autónoma

Comunidad Valenciana.

Área

La actividad preventiva y asistencial se oferta a cualquier persona que acuda al centro ya sea por un riesgo de infección de transmisión sexual o por VIH: mujeres,

hombres, transexuales, que ejerzan o no la prostitución y que sean o no consumidores de drogas.

Año

Inicio en 1987. Continúa desarrollándose en la actualidad.

Persona de contacto

Josefina Belda Ibáñez, Elisa Fernández García, Charo Martínez Quintero y M.^a José Macián Cervera.

Información de contacto

Centro de Información y Prevención del SIDA y ETS (CIPS) de Alicante.
Teléfono 965 24 05 63 / 900 702 020 (gratuito desde la provincia de Alicante).
Fax 965 93 55 17
E-mail: josefina.belda@sanidad.m400.gva.es

Implementación

Centro de Salud Pública de Alicante. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Recursos

- **Humanos**: 3 médicos, 1 trabajadora social y 2 administrativos.
- **Materiales**: Propios del CIPS: desde material para la exploración, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual detectadas, a preservativos y lubricante para la prevención de las mismas.

Horario de funcionamiento

Atención al público: Diario de lunes a viernes de 9 a 14 horas.

ObjetivosGeneral

Prevención y detección de ITS e infección por VIH.

Específicos

1. Detección de prácticas de riesgo asociadas a ITS y VIH.
2. Diagnóstico y tratamiento de ITS cortando así la cadena epidemiológica.
3. Asesoramiento y counselling como prevención de la infección por VIH.
4. Educación individualizada sobre las prácticas de riesgo asociadas a ITS y VIH.
5. Entrenamiento en habilidades para estimular el uso correcto del condón así como técnicas de negociación para el uso del mismo.

Antecedentes

Los Centros de Información y Prevención de Sida (CIPS) se crearon en la Comunidad Valenciana en 1987 en cada una de las provincias. Su objetivo general fue la prevención de la diseminación de la infección por el VIH. En Alicante el CIPS se ubicó en un centro que ya existía como centro de dermatología y venereología.

A este centro acudían regularmente mujeres que trabajaban en la prostitución y, con el cambio del centro, continuaron asistiendo e incluso se potenció su asistencia, tanto por las propias características del centro (confidencialidad, discreción, neutralidad, anonimato) como por el importante potencial que representaba este grupo de población para la realización de actividades de educación sanitaria encaminadas a la prevención de ITS y de VIH.

Actividades principales

- Información telefónica y en consulta sobre cualquier tema relacionado con la infección por el VIH así como otras infecciones de transmisión sexual.
- Detección de conductas de riesgo, educación para la salud, facilitación para el acceso a los recursos sociales y sanitarios públicos y de ONGs, apoyo para la provisión de otros servicios o actividades que puedan mejorar sus condiciones.
- Provisión de preservativos y lubricantes cuando acuden al servicio.
- Diagnóstico y tratamiento de ITS. Toma de cultivos en función de las prácticas sexuales de riesgo.
- Prevención del cáncer de Cervix (mediante la realización de citologías periódicas).
- Diagnóstico de infección por VIH.
- Seguimiento de personas seropositivas y derivación cuando proceda, a los hospitales correspondientes.
- Oferta de diagnóstico de embarazo.
- Colaboración en programas de reducción de daños y de educación sexual tanto individual como en talleres y seminarios.
- Formación de promotores o de educadores de calle.
- Formación de profesionales.

Resultados

En los últimos 5 años se evidencia un aumento del número de las primeras visitas que ejercen la prostitución. Este incremento se produce sobre todo a expensas de personas de nacionalidad distinta a la española (en el año 2002 la nacionalidad del 88% de primeras visitas era distinta a la española). Hay que destacar que en un centro de ETS las segundas visitas cobran mayor importancia si cabe que las primeras visitas en cuanto a la posibilidad de realizar educación sanitaria en prevención de ITS y de VIH.

Número de primeras visitas y revisiones en trabajadoras sexuales

Año	1.ª	Revisiones
1998	137	573
1999	168	421
2000	332	570
2001	311	632
2002	361	712

Evaluación

1) Cuantitativa

- Análisis de las infecciones en primeras visitas.
- El mantenimiento e incremento de las visitas de seguimiento.

- Análisis del uso del condón entre primeras visitas y revisiones (se evidencia un incremento en el uso del condón).
 - Disminución de ITS en las revisiones.
- 2) Cualitativa
- Una forma de valorar indirectamente la satisfacción de las usuarias es conocer el modo por el que han acudido al centro, siendo mayoritariamente las que acuden porque les ha transmitido la información otra compañera.

Experiencias aprendidas

- La oferta que el CIPS hace, por su horario, deja fuera a un importante grupo de personas que ejercen la prostitución, a las que acudir al Centro no les es compatible con sus horarios tanto de vida como de trabajo.
- En la medida que se incrementa la población no española que acude al centro nos vemos obligados a ampliar nuestros conocimientos no sólo en cuanto al lenguaje sino también en cuanto a costumbres y culturas de otros países.

Otros comentarios

Valoramos importante el ampliar nuestros conocimientos en lo que se refiere a la cultura y sexualidad de otros países para así mejorar las intervenciones realizadas.

STOP SIDA. Barcelona

Nombre

Prevención del VIH/ITS en transexuales y hombres trabajadores de sexo comercial.

Comunidad Autónoma

Cataluña.

Área

El programa está dirigido a hombres y transexuales.

Año

Inicio en 1997. Desde entonces hasta la actualidad han cambiando algunos objetivos y actividades. No hay fecha de finalización.

Persona de contacto

Kati Zaragoza Lorca.

Información de contacto

Stop sida
Dirección de correo postal: Finlàndia 45. 08014 Barcelona.
Teléfono: 93 298 05 88
Fax: 93 298 05 89
E-mail: stopsida@stopsida.org

Implementación

Stop sida. Algunas actividades se realizan en colaboración con otras ONGs. Para el desarrollo de talleres de salud sexual dirigidos a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) colaboramos con Àmbit Prevenció y para el trabajo con transexuales colaboramos con el Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya (CTC).

Recursos

Recursos económicos: El Proyecto cuenta con una subvención de 10.200 € del Programa per la Prevenció i el control de la Sida, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Recursos humanos: 6 educadores de calle, 2 monitores de talleres de salud sexual y una coordinadora del programa.

Horario de funcionamiento del programa

- Atención en la sede: de lunes a viernes: de 10 a 14h
 - Locales: (6 locales) de lunes a viernes: de 16 a 20. Uno de estos locales se visita dos veces por semana y los otros cinco una vez por semana.
-

Objetivos

1. Incrementar y/o mejorar los conocimientos sobre ITS y VIH.
 2. Promocionar el uso del preservativo y lubricante ofreciéndolos de forma gratuita tanto en los locales de trabajo sexual como en la sede de la asociación.
 3. Ofrecer a los HSH la participación en talleres de salud sexual para la prevención del VIH/sida y otras ITS y mejorar sus habilidades de negociación del uso del preservativo.
 4. Fomentar el diagnóstico precoz de las ITS/VIH.
 5. Derivar a la población diana a los servicios socio-sanitarios existentes en las ONGs y a la red de servicios públicos.
 6. Promocionar el asociacionismo.
-

Antecedentes

El programa se inicia en 1997 teniendo como población diana a los hombres que ejercían la prostitución en saunas. En 1998 se incluyen a las transexuales.

La situación y las necesidades de los hombres que trabajan el sexo comercial son poco conocidas. Un estudio realizado por Àmbit Prevenció en el período 1999-2000 puso de manifiesto, entre otros, los siguientes datos:

- Edad: 83% menores de 30 años.
 - Pcedencia: 34% Unión Europea, 39% Magreb y 13% Centro y Sudamérica.
 - Orientación sexual: 54% bisexuales, 33% heterosexuales y 13% homosexuales.
 - Percepción del trabajo sexual: el 50% se considera trabajador sexual, el 86% quiere servicios específicos para su salud, el 59% inició el trabajo sexual entre los 20-29 años, el 98% tiene clientes hombres y el 8% tiene clientes mujeres.
 - Problemas con los condones: el 26% refiere que se rompen, al 4% le hacen daño o molestan y para el 2% disminuyen la sensibilidad.
 - Datos sanitarios/estado de salud: el 48% se ha hecho la prueba del VIH, el 4% era VIH positivo, el 9% tiene VHB, el 13% gonorrea, el 4% herpes, el 20% se realiza controles médicos y el 75% valora como buena su salud.
-

Actividades principales

- Atención, información y asesoramiento sobre VIH/sida y otras ITS en la sede de Stop sida por parte de un educador del programa.
- Información y asesoramiento personalizado a profesionales y clientes de saunas sobre VIH/sida y otras ITS mediante personal voluntario con formación específica.
- Talleres de salud sexual específicos para trabajadores del sexo comercial (2 horas) remunerados.
- Talleres de sexo más seguro para transexuales y clientes de la prostitución (2 horas) no remunerados.
- Elaboración y distribución de material informativo específico sobre VIH/ITS para PEP.
- Distribución de otros folletos informativos: Guía a tu salud (información sobre VIH/ITS y temas generales sobre salud) y profilaxis post-exposición.
- Distribución de preservativos y lubricantes tanto en saunas (kit) como en la sede de la asociación (30 preservativos variados y 30 lubricantes a la semana)
- Derivación a los servicios sociosanitarios de ONGs y de la red pública.
- Reuniones de coordinación con monitores, educadores y responsables de ONGs colaboradoras.

Resultados (Año 2002)

- Realización de 11 talleres de salud sexual con la participación de 75 trabajadores del sexo (hombres y transexuales) y clientes: 4 talleres realizados conjuntamente con Ambit Prevencio (26 asistentes), 3 talleres realizados conjuntamente con Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya (16 asistentes), 2 talleres en saunas (15 asistentes PEP) y 2 talleres realizados en la sede de Stop sida (23 asistentes, usuarios de saunas y clientes).
- Distribución de 35.000 kit (preservativo y lubricante) en la sede y en saunas.
- Distribución de 150 Guías A tu Salud y 100 folletos sobre profilaxis post-exposición.
- Distribución de 42 guías sobre talleres de salud sexual para hombres que ejercen la prostitución.
- Contacto con transexuales que ejercen la prostitución para informarles de las actividades y objetivos del Collectiu de Transsexuals de Catalunya (CTC).

Evaluación (Año 2002)

- N.º de materiales informativos distribuidos (específicos u otros): 292 ejemplares.
- N.º talleres organizados /N.º talleres realizados /N.º de participantes: Se han organizado 8/ realizado 6 con una asistencia de 38 personas.
- N.º de Kit distribuidos en locales: 17.000.
- N.º de kit distribuidos en sede: 8.500.
- N.º de consultas atendidas en locales: 128.
- N.º de consultas atendidas en la sede: 28.
- N.º de PEP que acuden a la sede: 22
- N.º de derivaciones a Centro de ITS: 57.
- N.º de derivaciones a la asesoría jurídica, psicológica y servicio de la prueba del VIH de Stop sida: 89 y seguimiento de 36 de ellas.

- Los talleres sobre salud sexual realizados conjuntamente con Ambit Prevencio fueron evaluados mediante un cuestionario estructurado por los participantes. El porcentaje de respuesta fue del 46% y la valoración de las cuestiones planteadas (puntuación de 1 a 5) la siguiente:
 1. Los conductores del taller: 5
 2. Información sobre el preservativo: 4,5
 3. Información sobre lubricantes: 4
 4. Información sobre VIH/sida: 5
 5. Información sobre otras ITS: 4,5
 6. Información sobre los diferentes tipos de hepatitis: 4
 7. Información sobre recursos sanitarios: 4
 8. Duración del taller: aceptable
 9. Horario del taller: aceptable/bueno

La evaluación es positiva pero los asistentes muestran cierto descontento con el hecho de perder tiempo de su trabajo y que la compensación económica sea sólo relativa. Por otra parte, la duración del taller (2 horas) resulta, en ocasiones, insuficiente pero ampliar el horario también es problemático

- Durante el mes de diciembre se realizaron, en la sede y en saunas, 19 entrevistas a profesionales del sexo comercial a fin de conocer su grado de satisfacción con el proyecto y determinar sus necesidades.
 1. El 85% valora muy positivamente la intervención de Stop sida a la hora de proporcionarles información sobre VIH/ITS tanto a ellos como a sus clientes.
 2. El 15% considera importantes las actividades dirigidas a los clientes.
 3. El 90% había recibido algún tipo de información o había sido derivado a servicios sociosanitarios y sentía confianza en el personal de Stop sida.
 4. El 15% no acude a la sede de Stop sida a recoger preservativos por vergüenza o para mantener su anonimato.
 5. El 10% no había participado en talleres de salud sexual y manifestó que era debido a su dificultad para la comprensión y expresión en castellano.
 6. Demandas a nuestra asociación: ayuda, en el caso de extranjeros, para regularizar la situación administrativa en España y ayuda para buscar un trabajo alternativo a la prostitución (creación de una bolsa de trabajo).

Experiencias aprendidas

- El grupo de hombres que trabajan en el sexo comercial es muy heterogéneo en cuanto a su orientación sexual, la información y percepción del riesgo de VIH/ITS, la procedencia, idioma y cultura.
- Hay una gran movilidad por lo que realizar un trabajo de continuidad con los mismos hombres es difícil.
- La asistencia a talleres es baja/difícil por lo que supone de pérdida de ingresos económicos. Sin embargo son muy bien valorados por los asistentes por lo que implica de contacto grupal y de aprendizaje.
- Es necesario comprometer a los propietarios/gerentes de los locales para que sean ellos mismos quienes promocionen la formación en salud sexual de los trabajadores de sus locales.

- Los trabajadores no sexuales de los locales pueden hacer de agentes de salud si tienen la información y formación adecuadas.
- Es importante ofrecer servicios tanto desde ONGs homosexuales como desde aquellas que no se identifican como tales para favorecer el acercamiento de los hombres que ejercen la prostitución y atender sus demandas.
- La coordinación y colaboración entre las distintas asociaciones que participamos en este proyecto enriquece las perspectivas y formas de intervención. Asimismo facilita la mediación y el acercamiento a las PEP con independencia de su orientación sexual.

MÉDICOS DEL MUNDO. Andalucía

Nombre

Programa de Atención Sociosanitaria y Reducción del Daño Asociado al Ejercicio de la Prostitución.

Comunidad Autónoma

Andalucía.

Área

Personas que ejercen la prostitución: hombres, mujeres, jóvenes y transexuales.

Año

Años de inicio: Sevilla, 1993 y Málaga, 1998. Ambos programas continúan desarrollándose.

Persona de contacto

Valentín Márquez (Sevilla).
Begoña Espinosa de los Monteros (Málaga).

Información de contacto**Sevilla**

Bajos del Puente Cristo de la Expiración, s/n. - 41001 Sevilla

Telf.: 670 65 13 98 - Fax. 95 490 82 06

E-mail: valentin.marquez@medicosdelmundo.org

Málaga

C/ Cruz Verde, 16 - 29013 Málaga

Telf.: 95 225 23 77 - E-mail: bego.espinosa@medicosdelmundo.org

Implementación

Médicos del Mundo.

Recursos

- **Recursos económicos:** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (26.400 €), Plan Nacional de SIDA (43.500 €), Junta de Andalucía (48.000 €), Diputación de Málaga (12.000 €), Ayuntamientos de Sevilla (12.000 €), Málaga (4.000 €) y Pizarra (Málaga) (1.200 €)
 - **Recursos humanos:** Personal contratado: dos educadores en cada provincia. Personal voluntario: Trabajadoras sociales, psicólogas, médicos, enfermeras, entre otros, que realizan labores de atención directa de tipo sanitario y educativo.
 - **Recursos materiales:** Una unidad móvil por provincia; preservativos y lubricante; material educativo (folletos, boletín, etc.); test de embarazo; material sanitario, etc.
-

Horario de funcionamiento del programa

30 horas semanales

Objetivos

1. Acceder al mayor número posible de prostitutas que no contactan con otros programas o servicios.
 - 2.- Facilitar el acceso de estos colectivos a los recursos socio sanitarios existentes en la comunidad.
 3. Favorecer la adquisición de hábitos saludables y la modificación de conductas sexuales de riesgo, así como de consumo de drogas.
 4. Aumentar los conocimientos sobre salud e higiene de la población atendida.
 5. Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer los posibles cambios en los comportamientos de riesgo.
 6. Mantener un sistema de vigilancia socioas sanitaria de dicha población.
 7. Obtener información de lo que está sucediendo en los escenarios de prostitución y drogadicción y sobre las necesidades y demandas de la población atendida.
 8. Favorecer la participación en la comunidad de los colectivos atendidos, así como su organización y autoapoyo.
 9. Acercar la problemática de marginación de ambos colectivos a la población en general y a los sectores profesionales relacionados con ellos.
 10. Promover en el colectivo atendido el ejercicio de sus derechos tanto individual como colectivamente
-

Antecedentes

Los programas se iniciaron en Sevilla en 1993, cuando no existían programas móviles que llegaran a las personas que estaban ejerciendo la prostitución de calle (sí existían servicios con centros fijos que actuaba puntualmente en los cascos históricos). Con posterioridad y en respuesta a la demanda, se inició el trabajo en Málaga en 1998 y más tarde se empezó a trabajar en clubes de alterne (Málaga 1999 y Sevilla 2002).

Actividades principales

- Proporcionar información, educación sanitaria y consejo a los usuarios/as del programa.
- Elaboración y distribución de materiales educativos.
- Puesta en marcha de medidas correctoras sobre las cuestiones relacionadas con su problemática de salud.
- Realización de talleres de salud sexual y sexo más seguro.
- Derivación a recursos sociales y sanitarios.
- Tramitación de tarjeta sanitaria del Sistema Andaluz de Salud a prostitutas inmigrantes.
- Vacunación de Hepatitis B.
- Vacunación de Tétanos.
- Extracción y análisis de sangre para test VIH, hepatitis y sífilis (Málaga).
- Trabajo específico con seropositivos/os (información sobre la enfermedad, nuevos tratamientos, derivación los servicios médicos para seguimiento e la infección, etc.).
- Oferta de preservativos y lubricante.
- Test de embarazo.
- Asesoramiento sobre autodefensa.
- Edición de la Revista Aire (colaboraciones de usuarios).
- Distribución de guía de recursos.
- Formación de pares como agentes de salud.

Resultados año 2002**Sevilla**

- Personas atendidas: 439
- Atenciones: 2.987
- N.º de preservativos entregados: 68.748
- N.º de unidades de lubricante entregadas: 10.557
- N.º de materiales educativos (folletos, etc.) distribuidos: 550
- N.º de talleres de talleres de salud sexual y sexo más seguro realizados: 63
- N.º de tarjetas sanitarias del SAS tramitadas a prostitutas inmigrantes: 35
- N.º de personas seropositivos/os que han recibido información sobre la enfermedad, sobre nuevos tratamientos, derivación los servicios médicos para seguimiento e la infección, etc.: 41
- N.º de test de embarazo realizados: 21
- N.º de asesoramientos sobre de autodefensa: 33
- N.º de guías de recursos distribuidas: 65
- N.º de derivaciones a recursos socio-sanitarios: 97
- N.º de personas vacunándose contra la hepatitis B: 104 (32 completas)

Málaga*

- Personas atendidas: 632
- N.º de preservativos entregados: 92.875
- N.º de unidades de lubricante entregadas: 39.690
- N.º de materiales educativos (folletos, etc.) distribuidos: 2.200

- N.º de talleres de talleres de salud sexual y sexo más seguro realizados: 2 grupales (20 personas por grupo) y 45 individuales
- N.º de tarjetas sanitarias del SAS tramitadas a prostitutas inmigrantes: 40
- N.º de personas seropositivas/os que han recibido información sobre la enfermedad, sobre nuevos tratamientos, derivación los servicios médicos para seguimiento e la infección, etc.: 15
- N.º de test de embarazo realizados: 15
- N.º de asesoramientos sobre de autodefensa: 30
- N.º de guías de recursos distribuidas: 600
- N.º de derivaciones a recursos socio-sanitarios: 119
- N.º de personas vacunándose contra la hepatitis B: 81
- N.º de personas vacunándose contra el tétanos: 67
- Pruebas VIH, Hepatitis y sífilis: 172

En cuanto al cambio de conductas, se observa un aumento del uso de preservativos con la pareja mercantil (89%), aunque su uso con la pareja afectiva es escaso (17%).

* Los datos son sólo desde mediados de julio, dado que un incendio intencional destruyó nuestra autocaravana y los archivos.

Evaluación

La naturaleza de este tipo de programas en los que la relación y el contacto con los usuarios/as son breves y de carácter informal y las propias características de las personas atendidas, hacen que los métodos de evaluación habituales resulten inadecuados.

La evaluación recae en dos áreas:

A) Evaluación del proceso: capacidad para atraer y retener a los usuarios/as que acuden al programa.

Los indicadores que se obtienen son los siguientes:

1. Número de usuarios atendidos mensual y anualmente y sus características.
2. Número y porcentaje de usuarios atendidos por primera vez.
3. Número medio de contactos/ usuarios mensual y anualmente.
4. Número total y número medio por usuario de preservativos entregados mensual y anualmente.
5. Número de derivaciones a otros recursos.
6. Numero de atenciones sociosanitarias (vacunas, curas, pruebas, talleres educativos, etc.)
7. Número de cartillas sanitarias tramitadas.
8. Número de talleres realizados y asistentes.
9. Número de pares formadas.
10. También se realiza una evaluación de satisfacción del programa entre los usuarios/as.

B) Evaluación de resultados: capacidad del programa para producir cambios en los comportamientos de riesgo y para disminuir la prevalencia del VIH y otras infecciones. Modificación de conductas de riesgo.

Se utilizan los siguientes indicadores:

- Consumo de drogas y vía
- Prácticas sexuales llevadas a cabo y uso de preservativo con la pareja mercantil.
- Uso de preservativo con la pareja afectiva.

Impacto del programa sobre la prevalencia de VIH y otras infecciones. Depende de la información al respecto que nos dan los usuarios y de la que tienen los sistemas públicos de vigilancia epidemiológica sobre la prevalencia de estas infecciones entre la población diana del programa.

Experiencias aprendidas

- El programa, para ser operativo, debe ser flexible, adaptarse a las necesidades y circunstancias de los usuarios/as, garantizar la confidencialidad y huir de comportamientos y actitudes coercitivas y/o moralizantes con las personas atendidas.
 - La organización, normas de funcionamiento interno, prestación de servicios y tipo de éstos, deben orientarse a la consecución de un modelo de servicio individual, adaptado a las necesidades de los usuario/as y orientado a promover cambios de hábitos y actitudes entre las personas atendidas, que les permitan reducir el riesgo de infección y mejorar su calidad de vida, a través de la educación sanitaria, la información, el consejo, y la oferta de preservativos.
 - La información y la educación sobre enfermedades asociadas a conductas de riesgo son fundamentales, así como los beneficios sobre la adecuación de estos comportamientos. Pero la información debe ser muy clara y adaptada al nivel educativo de las personas atendidas.
 - La información es imprescindible, pero no suficiente para el cambio de conductas. Hay que motivar y establecer una comunicación bidireccional fluida entre profesionales del programa y usuarios/as. Para ello es fundamental que los trabajadores conozcan a las personas a las que atienden, sus características personales, sociológicas, sus hábitos, su entorno..
 - Las entrevistas con los usuarios/as constituyen un método de gran valor para conocer sus creencias, actitudes y conductas. Para nosotros serán de gran utilidad para poder implementar medidas correctoras en los casos en que ello fuera necesario.
 - Es necesario utilizar el consejo individualizado para ofrecer alternativas válidas e individualizadas adaptadas a las necesidades y demandas de la persona que acude al programa.
 - Se siguen observando muchas carencias entre las usuarias respecto a conocimientos sobre salud sexual en general y VIH/sida e ITS en particular.
 - La adicción a drogas como heroína y cocaína supone un factor de vulnerabilidad añadido, por el mayor riesgo de infecciones y una mayor dificultad de acceso a los recursos.
 - Las dificultades de regularización de las personas inmigrantes implican otro factor de dificultad de acceso a los recursos y de posibilidad de abandonar el ejercicio de la prostitución, además de facilitar la explotación por parte de las mafias.
-

COMISIÓN CIUDADANA ANTI-SIDA DE LA RIOJA. Logroño**Nombre**

Programa de Educación Para la Salud dirigido a mujeres que trabajan en prostitución.

Comunidad Autónoma

La Rioja.

Área

Este programa va dirigido, en principio a personas que trabajan en La Rioja aunque, por cercanía con otras Comunidades Autónomas (Navarra, Álava, etc.) también acuden a nuestro servicio personas que trabajan en otras localidades cercanas pertenecientes a otras provincias.

Este programa está dirigido especialmente a personas que trabajan en la prostitución, ya sean hombres, mujeres, transexuales... El cliente es atendido desde otros programas como puede ser el servicio de información telefónica o a través de consultas personalizadas en nuestro local, pero las intervenciones que se realizan son más a nivel informativo.

A principios de este año 2002 comenzamos a realizar un estudio sobre la población que atendíamos dentro de este programa con el fin de obtener un conocimiento más amplio de los hombres y mujeres que trabajan en la prostitución especialmente en lo que a hábitos preventivos y comportamientos de riesgo se refiere. Aunque el estudio aún no ha finalizado sí podemos aportar algunos datos provisionales que pueden resultar de interés:

- La mayor parte de las personas que atendemos son mujeres (en un 97% aproximadamente) que trabajan en clubs o pisos en similar proporción (51% en clubs, 49% en pisos). Apenas existe prostitución callejera, ya que a ella sólo se dedica un grupo muy reducido de mujeres usuarias de drogas por vía intravenosa. Estas mujeres son atendidas desde el Programa de Intercambio de Jeringuillas.
- Respecto a su procedencia, un 87% aproximadamente son mujeres latinoamericanas, especialmente colombianas (78%), ecuatorianas, dominicanas... En menor número son africanas (8%) y por último las españolas, que constituyen un 5% de la población que atendemos.

Año

Este programa comenzó a realizarse en el año 1994 y, en principio, su duración es indefinida.

Persona de contacto

Nerea Fuentes Santamaría.

Información de contacto

Comisión Ciudadana Anti-Sida de La Rioja.
C/ Doce Ligero, n.º 37 – 1.º F 26004 - Logroño (La Rioja)
Teléfono y Fax: 941 25 55 50 - E-mail: ccasr@eresmas.com

Implementación

Es la Comisión Ciudadana Anti-Sida de La Rioja la que realiza este programa de Educación Para la Salud. De hecho, es la única asociación en nuestra Comunidad Autónoma que trabaja específicamente con esta población.

Recursos

Recursos económicos: Este programa está subvencionado por la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, con quien nuestra asociación mantiene un convenio de colaboración para todas las actividades que realizamos. Por otro lado, los dos últimos años hemos recibido una subvención de 800 € del Ayuntamiento de Logroño para la realización de un taller de sexo seguro con estas mujeres.

Recursos humanos: somos 3 las personas que atendemos, entre otros, este programa: una educadora, una psicóloga y una trabajadora social, aunque ninguna de estas personas se dedica en exclusividad al programa. Para la realización de los talleres contamos además con personal médico especializado.

Horario de funcionamiento del programa

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, por las mañanas de 10 a 14 h. y por las tardes, de 17 a 20 h. (excepto viernes tarde).

Objetivos

Se trata de un programa que vamos poco a poco implementando. Hasta el pasado año, en que comenzamos con los talleres de sexo seguro, nos centrábamos exclusivamente en el reparto de preservativos y en proporcionar asesoramiento e información sobre el VIH y otras ITS.

Nuestros objetivos principales son:

1. Desarrollar pautas de educación sanitaria que disminuyan el riesgo de adquirir estas enfermedades, promocionando el uso del preservativo y el hábito de las revisiones ginecológicas periódicas.
 2. Servir de punto de referencia para estas mujeres ante cualquier necesidad que puedan plantear.
-

Antecedentes

La Comisión Anti-Sida de La Rioja es la única organización que se dedica en nuestra CCAA a la prevención del VIH/sida y la única que trabaja con esta población en lo que se refiere a programas de información y prevención. Constituimos pues el único punto de referencia para cualquier trabajadora sexual, además de los servicios médicos o sociales propiamente dichos.

Actividades principales

Las actividades que realizamos dentro de este programa son:

- Reparto de preservativos.
 - Talleres de sexo seguro.
 - Información sobre aspectos médicos y sociales.
-

Resultados año 2002

- Personas diferentes atendidas: 340 (94% mujeres, 5% hombres y 1% travestis).
- Por edades: entre 19-24 años: 21%. 25-29: 29%. 30-34: 20%. 35-39: 14%. 40-44: 9%. 45-49: 5%. 50-24: 2%
- N.º de servicios de reparto de preservativos: 860 (805 a mujeres y 55 a hombres). Este n.º ha bajado un 7% respecto al año anterior porque ahora les damos más cantidad a la semana.
- N.º de preservativos masculinos distribuidos: 75.507 (9.781 más que en el 2001)
- Talleres: durante el 2002 se han realizado 2 talleres de sexo más seguro a los que han asistido 21 mujeres en total (todas colombianas excepto una peruana). Cada taller consta de 4 sesiones de hora y media de duración cada una.

En este programa no se tienen en cuenta las intervenciones realizadas con las mujeres UDI.

Evaluación

La evaluación que se realiza de este programa es anual y para ello se tienen en cuenta el número de personas atendidas, de servicios prestados, de preservativos distribuidos, el número de talleres realizados y de asistentes a cada uno de ellos.

En 2002 hemos realizando un estudio sobre las características y los hábitos preventivos de la población objeto de intervención, cuya evaluación nos va a permitir de alguna manera conocer las carencias de nuestro programa y las cuestiones que debemos abordar con mayor énfasis. Se presentan algunos de los resultados más relevantes:

- Se encuestó a 101 PEP: 97% mujeres y 3% hombres con una edad media de 29,4 años y predominio de PEP con país de origen Colombia (79%). El 52% ejerce en pisos y el 48% en clubs.
 - Con las parejas sexuales comerciales: El 76% de las mujeres entrevistadas afirma utilizar el preservativo siempre, tanto en penetraciones como en sexo oral, mientras que un 23% asegura utilizarlo sólo en penetraciones. En la práctica sabemos que estos datos no son reales ya que declaran hacer excepciones con clientes habituales, «amigos», etc. e incluso por ganar más dinero en el servicio.
 - Pareja sexual habitual: 20% de estas mujeres señala utilizarlo siempre (en sexo oral y penetraciones). El 4% lo utiliza sólo en penetraciones.
 - El 57% afirma someterse a controles médicos periódicos.
 - El 3% declara haber padecido una ITS en el último año.
 - Más del 50% participaría en charlas, talleres de sexo seguro y educación para la salud. El resto afirma no disponer de tiempo libre para estas actividades.
-

Experiencias aprendidas

Conscientes de que un verdadero programa de prevención no debe quedarse en el mero reparto de preservativos, poco a poco vamos ampliándolo e introduciendo modificaciones en su desarrollo que nos permita establecer un mayor contacto con estas mujeres y crear un clima de confianza ante posteriores situaciones que se puedan plantear. Así el pasado año comenzamos con los talleres, este año hemos ampliado el horario de atención de 3 a 7 horas diarias, hemos dedicado una sala exclusivamente para atender a estas personas... pero todavía nos queda mucho por

hacer, especialmente en el tema de las revisiones ginecológicas. Las listas de espera en la Seguridad Social superan los 4 meses y no existe otro centro que atienda estas consultas, salvo los privados. Únicamente existe una unidad de ETS, pero que no realiza revisiones ginecológicas propiamente dichas. En esta línea llevamos trabajando varios años y en estos momentos parece posible abrir una vía aunque todavía tenemos que establecer los contactos y el protocolo de actuación. En todo caso, en principio únicamente será habilitada para casos considerados de urgencia

ÀMBIT PREVENCIÓ. Barcelona

Nombre

Programas para trabajadores y trabajadoras del sexo: àmbitdona, àmbithome i programa nocturno mòvil.

Comunidad Autónoma

Cataluña (Barcelona).

Área

Personas que ejercen la prostitución: hombres, mujeres, jóvenes y transexuales.

Año

Año de inicio del programa dirigido a mujeres y transexuales: 1995

Año de inicio del programa dirigido a hombres: 1999

Ambos continúan desarrollándose

Persona de contacto

Mercè Meroño Salvador.

Información de contacto

Aribau 154 3.º piso

Teléfono: 93 237 13 76

Fax: 218 13 79

E-mail: adona@interbook.net

Implementación

Àmbit Prevenció

Recursos

- Recursos económicos:
Proporcionados por la Generalitat de Catalunya.

Àmbitdona tiene subvención anual de 42.070,85 € Àmbithome tiene subvención anual de 19.976,20 €

El Programa nocturno tiene subvención para 9 meses de funcionamiento de 32.326.47 €

- Recursos humanos:

Personal contratado: profesionales y mediadores-agentes de salud (trabajadoras del sexo).

Colaboran en los programas personal voluntario para intervenciones muy específicas: masajes, participación en la revista, otras actividades de auto-ayuda y personal de prácticas de Educación y Trabajo Social y Salud Pública.

Horario de funcionamiento del programa

Àmbitdona: mañanas de 11.00h a 14.00h y tardes de 16.00h a 19.00h de lunes a viernes.

Àmbithome: dos noches semana de 20,30h a 23,30h y de 22.00h a 01.00h.

Permanencia los viernes de 18,30h a 20,30h.

Programa nocturno: 4 días semana. Horario 22,30h a 01,30h.

Objetivos

1. Disminuir la incidencia de sida e ITS entre los usuarios de los programas y sus parejas sexuales.
2. Aumentar el número de revisiones ginecológicas y de ITS que realizan.
3. Mejorar las condiciones de vida con un abordaje integral de la persona: aspectos sociales, psicológicos y sanitarios.
4. Hacer de puente entre los y las usuarias y los servicios de atención.
5. Mejorar su imagen social y contribuir a un aumento de su autoestima, minimizando los efectos de la estigmatización que padecen.
6. Fomentar las redes de ayuda mutua entre los y las usuarias y las asociaciones o servicios que trabajamos en este campo.

Antecedentes

Principalmente abordamos a un colectivo que trabaja en la calle o en condiciones muy específicas (pisos y locales en el caso de los hombres). En el año que iniciamos el proyecto con mujeres en el barrio del Raval, no había ningún programa específico para este colectivo, lo mismo sucedía en hombres. Nuestros programas se basan en el acercamiento en el propio medio donde trabajan.

Actividades principales

- Distribución de material: preservativos, lubricantes, folletos.
 - Talleres específicos de salud sexual.
 - Talleres de habilidades sociales: negociación, toma de decisiones...
 - Taller sobre prevención de ITS y sida: Bola de nieve.
 - Derivación y acompañamiento a servicios sociales y sanitarios.
 - Orientación y educación sanitaria.
 - Orientación social.
-

Resultados (año 2002)

- Material distribuido
 - Àmbitdona: 250.000 condones masculinos y 2000 femeninos.
 - Àmbithome: 20.000 condones masculinos y 4000 dosis de lubricante.
 - Nocturno: 90.745 condones masculinos, 1700 lubricantes y 150 p. Femeninos.
- Usuarios/as por programas
 - Ambitdona: 1800
 - Ambithome: 600
 - Programa Nocturno: 1500
- Número de contactos por programa
 - Ambitdona: 20.000 visitas
 - Ambithome: 500 visitas
 - Programa nocturno: 7500 visitas
- Exámenes de salud ginecológica: 53 de 250 derivaciones (21%)
- Gestiones y acompañamientos: 68
- Derivaciones a ITS (todos los programas): 250
- Derivaciones a Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE): 41.
- Pruebas de embarazo realizadas: 100 (19 positivas).
- Talleres de salud sexual realizados a hombres: 6 convocados. 4 realizados.
- Asistentes a talleres hombres: 26
- Talleres de habilidades sociales para mujeres inmigrantes: 2. Asistentes 20.
- Talleres bola de nieve sobre aspectos sanitarios y prevención del VIH: 1. Asistentes: 10.

Evaluación**Programa de hombres:**

Evaluación de proceso y de impacto. Ha habido un aumento muy importante en la cobertura de los programas. Se han realizado 5 cuestionarios de valoración del personal, material y visitas a los propietarios de los locales, para saber su opinión y detectar necesidades. Han valorado positivamente al personal del equipo, la calidad del material (preservativos, folletos y lubricantes), la información sobre los centros y los servicios a los que les derivamos y la periodicidad de las visitas a los locales (valorada como suficiente). Tres de los cinco participarían en una reunión con responsables de otros establecimientos a fin de conversar sobre la prevención de riesgos en el trabajo sexual y a todos les gustaría tener una guía actualizada de servicios e informaciones relacionadas con la salud sexual. Entre las sugerencias: charlas mensuales en los locales o en lugares atractivos, información sobre la regularización del trabajo sexual, controles médicos, pago de impuestos.

Se han realizado 4 talleres de salud sexual en colaboración con Stop-sida a los que han asistido 26 personas. Los conductores del taller han valorado la actividad grupal como: fructífera, productiva, abierta, espontánea, participativa, positiva, abierta, intensa y natural. Siempre ha existido una buena dinámica entre los participantes y entre éstos y los conductores de los talleres. Doce de los participantes (46%) respondieron a un cuestionario post-intervención sobre las cuestiones que se detallan (puntuación de 1 a 5):

1. Los conductores del taller: Se han entregado 26 libritos del Taller de salud sexual. (5)
2. Información sobre el preservativo. (4,5).
3. Información sobre lubricantes (4).
4. Información sobre VIH/sida: (5).
5. Información sobre otras ITS: (4,5).
6. Información sobre los diferentes tipos de hepatitis: (4).
7. Información sobre recursos sanitarios: (4).
8. Duración del taller: Aceptable.
9. Horario del taller: Aceptable/Bueno.

Se han realizado reuniones semanales con el equipo y mensuales de coordinación con Stop-sida.

Programas a mujeres y transexuales:

Evaluación de proceso y de impacto. Número de usuarias, %nuevas, edades y procedencia.

Se realiza una mini-encuesta en la entrevista de acogida: sobre frecuentación de servicios, rotura de preservativo, conocimiento del condón femenino y lubricantes. Se realiza un seguimiento mensual de las derivaciones al programa de salud ginecológica, observándose que acude el 26% de las derivadas.

Experiencias aprendidas

- El trabajo con iguales-mediadoras.
 - El abordaje multidisciplinar e integral. El inspirar confianza y respeto.
 - El trabajo coordinado con otras asociaciones y servicios públicos o privados.
 - El trabajo de sensibilización a los técnicos de las administraciones públicas.
 - Importancia del trabajo grupal y las metodologías activas en las que la transmisión de información se complete con role-playing y entrenamiento de habilidades específicas.
 - El trabajo está pendiente con clientes, propietarios y personal de los locales.
 - Queda pendiente entrar en locales de mujeres y probar otras vías de acceso a hombres (e-mail, anuncios en prensa, webs de contacto...).
 - Obstáculos y dificultades en el desarrollo de los programas:
 - El trabajo con la opinión pública y los medios de comunicación
 - Las diferentes culturas, en todos los aspectos, de las PEP
 - La ley de inmigración por la que están afectadas muchas PEP
-

**ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y
ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA.
APRAMP. Madrid**

Nombre

Unidad Móvil

Comunidad Autónoma

Madrid.

Área

Personas que ejercen la prostitución: mujeres, hombres, transexuales.

Año

El proyecto se inicia en 1994 y continua desarrollándose en la actualidad.

Persona de contacto

Rocío Mora Nieto

Información de contacto

Plaza del Ángel 14 I.º

Tel: 91 420 17 08

Fax: 91 429 82 38

apramp@retemail.es

Implementación

Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida.
APRAMP.

Recursos

A través de la Administración Central, Autonómica y Local.

Objetivos

1. **Detección, Acercamiento y Reconocimiento** a través de una presencia constante en las zonas donde se ejerza la prostitución, interviniendo de forma activa y constante, informando, educando y apoyando al colectivo.
2. **Prevención de Riesgos** mediante la administración de material preventivo y proporcionando una educación sanitaria personalizada, identificando conductas de riesgo para la prevención de ITS y VIH y orientando hacia prácticas más seguras.
3. **Acción Asistencial y de Apoyo:** Informando, sirviendo de conexión y reconocimiento de los recursos sanitarios adecuados a su problemática, llevando a cabo desde el Centro de Acogida talleres de educación para la prevención que sirvan de apoyo.
4. **Participación e Implicación del colectivo** para la resolución de problemas y/o dificultades.

Antecedentes

Las personas que ejercen la prostitución presentan perfiles de inestabilidad jurídica, agravado por el desconocimiento de la cultura y el idioma, exposición a abusos laborales o violencia de género. Todos estos factores repercuten en el estado de salud, directamente derivado de una inadecuada alimentación, insalubridad en las viviendas e insuficiencia en la prevención de enfermedades con el agravante en muchos casos de un nulo acceso al sistema de salud pública, circunstancias que hacen más vulnerables a esta población, derivando en muchas ocasiones en relevantes problemas de salud mental.

Actividades principales

- Trabajo de calle constante y sistemático en las distintas zonas de ejercicio de prostitución.
 - Reparto de material preventivo.
 - Campañas de divulgación especialmente dirigidas a mujeres sobre relaciones sexuales, prevención de embarazos e ITS.
 - Organización de talleres sobre las situaciones de salud específicas de la población.
 - Difusión de programas de atención primaria para la prevención y tratamiento de actividades físicas y psíquicas que afectan fundamentalmente a este colectivo.
 - Atención social, psicológica y jurídica.
 - Atención a situaciones de emergencia (mujeres traficadas, violencia intergrupala, agresiones y/o violaciones...).
 - Coordinación con entidades públicas y/o privadas.
-

Resultados (Enero -Noviembre 2001)

- Personas nuevas atendidas: 283.
 - Material distribuido: 216.000 condones lubricados normales, 10.000 lubricados extrafuertes, 5.000 lubricados con aroma y 90.136 dosis de lubricantes, desapareciendo totalmente el reparto de jeringuillas. Todo este material se acompaña de trípticos informativos en materia sanitaria y social.
-

Evaluación

La evaluación se realiza de forma continuada y basada en los siguientes instrumentos de trabajo:

- Ficha Básica de cada una de las personas atendidas por primera vez.
 - Informes diarios de las atenciones realizadas por días y zonas, detallando la intervención realizada de forma individual e integral.
 - Reparto de material preventivo y adecuación del mismo a las prácticas realizadas por la población diana.
 - Contactos establecidos y repetidos por el Grupo de Iguales.
 - Grado de inmediatez con que se da respuesta a las situaciones de emergencia.
 - Grupos de apoyo y frecuencia de reunión de estos.
-

Experiencias aprendidas

Cada vez valoramos más la labor realizada por el Grupo de Iguales y la necesidad de que el colectivo se haga partícipe de sus problemas.

La experiencia adquirida nos obliga a poner en marcha campañas de prevención en sus países de origen y la lucha contra las redes de tráfico.

La adaptación cultural e idiomática de las campañas de prevención.

CRUZ ROJA DE OURENSE. Ourense**Nombre**

Proyecto de prevención y sensibilización del VIH/sida en mujeres que ejercen la prostitución en el casco viejo de la ciudad de Ourense.

Comunidad Autónoma

Galicia.

Área

La intervención se realiza con mujeres españolas, iberoamericanas, africanas y de Europa del este. Las españolas tienen edades comprendidas entre 35 y 45 años, llegando algunas de ellas a los 50 años. Las iberoamericanas de 20 a 40 y las africanas y de Europa del este de 16 a 30 años. Aunque consumen alcohol, no parece que muestren dependencia. Muchas de las iberoamericanas están documentadas y las que no lo están de pleno derecho están en proceso de tramitación. Las mujeres africanas y las de Europa del este no suelen tener documentación española, dicen que no están mucho tiempo en el mismo lugar y van y vienen en grupos.

Año

En 1997 se iniciaron los primeros contactos, siendo en el año 1998 cuando se inicia el proyecto con el reparto de preservativos en las zonas del casco viejo donde se ejerce la prostitución. Tras este contacto se han realizado distintas actividades, atenciones y derivaciones, que continúan en la actualidad.

Persona de contacto

Pablo Villarino Torrado (Psicólogo)
Beatriz Gómez Manuel (Educadora Social)
Eva Villar Fragueiro (Trabajo Social)

Información de contacto

Cruz Roja de Ourense
C/ Díaz de la Banda, 40
32004 Ourense
Telf: 988 22 24 84 - Ext 1044. 1047
e-mail: druida@cruzroja.es

Implementación

Cruz Roja de Ourense

Recursos

Este proyecto no cuenta con recursos económicos, se desarrolla con la actividad de las/os voluntarias/os.

Los preservativos son proporcionados por la Oficina Central de Cruz Roja.

Horario de funcionamiento del programa

Actividad: los jueves de 17:00 a 19:00 horas.

Información y atención: de lunes a viernes de 10:00 a 14:00 horas.

Objetivos

1. Disminuir la aparición de nuevos casos VIH/sida en mujeres que ejercen la prostitución.
 2. Acercar el recurso al colectivo al ser muy difícil que acudan ellas a los recursos «normalizados».
 3. Identificar problemáticas añadidas a la prostitución de cara a intervenir para intentar una solución (problemáticas psicológicas y sociales).
-

Objetivos futuros:

1. Ampliar la acción a otras formas de ejercicio de la prostitución (personas, lugares...).
 2. Cubrir necesidades psicológicas y sociales más profundamente.
 3. Promover el asociacionismo.
-

Antecedentes

La población que ejercía la prostitución en Ourense, se movía dentro del casco viejo hasta que la venta de droga llegó a esta zona. Actualmente las mujeres españolas que ejercen allí la prostitución son mayores y no disponen de estudios ni de otras formas de ingresos económicos. Con el aumento de la inmigración, han llegado personas de otras culturas con necesidades diferentes y con gran problemática psicológica (desarraigo, vergüenza...) y social (falta de documentación, empleo, desconocimiento de los recursos médicos, educativos, laborales...). Al ser un colectivo estigmatizado es difícil que acudan a los recursos «normalizados» y observamos que cuando se dirigían a nosotros lo hacían por otros motivos, no se identificaban como personas que ejercían la prostitución, quedando muchas lagunas en su atención. Ahora la prostitución se ha extendido a otras zonas de la ciudad y dado que carecemos de recursos económicos quedan fuera de nuestro alcance. A pesar de ello, algunas mujeres que han cambiado su lugar de ejercicio de la prostitución nos realizan demandas de atención.

Actividades principales

- Reparto de preservativos semanalmente y folletos informativos.
 - Información y orientación sobre recursos sociales que puedan mejorar su situación.
 - Identificación de problemáticas y seguimiento en los casos pertinentes.
 - Talleres sobre «sexo más seguro». Están divididos en 4 sesiones de 3 horas cada una ellas y se trabajan los siguientes temas: fisiología masculina y femenina, transmisión y prevención de VIH/sida, anticoncepción, habilidades de negociación del uso del preservativo y recursos sociosanitarios. La asistencia a los talleres se remunera económicamente cuando se reciben subvenciones para su desarrollo.
-

Resultados 2002

- Personas atendidas: 73 mujeres
- Visitas semanales a los locales donde se ejerce la prostitución alcanzando a 55 mujeres.
- Distribución de preservativos y lubricantes: semanalmente, 200 y 70 unidades respectivamente.
- Atención directa social con seguimiento constante: 5 mujeres
- Derivación a servicios: 10 mujeres
- Talleres de sexo más seguro: 2 con participación de 12 mujeres en cada uno de ellos.
- Hemos conseguido que parte de estas mujeres aumenten su nivel de confianza hacia el proyecto, lo que repercute a la hora de consultar y nos permite atenderlas o derivarlas del mejor modo posible, haciendo que se acerquen más a los recursos y tiendan a la «normalización».

Evaluación

La evaluación es la que nos verbalizan las mujeres: necesitan más información, un número más alto de preservativos, espacios confidenciales en donde realizar sus consultas sin necesidad de salir del lugar donde ejercen la prostitución y una mayor identificación por parte de las personas que les atienden (de qué organización son, qué hacen allí).

Experiencias aprendidas

- Es escasa la intervención llevada a cabo, se queda corta a la hora de realizar intervenciones individuales y efectivas, limitándonos en muchos casos a la intervención del momento y en pocos a un seguimiento efectivo.
- Son necesarios más recursos, sobre todo disponer de un espacio confidencial al que puedan acceder más personas y no sólo las que están en el casco viejo.
- Es preciso adaptar folletos informativos a mujeres extranjeras, y utilización de material específico. En la actualidad nos hemos puesto en contacto con organizaciones de otras comunidades para conocer el material específico y adaptado para la población inmigrante.

Otros comentarios

Problemas detectados:

- Dentro del colectivo de mujeres que ejercen la prostitución: Cambio de costumbres de los clientes que empiezan a acudir a nuevas zonas, lo que implica un grave descenso de los ingresos económicos de estas mujeres; hijos a cargo y desconocimiento de los recursos socio-sanitarios. En la población inmigrante se suman los problemas con el idioma y la documentación.
- A la hora de desarrollar el proyecto: La inexistencia de un presupuesto económico impide acudir a las zonas a donde se está desplazando el ejercicio de la prostitución (clubs de carretera, pisos privados, zonas del extra-radio). Tampoco disponemos de una oficina cercana al casco viejo ni de una unidad móvil que nos permita el desplazamiento a los lugares de ejercicio de la prostitución. Por estos motivos se pierden contactos y la escasa/nula confidencialidad limita el acercamiento de las mujeres y una óptima actuación.

- Son bastantes las organizaciones que se acercan a estas mujeres en el casco viejo, quedando descubiertas otras personas que ejercen la prostitución en otros lugares de más difícil acceso. Esto da lugar a confusión en unos casos y a desconfianza en otros. Es necesaria una mayor coordinación con las organizaciones que trabajan en el mismo ámbito: Comité Antisida, Alecrín, Médicos del Mundo y los Servicios Sociales del Concello de Ourense.

MÉDICOS DEL MUNDO. Madrid

Nombre

Programa de Atención Social y Sanitaria a Personas que ejercen Prostitución.

Comunidad Autónoma

Madrid.

Área

Personas que ejercen la prostitución: mujeres, transexuales.

Año

Inicio en 1993. En la actualidad continúa desarrollándose.

Persona de contacto

Cristina Vírseda.

Información de contacto

Dirección de correo postal:

Teléfono: 91 315 60 94

Fax 91 315 67 15

E-mail: cristina.virseda@medicosdelmundo.org

Implementación

Medicos del Mundo. Sede Territorial de la Comunidad de Madrid.

Recursos

- **Recursos Económicos:** Caja Madrid (60 000 €), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (16. 828, 34 €), Ayuntamiento de Madrid (50 000 €), Plan Nacional sobre Sida (33. 000 €), Comunidad de Madrid (28 000 €), Financiación Propia (39. 634, 80 €).
- **Recursos Materiales:** Una unidad móvil y un centro
- **Recursos Humanos:** 1 coordinadora, tres educadores/as y voluntarios/as en su mayoría sanitarios/as

Horario de funcionamiento del programa

Unidad móvil: 20 horas

Centro: miércoles de 16:00 - 19:00

Objetivos

1. Disminuir la incidencia y prevalencia de VIH/sida e ITS en personas que ejercen prostitución.
 2. Favorecer cambios de comportamiento para prevenir las infecciones de VIH/sida e ITS.
 3. Favorecer la integración sociosanitaria y psicosocial de las personas que ejercen prostitución.
-

Antecedentes

A consecuencia de la aparición de la epidemia del VIH en España se inician proyectos de atención a personas con conductas de riesgo desde un enfoque de reducción del daño. Médicos del Mundo comienza a ejecutar proyectos que atendían en un principio a usuarios/as de drogas (1992), para posteriormente atender a personas que ejercían prostitución (1993). En la actualidad las personas que ejercen prostitución son en su mayoría personas inmigrantes: Médicos del Mundo además de prestar atención a las necesidades derivadas de la gestión de su salud atiende otras necesidades sociales derivadas de la migración.

Actividades principales

- Educación para la salud.
- Talleres de sexo seguro y prevención de ITS, VIH/sida.
- Entrega de material preventivo.
- Asistencia sanitaria (salud sexual y reproductiva).
- Educación de pares.
- Derivaciones al sistema público social y sanitario.

La atención sanitaria se encarga de la detección de anticuerpos de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, tratamiento sindrómico de las ITS, y vacunación de tétanos, hepatitis y difteria, y administración de anticoncepción de emergencia inyectada y oral.

Las actividades son realizadas por los/as educadores de calle, voluntarios/as sanitarios/as y educadoras de pares (tres transexuales y una mujer subsahariana)

Para la ejecución del proyecto se utiliza una unidad móvil donde también se presta atención sanitaria y desde un centro.

Resultados (Año 2002)

- Material distribuido: 318.588 preservativos y 75.268 lubricantes.
- Personas registradas: 1.350.
- Personas atendidas en el programa de atención sanitaria que se presta desde la unidad móvil: 380.
- Atenciones realizadas desde la atención sanitaria que se presta en la unidad móvil: 1.087.
- 784 talleres de sexo seguro.

- Microbiologías: 324.
- Serologías: 363.
- Citologías: 281.
- 1 curso de formativo para educadoras de pares.
- Intervenciones realizadas por las educadoras de pares transexuales: 854.
- Intervenciones realizadas por las educadoras de pares mujeres (dos latinoamericanas y una subsahariana): 261.

Evaluación

Evaluación cuantitativa: Se recogen datos de las actividades principales: entrega de material preventivo, número de talleres realizados sobre sexo seguro, número de mensajes preventivos, número de atenciones sociales y sanitarias, número de personas, entregados para la prevención de ITS y VIH/SIDA, número de derivaciones, etc.

Evaluación cualitativa: recientemente el equipo técnico realizó un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad a 6 mujeres inmigrantes. Se trabajaron los siguientes temas: proyecto migratorio, ámbito de desarrollo del ejercicio de la prostitución, relaciones personales e integración, salud y acceso a los recursos, y sugerencias propuestas por las entrevistadas.

Lo más relevante tiene que ver con el hecho de que las personas son inmigrantes y la preocupación por realizar con éxito su proyecto migratorio, además de dedicarse a la prostitución. Una de las principales preocupaciones de las entrevistadas es su integración laboral, muy poco probable, sin una regularización administrativa. Manifiestan su mayor o menor disconformidad en trabajar en la prostitución, pero todas desean en un futuro abandonar esa actividad, la presión por el pago de las deudas que contraen cuando deciden migrar, y su preocupación por la gestión de su salud ejerciendo prostitución, además de deseos de contar con espacios donde se les permita hablar y contar con sus opiniones.

Experiencias aprendidas

- Necesidad de conocer la cultura sanitaria de otros grupos.
- Necesidad de incorporar la estrategia de educación de pares.
- Es necesario contar con las opiniones de las personas con las que se trabaja.
- Los principales obstáculos tienen que ver con el desconocimiento de la cultura sanitaria de los grupos, mujeres subsaharianas, mujeres de países del este, mujeres latinas, transexuales latinas, etc.
- Dificultades para iniciar actividades que impliquen cierta movilización de estos grupos.
- En el último año el contexto donde se desarrolla la prostitución se ha vuelto más hostil, con persecuciones de la policía y cortes de tráfico.
- Sospechas del incremento de mujeres traficadas fundamentalmente de países del Este.
- Sobre las fortalezas del proyecto, este es un proyecto consolidado en el tiempo, con un gran compromiso de los técnicos/as y de los/as voluntarios/as, y un enfoque de atención que no entra en juicios sobre la conducta de las personas.
- Se han resuelto algunos de los obstáculos derivados de las diferencias culturales incorporando la estrategia de pares en la intervención.

- Se está mejorando la recogida de datos y su sistematización.
- Esperamos poder desarrollar investigaciones que ayuden a comprender mejor a los diferentes grupos.

COMITÉ DE APOYO A LAS TRABAJADORAS DEL SEXO (CATS). Murcia

Nombre

Atención social y sanitaria a prostitutas en el municipio de Murcia.

Comunidad Autónoma

Murcia.

Área

- Personas que ejercen la prostitución (sin diferenciación de nacionalidad, sexo u opción sexual), priorizando a quienes trabajan en la calle.
- Algunas actividades van dirigidas a parejas y familiares de las Personas que Ejercen la Prostitución (PEP).

Año

Se inicia en junio 2002 y continua desarrollándose en la actualidad.

Persona de contacto

Nacho Pardo.

Información de contacto

Apartado 4584, 30080 Murcia
Teléfono 96 828 63 18
Fax 96 828 63 18
E-mail: asociacioncats@mailpersonal.com

Implementación

Comité de Apoyo a las Trabajadoras del Sexo (CATS).

Recursos

- Recursos económicos: 24.040 euros (Ayuntamiento de Murcia).
- Recursos humanos: 1 sanitaria, 1 no sanitaria, 1 mediadora y educadora de pares, 3 voluntarios.

Horario de funcionamiento del programa

Teléfono: 24 horas

Lunes a jueves: 16.00 h. a 20.00 h.

Viernes: trabajo de calle (mañana, tarde y noche)

Objetivos

1. Conocer la situación y necesidades de las prostitutas en Murcia
 2. Informar y facilitar el uso de los recursos existentes
 3. Dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias: exámenes de salud, consulta a demanda y asistencia especializada (hospital), planificación familiar e IVE, atención a adicciones, búsqueda de trabajo alternativo, permisos de residencia y trabajo, otra documentación, asesoramiento o consultas legales (abogado), pago de deudas o necesidades urgentes, guardería, denuncia de agresiones, alojamiento, cursos de formación o español...
-

Antecedentes

En la actualidad la mayoría de PEP en la calle en Murcia son inmigrantes, sin papeles, sin información ni acceso a servicios; el proyecto intenta facilitar ese acceso y al mismo tiempo conocer sus necesidades para proyectos/programas futuros.

Actividades principales

- Teléfono 24 horas
 - Salidas semanales a sus lugares de trabajo
 - Provisión de material preventivo
 - Educación para la salud
 - Facilitación para el acceso a los recursos sociales y sanitarios públicos y de ONGs
 - Apoyo para la provisión de otros servicios o actividades que puedan mejorar sus condiciones
-

Resultados (Junio - Diciembre 2002)

- Llamadas recibidas teléfono 24 horas: 97
 - N.º medio de PEP contactadas por salida: $1.235/25 = 49,4$
 - N.º de lugares visitados: 6
 - N.º preservativos: 25.460
 - N.º lubricantes: 6.116
 - N.º total PEP atendidas: 143
 - N.º parejas atendidas: 13
 - Exámenes de salud: 26
 - Consulta médica a demanda: 27
 - Gestiones y acompañamientos: 44
-

Evaluación

- Encuesta de opinión entre clientes, vecinos/as y sociedad en general
- Número de Instituciones contactadas
- N.º de reuniones realizadas
- N.º de redes en las que participamos

- N.º de llamadas recibidas teléfono 24 horas
- N.º de folletos educativos distribuidos
- N.º medio de PEP contactadas por salida
- N.º de lugares visitados
- N.º preservativos distribuidos
- N.º lubricantes distribuidos
- N.º total PEP atendidas
- N.º parejas atendidas
- N.º de exámenes de salud realizados
- N.º de consultas médicas realizadas
- N.º de usuarias que ha solicitado alternativas laborales
- N.º de usuarias en clases de español
- N.º de gestiones y acompañamientos

Experiencias aprendidas

- Necesidad de desarrollar programas de educación sanitaria dirigidos a los clientes de la prostitución.
 - Las claves del éxito del proyecto son: Presencia continuada en los lugares de trabajo de las PEP, la relación personalizada (permitido por un número de usuarias pequeño), el teléfono de contacto 24 horas y, la facilitación y el acompañamiento a otros servicios.
 - El mayor obstáculo es la falta de papeles de muchas PEP que dificulta el acceso a servicios públicos. Serían necesarias medidas legislativas especiales.
-

ASOCIACIÓN ANTARIS. CEA. Sevilla

Nombre

Prevención del VIH/sida en personas drogodependientes que ejercen la prostitución.

Comunidad Autónoma

Andalucía.

Área

Hombres y mujeres que ejercen la prostitución y son toxicómanos/as.

Año

Se inicia en 1996 y continua desarrollándose en la actualidad.

Persona de contacto

Ester Arévalo Casado.

Información de contacto

ANTARIS. CEA
C/ Santa Clara, 74 A-B
41002 Sevilla
Telf: 954 906 441
Fax: 954 904 153
E-mail: ceaantaris@terra.es

Implementación

Asociación ANTARIS en el Centro de Encuentro y Acogida.

Recursos

Subvencionado por la Delegación de Salud.

Objetivos

Prevención de VIH/sida a través de la dispensación de preservativos y el intercambio de jeringuillas.

Antecedentes

El lugar en el que se encuentra el Centro es una zona de venta y consumo de drogas, además de ejercicio de prostitución. La población atendida tiene una doble problemática, drogas y ejercicio de la prostitución.

Actividades principales

Acercamiento a recursos para:

- Mejora de la calidad de vida a través de servicio de higiene y alimentación
 - Tramitación documentación personal y cobertura sanitaria
 - Dispensación de jeringuillas y preservativos
 - Derivación a centros de salud para realización de seguimientos médicos periódicos
 - Derivación a centros de Atención a la Mujer para que puedan abandonar el ejercicio de la prostitución
 - Derivación a Centros para Drogodependientes para iniciar tratamiento
 - Concertación de citas en Departamentos de Enfermedades Infecciosas en Hospitales.
-

Resultados

N.º de preservativos: 8.776
Intercambio de Jeringuillas: 10.294

Evaluación

Dificultad de evaluar porque acuden también hombres y no todos/as ejercen la prostitución. No es un dato que se refleje en la historia clínica.

Dificultad de que permanezcan en el centro mucho tiempo. Lo hacen de forma puntual y con urgencia.

Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales
/ Colectivo FELGT / COL.LECTIU LAMBDA
PROGRAMA CHAPVIH
(Valencia)

Nombre

Programa CHAPVIH de prevención de VIH/sida e ITS en varones que ejercen la prostitución (VEP).

Comunidad Autónoma

Valencia

Área

El programa está dirigido a hombres trabajadores del sexo con hombres.

Año

Inicio en 2002

Persona de contacto

Miquel A. Fernández / Antonio Poveda

Información de contacto

FELGT – Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

Dirección de correo postal: C/ Fuencaral, 37 – 28004 - Madrid.

Teléfono: 91 604 605

Fax: 91 524 02 00

E-mail: mfernandez@felgt.org

COL.LECTIU LAMBDA

Dirección de correo postal: C/ San Dionisio, 8 - 1.^a - 46003 - Valencia.

Teléfono: 963 912 084

Fax: 963 912 084

E-mail: stopsida@colectivolambda.com

Implementación

Área Federal de Salud y VIH/sida (Dr. Vicent Bataller i Perelló) –CIPS – Centros de ITS

Recursos

Recursos económicos: 18.000 € Plan Nacional sobre el Sida

Recursos humanos: 1 coordinador programa, 3 educadores de pares, 1 educador, 4 voluntarios.

Horario de funcionamiento del programa

- Atención telefónica: lunes a viernes de 10 a 14h y de 17 a 22 h.
 - Atención personal: Lunes de 10 a 14 horas.
 - Espacios: (1 cine, 1 sauna, 1 club): miércoles, viernes y domingos: de 16 a 20. Sauna y pub los miércoles.
 - Talleres: Lunes de 20 a 22.00 horas
 - Coordinación equipo: Lunes de 18 a 20 horas
-

Objetivos

General

- Disminuir la transmisión de Hepatitis B y C, VIH/sida y otras ITS, en varones que ejercen la prostitución con otros hombres

Específicos:

- Mejorar el conocimiento de la realidad de este colectivo, y de sus necesidades socio-sanitarias, propiciando una disminución del rechazo social hacia los mismos y la puesta en marcha de medidas y actuaciones que reduzcan su vulnerabilidad y exclusión social.
 - Dar a conocer los conocimientos necesarios para provocar cambios en los comportamientos de riesgo para las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.
 - Proporcionar el material preventivo adecuado para facilitar una óptima salud sexual en este colectivo.
 - Dotar de habilidades que favorezcan el acceso a las redes de soporte social y sanitario en este colectivo, especialmente en población inmigrante.
-

Antecedentes

La relación del movimiento gbt con la prostitución ha tenido varios y muy diversos cauces a través del trabajo preventivo y de colaboración con responsables de espacios donde se ejerce la prostitución y la mayor visibilidad que el ejercicio de ésta tiene en la comunidad gay concretamente.

Actividades principales

- Atención, información y asesoramiento sobre VIH/sida y otras ITS en la sede del Colectivo Lambda.
- Formación mediadores/educadores de pares.

- Información y asesoramiento personalizado a trabajadores del sexo en sauna, club y cine sobre VIH/sida y otras ITS a través de los educadores/mediadores
- Talleres remunerados de higiene y salud sexual para trabajadores del sexo (2 horas)
- Talleres de sexo más seguro para clientes y población vulnerable (4 horas).
- Elaboración y distribución de material informativo específico sobre VIH/ITS para VEP.
- Distribución personalizada de preservativos y lubricantes en sauna, cine y club, así como en la sede de la asociación.
- Derivación a los servicios socio-sanitarios de la red pública y CIPS (Centros de información y prevención de sida e ITS).
- Tramitación cartilla sanitaria para inmigrantes.
- Reuniones de coordinación con educadores, mediadores y voluntarios del programa.

Resultados, enero-marzo 2003

Realización de 3 talleres de higiene y salud sexual. Los temas de los talleres se han adaptado para ser impartidos mediante sesiones de 2 horas aproximadamente en la sede del Col.lectiu Lambda, eminentemente participativas, con grupos de 6-8 personas máximo, que recibieron formación remunerada mediante la asistencia a un único taller por persona, hasta que se difunde a todo el grupo diana. A Septiembre de 2003, ya han realizado los talleres 83 VEP, aunque carecemos de los informes finales, por lo que sólo señalamos datos relativos al periodo enero-marzo 2003.

Durante el primer trimestre del 2003, una vez consolidado el papel de los educadores de pares, se han desarrollado tres talleres con la participación de 28 VEP distribuidos por las siguientes nacionalidades: Búlgaros (13), Argelinos (6), Rumanos (3), Marroquíes (3), Nigerianos (1), Senegaleses (1), españoles (1).

Dado que los educadores de pares han sido seleccionados de acuerdo con el área geográfica de procedencia de la población VEP, los talleres se han realizado atendiendo a estos criterios territoriales y culturales: mediador VEP árabes/africanos, mediador VEP Europa del este, mediador VEP latinos.

REGISTRO DE ACTIVIDADES. (Enero-marzo 2003)

N.º de personas contactadas por el programa por primera vez: 52

N.º de personas que acuden al programa de forma sucesiva: 16

N.º global de atenciones: 81

N.º de participantes en talleres de sexo mas seguro: 28

N.º total de lubricantes: 5200

N.º total de preservativos distribuidos: 6650

N.º de derivaciones realizadas: 46

Variables socio-demográficas: Africanos, Árabes, Europa del Este, latinos

REGISTRO DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO:

N.º de VEP que refieren consumo de drogas (6 últimos meses): 6

N.º de VEP que refieren prácticas de riesgo (6 últimos meses): 8

N.º de VEP que refieren haberse realizado la prueba del VIH: 12

Evaluación

Evaluar las modificaciones de los comportamientos de las personas que ejercen la prostitución, en este caso la prostitución masculina, como consecuencia del impacto de los programas de reducción de daños, entraña importantes dificultades metodológicas. Por un lado es necesario que transcurra un tiempo, más o menos largo, desde el comienzo de las intervenciones, hasta que se piensa que pueden empezar a producirse los cambios de los comportamientos. Por otro lado, existe la dificultad de mantener de forma constante un seguimiento individual en estos programas de baja exigencia.

1. Medida del grado de satisfacción de las personas participantes respecto a:

Actividades del programa: Los VEP contactados y gerentes de establecimientos consideran el programa interesante y útil. El propietario de establecimientos se muestra colaborador y aplaude el hecho de que se dedique un esfuerzo a este colectivo de la población.

Actuación de los profesionales: Los gerentes se muestran muy colaboradores con los profesionales y voluntarios.

Recursos del programa: Lo que más se valora por parte de los VEP, además del reparto de material preventivo en los locales de ocio (valoraciones de fuentes conocidas y por informaciones de terceras personas), es la posibilidad de tramitación de la cartilla sanitaria y los servicios de derivación a los centros de ITS. Para los clientes y las personas encargadas de los establecimientos es muy importante la distribución de material de sensibilización frente a la transmisión de ITS debido a la sensación de relajación en la práctica de sexo seguro. Las áreas de atención social y sanitaria reciben también una gran aceptación debido a la percepción que existe dentro de estos espacios de desprotección social y sanitaria de las personas inmigrantes y la escasa información sobre el cuidado en temas de salud sexual.

Los talleres de sexo más seguro han sido calificados por los participantes como de muy útiles en cuanto a la información, contenido y metodología utilizada.

2. Medida de las opiniones y grado de satisfacción de los profesionales que colaboran en el programa respecto a:

Consecución de los objetivos del programa: Hemos mejorado nuestro conocimiento de la realidad de este colectivo, y de sus necesidades socio-sanitarias, propiciando una disminución del rechazo social hacia los mismos y la puesta en marcha de medidas y actuaciones que reduzcan su exclusión social. Se han promocionado los conocimientos necesarios para provocar cambios en los comportamientos de riesgo para las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida. Se ha proporcionado material preventivo adecuado para facilitar una óptima salud sexual en este colectivo y se han procurado habilidades que favorezcan el acceso a las redes de soporte social y sanitario en este colectivo, especialmente en población inmigrante.

Actividades del programa: El desarrollo de las actividades del programa ha estado limitado. La dedicación a la planificación de las mismas ha sido más abun-

dante debido a la necesidad formativa de los participantes en el programa y la toma de contacto con todo el ámbito de actuación.

Se ha formado a tres educadores de pares y se han realizado 3 talleres de sexo más seguro con VEP en los que participaron 28 hombres (enero-marzo 2003).

3. Medida del grado de satisfacción de los mediadores.

Durante el año 2002 se ha propiciado y captado a personas interesadas en esta labor. A pesar de ello las funciones propias de esta figura han pasado durante este año por una fase de configuración que se ha materializado a partir del primer trimestre del 2003, con la incorporación de tres educadores de pares. Dado que su trabajo se está desarrollando desde hace tres meses, es difícil obtener una valoración adecuada al respecto. En todo caso cabe señalar que la continua dedicación de los educadores elegidos durante estos tres meses hace suponer un grado de satisfacción importante con el trabajo desarrollado.

4. Grado de participación de los hombres que ejercen la prostitución con hombres en el programa.

Es difícil valorar la participación de la población diana de este programa. Debemos tener en cuenta una predisposición escéptica de su contribución a nuestra labor. Aquí entra en juego la compensación por su participación. La distribución de preservativos y lubricante puede resultar un gran reclamo para su participación y una remuneración económica por tiempo dedicado a la formación en los talleres de sexo más seguro. Por lo tanto hemos partido de un criterio de compensación para obtener la participación de nuestra población diana, incorporando la tramitación de la cartilla sanitaria, lo que ha sido decisivo para su incorporación al programa.

5. Evaluación del efecto de la intervención.

Medida de la mejora en la calidad de vida de personas participantes: Este ha sido un programa que fomenta la salud. Debido a esto consideramos que nuestras acciones proporcionan a los participantes una mejora en su calidad de vida en cuanto a la percepción y noción del autocuidado y en el acceso a recursos sociales y sanitarios.

Aspectos físicos, psicológicos y sociolaborales: Inmigración en muchos casos ilegal, la dificultad del idioma para acceder a los recursos, la temporalidad de su ejercicio, la dedicación esporádica como medio de obtener un sobresueldo, la movilidad geográfica dentro de una misma ciudad y en el territorio nacional, el consumo de drogas, ludopatía, el desconocimiento de mecanismos para adquirir una salud sexual mediante la práctica de sexo más seguro, la homofobia que en muchos casos puede ser reflejo de la situación legal y social de la homosexualidad en los países de origen de parte de este colectivo, la orientación sexual del VEP con problemas de identidad sexual, la situación de cierta marginalidad que conlleva la condición de chaperos en determinados contextos socioculturales o el mantenimiento de relaciones sexuales entre hombres sin que haya una identificación gay y el tabú sobre la prostitución masculina que dificulta la autoidentificación de este colectivo y los espacios donde se ejerce.

Experiencias aprendidas

- La participación de líderes grupales de VEP que puedan ser formados como educadores de pares y mediadores es fundamental para el éxito del programa.
 - El grupo de varones que ejercen la prostitución es muy diverso en cuanto a su orientación sexual, la información y percepción del riesgo de VIH/ITS. Las diferencias culturales y de idioma nos plantearon la necesidad de trabajar por sectores culturales/idiomáticos con un educador/mediador de la región/sector
 - La movilidad es importante, aunque nuestro ámbito de intervención a través de los espacios (cine y clubs) donde los VEP son más vulnerables hace que esta movilidad se produzca internamente (por diferentes espacios de trabajo en la misma ciudad) y externamente.
 - La asistencia a talleres ha sido alta debido en gran medida al pago (25 €), y al trabajo realizado por los educadores de pares (50 € semanales). Este hecho y los recursos limitados nos han obligado en alguna ocasión a tener lista de espera para participar en los talleres.
 - Hemos encontrado buena aceptación del programa en la sauna, un club y apoyo por parte de los responsables del cine porno, consiguiendo que haya papel y condiciones higiénicas mínimas en los servicios del cine (lugar donde se produce mayormente las relaciones sexuales).
 - Es importante ofrecer servicios para atender las demandas de los VEP. La tramitación de la cartilla sanitaria ha sido clave para generar confianza en el grupo diana.
 - Hemos detectado un importante índice de ludopatía en los VEP del programa.
 - Las dificultades previstas, por desarrollar el trabajo desde una organización gay y en los locales de la misma, han sido superadas de forma exitosa al incorporar al programa servicios para VEP y por el trato humano y respetuoso con el que los voluntarios y profesionales participantes en el programa desarrollan su labor con los VEP.
 - Es necesario incorporar a los talleres aspectos relativos a la higiene personal.
 - El único club de VEP que nos ha impedido trabajar el programa o distribuir información era un espacio asociado al tráfico de drogas.
 - Las dificultades económicas y la situación de «sin papeles» es la razón principal de recurrir a la prostitución por parte de los usuarios del programa.
-

10. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO, CDS Global prevalence and incidence of selected curable STI.
2. Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida. España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. www.msc.es/sida
3. Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida. Indicadores. España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. www.msc.es/sida
4. Enfermedades de Transmisión Sexual. Centro Nacional de Epidemiología. España, 2002 www.cne.isciii.es
5. Seroprevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. Med Clin (Barc) 2002; 119:249-51.
6. Estudi sobre treball sexual masculí. Àmbit Prevenció. Barcelona 1999-2000.
7. Estébanez P, Zunzunegui MV, Aguilar MD, Colomo C, Rua-Figueroa M, Fitch K, et al. A demographic and Health survey of Spanish female sex workers: HIV prevalence and associated risk factors. J Biosoc Sci 1998;30:365-379.
8. The EPI-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. Sex Transm Infect 2002;78:250-254.
9. Belza M. J., Llácer A., Mora R., Castellano E., Morales M., Noguera I., De la Fuente L. Conductas de riesgo para la transmisión del VIH en los colectivos de travestis/transexuales y de hombres que ejercen la prostitución en la calle. Gaceta Sanitaria 1999; 90: 9110-9110.
10. Belza M. J., Llácer A., Mora R., Morales M., Castilla J., de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. AIDS Care 2001; 13:677-682.
11. Estébanez P., Rodríguez M. A., Rodrigo J., Ramón P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. Estudio financiado por FIPSE, 2002. Expediente 2065/99.
12. Educación inter pares y VIH/sida. ONUSIDA/99.46S, Septiembre 2000.
13. Piot P., Coll Seck A. M. International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success. Bull World Health Organ 2001; 79(12): 1106-12.
14. Ghys P.D., Jenkins C., Pisani E. HIV surveillance among female sex workers. AIDS 2001 Apr; 15 Suppl 3: S33-40.

15. Coughlan E., Mindel A., Estcourt C. S. Male clients of female commercial sex workers: HIV, STDs and risk behaviour. *Int J STD AIDS* 2001 Oct; 12(10): 665-9.
16. Voeten H. A., Egesah O. B., Ondiege M. Y., Varkevisser C. M., Habbema J. D. Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya: a core group in STD/HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2002 Aug; 29(8): 444-52.
17. Jivasak-Apimas S., Saba J., Chandeying V., Sakondhavat C., Kiriwat O., Rugpao S., Rojanapithayakorn W., Fontanet A. L. Acceptability of the female condom among sex workers in Thailand: results from a prospective study. *Sex Transm Dis* 2001 Nov; 28(11): 648-54.
18. Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. *MMWR*. 1988; 37(9): 412-17.
19. Trussell J., Sturgen K., Strickler J., Dominik R. Contraceptive efficacy of the Reality female condom: comparison with other barrier methods. *Family Planning Perspectives*, 1994; 26 (2).
20. Fontanet A. L., Saba J., Chandeying V., Sakondhavat C. et al. Increased protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom. United Nations Programme on HIV/AIDS.
21. Magalhes J., Luspa A. S. R., Costa S., Barbosa R. M., Guarabyra A. S. D., Amaral E. Female condom use among HIV infected women: a prospective study. Abstract [TuOrD1234] XIV International Conference on AIDS. Barcelona, 2002.
22. Fitch J. T., Stine C., Hager D., Mann J., Adam M. B., Mcilhaney J. Condom effectiveness: factors that influence risk reduction. *Sexually Transmitted Diseases* 2002; 29(12): 811-817].
23. Messiah A., Dart T., Spencer B., Warszawski J., and the French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF). Condom breakage and slippage during heterosexual intercourse: A French national survey. *Am J Public Health* 1997; 87(3): 421-4.
24. Can you rely on condoms? *Consum Rep*. 1989; 54(3): 135-141.
25. Kaplan E. H. Modeling HIV infectivity: must sex acts be counted?. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1990; 3: 55-61.
26. Boldsen J. L., Jeune B., Madsen P. C. Aspects of comfort and safety of condom. A study of two thousand intercourses among volunteer couples. *Scand J Soc Med*. 1992; 20(4): 247-52.
27. De Wit J., De Vroome E., Van Griensven G., Sandfort T. Failure rate of condoms among gay men. *Int Conf Aids*. Amsterdam. Julio 1992.(Resumen PoD 5178).
28. Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention, 2001. www.niad.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf
29. López de Castro F., Lombardía Prieto J., Rodríguez Alcalá F. J. Anticoncepción de emergencia. *SEMERGEN*, 2001;27: 350-357.
30. Emergency contraception. *Ann Intern Med*. 2002;137: 180-189.
31. Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH, 2000. www.msc.es/sida/asistencia.
32. Van Damme L., Ramjee G., Alary M., Vuylsteke B., Chandeying V., Rees H., Sirivongrangson P., Mukenge-Tshibaka L., Ettiègne-Traoré V., Uaheowitchai C.,

-
- Abdool Karim S. S., Mâsse B, Perriëns J., Laga M., on behalf of the COL-1492 study group*. Effectiveness of COL-1492, a nonoxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2002;360: 971-977.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 52 (No. RR-6)
34. WHO/OMS: Guidelines for the management of Sexually Transmitted Infections. 2002. www.who.int/HIV_Aids/STIcasemanagement

II. GLOSARIO

Este glosario ha sido elaborado principalmente a partir de las siguientes fuentes:

- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
- Moral, Xavier. Glossari Bàsic per a persones afectades per l'HIV/sida. Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2002.
- HIV/AIDS Treatment information service. US Department of Health and Human Services. Glossary of HIV/AIDS-Related Terms. 3.^a edición, 1999.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care of Australia. Changes and Challenges. National HIV/AIDS Strategy 1999-2000 to 2003-2004. Commonwealth of Australia, 2000.
- Centers for Disease Control. Evaluating CDC-Funded Health Department HIV Prevention Programs. Glossary of Terms. Atlanta, 2000.

Abolicionismo

Doctrina del que procura dejar sin efecto o suprimir una ley o costumbre. En el caso de la prostitución, pretende abolirla o prohibirla por considerarla una forma de esclavitud.

Anal

Relativo o perteneciente al ano o a la zona próxima al ano. Dícese de la práctica sexual en la que el ano es uno de los elementos de la relación; en el caso de la relación coital no protegida (sin preservativo) y con microlesiones puede suponer una vía de transmisión del VIH.

Annilingus

Práctica sexual consistente en la estimulación del ano o de la zona perineal con la lengua y los labios. Puede ser causa de la transmisión de hepatitis, verrugas y, en caso de lesiones sangrantes o microlesiones, también del VIH. Coloquialmente beso negro.

Anticuerpo

Proteína sintetizada por las células plasmáticas como respuesta a la presencia de determinados antígenos o elementos extraños a la sangre. La infección por VIH provoca la creación de anticuerpos en la sangre por parte del organismo, que son detectables gracias al test ELISA y al Western Blot (los más usuales), y que sirven para determinar el estado serológico y saber si una persona es seropositiva. También se suele representar con la sigla Ac.

Antígeno

Sustancia que el organismo reconoce como extraña (por ejemplo, el VIH) que puede inducir una reacción como la creación de anticuerpos para combatir su presencia. Se representa con la sigla Ag.

Antirretroviral

Agente farmacológico activo frente a los retrovirus. En este contexto, cualquier medicación para inhibir el proceso por el que se reproduce el VIH.

Asintomático

Que no tiene síntomas.

Bacteria

Clase de microorganismo unicelular, de formas muy variables que puede vivir en medios como la tierra, el agua u organismos vivos, o como parásitos vivos del ser humano. Son causa de múltiples enfermedades.

Candidiasis

Infección producida por la proliferación de cándidas, especialmente por la *Candida albicans*, género de hongo que forma parte de la flora normal de la piel y de las mucosas, principalmente en la boca, la faringe, los intestinos y el aparato genital. Se suele manifestar cuando el organismo padece un desequilibrio a causa de un antibiótico o de condiciones de debilidad como la producida por un estado de inmunodepresión como el que produce el VIH.

Carga viral

Prueba de laboratorio que mide la cantidad de virus por milímetro cúbico de sangre.

Centros de ETS

Clínicas especializadas en enfermedades de transmisión sexual que atienden de forma gratuita, inmediata y confidencial.

Chapero

Nombre para los prostitutos masculinos que ofrecen sus servicios a homosexuales.

Citología

Prueba diagnóstica que se efectúa a partir del estudio de una muestra de células. Detecta precozmente el cáncer y otras anomalías del aparato genital femenino, especialmente del cuello del útero.

Coito

Acto sexual consistente en el acoplamiento de dos personas (una de las cuales masculina) mediante la introducción del pene de una de ellas en una cavidad de la otra. Según la cavidad, el coito puede ser vaginal, anal u oral. Según se actúe o no con el pene, el coito puede ser insertivo o receptivo respectivamente.

Condón

Expresión coloquial para referirse al preservativo. Véase **preservativo**.

Conducta o comportamiento de riesgo

Manera de actuar en la que se producen situaciones de riesgo de transmisión del VIH. Véase también **práctica de riesgo**.

Confidencialidad

Mantenimiento en secreto de las informaciones y datos que identifican al individuo. La confidencialidad es un principio a observar en toda práctica médica, si bien en algunas pruebas como las de detección de anticuerpos éstas pueden ser anónimas como garantía absoluta de la confidencialidad.

Contagio

Transmisión de una enfermedad infecciosa de un animal o una persona a otro animal o a otra persona, que se produce básicamente por mediación del aire, del agua, de los alimentos, de un objeto infectado, etc., previamente expuesto al contacto con la persona infectada o el germen.

Counseling

Conjunto de medidas para orientar, ayudar, informar, asistir a una persona, darle apoyo, tratar un estado emocional, etc. Pueden ser un profesional sanitario (médico/a, enfermero/a) y un paciente o dos personas de características/circunstancias similares, lo que se llama *entre pares*. En este contexto, cuando se informa del resultado de la prueba del VIH. Por ejemplo, a un seropositivo, de forma que pueda llegar a entender mejor, resolver y afrontar los problemas que le afectan (personales, sociales o psicológicos) como consecuencia de su seropositividad. A un seronegativo, de forma que valore adecuadamente su riesgo de infección y adopte las medidas preventivas necesarias.

Cuarto oscuro

Espacio o habitación, generalmente situado en el interior de locales de encuentro homosexual como bares o discotecas, donde se practica sexo de forma anónima. Suelen estar poco iluminados y desprovistos de elementos decorativos o accesorios, exceptuando aquellos situados en locales donde se practica el sexo duro (bares «Eláter» o s/m) en los que puede aparecer elementos favorecedores para ciertas prácticas (slings, bancos, bañeras...). El acceso al cuarto oscuro no suele estar indicado, pero un marco de puerta sin iluminar o una tela o cortina pueden ser indicativos de su localización.

Cunnilingus

Estimulación de los genitales femeninos por contacto con la lengua o los labios. Aunque existe alguna evidencia de que la transmisión del VIH puede ocurrir, está entre las prácticas sexuales de menor riesgo.

Cultura

Patrones de conducta y de pensamiento adquiridos, característicos de grandes grupos sociales, total o parcialmente autónomos. Estos patrones describen los valores, normas, actitudes, roles y estatus sociales, las relaciones interpersonales y familiares y la conducta personal de los miembros de una determinada cultura. También definen el comportamiento que se espera de los demás. La cultura se expresa y se refuerza a través de una lengua compartida, de la identidad de grupo, de la religión, del folclore, de las instituciones sociales y legales, de las tradiciones, de las costumbres, de la historia y de las artes.

Culturalmente adaptado

Término empleado para describir las actividades y programas que tienen en cuenta las costumbres y las creencias de un determinado grupo social, de forma que dichos programas y actividades sean aceptables, accesibles, convincentes y tengan sentido para ese grupo.

Dental dam

Trozo delgado de látex (goma), de diversos tamaños y grosor similar al del preservativo masculino que se utiliza como método de barrera para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS. Con este mismo fin se puede utilizar plástico de envolver alimentos (no el de microondas).

Derivación

Proceso mediante el cual se pone en contacto a un individuo que tiene una determinada necesidad con los servicios que pueden atenderla, generalmente en otro centro.

Discriminación, relacionada con el VIH/sida

Cualquier trato desfavorable que recibe una persona supuesta o confirmadamente infectada por el VIH. Incluye también la discriminación producida por pertenecer a determinados grupos que generalmente se asocian al VIH/sida.

Educación para la salud

Forma de comunicación destinada a mejorar los conocimientos de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Educación entre pares

Miembros de un grupo determinado actúan para producir cambios en los conocimientos, actitudes, prácticas y/o comportamientos de otros miembros del mismo grupo. En el caso concreto de las PEP, la o el educador de pares sería una persona que ejerce la prostitución, líder dentro del grupo, que intenta propiciar cambios a

nivel individual, tratando de modificar positivamente las creencias, actitudes o comportamientos de otras personas que ejercen la prostitución.

ELISA

Acrónimo del inglés *enzyme-linked immunosorbent assay*, equivalente a enzimoimmunoanálisis (EIA). Se utiliza para la detección de anticuerpos del VIH en la sangre. El test ELISA es el más empleado (si bien no el único) en primer lugar en las pruebas de detección. En caso de dar resultado positivo requiere una confirmación ulterior con otro test, que suele ser el Western Blot.

Esperma

Fluido corporal producido por el hombre de color blanquecino, que es expelido en la eyaculación, compuesto de espermatozoides y líquido seminal. También se denomina semen. Es uno de los fluidos corporales transmisores del VIH.

Espermicida

Sustancia administrada en cremas, pomadas, cápsulas, etc., que destruye los espermatozoides y sirve como anticonceptivo. No evita las ETS ni el VIH.

Estado serológico

El resultado, positivo o negativo, de una prueba de laboratorio para detección del VIH.

Estigmatización

Rechazo, condena a una persona o grupo de personas, como es el caso de muchas personas infectadas por el VIH o con sida, recriminadas por suponerles unas conductas consideradas amorales como las drogodependencia o la homosexualidad pero sin que se tenga ningún otro conocimiento que el de su seropositividad.

Evaluación de un programa

Valoración del grado en que las acciones de un programa alcanzan los objetivos planteados.

Exposición al VIH

Situación o práctica en la que ha habido posibilidad de infección por el VIH, sin que eso implique que haya habido infección o transmisión del virus.

Eyaculación

Emisión con fuerza de un fluido corporal, especialmente esperma o semen, por estimulación del órgano genital masculino.

Factor de riesgo

Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

Felación

Práctica de sexo oral consistente en la estimulación del miembro viril masculino por acción de la lengua o los labios, y su succión. Aunque existen algunas evidencias de que la transmisión del VIH puede ocurrir, está entre las prácticas sexuales de menor riesgo siempre que no se tengan o se produzcan heridas bucales sangrantes (en-cías, por ejemplo) ni contacto con el esperma. Coloquialmente mamada.

Hacerse la prueba

Someterse una persona a la realización de la prueba de detección de anticuerpos del VIH para saber su estado serológico y, luego, si hay infección por el VIH.

Fluido corporal

Líquido que el cuerpo produce naturalmente, como puede ser la orina, la saliva, el semen, la sangre o las secreciones vaginales, de los cuales solamente los tres últimos son capaces de transmitir el VIH.

Fluido vaginal

Véase **secreción vaginal**

Género, obstáculos de

Roles tradicionales de género que contienen posiciones de poder-subordinación entre hombre y mujer y ponen a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad y riesgo para infectarse, por incapacitarlas para tomar las medidas preventivas necesarias para evitar la infección por el VIH. Ejemplos de ello son la incapacidad para decir no a una relación sexual sin protección, o la creencia en que el amor romántico exige una entrega total, en la que no cabe protegerse.

Heterosexual

Hombre o mujer que tiene relaciones sexuales con personas del otro sexo.

Homosexual

Hombre o mujer que tiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

Implementar

Desarrollar o llevar a cabo un programa o actividad mediante un procedimiento o plan definido previamente.

Incubación

Período de tiempo que transcurre entre el momento de la infección o el contacto con el elemento patógeno y el de la aparición de la sintomatología o primeras manifestaciones patológicas. El período de incubación es variable, según las enfermedades de que se trate, si bien durante este período la persona afectada puede ser transmisora de la infección a otras personas.

Indicador de salud

Es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un indivi-

duo o población. Se pueden utilizar para definir problemas de salud pública, para indicar los cambios en el nivel de salud, y para evaluar en qué medida se están alcanzando los objetivos de un programa.

Infección

Introducción de un elemento patógeno en el organismo (bacteria, virus, hongos, etc.,) que puede causar una enfermedad.

Infección de transmisión sexual. ITS

Infección susceptible de ser transmitida por contacto o prácticas sexuales. Cuando ya aparecen los síntomas se le llama enfermedad de transmisión sexual (ETS), como la gonorrea, la sífilis o el VIH. También se expresa con las siglas ITS.

Inmune

Se dice de la persona resistente a una infección o intoxicación concreta.

Inmunización

Protección contra una enfermedad infecciosa mediante la vacunación.

Intervención

Actividad o conjunto de actividades específicamente dirigidas a reducir el riesgo de infección por VIH en un grupo de población determinado, utilizando una estrategia común para transmitir el mensaje preventivo. Una intervención debe tener objetivos de proceso y de resultados definidos y un protocolo que detalle los pasos que va a implementar.

Intervención conductual

Aquella que tiene por objetivo el cambio de conductas individuales, sin pretender cambiar de manera explícita o directa las normas sociales de una comunidad. Ejemplos típicos son la educación para la salud y el consejo o asesoría para la reducción de riesgos.

Intervención comunitaria

Programa destinado a una comunidad determinada (personas que ejercen la prostitución, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, inyectores de drogas...), con el fin de incrementar el apoyo que da la comunidad a aquellas conductas que reducen el riesgo de infección por el VIH. Trata de reducir las conductas de riesgo cambiando las actitudes, normas y prácticas mediante la movilización y la organización de la comunidad y mediante acontecimientos comunitarios.

Intervención grupal

Programa de educación para la salud y reducción de riesgos destinada a grupos que pueden ser de diverso tamaño. Incluye una amplia gama de métodos de información, educación, desarrollo de habilidades y apoyo.

Intervención individual

Consejo o asesoramiento sobre educación para la salud y reducción de riesgos que se proporciona individualmente. Ayuda al individuo a planificar cambios de conducta individuales y a evaluar de forma continua su propio comportamiento.

Látex

Producto semisintético elástico, de goma empleado, principalmente en la producción de preservativos. Impide el paso del VIH y la propagación de la infección por este virus.

Lesbiana

Mujer homosexual.

Lesión

Alteración de caracteres anatómicos o histológicos de un órgano o tejido, resultado o síntoma de una enfermedad o acción patógena (pero no es la causa). Herida, llaga, tumor, nódulo en la piel o en alguna otra parte del cuerpo.

Líquido preseminal

Fluido corporal segregado por el hombre instantes antes de la eyaculación. No se tiene la certeza de que este fluido, a diferencia del seminal, pueda contener VIH.

Líquido seminal

Fluido corporal que forma parte del esperma y en el cual los espermatozoides están en suspensión. El líquido seminal puede transmitir VIH.

Lubricante/lubrificante

Substancia untuosa que sirve para facilitar el contacto entre superficies sin que se produzca abrasión o fricción. Especialmente se emplea en los coitos de tipo anal para facilitar la penetración. Los lubricantes grasos pueden deteriorar los preservativos, por lo que se deben usar lubricantes hidrosolubles.

Masturbación

Práctica sexual consistente en la estimulación manual de los órganos sexuales de uno mismo o de una pareja para llegar al orgasmo, sin coito. No es una práctica de riesgo de contagio por el VIH.

Microbicida

Agente químico o antibiótico que destruye los microbios. Actualmente se investiga el uso de microbicidas de uso vaginal y rectal para inhibir la transmisión de ETS, incluyendo el VIH.

Microbio

Organismo microscópico, de carácter patógeno para el cuerpo, como son las bacterias, los hongos, los protozoos o los virus.

Microlesión

Lesión de dimensiones muy reducidas, a veces imperceptible a simple vista, que facilita la transmisión del VIH.

Mucosa

Membrana que cubre el interior de los órganos vacíos que comunican con el exterior, como el tubo digestivo, el aparato urinario, reproductor, etc.

Outreach

Véase **programas de acercamiento**.

Pene

Órgano genital masculino, que en erección sirve para la realización de un coito y la consecución de placer sexual. También se denomina falo y polla.

Penetración

Movimiento por el cual un cuerpo (habitualmente el pene) se introduce en el interior de otra cavidad u organismo. Acto sexual o coito.

PEP

Siglas de persona que ejerce la prostitución. También sigla de la locución inglesa *Post Exposure Prophylaxis* (profilaxis post exposición).

Perianal

Dícese de la zona cercana al ano o que lo rodea.

Período ventana

Tiempo que transcurre desde que se produce la infección por VIH hasta que es detectable en los análisis (seroconversión).

Población diana

Grupo de personas al que pretendemos alcanzar mediante una actividad o intervención. A menudo se los define basándose en un conjunto de características comunes como la edad, el sexo, minorías étnicas, un factor o conducta de riesgo o una determinada localización geográfica.

Portador-a

Persona seropositiva o enferma de sida, tanto sintomática como asintomática, y por tanto susceptible de transmitir el VIH en prácticas de riesgo.

Práctica de riesgo

Práctica o conducta a partir de la cual se puede producir la infección por VIH, en transmisión horizontal, como el uso de drogas por vía intravenosa, el uso compartido de jeringuillas para inyección o las relaciones sexuales sin preservativo, en que se puede producir contacto con sangre u otros fluidos corporales (semen y secreciones vaginales) infectados.

Preservativo

Funda con que se cubre el órgano genital (habitualmente el masculino, si bien también puede ser el femenino), para prevenir enfermedades de transmisión sexual, el VIH/sida o bien evitar el embarazo. El preservativo masculino suele ser de látex (goma), aunque también existen de poliuretano (plástico) para casos de alergia al látex. El preservativo femenino es siempre de poliuretano. También se denomina **condón**.

Prevalencia

Término que indica la proporción de afectados de una determinada enfermedad de un área geográfica o social, en un momento dado o en un período de tiempo determinado.

Prevención de la enfermedad

Medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Profilaxis postexposición

Tratamiento antirretroviral consistente en una combinación de tres o más fármacos que se administra a una persona antes de las 72 horas posteriores a la posible exposición al VIH, para prevenir la infección, independientemente de tener constancia fehaciente o no de haberse producido. Habitualmente se conoce por las siglas inglesas PEP.

Programas de acercamiento

Intervenciones que se ofrecen en el lugar donde se ejerce la prostitución o en aquellos lugares donde acuden las PEP. La diferencia con otros programas sanitarios es que no se espera a que las PEP acudan a los servicios y recursos existentes, sino que trata de ofrecer estos servicios de la manera más accesible a la población diana, minimizando las barreras existentes para su participación. También llamados **outreach**.

Programa/proyecto

Conjunto organizado, sistematizado, coherente e integrado de actividades y servicios, que se realizan simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar unos objetivos determinados, previamente definidos y relacionados con la prevención de nuevas infecciones por el VIH, para una población definida. No se consideran programas las actividades ocasionales, actuaciones puntuales o a demanda (Ej.: distribución puntual de material informativo, realización de un taller aislado de sexo seguro, charlas informativas esporádicas, etc...).

Promoción de la salud

Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Proxeneteta

Persona que facilita la prostitución de otra y comparte ganancias. Coloquialmente chulo.

Reducción de daños

Programas y actividades que tratan de reducir las consecuencias negativas asociadas al uso de drogas y, por extensión, a cualquier otro hábito o comportamiento de riesgo. Es uno de los principios estratégicos del Plan Nacional sobre el Sida. Pretende mejorar la situación de salud, social y económica tanto del individuo como de la comunidad.

Reinfectarse

Volver a entrar en contacto con el VIH que, por su gran capacidad de mutación y variabilidad, hace que pueda haber en el organismo cepas virales diversas, con resistencias diversas y sensibilidad fenotípica también diferente.

Salud pública

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Secreción vaginal

Fluido corporal segregado en el interior de la vagina que puede transmitir el VIH.

Semen

Véase **esperma**.

Seroconversión

Paso de un estado seronegativo a uno seropositivo respecto al VIH, en el que se detectan anticuerpos del VIH en el plasma.

Serodiscordante

Se dice de la pareja en la que uno está infectado por el VIH y el otro no.

Seronegativo al VIH

Persona que no tiene anticuerpos del VIH en la sangre y que no está infectada. También se dice VIH-

Seropositivo al VIH

Persona que tiene anticuerpos del VIH en la sangre y que está infectada. También se dice VIH+.

Sexo oral

Práctica sexual efectuada con intervención de los órganos bucales, como son los labios y la lengua (por ejemplo, la felación), de bajo riesgo de transmisión del VIH o sin riesgo, mientras en ella no haya lesiones ni contacto de fluidos corporales transmisores del VIH. También denominado francés.

Sexo seguro/sexo más seguro

Actividad sexual sin intercambio de fluidos corporales como el semen, fluido vaginal o sangre. También, conjunto de prácticas sexuales en las cuales se toman medidas para evitar la transmisión o el contagio por el VIH y otras ETS.

Síntoma

Indicio o fenómeno revelador de una enfermedad.

Teléfono rosa

Teléfono gratuito de información sobre VIH y asuntos relacionadas gestionado por y para homosexuales.

Tolerancia de la prostitución

Doctrina de los que pretenden regularizar mediante derechos y deberes laborales la prostitución entre adultos.

Trabajo en red

Agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

Transmisión horizontal

Vía de infección o de transmisión del VIH que se produce entre dos personas por vía sexual o por compartir jeringuillas infectadas. Es diferente de la transmisión vertical que se produce de madre a hijo.

Transmisión parenteral o intravenosa

Vía de transmisión y contagio del VIH por el uso compartido de una jeringuilla que ha estado en contacto con sangre infectada por el VIH de una persona que se inyecta drogas.

Transmisión perinatal

Véase **transmisión vertical**.

Transmisión sexual

Vía de infección o de transmisión del VIH que se produce a partir de prácticas de riesgo en las relaciones sexuales, en las cuales se produce un contacto de sangre con sangre, de semen con semen o de secreciones vaginales con sangre, a menudo facilitada por microlesiones no siempre perceptibles visualmente.

Transmisión vertical

Vía de infección o de transmisión del VIH que se produce de una madre seropositiva a su recién nacido, durante o justo antes del parto.

Transexual

Persona nacida fisiológicamente con un sexo que, por motivos de orden psicológico o de otros, se siente del sexo contrario y por eso realiza un cambio de sexo con intervención quirúrgica y/o un tratamiento hormonal.

Travesti

Persona a quien le gusta vestirse con ropa del sexo opuesto. El travesti no es necesariamente homosexual.

UDI

Usuario de drogas inyectadas.

UDVP

Usuario de drogas por vía parenteral.

Vagina

Parte del aparato genital femenino desde el útero hasta el final de la vulva.

Verruga

Tumoración epidérmica, pequeña, causada por el virus del papiloma humano. Las verrugas son transmisibles.

Vía de transmisión

Manera, práctica o comportamiento a partir del cual la infección por VIH puede contagiarse de una persona a otra. Las vías de transmisión del VIH son la sexual, la sanguínea o parenteral y la transmisión madre-hijo/a.

VIH

Virus de la inmunodeficiencia humana.

Virus

Agente infeccioso submicroscópico compuesto de una molécula de ácido nucleico (ARN o ADN), envuelta por una cobertura proteica (cápsula) que actúa como un parásito celular, ya que por su multiplicación necesita los ribosomas o enzimas de la célula que infecta. Su sistema de multiplicación se basa en la duplicación de su ARN o ADN.

Vulnerabilidad

Incapacidad de un individuo o comunidad para controlar su riesgo de infección. Está determinada por factores personales, sociales y económicos y por el acceso a la información y a los servicios pertinentes. Son especialmente vulnerables en algunos contextos las mujeres, las personas que no han tenido acceso a la educación y las personas socialmente excluidas. Las intervenciones para reducir la vulnerabilidad pueden ser individuales, comunitarias o sociales.

Vulva

Conjunto de órganos genitales externos femeninos.

Western Blot

Prueba de detección de anticuerpos del VIH, más compleja y fidedigna que el test ELISA, que se realiza para la confirmación de los resultados del test ELISA, cuando estos indican seropositividad.

12. ANEXOS

ANEXO I

- A. MODELO DE PLANTILLA. CONTACTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR EL PROYECTO.
- B. MODELO DE PLANTILLA. INFORME DE ACTIVIDAD DEL PROYECTO DE ACERCAMIENTO Y EDUCACIÓN ENTRE PARES

ANEXO II

RECOMENDACIONES PARA UN CORRECTO USO DEL PRESERVATIVO MASCULINO DE LÁTEX

1. Comprar siempre preservativos que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
2. Guardar el condón en lugar fresco, seco y al abrigo del sol/luz. Si lo ha tenido mucho tiempo en su bolsillo o en el coche, mejor usar uno nuevo.
3. Usar un condón nuevo en cada relación sexual. Si el material del preservativo está quebradizo, pegajoso o visiblemente dañado, no usarlo. Comprobar que no está caducado.
4. Manipular el condón cuidadosamente para no dañarlo (no abrir el envoltorio con las uñas o los dientes, evitar rasgarlo con los anillos, etc.).
5. Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital para evitar la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.
6. Comprimir el extremo cerrado del condón para expulsar el aire y colocarlo sobre el pene erecto, dejando un espacio libre en la punta para que se deposite el semen. Desenrollar el condón cuidadosamente cubriendo totalmente el pene, alisando las burbujas de aire, que podrían ocasionar roturas.
7. Utilizar sólo lubricantes en vehículo acuoso si se desea una lubricación adicional. No usar cremas o sustancias grasas (aceites), que pueden deteriorar el látex.
8. Si se rompe el preservativo, reemplazarlo inmediatamente.
9. Tras la eyaculación, retirar el pene lentamente antes de que haya desaparecido totalmente la erección manteniendo puesto el condón sujetándolo por su base para asegurar que no haya salida de semen durante la retirada.
10. Quitar y desechar el condón tirándolo a la basura, no al WC.
11. Nunca se debe reutilizar un condón.

RECOMENDACIONES PARA UN CORRECTO USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO

1. Comprar siempre preservativos que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
2. Usar un condón nuevo en cada relación sexual. Si el material del preservativo está visiblemente dañado, no usarlo. Comprobar que no está caducado.
3. El preservativo femenino puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. Abrir el envoltorio cuidadosamente para no dañarlo.
4. El anillo de la parte cerrada del preservativo sirve de guía para colocarlo en el fondo de la vagina mientras que el otro extremo termina en un aro más grande que queda fuera de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer. El preservativo femenino se comercializa lubricado. Si se requiere una lubricación adicional, poner el lubricante (acuoso u oleoso) en el interior.
5. Sostener el preservativo con el anillo externo colgado hacia abajo. Coger el anillo de la parte cerrada del preservativo (interno) y apretarlo entre los dedos pulgar e índice o corazón de forma que quede largo y estrecho.

6. Elegir una posición cómoda para la colocación del preservativo. Puede ser de pie con el otro pie encima de una silla; sentada con las rodillas separadas, agachada o acostada.
7. Introducir el aro interno en la vagina.
8. Empujar el aro interno (metiendo el dedo índice en el condón) lo más profundamente posible de forma que quede en el fondo.
9. El anillo exterior debe cubrir los genitales externos de la mujer.
10. Guiar el pene con la mano hacia el centro del preservativo femenino evitando que se introduzca entre la pared de la vagina y la parte exterior del preservativo.
11. El preservativo femenino no necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación. Una vez terminada la relación y retirado el pene, quitar el preservativo apretando el anillo externo, retorciéndolo para mantener el semen en el interior del preservativo. Tirar hacia fuera delicadamente.
12. Tirarlo a la basura, no al WC.

ANEXO III. LISTADO DE ONGs QUE TRABAJAN CON PEP

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
ABIATZE. NAVARRA	Asunción Roldán	948422597	ccasn@pangea.org
ACTUA VALLÉS. CATALUÑA	Josep Escartín	937271900	actuava@suport.org
ALCEX. CASTILLA LA MANCHA	Javier García Calabuig	639989768	javisalud@hotmail.com
ALECRÍN. GALICIA	Mónica Novegil Souto	986224193	alecrin.cdia@terra.es
AMBIT PREVENCIÓ. CATALUÑA	Mercé Meroño	932371376	adona@VIANWE.COM
ANJANA. CANTABRIA	Mª José Collantes	942313050	anjanasantander@latinmail.com
ASOCIACIÓN ANTIDROGA RENACER. GALICIA	Ana Caamaño Cortegoso	981874086	
ASOCIACIÓN ANTISIDA DE LLEIDA. CATALUÑA	Joan Viñas	973221212	a.lleida@suport.org
ASOCIACIÓN ANTISIDA DE MÁLAGA	Alicia Cueto	952601780	asima_malaga@hotmail.com
ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA DE AYUDA AL DROGODEPENDIENTE (ACLAD). CASTILLA Y LEÓN	María Gutiérrez Cortines	983306466	aclad@aclad.net
ASOCIACIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE GIRONA. CATALUÑA	Lluís Franch	972219282	acasgi@grn.es

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
ASOCIACIÓN CIUDADANA ANTISDA DE OLOT. CATALUÑA	Helena Aulina	972272136	acasolot@yahoo.es
ASOCIACIÓN CIUDADANA CÁNTABRA ANTISDA. CANTABRÍA	Azucena Aja Maza	942313232	accas@mundivia.es
ASOCIACIÓN CIUDADANA PARA LA SOLIDARIDAD Y PREVENCIÓN DEL SIDA. CONVIHDA. ANDALUCÍA	Gerardo Holgado	957430392	Convihda@eresmas.com
ASOCIACIÓN OCREM. ANDALUCÍA	Francisca González	958159487	asc_ocrem@ole.com
ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP) ALMERIA. ANDALUCÍA		950250011	apramp@mailpersonal.com
ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP) ASTURIAS. ASTURIAS	Sonia Nieto Fontanillo	985512330	somalyman@entregentes.org
ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP) MADRID	Rocío Nieto Rubio	914201708 913693172	apramp@retemail.es
ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP) SALAMANCA. CASTILLA Y LEÓN	Delia Alicia Marcelino Pérez	923229835	aprampsalamanca@terra.es
PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP) BADAJOZ. EXTREMADURA		924258826	aprampbadajoz@hotmail.com

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
ASOCIACIÓN PARA LA REINSERCIÓN DE TOXICÓMANOS (APREX). ANDALUCÍA		958206153	
ASOCIACIÓN SARE. NAVARRA	Julia Munarriz	948177244	sare@nexusnet.pangea.org
ASOCIACIÓN T4. PAÍS VASCO	Marco Imbert	944221240	asociaciont4@infonegocio.com
ASOCIACIÓN VALENCIANA CONTRA EL SIDA (AVACOS). COMUNIDAD VALENCIANA	Luis Pizá Devis	963342027	avacos@infonegocio.com
AUKERA. PAÍS VASCO	Amaia Lasheras	943457738	aukera@teleline.es
AVOPRI. ANDALUCÍA	Concepción González	958200244	
CARITAS DIOCESANA MURCIA. MURCIA	Pilar Sáez Rodríguez	968211186	cdcarta_murci@telepolis.com
CARITAS DIOCESANA PAMPLONA. NAVARRA	Imanol Azanza Urrutia	948225908	betania@caritaspamplona.org
CASDA CASTELLÓN. COMUNIDAD VALENCIANA	M Jose Calero	964213106	a.casda@terra.es
CAUSAS UNIDAS CASTELLÓN. COMUNIDAD VALENCIANA	Olaya Castell	676046347	Causasunidas@hotmail.es
CENTRO INTERNACIONAL MÉDICO PARA MIGRANTES EXTRANJEROS (CIMME) SEVILLA. ANDALUCÍA	Minna Rouch	954221520	cimme@infomed.es
COGAM MADRID	Alberto Martín Pérez	915224517	cogam@ctv.es
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE ARABA. PAÍS VASCO	Blanca Batista/Laura Ortiz de Urbina	945257766	SIDALAVA@terra.es
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE ARAGÓN. ARAGÓN	Luis Pradas	976438135	Antisida@supervia.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE ARAGÓN. CENTRO ALBA. ARAGÓN	Pedro Piñeiro	976432189	alba@supervia.com

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE BIZKAIA. PAÍS VASCO	Rocío Valle	944160055	bizkaisida@euskalnet.net
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE CAMPO GIBRALTAR. ANDALUCÍA	Javier Cádiz Alconchel	956634828	cascg@cascg.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE CARTAGENA. MURCIA	M Angeles García	968521841	casmuct@hotmail.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE CORUÑA. GALICIA	Celsa Díaza Cabanela	981144151	casco@telepolis.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE EXTREMADURA. EXTREMADURA	Santiago Pérez Avilés	927227613	santalmag@ctv.es
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE GIPUZKOA. PAÍS VASCO	Paki Lucha	943290722 943029083	acasgi@euskalnet.net
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE LA RIOJA. LA RIOJA	Nerea Fuentes	941255550	ccasr@eresmas.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE LEÓN. CASTILLA Y LEÓN	Mª Angeles Escribano	987235634	ccasle@infonegocio.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE LUGO. GALICIA	Cristina Rodil Marzabal	982280263	Comitelugo@mixmail.com
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE MURCIA. MURCIA	Ana Cascales de Paz	968298831	Casmumurcia@terra.es
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE NAVARRA. NAVARRA	Roberto Sanmartín	948212257	ccasn@pangea.org
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE OURENSE. GALICIA	Jesús Álvarez Mazariegos	988233000	Antisidaou@hotmail.com

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE SEVILLA. ANDALUCÍA	Consuelo Llamas	954371958	Ccassadm@teleline.es
COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE ZAMORA. CASTILLA Y LEÓN	Elena Rodríguez	980534382	Casidazamora@telefonica.net
COMITÉ DE APOYO A LAS TRABAJADORAS DEL SEXO (CATS) MURCIA	Nacho Pardo	968286318	cats@ya.com
COMUNIDAD JORBALAN RELIGIOSAS ADORATRICES. ANDALUCÍA	Milagros Sánchez	958908298	
COORPORACIÓN DE SALUD DEL MARESME. CATALUÑA	Joan Tremoleda	937690201 ext.2045	mrey@bcgest.scs.es
CRUZ ROJA ASTURIAS. ASTURIAS	Rogelia	985208215	rogofe@cruzroja.es
CRUZ ROJA CARTAGENA. MURCIA	Elisa Carrasco	968503697	murcia@cruzroja.es
CRUZ ROJA CEUTA. CEUTA	Cleopatra R'Kaina Liesfi	956503359	Plandrogas@ciceuta.es
CRUZ ROJA CÓRDOBA. ANDALUCÍA	Inmaculada Báez	957486923 957491461	Crdrogo@telefonica.net
CRUZ ROJA HUELVA. ANDALUCÍA	Charo Miranda Plata	959261211 959284400	rmp21@cruzroja.es
CRUZ ROJA LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS. CANARIAS	Sofía Vega	928290000 Ext. 1343/ 1344	sovebe@cruzroja.es
CRUZ ROJA LUGO. GALICIA	Ana Castro Liz	982230315	lugo@cruzroja.es
CRUZ ROJA MURCIA. MURCIA	Pilar Larraz Galindo	968355339	murcia@cruzroja.es
CRUZ ROJA ORENSE. GALICIA	Elsa Villar	988222484 Ext. 1043/ 1044	torrado@cruzroja.es
FEDERACIÓN ESTATAL DE LESBIANAS, GAYS Y TRANSEXUALES (FELGT) MADRID	Miquel Fernández García	690631794 913604605	mfernandez@felgt.org
FENIX. MADRID	Ana Sánchez	918813710	grupofenix@wanadoo.es

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
FUNDACIÓN TRIÁNGULO POR LA IGUALDAD SOCIAL DE GAYS Y LESBIANAS. MADRID	Luis Villegas	915930540	salud@fundaciontriangulo.es
HERMANOS FRANCISCANOS DE CRUZ BLANCA. ARAGÓN	Juan I Vela Caudevilla	974243042	huesca@cruzblanca.org
HETAIRA. MADRID	Concha García	915232678	hetaira@wanadoo.es
JAEN OBJETIVO VIDA. ANDALUCÍA	Rafael Latorre Ramiro	953236420	objetivovida@telefonica.net
LAMBDA VALENCIA	Rafael Ruíz	963912084	lambda@arrakis.es
MÉDICOS DEL MUNDO AVILÉS. ASTURIAS	Lola Menéndez Oliva	985569132	cereda.aviles@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DEL MUNDO MALAGA. ANDALUCÍA	Begoña Espinosa	952262377	bego.espinosa@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DEL MUNDO BALEARES. ISLAS BALEARES	Yvonne Le Meur	971751432	pm.casspep.tsocial@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DEL MUNDO LAS PALMAS GRAN CANARIA. CANARIAS	Dolores Bravo de Laguna Muñoz	928317600	mdmac1@jet.es
MÉDICOS DEL MUNDO MADRID. MADRID	Cristina Virseda	913147425	cristina.virseda@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DEL MUNDO SANTIAGO COMPOSTELA. GALICIA	Manuel González	981578182	galicia@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DEL MUNDO SEVILLA. ANDALUCÍA	Valentín Márquez	670651398	valentin.marquez@medicosdelmundo.org
MÉDICOS DEL MUNDO STA CRUZ DE TENERIFE. CANARIAS	Pablo Pérez Rodríguez	922248936	mdmctf@ctv.es
MÉDICOS DEL MUNDO VALENCIA. COMUNIDAD VALENCIANA	Julián Monleón García	963167667	julian.monleon@medicosdelmundo.org
RED ESTATAL DE ORGANIZACIONES Y PROYECTOS SOBRE PROSTITUCIÓN (ROPP)		666963909	redropp@hotmail.com

ONG	PERSONA CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL
RED ESTATAL DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS ITS EN PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN (REVIPEP). MADRID	Cristina Menoyo	918224301	cmenoyo@msc.es
RELIGIOSAS ADORATRICES. PROYECTO SICAR. ASTURIAS	Pilar Martínez	985361540	adoratrigi@terra.es
STOP SIDA. CATALUÑA	Kati Zaragoza	932980588	stopsida@stopsida.org
TRANSEXUALIA-FELGT. MADRID	Juana Ramos	913604605	transexualia@felgt.org
UNIVERSIDA. MADRID	Gema Vela	913143233	univsida@teleline.es
VILLA TERESITA. MADRID	Conchi Jiménez	913002108	villateresitamadrid@yahoo.es
WEB MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. PLAN DEL SIDA			www.msc.es/sida

ANEXO IV

¿DÓNDE ACUDIR? CENTROS DE ETS

CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	COMUNIDAD AUTÓNOMA	TELÉFONO
Hospital San Juan de Dios	San Juan de Dios	Granada	ANDALUCÍA	958.294.737
Centro de ETS Costa del Sol	Peinado, 9	Málaga	ANDALUCÍA	952.652.517
Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS	Baños, 44 Acc	Sevilla	ANDALUCÍA	954.387.751 954.381.657
Hospital Universitario Reina Sofía Servicio de Medicina Interna. Sección de Infecciosos Servicio de Ginecología	Av. Menéndez Pidal S/N DP. 14004	Córdoba	ANDALUCÍA	957.010.001 957.011.613 957.010.356
Centro de Salud Jaén Sur "San Felipe"	C/ Juan Montilla S/N	Jaén	ANDALUCÍA	953.233.000
Centro de Salud "La Victoria"	C/ Chaves S/N DP. 29013	Málaga	ANDALUCÍA	952.603.367

CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	COMUNIDAD AUTÓNOMA	TELÉFONO
Centro de Salud de Roquetas Centro de Salud de Vcar Centro de Salud de El Egido Centro de Salud de Adra Centro de Salud de Béjar		Almería	ANDALUCÍA	950.325.692 950.344.205 950.021.943 950.402.902 950.490.400
Centro de Salud Casa del Mar. (Juan Luis Hinojosa)	Av. Hispanoamérica S/N CP. 21001	Huelva	ANDALUCÍA	959.256.034
Centro de ETS	C/ Nnez S/N Antiguo Hospital Cruz Roja. Algeciras	Cádiz	ANDALUCÍA	956-004904
Médicos del Mundo	Alfonso VII, n 8-1	Avilés	ASTURIAS	985.569.132
Ambulatorio Pumarn Unidad ETS y SIDA	Orn s/n	Gijón	ASTURIAS	985.389.288
Unidad de ETS Hospital Monte Naranco CASSPEP (Centre d'atenci soci-sanitari per a les persones que exerceixen la prostituci)	Av Dres. Fernández Vega, 107 Av. Comte de Salient, n 14 -1 -A	Oviedo Palma de Mallorca	ASTURIAS BALEARES	985.106.900 971.751.342
CEREDA	Senador Castillo Olivares, 35	Las Palmas	CANARIAS	928.367.100
Centro Dermatológico	San Sebastián, 75	S.C. Tenerife	CANARIAS	922.237.590 922.279.397
Centro de Ciencias de la Salud	Ctra de Extremadura Km 114'100 Talavera de la Reina	Toledo	CASTILLA LA MANCHA	925.839.200
Comit Ciudadano Anti-Sida de Valladolid	General Almirante, 5, 1	Valladolid	CASTILLA Y LEÓN	983. 358.948
Comit Ciudadano Anti-Sida Zamora	San Torcuato, 2 1	Zamora	CASTILLA Y LEÓN	980. 534.382
CAP Drassanes	Av Drassanes 17-21	Barcelona	CATALUÑA	933.294.495 ext.1818
CAP II Tarragons	Mallafr Guasch 4	Tarragona	CATALUÑA	977.295.895
CAP Güell	Mossn Joan Pons s/n	Gerona	CATALUÑA	972.210.708
Unidad ETS de Lérida	Avenida de l'Alcalde Rovira Roure, 2	Lérida	CATALUÑA	973.701.600
CIPS de Valencia	San Vicente, 83, 2	Valencia	COMUNIDAD VALENCIANA	963.527.247
CIPS de Alicante	Pza. España, 6	Alicante	COMUNIDAD VALENCIANA	965.240.563
CIPS de Castellón	Avda. del Mar, 12	Castellón	COMUNIDAD VALENCIANA	964.239.922

CENTRO	DIRECCIÓN	CIUDAD	COMUNIDAD AUTÓNOMA	TELÉFONO
Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual. Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas Hospital de La Rioja	Avda de Viana 1	Logroño	LA RIOJA	941.291.194 Ext. 4414
Centro Sanitario Sandoval	Sandoval, 7	Madrid	MADRID	914.452.328 914.452.562
Centro ETS. Area de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Madrid	Montesa, 22	Madrid	MADRID	915.885.118
Unidad de diagnóstico y prevención ETS	Plaza San Agustín nº 3	Cartagena	MURCIA	968.326.675
CAM Andraize	Avda. Villava s/n. Recinto Parque del Mundo	Pamplona	NAVARRA	948.422.760
CAM Iturrama	Iturrama, 9 entreplanta	Pamplona	NAVARRA	948.198.333 948.198.334
Servicio de ETS. Ledo	Ldo. Poza, 13- 1º	Bilbao	PAÍS VASCO	946.006.969
Plan de Prevención y control del Sida del País Vasco	Avda Navarra, 4	San Sebastián	PAÍS VASCO	943.006.464

Las Comunidades Autónomas que no figuran no disponen de dispositivos o no informan acerca de los mismos.

INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA**Teléfonos nacionales de información gratuita****Fundación Antisida de España (FASE): 900.111.000****900 ROSA: 900.601.601****Junta de Andalucía: 900.850.100****Teléfonos por Comunidades y Ciudades Autónomas****Andalucía: 900.850.100****Aragón: 976.439.988****Asturias: 985.106.519****Baleares: 971.176.868****Canarias: 902.114.444****Cantabria: 942.207.745****Castilla-La Mancha: 925.267.763****Castilla y León: 983.413.600****Cataluña: 900.212.222****Extremadura: 900.210.994****Galicia: 981.542.960****Madrid: 912.052.370****Murcia: 900.706.706****Navarra: 848.423.396****País Vasco: 943.006.464****La Rioja: 941.291.197****Comunidad Valenciana: 900.702.020****Ceuta: 956.503.359****Melilla: 952.678.439**

ANEXO V

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ETS/VIH EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA Y ETS (CIPS) DE ALICANTE

Josefina Belda Ibáñez, Elisa Fernández García, Charo Martínez Quintero y M^a José Macián Cervera

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) e infección por VIH.

1.2. Objetivos Específicos

1. Detección de prácticas de riesgo para el contagio de ETS y VIH
2. Detección y tratamiento de ETS cortando así la cadena epidemiológica.
3. Asesoramiento y *Counselling* como prevención de infección por VIH.
4. Educación individualizada sobre las prácticas de riesgo asociadas a ETS y VIH.
5. Entrenamiento en habilidades para estimular el uso correcto del condón así como técnicas de negociación para el uso del mismo.

2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

2.1. Realización de primeras visitas de ETS

Acompaña al protocolo de primeras visitas de VIH si demanda el usuario una exploración para el diagnóstico de otras ETS o si al considerar oportuno ofrecerle esta posibilidad accede a la misma. Se recomienda realizar el protocolo de VIH aunque la demanda sea únicamente por sintomatología o sospecha de ETS por práctica de riesgo siempre y cuando el usuario/a lo acepte voluntariamente y deje transcurrir el tiempo correspondiente al periodo ventana.

Existen dos protocolos, uno para cada sexo. Se utiliza el mismo en primera visita y en revisiones.

Plan de trabajo

- Se intenta conocer el motivo de la consulta, generalmente refieren síntomas o una práctica de riesgo.
- Conocer datos sociodemográficos básicos de la población que acude al CIPS (sexo, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad, localidad de residencia, estado civil, nº de hijos, profesión, nivel de estudios).
- Se evalúan prácticas de riesgo frente a la infección por VIH y las otras ETS:
 1. Prácticas de riesgo sexuales, incluyendo sus periodos de incubación para determinar qué posibilidades diagnósticas se tienen, informando al mismo tiempo al usuario.
 2. Prácticas de riesgo por consumo de drogas por vía intravenosa.

3. Otras (transfusión, hemoderivados, punciones accidentales...).
- Se intenta detectar conceptos erróneos respecto a la transmisión y prevención VIH y otras ETS y proporcionar la información adecuada.
 - Evaluar consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, drogas ilegales vía no parenteral, etc.) como posibles factores que actúan disminuyendo la prevención.
 - Recogida de información sobre sintomatología en la mujer: si refieren leucorrea, su color, olor, prurito, coitalgia, coitorragia u otros. Fecha de su última menstruación, fórmula y posibles alteraciones. Tiempo desde que ocurren. Métodos anticonceptivos utilizados.
 - Recogida de información sobre sintomatología en el hombre: supuración uretral o anal, su color, disuria, otros síntomas. Tiempo desde que ocurren.

2.1.1. Exploración y toma de muestras en mujeres

- Inspección de vulva, introito, ano para la búsqueda de úlceras u otras lesiones como verrugas genitales, molluscum contagioso, lesiones vesiculosas, etc.
- Colocación del espéculo en vagina.
- Triple toma para citología si así se decide, por la posibilidad de diagnosticar la infección por HPV, aunque, generalmente, ésta se realiza en una revisión de curación o cuando vienen a recoger el resto de cultivo, siempre que no se detecten infecciones.
- Limpieza de cervix y toma de exudado cervical para detección de Chlamydia Trachomatis, cultivo de Neisseria Gonorrhoeae, Mycoplasma Hominis y extendido en porta para posterior tinción con método Gram.
- Se recoge muestra vaginal: extendido en fresco (diagnóstico de Trichomonas vaginalis, micelios y clue cells), extendido en porta y posterior tinción Gram y para cultivo de Candida Albicans.
- Aplicación de ácido acético en cervix y subsiguiente visión con colposcopio, por detectar lesiones acetoblancas.
- Se extrae el espéculo inspeccionando las paredes de la vagina. Medición del pH del flujo vaginal. Tacto vaginal, movilización de cuello uterino y palpación de las regiones anexiales.
- Exploración de adenopatías.
- Si estuviera indicado se introduce anoscopio para inspeccionar ano con colposcopio.
- Inspección de cavidad faríngea: recogida de exudado faríngeo para cultivo de Neisseria Gonorrhoeae y exudado de faringe, lengua y comisura bucal para cultivo de Candida Albicans.

2.1.2. Exploración y toma de muestras en hombres

- Inspección de pene, meato, escroto, ano y búsqueda de úlceras y otras lesiones como verrugas genitales y molluscum contagioso.
- Después de 4 horas mínimo sin orinar se introduce una torunda en uretra a dos centímetros de profundidad, se gira sobre sí misma varias veces y se recoge toma

para extendido en porta y su posterior tinción por el método Gram y para extendido en fresco. Posteriormente se realizan tres tomas uretrales de igual forma para detección de *Chlamydia Trachomatis*, cultivo de *Neisseria Gonorrhoeae* y *Mycoplasma Hominis*.

- Aplicación de ácido acético en pene y glande y subsiguiente visión con colposcopio o penoscopio para detectar lesiones acetoblancas.
- Exploración de adenopatías.
- Si estuviera indicado se introduce anoscopio para inspeccionar ano con colposcopio.
- Inspección de cavidad faríngea: recogida de exudado faríngeo para cultivo de *Neisseria Gonorrhoeae* y exudado de faringe, lengua y comisura bucal para cultivo de *Candida Albicans*.

Las pruebas complementarias en ambos casos están referidas en el protocolo de VIH.

2.2. Resultados

- Se intenta, al igual que en VIH, que el propio interesado recoja los resultados.
- Explicación de los diagnósticos de cada una de las posibles ETS, así como las repercusiones sobre su salud.
- Tratamiento indicado: la pauta del mismo y la conveniencia del tratamiento correcto. Derivación a Atención Primaria, Especializada, Hospitalaria y Centro de Orientación Familiar (COF), si procede.
- Seguimiento de contactos: información sobre la conveniencia de informar a su pareja/s y ofertar la posibilidad de realización de la exploración y diagnóstico. Si no fuera posible dicha revisión recomendar el mismo tratamiento para la pareja y abstención de relaciones sexuales o utilización de método de barrera durante el mismo, proporcionando los condones necesarios hasta la próxima revisión de curación.
- Revisión de curación: información de la importancia de una nueva revisión transcurridos 10 días de finalizar el tratamiento.
- Prácticas de riego y prevención de ITS: revisar junto al usuario sus prácticas de riesgo analizando qué posibles obstáculos ha podido tener para la adopción de medidas preventivas, proponiéndole alternativas individualizadas.

3. REVISIÓN DE CURACIÓN

3.1. Revisión de curación en la mujer

Se realiza aproximadamente 10 días después de acabar el tratamiento.

En primer lugar se revisan los resultados de las muestras que se recogieron en la visita anterior y posteriormente:

- Inspección de vulva, introito, ano.
- Colocación del espéculo.
- En primer lugar, si tenemos que hacer toma citológica se realiza antes de la recogida de las otras muestras. Teniendo en cuenta el riesgo, ya que en aquellas con

múltiples contactos sexuales la recomendación es de cada año, mientras que en seropositivas es cada seis meses. A mujeres con un riesgo esporádico, se las remite a su Centro de Orientación Familiar (COF) de referencia.

- Posteriormente se limpia cuello cervical y se introduce torunda en cervix para recogida de muestra y extensión en porta para posterior diagnóstico mediante tinción con método Gram. Si alguno de los cultivos recogidos en la primera revisión fue positivo, se vuelve a recoger esta muestra para cerciorarnos de que ya está curada la infección anteriormente diagnosticada (Chlamydia y Gonococia).
- Después se recoge una muestra vaginal para estudio en fresco y otra para extensión en porta y posterior tinción Gram.
- Se quita el espéculo inspeccionando las paredes de la vagina.
- Exploración de adenopatías.
- Si la ETS diagnosticada estaba localizada en ano se introduce anoscopio para inspeccionar ano con colposcopio y recogida de muestra para extensión en porta y posterior tinción con método Gram.
- Inspección de cavidad faríngea.

3.2. Revisión de curación en el hombre

Se realiza aproximadamente 10 días después de acabar el tratamiento.

En primer lugar se revisan los resultados de las muestras que se recogieron en la visita anterior y posteriormente:

- Inspección de pene, meato, escroto y ano.
- Después de 4 horas mínimo sin orinar se introduce una torunda en uretra a dos centímetros de profundidad, se gira sobre si misma varias veces y extendemos en fresco y en otro porta para posterior tinción con método Gram. Si alguno de los cultivos recogidos en la primera revisión fue positivo, se vuelve a recoger esta muestra para comprobar está curado la infección anteriormente diagnosticada.
- Exploración de adenopatías.
- Si la ETS diagnosticada estaba localizada en ano se introduce anoscopio para inspeccionar ano con colposcopio y se recoge una muestra en porta para posterior tinción con método Gram.
- Inspección de cavidad faríngea: recogida de exudado faríngeo, lengua y comisura bucal para cultivo de *Cándida Albicans*.

3.3. En esta revisión se recoge para ambos sexos

- Información sobre la correcta toma de la medicación. Si ésta no ha sido adecuada, los motivos: intolerancia, efectos secundarios, olvido...
- Si se ha comunicado a la pareja/s, o les han recomendado el mismo tratamiento retomando el hecho de que estas puedan tener además otras ETS, por lo que incidimos en su revisión personalizada.
- El uso de condón o la abstención de relaciones sexuales y los problemas que han tenido para ello.

4. CALENDARIO

- Cada 3 meses o según las exigencias del lugar de trabajo de las usuarias-os se efectuará toma de muestra uretral y anal en hombres, y vaginal y cervical en mujeres para cultivo y gram. Si no ha habido riesgo (por ejemplo rotura de condón, deslizamiento del mismo, relaciones sin protección...) la toma de muestra para cultivo de *Chlamydia Trachomatis* y *Mycoplasma* se efectuará cada 6 meses.
- Cada 6 meses se efectuará analítica de sangre para la determinación de VIH y RPR. Si no ha habido riesgo anualmente se solicitará analítica para control de hemograma, transaminasas y marcadores de hepatitis A, B y C (los que correspondan según los resultados previos). Si los marcadores son negativos se procederá a la vacunación de la hepatitis B y de la hepatitis A.
- En caso de **rotura de un preservativo** se valorará la utilización concomitante de otro método anticonceptivo. En caso de que la paciente no utilice otro método anticonceptivo se le pautará dentro de las 72 horas siguientes la píldora poscoital. Se realizará revisión vaginal entre los 7 y los 15 días posteriores al accidente para diagnóstico de infecciones de transmisión sexual y tratamiento si procede.

Aproximadamente a los 20 días se realizará analítica de sangre para la determinación de RPR y TPHA y a los 3 meses VIH y marcadores de hepatitis B si no estuviera inmunizada.

5. PROTOCOLO DE PRIMERAS VISITAS DE VIH

5.1. Entrevista primera visita, plan de trabajo

- Conocer datos sociodemográficos básicos de la población que acude al CIPS (sexo, edad, nacionalidad, lugar de nacimiento, localidad de residencia, estado civil, nº de hijos, profesión, nivel de estudios.)
- Evaluar prácticas de riesgo para la infección por VIH:
 1. Prácticas de riesgo sexuales.
 2. Prácticas de riesgo por consumo de drogas vía intravenosa.
 3. Otras (transfusión, hemoderivados, punciones accidentales...).
- Evaluar conceptos erróneos respecto a transmisión y prevención VIH.
- Evaluar consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, drogas ilegales por vía no parenteral, etc.).
- Informar sobre el significado y alcance de la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH y sus resultados en función de las prácticas de riesgo.
- Valorar el período ventana y su significado.
- Ofertar la posibilidad de realización de otras pruebas en función de las prácticas de riesgo y/o el origen de la demanda (HB, HC, HA, RPR y FTA ó TPHA, hemograma, transaminasas, Mantoux, poblaciones linfocitarias y carga viral).
- Ofertar información personalizada e individualizada acerca de la transmisión y prevención del VIH y otras ITS, así como el entrenamiento en habilidades de prevención (uso correcto de preservativo, negociación de sexo seguro...).
- Ofertar la posibilidad de realización de serología a la pareja/s en función de prácticas de riesgo.

- Informar y facilitar el acceso a otros recursos socio-sanitarios si se detecta necesidad y/o demanda directa.
- Ofertar apoyo emocional ante situaciones de crisis relacionadas con el VIH.

5.2. Pruebas a realizar

- En todos los casos: VIH, RPR, marcadores de HB, HA y HC. Bioquímica básica si procede.
- En usuarios de drogas (legales e ilegales) o si es conveniente: hemograma, transaminasas, Mantoux y bioquímica básica.
- En personas seropositivas conocidas: VIH (solo ELISA), hemograma, transaminasas, poblaciones linfocitarias, carga viral y bioquímica básica y Mantoux si procede.
- Como seguimiento de personas con marcadores de HC positivos se realizará PCR.
- En mujeres, test de gestación si procede.