

# **Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México**

**Cecilia Gayet**

**Carlos Magis**

**Donna Sacknoff**

**Lisa Guli**



ÁNGULOS DEL SIDA



Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables  
a la epidemia de VIH/SIDA en México

## **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdoba Villalobos  
*Secretario de Salud*

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
*Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud*

Dr. Jorge A. Saavedra  
*Director General del Centro Nacional para la Prevención  
y el Control del VIH/SIDA*

## **FLACSO México**

Mtra. Giovanna Valenti  
*Directora General*

Dra. Gloria del Castillo  
*Secretaria Académica*

## **Serie Ángulos del SIDA**

*Presidente del Consejo Editorial*  
Jorge A. Saavedra

*Dirección de la Serie*  
Carlos Magis Rodríguez

*Coordinación Editorial del número 8 de la serie*  
Cecilia Gayet y Gisela González

Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables  
a la epidemia de VIH/SIDA en México



CECILIA GAYET  
CARLOS MAGIS  
DONNA SACKNOFF  
LISA GULI

Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México / Cecilia Gayet ... [et al.]. — México : CENSIDA : Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, 2007.

184 pp. : 12 gráfs. ; 17 x 23 cms. — (Ángulos del SIDA; 8)

ISBN 970 9967 12-6

1. VIH – México 2. SIDA – México 3. Trabajadores Sexuales – SIDA 4. SIDA – Salud Pública. I. Gayet, Cecilia II. Magis, Carlos, coaut. III. Sacknoff, Donna, coaut. IV. Guli, Lisa, coaut.

SCDD 614.5993/ P8957

Colección Ángulos del SIDA-Obra Completa

**ISBN: 968 811 679-3**

Número 8: Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. Primera edición: mayo de 2007

**ISBN-10: 970 9967 12-6**

**ISBN-13: 978 9709 967 128**

© 2007, **CENSIDA**

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Calle Herschel núm. 119, 6° piso, Col. Verónica Anzures, Del. Miguel Hidalgo, México, D. F., C.P. 11590.

© 2007, **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México**

Carretera al Ajusco núm. 377, Col. Héroes de Padierna, Tlalpan 14200, México, D. F.

Tels. 3000-0200; Fax: 3000 0284. Email: publicaciones@flacso.edu.mx

Corrección de estilo: Michelle Solano; Diseño de la portada: Ana Lilia Cabello; Formación: Homero Buenrostro; Cuidado editorial: Gisela González y Julio Roldán

Esta obra fue financiada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) a través del Proyecto "Implementing AIDS Prevention and Care" (IMPACT) de Family Health International, acuerdo de cooperación HRN-A-00-97-0017-00.

El punto de vista de los autores expresado en esta publicación no refleja necesariamente los puntos de vista de la Secretaría de Salud, el CENSIDA, la Serie Ángulos del SIDA, USAID o del gobierno de los Estados Unidos.

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, del contenido de esta obra, sin contar con autorización escrita de los editores, en términos de la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.

Impreso en México. Printed in Mexico.

# Índice

	Página
Siglas y acrónimos -----	15
Agradecimientos -----	17
Resumen ejecutivo -----	19
<b>I. Introducción</b> -----	27
Panorama de la situación del VIH/SIDA en México -----	27
La vigilancia epidemiológica en México -----	29
<b>II. Objetivos del proyecto</b> -----	37
<b>III. Métodos</b> -----	39
1. Poblaciones objetivo y sitios -----	39
2. Tamaños de muestra esperados -----	41
3. Procedimientos de muestreo -----	43
4. Procedimientos operativos -----	47
5. Captura de datos y análisis de la información -----	51
6. Aspectos éticos -----	52
7. Limitaciones del estudio -----	52
<b>IV. Resultados</b> -----	55
<b>1. Tamaños de muestra alcanzados y rechazos</b> -----	55
<b>2. Hombres que tienen sexo con hombres</b> -----	59
2.1. Prevalencia de VIH -----	59
2.2. Características sociodemográficas -----	59
2.3. Conocimientos de VIH/SIDA -----	61
2.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH -----	62
2.5. Comportamientos sexuales -----	63
2.6. Prácticas de inyección y uso de drogas -----	68
2.7. Estigma y discriminación -----	69
2.8. Características de la población HSH VIH positiva de la encuesta -----	73
<b>3. Hombres trabajadores sexuales - Encuesta con metodología TLS</b> -----	77
3.1. Prevalencia de VIH -----	77

3.2. Características sociodemográficas -----	77
3.3. Conocimientos de VIH/SIDA -----	80
3.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH -----	81
3.5. Comportamientos sexuales -----	83
3.6. Prácticas de inyección y uso de drogas -----	89
3.7. Estigma y discriminación -----	90
3.8. Características de la población HTS (método TLS) VIH positiva de la encuesta -	92
<b>4. Hombres trabajadores sexuales - Encuesta con metodología RDS -----</b>	<b>97</b>
4.1. Redes -----	97
4.2. Reclutamiento y homofilia -----	99
4.3. Prevalencia de VIH -----	100
4.4. Características sociodemográficas -----	100
4.5. Conocimientos de VIH/SIDA -----	102
4.6. Acceso a condones y a la prueba de VIH -----	103
4.7. Comportamientos sexuales -----	105
4.8. Prácticas de inyección y uso de drogas -----	111
4.9. Estigma y discriminación -----	112
<b>5. Camioneros de larga distancia -----</b>	<b>115</b>
5.1. Prevalencia de VIH -----	115
5.2. Características sociodemográficas -----	115
5.3. Conocimientos de VIH/SIDA -----	118
5.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH -----	118
5.5. Comportamientos sexuales -----	120
5.6. Prácticas de inyección y uso de drogas -----	123
5.7. Estigma y discriminación -----	124
5.8. Exposición a campañas masivas -----	125
<b>IV. 6. Mujeres trabajadoras sexuales -----</b>	<b>129</b>
6.1. Prevalencia de VIH -----	129
6.2. Características sociodemográficas -----	129
6.3. Conocimientos de VIH/SIDA -----	132
6.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH -----	132
6.5. Comportamientos sexuales -----	135
6.6. Prácticas de inyección y uso de drogas -----	139
6.7. Estigma y discriminación -----	140
<b>V. Conclusiones y recomendaciones -----</b>	<b>145</b>
<b>Referencias bibliográficas -----</b>	<b>165</b>
<b>Anexo I. Equipo de trabajo del proyecto -----</b>	<b>167</b>
<b>Anexo II. Información complementaria -----</b>	<b>173</b>

# Índice de cuadros

	Página
<i>Cuadro 1.</i> Encuestas de vigilancia de comportamientos realizadas por CENSIDA por entidad federativa, ciudad, grupo encuestado y agencia operativa/financiera -----	33
<i>Cuadro 2.</i> Tamaños de muestra esperados por población y ciudad del estudio -----	42
<i>Cuadro 3.</i> Tamaños de muestra alcanzados por población y ciudad -----	55
<i>Cuadro 4.</i> Porcentajes de rechazo de los sitios y de los individuos por población objetivo --	57
<i>Cuadro 5.</i> Características sociodemográficas de la población HSH -----	60
<i>Cuadro 6.</i> Conocimientos de VIH/SIDA de la población HSH -----	62
<i>Cuadro 7.</i> Acceso a condones y a la prueba de VIH de la población HSH -----	63
<i>Cuadro 8.</i> Edades de inicio sexual de la población HSH -----	64
<i>Cuadro 9.</i> Tipos de parejas sexuales de la población HSH -----	65
<i>Cuadro 10.</i> Lugares de encuentro de parejas de la población HSH -----	66
<i>Cuadro 11.</i> Uso de condón y lubricantes de la población HSH -----	67
<i>Cuadro 12.</i> Uso de jeringas y consumo de drogas de la población HSH -----	68
<i>Cuadro 13.</i> Discriminación reportada por la población HSH -----	71
<i>Cuadro 14.</i> Características sociodemográficas de la población HTS de Acapulco y Monterrey --	78
<i>Cuadro 15.</i> Conocimientos de VIH/SIDA de la población HTS de Acapulco y Monterrey --	80
<i>Cuadro 16.</i> Acceso a condones de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	82
<i>Cuadro 17.</i> Acceso a la prueba de VIH de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	83
<i>Cuadro 18.</i> Edades de inicio sexual de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	84
<i>Cuadro 19.</i> Uso de condón por tipo de pareja de la población HTS de Acapulco y Monterrey -	86
<i>Cuadro 20.</i> Percepción del último cliente de la población HTS de Acapulco y Monterrey ----	87
<i>Cuadro 21.</i> Prácticas con el último cliente de la población HTS de Acapulco y Monterrey ----	88
<i>Cuadro 22.</i> Rechazo de clientes por parte de la población HTS de Acapulco y Monterrey ----	88
<i>Cuadro 23.</i> Uso de jeringas y consumo de drogas de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	89

<i>Cuadro 24.</i> Discriminación de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	91
<i>Cuadro 25.</i> Redes de apoyo para ayuda por discriminación de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	92
<i>Cuadro 26.</i> Estimación de los tamaños de red de los HTS con el método RDS -----	99
<i>Cuadro 27.</i> Estimación de las características sociodemográficas de los HTS de Nezahualcóyotl -----	101
<i>Cuadro 28.</i> Conocimientos de VIH/SIDA de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	103
<i>Cuadro 29.</i> Acceso a condones de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	103
<i>Cuadro 30.</i> Acceso a la prueba de VIH de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	104
<i>Cuadro 31.</i> Edades de inicio sexual de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	105
<i>Cuadro 32.</i> Parejas sexuales en la semana previa a la entrevista de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	106
<i>Cuadro 33.</i> Uso de condón por tipo de pareja de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	108
<i>Cuadro 34.</i> Percepción del último cliente de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	109
<i>Cuadro 35.</i> Prácticas con el último cliente de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	109
<i>Cuadro 36.</i> Rechazo de clientes de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	110
<i>Cuadro 37.</i> Motivos del no uso de condón con clientes de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	110
<i>Cuadro 38.</i> Uso de jeringas y consumo de drogas de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	111
<i>Cuadro 39.</i> Discriminación de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	113
<i>Cuadro 40.</i> Redes de apoyo para ayuda por discriminación de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl -----	114
<i>Cuadro 41.</i> Características sociodemográficas de la población de camioneros de larga distancia -----	116
<i>Cuadro 42.</i> Conocimientos de VIH/SIDA de la población de camioneros de larga distancia -----	118
<i>Cuadro 43.</i> Acceso a condones de la población de camioneros de larga distancia -----	119
<i>Cuadro 44.</i> Acceso a la prueba de VIH de la población de camioneros de larga distancia -----	120
<i>Cuadro 45.</i> Edades de inicio sexual de la población de camioneros de larga distancia -----	120
<i>Cuadro 46.</i> Uso de condón de la población de camioneros de larga distancia -----	122

<i>Cuadro 47.</i> Uso de jeringas y consumo de drogas de la población de camioneros de larga distancia -----	123
<i>Cuadro 48.</i> Estigma y discriminación de la población de camioneros de larga distancia ----	125
<i>Cuadro 49.</i> Contacto con medios masivos de comunicación de la población de camioneros de larga distancia -----	126
<i>Cuadro 50.</i> Exposición a campañas masivas de VIH/SIDA de la población de camioneros de larga distancia -----	126
<i>Cuadro 51.</i> Características sociodemográficas de la población MTS -----	130
<i>Cuadro 52.</i> Conocimientos sobre VIH/SIDA de la población MTS -----	132
<i>Cuadro 53.</i> Acceso a condones de la población MTS -----	133
<i>Cuadro 54.</i> Acceso a la prueba de VIH de la población MTS -----	135
<i>Cuadro 55.</i> Edades de inicio sexual de la población MTS -----	135
<i>Cuadro 56.</i> Uso de condón por tipo de pareja de la población MTS -----	137
<i>Cuadro 57.</i> Percepción del último cliente de la población MTS -----	138
<i>Cuadro 58.</i> Uso de jeringas y consumo de drogas de la población MTS -----	140
<i>Cuadro 59.</i> Discriminación de la población MTS -----	142
<i>Cuadro 60.</i> Redes de apoyo para ayuda por discriminación de la población MTS -----	143
 ANEXO II. Información complementaria	
<i>Cuadro 1a.</i> Hombres que tienen sexo con hombres -----	175
<i>Cuadro 1b.</i> Características sociodemográficas de la población HSH según situación de VIH -----	176
<i>Cuadro 1c.</i> Prácticas sexuales de la población HSH según situación de VIH -----	177
<i>Cuadro 1d.</i> Tipo de parejas sexuales de la población HSH según situación de VIH -----	177
<i>Cuadro 2a.</i> Hombres trabajadores sexuales-Encuesta con metodología TLS -----	178
<i>Cuadro 2b.</i> Características sociodemográficas de la población HTS según situación de VIH -----	180
<i>Cuadro 3.</i> Hombres trabajadores sexuales-Encuesta con metodología RDS -----	181
<i>Cuadro 4.</i> Camioneros de larga distancia -----	181
<i>Cuadro 5.</i> Mujeres trabajadoras sexuales -----	182



# Índice de gráficas

	Página
<i>Gráfica 1.</i> Prevalencia estimada de VIH en población general de 15 años y más a partir de encuestas nacionales -----	27
<i>Gráfica 2.</i> Estimación de personas viviendo con VIH (15-49 años) -----	28
<i>Gráfica 3.</i> Casos acumulados de SIDA por año de diagnóstico -----	29
<i>Gráfica 4.</i> Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población HSH -----	67
<i>Gráfica 5.</i> Prevalencia de VIH de la población HSH por grupo de edad -----	73
<i>Gráfica 6.</i> Población HTS. Existencia de registro para trabajo sexual en la localidad y situación de estar registrado -----	80
<i>Gráfica 7.</i> Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población HTS de Acapulco y Monterrey -----	85
<i>Gráfica 8.</i> Prevalencia de VIH de la población HTS por grupo de edad -----	93
<i>Gráfica 9.</i> Cadenas de participantes HTS a partir de las “semillas” en el método RDS -----	98
<i>Gráfica 10.</i> Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población HTS de Nezahualcóyotl -----	107
<i>Gráfica 11.</i> Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población de camioneros de larga distancia -----	122
<i>Gráfica 12.</i> Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población MTS -----	136



## Siglas y acrónimos

BSS	<i>Behavioral surveillance surveys</i> (Encuestas de vigilancia de comportamientos)
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CONAPRED	Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación
COESIDA	Consejo Estatal para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunosorbant Assay</i>
EUA	Estados Unidos de América
EVC	Encuestas de Vigilancia de Comportamientos
FHI	<i>Family Health International</i>
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HTS	Hombres Trabajadores Sexuales
IC	Intervalo de confianza
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
N	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PHSC	<i>Protection of Human Subjects Committee</i>
PROCEDES	Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud
PVC	Prueba Voluntaria con Consejería (para VIH)
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i> (Muestreo Dirigido por Entrevistados)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SSA	Secretaría de Salud
TelSIDA	Servicio de información Telefónico sobre SIDA
TLS	<i>Time Location Sampling</i> (Muestreo por Tiempo/Lugar)
U. CALIF.	Universidad de California
UDI	Usuarios de Drogas Inyectables
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
UTL	Unidades de Tiempo/Lugar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organización Mundial de la Salud)

## Agradecimientos

La realización del proyecto de investigación y de esta obra en la que se presentan los primeros resultados fue posible gracias a la colaboración de numerosas personas e instituciones. En primer lugar, nuestro agradecimiento a todos los participantes que aceptaron brindar su tiempo para responder las numerosas preguntas de las encuestas.

El proyecto tuvo su inicio gracias al apoyo decidido de Joshua Volle, quien también dio valiosas sugerencias para mejorar esta publicación. Por su compromiso con México queremos expresarle nuestro mayor reconocimiento.

El equipo técnico y administrativo de *Family Health International* compartió generosamente sus conocimientos y realizó un puntual seguimiento del proyecto, por lo que agradecemos el gran esfuerzo realizado. Una mención especial merecen Inoussa Kabore, Megan Kearns, Ame Stormer, Sara Padilla y Walter Obiero, quienes fueron nuestros asesores directos, siempre con la mejor disposición para esta investigación.

Nuestro agradecimiento a Nancy Alvey de USAID quien brindó su apoyo a lo largo de todo el proyecto, y a Ken Morrison del proyecto *Policy* quien contribuyó en la realización de la reunión de presentación de resultados. Extendemos también nuestro agradecimiento a todas las personas que participaron en el taller que se realizó en la sede de FLACSO México, quienes nos ayudaron en la elaboración de las recomendaciones.

Deseamos agradecer a las autoridades federales, estatales y municipales que hicieron posible el trabajo de campo, y a todas las personas que trabajaron en el proyecto, quienes dedicaron incontables semanas y fines de semana durante el desarrollo de las encuestas. Los créditos correspondientes a todo el equipo de trabajo pueden verse en el Anexo I. Finalmente, al personal que labora en las instituciones participantes, quienes realizaron múltiples gestiones para llevar a cabo la investigación.

## Resumen ejecutivo

En México han existido varias formas de realizar la vigilancia de la epidemia de VIH/SIDA. Una de las primeras fue el registro de casos de SIDA, a la que se agregaron encuestas de vigilancia centinela. Desde el año 2001 se han realizado encuestas de comportamientos en distintos estados del país y diversas poblaciones objetivo. En el año 2004 el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) acordó con *Family Health International* (FHI) la realización de una nueva ronda de encuestas de vigilancia de comportamientos con financiamiento de la *United States Agency for International Development* (USAID), mismas que se realizaron durante el año 2005 en Acapulco, Ciudad de México, Monterrey y Nezahualcóyotl, y durante el año 2006 en Tampico, con la participación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO México) y los programas estatales de VIH/SIDA. Las poblaciones seleccionadas fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres y mujeres trabajadores sexuales (HTS y MTS) y camioneros de larga distancia. Se desarrollaron distintas estrategias metodológicas de muestreo y entrevista, de acuerdo a los objetivos establecidos para cada población y al conocimiento previo en cada sitio. Se utilizaron los métodos de muestreo *Time Location Sampling* (TLS) en HSH, HTS, MTS y camioneros, y *Respondent Driven Sampling* (RDS) en HTS, y las entrevistas se realizaron cara a cara. Se aplicaron pruebas rápidas de VIH (Determine) a las poblaciones de HSH, HTS, MTS y camioneros, con excepción de la población HSH de Tampico a la que se le aplicó la prueba de VIH Orasure. Todos los procedimientos fueron voluntarios, y con consentimiento informado.

### *Prevalencias de VIH*

Las prevalencias estimadas de VIH fueron de 10.0% para los HSH (Acapulco = 9.3%, Monterrey = 10.8%, Nezahualcóyotl = 10.5% y Tampico = 8.9%); 15.1% para los HTS entrevistados con el método TLS (Acapulco = 3.1% y Monterrey = 25.5%); 12% para los HTS de Nezahualcóyotl entrevistados con el método RDS; 1.0% para las MTS (Acapulco = 1.1% y Monterrey = 0.9%) y 0.6% para los camioneros de larga distancia entrevistados en Monterrey.

### *Hombres que tienen sexo con hombres*

Se entrevistaron 1,111 hombres que tienen sexo con hombres en Acapulco, Monterrey, Nezahualcóyotl y Tampico. El nivel escolar de la población entrevistada fue en general alto (más de la mitad tenía estudios concluidos de nivel bachillerato o preparatoria). La mayoría eran solteros, y una quinta parte declaró vivir con una pareja del mismo sexo. Un 11% afirmó estar o haber estado casado con una mujer, y un 3% vivía con su cónyuge de distinto sexo al momento de la entrevista. El 96% sabía que el condón protege del VIH, pero un 13% cree que el VIH se puede transmitir por picadura de mosquito. La gran mayoría conoce lugares para conseguir condones; los más nombrados fueron las farmacias y los *sexshop*. El 76% dijo que en su comunidad era posible hacerse la prueba de VIH de manera confidencial y el 57% se había realizado la prueba antes de la encuesta. Un 16% dijo que le habían hecho la prueba de manera obligatoria o requerida.

El 42% de los entrevistados dijo que alguna vez en la vida había tenido relaciones sexuales con alguna mujer y el 19% lo había hecho en los seis meses previos a la encuesta; en este mismo período tuvieron, en promedio, 4.7 parejas, de las que más de la mitad fueron ocasionales. El 81% usó condón en la última relación sexual con pareja ocasional, con pareja estable el 66%,

con pareja comercial a la que pagó el 78% y con pareja que le pagó a él el 77%. Un quinto de los entrevistados dijo haberse inyectado vitaminas en el año previo, y un 2% refirió haber compartido la jeringa la última vez. Un 6% dijo haberse inyectado drogas alguna vez en la vida, y entre ellos, compartió jeringas el 23%.

Los indicadores de discriminación muestran que un cuarto de la población HSH dijo haber tenido que ocultar su preferencia sexual en el ámbito escolar, que fue identificado como el que más discriminación causó. Casi un quinto dijo tener temor de que su orientación sexual quede registrada en su historia clínica cuando acude a los servicios de salud, y un 5% dijo haber recibido maltrato por ser HSH en los servicios médicos. En el ámbito laboral, un 18% tuvo que decir que era heterosexual para conseguir algún trabajo y un 8% dijo que fue rechazado al solicitar trabajo por su orientación sexual. En el ámbito familiar, un 16% dijo que alguien de la familia le mostró rechazo por ser HSH. Un 4% reportó haber acudido por ayuda a alguna institución ante un hecho discriminatorio.

La población HSH que resultó VIH positiva resultó tener más edad y vivir en mayor proporción con una persona del mismo sexo. Una mayor proporción se había realizado la prueba de VIH con anterioridad. Entre los comportamientos sexuales destaca que un porcentaje menor dijo haber tenido relaciones sexuales con mujeres, y el uso de condón en la última relación sexual con mujer resultó menor. Se encontró una mayor proporción de HSH VIH positivos que afirmó haber conocido a sus parejas sexuales en cuartos oscuros o a través de Internet. Al comparar a la población HSH VIH positiva con la VIH negativa, se advierte un mayor reporte de maltrato y temor en los servicios de salud, y mayor aislamiento en el ámbito familiar.

### *Hombres trabajadores sexuales*

MÉTODO TLS. Se entrevistó a 284 HTS en Acapulco y Monterrey. Cerca de la mitad de los participantes no tenía aprobado el nivel escolar básico (primaria y secundaria). El 5% dijo hablar lengua indígena. La mayoría declaró ser soltero, y un 19% vive con pareja del mismo sexo. Un 17% afirmó haber estado casado con una mujer y 8% vivía con pareja de distinto sexo. Un 11% dijo tener credencial o estar registrado para ejercer el trabajo sexual. La mayoría dijo saber que el condón previene del VIH, pero el 25% cree que puede transmitirse por picadura de mosquito y 8% por la comida. Casi todos conocen lugares para conseguir condones, y el 96% tardaría menos de media hora en conseguirlos. La gran mayoría dijo que en su comunidad es posible realizarse la prueba de VIH y dos tercios se había realizado la prueba antes del estudio. Un 10% dijo haberse hecho la prueba de manera obligatoria.

El promedio de parejas sexuales en la semana previa a la encuesta fue de 6.6, la mayoría parejas hombres. Un 30% dijo haber tenido relaciones sexuales con al menos una mujer en la semana previa. El 96% usó condón con el (o la) último cliente, el 64% usó condón en la última relación sexual con pareja estable y el 92% con pareja ocasional. Los motivos enumerados para no haber usado condón con clientes fueron porque era cliente conocido y porque el cliente pagó más. Casi el 30% dijo haberse inyectado vitaminas en el año previo, pero muy pocos casos afirmaron haber compartido jeringas. El 75% había probado alguna droga alguna vez, y un 7% se había inyectado drogas. Entre ellos, el 13% compartió jeringas.

El 17% dijo haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el año previo y fue la policía la figura más mencionada como autor del maltrato. Más del 30% siente necesario ocultar que es trabajador sexual en los servicios de salud, y casi el 45% lo oculta al solicitar otro tipo de trabajo. El 11% dijo

que alguien de su familia lo rechazó por ser trabajador sexual. El 4% acudió ante alguna instancia para solicitar apoyo ante un hecho discriminatorio.

La población HTS que resultó VIH positiva tenía un menor nivel escolar y mayor antigüedad en el trabajo sexual que la VIH negativa. Se había realizado la prueba de VIH antes de la encuesta en mayor proporción que la población VIH negativa. Afirmó que había tenido relaciones sexuales alguna vez con una mujer un porcentaje menor en la población VIH negativa, y también un menor número de parejas mujer en la semana previa. Los HTS VIH positivos tuvieron menos parejas estables y ocasionales, y más parejas que les pagaron y el lugar de encuentro predominante de clientes fue la calle. El uso de *poppers* fue mayor en la población VIH positiva. En el tema de discriminación, los HTS VIH positivos refirieron en mayor proporción sentir temor en el ámbito de los servicios de salud y laboral.

MÉTODO RDS. Se entrevistó a 102 HTS en Nezahualcóyotl en un plazo de 9 semanas. El tamaño estimado de la red (otros HTS que conocía el entrevistado) fue de entre 6 y 7. Casi tres cuartos de la población estimada tenía aprobado el nivel escolar básico (primaria y secundaria). El 11% habla lengua indígena. La mayoría de la población es soltera (95%). Un 16% vive con pareja del mismo sexo. Un 2% estaba casado con una mujer. La mayoría dijo saber que el condón previene del VIH, pero el 22% cree que puede transmitirse por picadura de mosquito y 12% al compartir la comida. Casi todos conocen lugares para conseguir condones, y el 89% tardaría menos de media hora en conseguirlos. En su comunidad es posible realizarse la prueba de VIH para el 91% y un 67% se había realizado la prueba antes del estudio. Un 6% se había hecho la prueba de manera obligatoria.

Casi un tercio de la población HTS estimada (64%) tuvo más de 10 parejas sexuales durante la semana previa a la encuesta, la mayoría hombres. Se estima que el 98% tuvo relaciones sexuales con hombres en ese período,

en tanto que casi el 3% tuvo relaciones con mujeres. El 88% usó condón en la última relación sexual con clientes, similar a la proporción de uso con parejas ocasionales (89%). El uso de condón con pareja estable resultó ser sensiblemente más bajo (20%). Un 34% dijo haberse inyectado vitaminas en el año previo, y ninguno compartió jeringas. De los pocos casos que se inyectaron drogas en los 6 meses previos, ninguno compartió jeringas.

El 30% dijo haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el año previo; la policía resultó el agente más mencionado. El 19% afirmó haber recibido maltrato en los servicios de salud y el 46% siente necesario ocultar que es trabajador sexual en los servicios médicos. El 31% lo ocultó al solicitar otro tipo de trabajo. El 16% dijo que alguien de su familia lo rechazó por ser trabajador sexual. El 2% acudió ante alguna instancia para solicitar apoyo ante un hecho discriminatorio.

### *Camioneros de larga distancia*

Se entrevistó en Monterrey a 312 camioneros de larga distancia. Un 65% dijo tener estudios completos de nivel secundaria. El 74% dijo que era casado y vivía con su esposa y el 14% vivía con una mujer sin estar casado. El 12% vivía solo. En promedio, pasaron 8 días en su casa durante el mes previo a la encuesta. Un 92% sabía que el condón protege del VIH, pero casi un 30% cree que el VIH puede transmitirse por picadura de mosquito y un 11% por compartir comida. Un 22% dijo que tardaría más de media hora en conseguir un condón si lo necesitara. Casi el 60% dijo que en su comunidad podía realizarse la prueba de VIH y un 22% se había realizado la prueba antes de la encuesta. El 41% de ellos dijo que se la hizo de manera obligatoria.

El promedio de parejas sexuales en el año previo a la encuesta fue de 3. Un 90% había tenido relaciones sexuales con pareja estable con la que convivía. Entre ellos, el 27% tuvo también relaciones sexuales con tra-

bajadoras sexuales y el 20% con parejas ocasionales. Un 6% de los entrevistados dijo haber hecho favores como dar “aventón” a cambio de relaciones sexuales. El 6% usó condón en la última relación sexual con pareja estable que convive, con pareja estable que no convive el 42%, con pareja ocasional el 69% y con pareja comercial el 93%. Casi 15% dijo haberse inyectado vitaminas. Un 7% compartió la jeringa la última vez que se inyectó medicinas o vitaminas. Casi el 70% dijo haber probado alguna droga, y un 1.4% dijo haberse inyectado alguna droga. Ninguno compartió la jeringa la última vez que se inyectó.

Un 44% afirmó que no le compraría comida a un vendedor que tuviera VIH, y un 23% no compartiría los alimentos con alguien que tuviera VIH. Un 13% de los entrevistados opinó que si algún maestro tuviera el virus del SIDA, no estaría bien que lo dejaran seguir dando clases en la escuela, en tanto que un 9% consideró que si un estudiante tuviera el VIH sin estar enfermo no aprobaría que se le permitiera seguir asistiendo a clases. Un 12% de los entrevistados opinó que no aceptaría que a un camionero que tuviera el virus del SIDA lo dejaran seguir trabajando. Un 7% consideró que las personas que viven con VIH/SIDA deben vivir apartadas.

### *Mujeres trabajadoras sexuales*

Se entrevistaron 603 MTS en Acapulco y Monterrey. La mitad de las entrevistadas tenía nivel escolar básico aprobado (primaria y secundaria). Un 13% no tenía primaria aprobada. El 6% dijo hablar lengua indígena. El 42% estaba unida y viviendo en pareja. El 64% dijo tener credencial para ejercer el trabajo sexual. El 94% sabe que el condón protege del VIH, pero el 32% cree que puede transmitirse por picadura de mosquito y el 12% por compartir comida. El 98% tardaría menos de media hora en conseguir un condón. El 51% oyó hablar del condón femenino, y entre ellas, el 11% alguna vez lo usó. Casi el 90% dijo que era posible hacerse la prueba de VIH en su

comunidad y el 81% se había realizado antes la prueba. El 35% dijo que se había hecho la prueba de manera obligatoria.

El promedio de parejas en la semana previa a la encuesta fue de 8. El 96% dijo haber usado condón con el último cliente, el 17% usó condón en la última relación sexual con pareja estable y el 53% con parejas ocasionales. Entre los motivos mencionados para no usar condón con clientes figuran por ser cliente conocido y porque el cliente no quiso. El 27% afirmó haberse inyectado vitaminas en el año previo, y el 3.4% compartió jeringas. Un 2% se inyectó drogas alguna vez en la vida pero ninguna refirió haber compartido jeringas la última vez que se inyectó drogas.

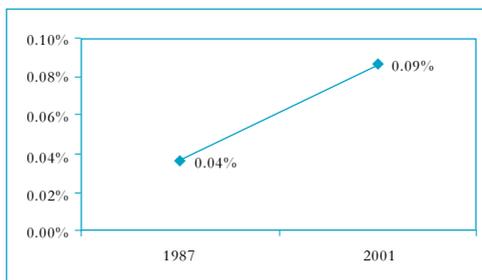
El 15% dijo haber sufrido maltrato en el año previo; los clientes y las parejas estables fueron los más mencionados como agentes del maltrato. Un 5% dijo haber recibido maltrato en los servicios de salud y un 38% siente la necesidad de ocultar que es MTS en el servicio médico. El 65% ocultó que era MTS al solicitar otro trabajo. Un 13% dijo que alguien de su familia le manifestó rechazo por ser MTS. Un 4% acudió a alguna instancia a solicitar apoyo ante un hecho discriminatorio.

# I. Introducción

## PANORAMA DE LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN MÉXICO

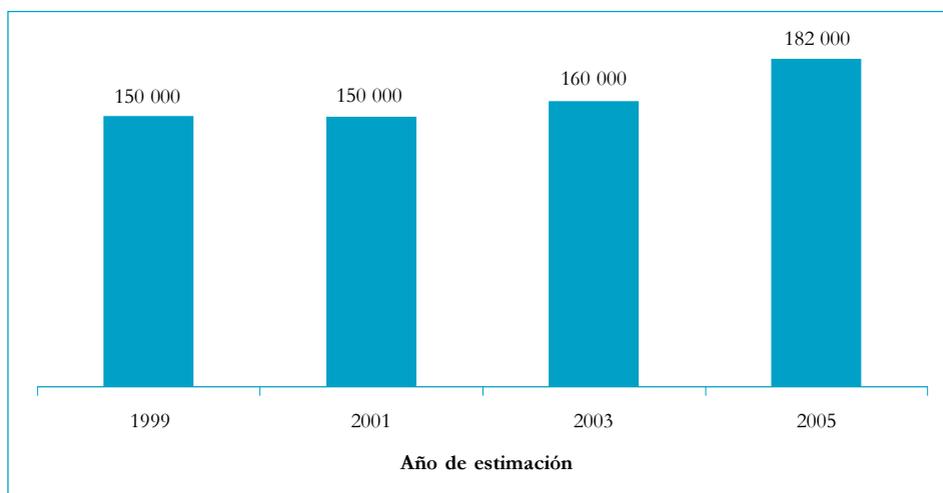
De acuerdo a la clasificación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) basada en el análisis de la prevalencia del VIH en subgrupos poblacionales, México tiene una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una rápida difusión de la infección por VIH en uno o más subgrupos de la población, pero que aún no se establece en la población general. Las prevalencias conocidas de VIH en poblaciones específicas de riesgo son 15% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y 6% en usuarios de drogas inyectables (UDI).<sup>1</sup> Entre la población general la prevalencia estimada es de 0.1%.<sup>2</sup> La gráfica 1 muestra la evolución de la prevalencia en la población general mayor a 15 años estimada a partir de encuestas nacionales.<sup>3</sup>

**Gráfica 1. Prevalencia estimada de VIH en población general de 15 años y más a partir de encuestas nacionales**



En México se estima que a fines del año 2005 existían 182 mil personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales más de 103,400 corresponderían a hombres que tienen sexo con otros hombres, 67,100 a población heterosexual (hombres y mujeres), 3,700 a reclusos, 2,300 a usuarios de drogas inyectables y 5,500 a hombres y mujeres trabajadores sexuales (HTS y MTS).<sup>4</sup> La gráfica 2 presenta estimaciones de las personas que viven con VIH en años recientes.<sup>5</sup>

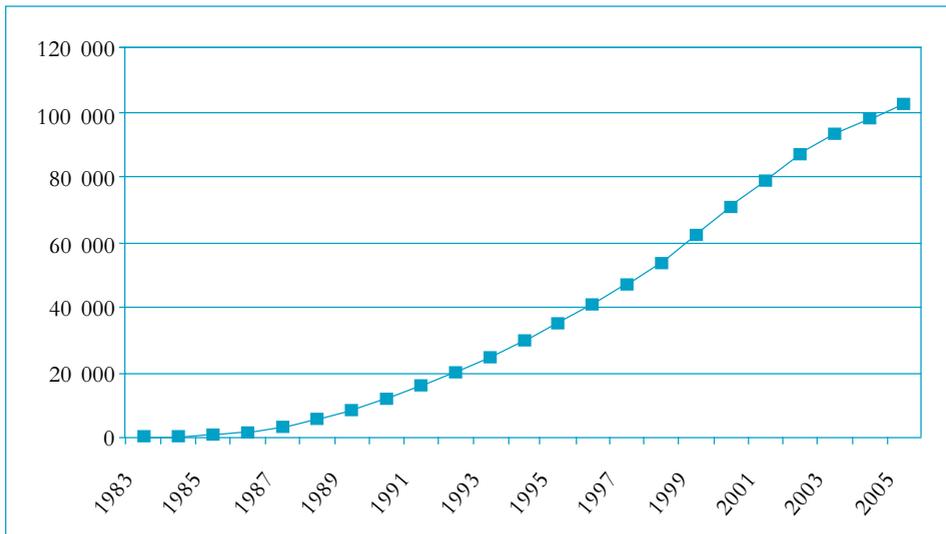
**Gráfica 2. Estimación de personas viviendo con VIH (15-49 años)**



El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Después de un crecimiento inicial lento, a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, la epidemia registró un crecimiento exponencial; al inicio de la década de los noventa este crecimiento amortiguó y mostró una aparente tendencia hacia la estabilización de 1994 a la fecha, con alrededor de 4,100 casos nuevos al año.<sup>6</sup> Se estima que a finales del 2005 había 102,575 casos acumulados. La gráfica 3 presenta el número de casos de SIDA acumulados por año según fecha de diagnóstico. Es pertinente recordar que existen retrasos

en la notificación de casos, por lo que las cifras de los últimos cinco años deben considerarse provisionales.<sup>7</sup>

**Gráfica 3. Casos acumulados de SIDA por año de diagnóstico**



## LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

El monitoreo de la epidemia de VIH y la evaluación del impacto de las intervenciones para la prevención del VIH son un proceso intrínsecamente complejo y multifacético. Esto se debe a la dinámica de la epidemia, a la naturaleza de las intervenciones necesarias para reducir su expansión y a las limitaciones inherentes a la medición del impacto de intervenciones múltiples y que se refuerzan mutuamente.

La vigilancia centinela de VIH, piedra fundamental de los esfuerzos tradicionales del monitoreo del VIH, deviene menos útil en la medida en que la epidemia madura. Esto se debe a que la prevalencia de VIH cambia muy

lentamente en respuesta a los cambios de comportamiento en las poblaciones por la naturaleza crónica de la infección de VIH. Así, los datos de vigilancia del VIH basados sólo en marcadores biológicos no indican si las intervenciones de prevención tienen los efectos deseados en el corto plazo respecto al cambio de comportamientos. Las encuestas de comportamiento repetidas, por otra parte, pueden captar las tendencias en el cambio de comportamientos que llevan a reducir la infección de VIH; por ejemplo, la reducción del número de parejas sexuales y el incremento del uso de condón con parejas no habituales. Estos cambios pueden relacionarse con un número de intervenciones puestas en práctica para reducir los comportamientos de alto riesgo, o pueden ser una función de las respuestas naturales a la epidemia. Cualquiera que sea el caso, el tipo de información producida por la vigilancia de comportamientos puede ayudar a guiar los programas de intervención dando a los planificadores un panorama más claro de las conductas actuales de riesgo en varios segmentos de la población. Al mismo tiempo, estos datos pueden utilizarse para dar una indicación acerca de cuán bien están trabajando los efectos combinados de un paquete de intervenciones.

Dos de los diseños de encuestas repetidas de comportamiento más comúnmente usados son aquellos que miden y trazan tendencias en muestras representativas de la población general, y aquellos que lo hacen en subconjuntos específicos de la población vulnerable o de alto riesgo. Las encuestas en población general suelen ser hechas a nivel del hogar y se refieren frecuentemente a ellas como Encuestas de Indicadores de Prevención. Las encuestas dirigidas a grupos específicos, usualmente hechas fuera del hogar, suelen denominarse como encuestas de vigilancia de comportamientos (EVC). Ellas son un componente importante en los sistemas de monitoreo nacionales porque se enfocan en los segmentos más vulnerables y de alto riesgo de la población, cuyos comportamientos pueden tener un gran efecto en el curso de la epidemia.

El sistema de vigilancia de comportamientos (conocido como BSS por sus siglas en inglés) constituye un método de monitoreo diseñado para estimar las tendencias sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con el VIH/SIDA en subpoblaciones de alto riesgo de infección de VIH, como los usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres, y otros grupos que tienen alto riesgo. El BSS consiste en la realización sistemática de encuestas transversales repetidas para monitorear los cambios en los comportamientos relacionados con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El beneficio clave de esta metodología es el enfoque estandarizado para el diseño del cuestionario, la construcción del marco muestral, y la implementación de la encuesta y su análisis. La mayoría de los cuestionarios han sido validados en varias poblaciones. Los resultados del BSS pueden servir para múltiples propósitos, que incluyen la identificación de conductas específicas que necesitan ser cambiadas y proveer datos que pueden ser usados para abogar por apoyo (político y financiero) y cambios políticos.

Desde 1999, *Family Health International* (FHI) ha trabajado con instituciones nacionales y locales para desarrollar el BSS en más de 34 países de África, América Latina, Europa del Este y Asia. Los resultados de esos estudios han provisto información valiosa para entender a la epidemia de VIH desde perspectivas específicas regionales y nacionales. En varios países, se han llevado a cabo múltiples rondas del BSS y los datos obtenidos sobre las tendencias han sido usados para formular nuevos programas y adaptar los existentes.

El monitoreo de la epidemia de VIH y de la tendencia de los comportamientos de mayor riesgo tiene el propósito de brindar al programa nacional de VIH/SIDA, a los programas estatales y a los sectores comprometidos en el combate de la epidemia, la información indispensable para el diseño e implementación de estrategias de prevención y la evaluación posterior del impacto.

Uno de los primeros esfuerzos en México para dar seguimiento a la epidemia del VIH/SIDA, a partir de la notificación formal del primer caso en 1983, fue el inicio del Registro Nacional de Casos en 1986, que permitió entender la distribución y frecuencia de los casos de SIDA. A partir de 1988 comenzó la recolección de información demográfica básica y de comportamientos sexuales en HSH, en MTS, reclusos e individuos con hemofilia, en el marco de la vigilancia centinela en varias ciudades mexicanas. Actualmente, la vigilancia centinela se ha generalizado en todo el territorio y se realiza en poblaciones de mujeres embarazadas, MTS y UDI, pero con mínima información de comportamiento sexual. Otros datos se obtienen de las encuestas ligadas a la detección con consejería, que se realiza en distintos centros especializados del país. Los estudios específicos de comportamiento sexual comenzaron en 1985, con encuestas dirigidas hacia HSH en la ciudad de México.<sup>8</sup> En 1992-1993 se llevó a cabo una encuesta de hogares dirigida a hombres, con el fin de identificar las conductas sexuales especialmente de los HSH.<sup>9</sup>

Una nueva etapa se inició en el año 2001, con el levantamiento de las encuestas de comportamiento en subpoblaciones con prácticas de riesgo, a partir del proyecto de vigilancia de Segunda Generación realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y con el apoyo del ONUSIDA. En el año 2003 se realizaron encuestas basales de comportamiento y de prevalencia como parte del proyecto de Prevención en Poblaciones Vulnerables financiado por el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) de la Secretaría de Salud. Estos cuestionarios también incluyeron preguntas sobre comportamiento sexual similares a las del proyecto de vigilancia de Segunda Generación, y pueden ser comparadas en el futuro. A inicios del año 2004 comenzaron a realizarse encuestas de comportamiento sexual y de uso de drogas a migrantes mexicanos que hubieran vivido en los Estados Unidos de América, en el marco de un

proyecto de colaboración con la Universidad de California, en los estados de Jalisco y Michoacán, y en el 2005 en los estados de Jalisco, Oaxaca, Zacatecas y Estado de México. En el año 2006 se recabó información en Jalisco.

Durante el año 2004 CENSIDA acordó con FHI la realización de una nueva ronda de encuestas de vigilancia de comportamientos, seleccionando sitios donde no se tuvieran conocimientos previos de comportamientos sexuales, y donde existieran además condiciones de vulnerabilidad acentuadas. Con la participación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica de México (FLACSO–México) y financiamiento de la *United States Agency for International Development* (USAID), se realizaron durante los años 2005 y 2006 las encuestas de comportamientos y prevalencia de VIH en las ciudades de Acapulco, Monterrey, Nezahualcóyotl y Tampico, en distintas poblaciones vulnerables a la epidemia, cuyos resultados se presentan en esta publicación. El cuadro 1 sintetiza las encuestas realizadas hasta la fecha, bajo el enfoque de vigilancia de comportamientos, tarea de vigilancia epidemiológica que se circunscribe en el marco de las funciones que le corresponden a la Secretaría de Salud de México a través del CENSIDA.

**Cuadro 1. Encuestas de vigilancia de comportamientos realizadas por CENSIDA por entidad federativa, ciudad, grupo encuestado y agencia operativa/financiera**

	HSH	HTS	MTS	UDIs	JÓVENES	MIGRANTES
<b>Baja California</b>			Tijuana CENSIDA/ PROCEDES (2003) con serología n=204	Tijuana CENSIDA/ PROCEDES (2003) con serología n=408		
<b>Chihuahua</b>				Cd. Juárez CENSIDA/ ONUSIDA (2003) sin serología n=624		

**Cuadro 1. (Continuación) Encuestas de vigilancia de comportamientos realizadas por CENSIDA por entidad federativa, ciudad, grupo encuestado y agencia operativa/financiera**

	HSB	HTS	MTS	UDIs	JÓVENES	MIGRANTES
<b>Distrito Federal</b>		Ciudad de México (D.F., Nezahualcóyotl, Tlalnepantla, Naucalpan, Ecatepec)			Escuelas preparatorias del Distrito Federal CENSIDA/ FLACSO (2005) sin serología n=292	
<b>Estado de México</b>	Nezahualcóyotl, CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=225	CENSIDA/ PROCEDES (2003) con serología n=144  Nezahualcóyotl, CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=102				CENSIDA/ U. CALIF. (2005) con serología n=400
<b>Guerrero</b>	Acapulco CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=285	Acapulco CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=131	Acapulco CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=285			
<b>Jalisco</b>	Guadalajara CENSIDA/ PROCEDES (2003) con serología n=400	Guadalajara CENSIDA/ PROCEDES (2003) Con serología n=89				CENSIDA/ U. CALIF. (2004-2005-2006) con serología n=492
<b>Michoacán</b>	INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=1518		INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=1634		INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=1500	INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=730  CENSIDA/ U. CALIF. (2004) con serología n=98
<b>Morelos</b>			INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=767		INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=1508	
<b>Nuevo León</b>	Monterrey CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=315	Monterrey CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=153	Monterrey CENSIDA/ FLACSO/FHI (2005) con serología n=318			Monterrey (camioneros de larga distancia) CENSIDA/FLACSO/ FHI (2005) con serología n=313
<b>Oaxaca</b>						CENSIDA/ U. CALIF con serología (2005) n=400

**Cuadro 1. (Continuación) Encuestas de vigilancia de comportamientos realizadas por CENSIDA por entidad federativa, ciudad, grupo encuestado y agencia operativa/financiera**

	HSH	HTS	MTS	UDIs	JÓVENES	MIGRANTES
<b>Puebla</b>	INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=1062				INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=1292	INSP/ CENSIDA/ ONUSIDA (2001) sin serología n=640
<b>Tamaulipas</b>	Tampico CENSIDA/ FLACSO/FHI (2006) con serología n=270					
<b>Veracruz</b>		Veracruz CENSIDA/ PROCEDES (2003) con serología n=192				
<b>Zacatecas</b>						CENSIDA/ U. CALIF. (2005) con serología n=369



## II. Objetivos del proyecto

Los objetivos de las encuestas de comportamientos realizadas durante el 2005 y el 2006 por el proyecto FLACSO/CENSIDA/FHI son:

- ◆ Apoyar a establecer un sistema de monitoreo que estime las tendencias de comportamientos para grupos objetivo vulnerables a la epidemia de VIH y con prácticas de riesgo en México.
- ◆ Proveer información sobre las tendencias de comportamientos de grupos objetivo claves en las áreas donde se encuentran.
- ◆ Aportar información que guíe la planificación de los programas e intervenciones en términos de ubicación y de identificación de las poblaciones con prácticas de riesgo.
- ◆ Obtener datos en un formato estandarizado que permita la comparación con otros estudios de comportamientos, llevados a cabo tanto en México como en otros países.
- ◆ Validar diferentes tipos de recolección de datos y procedimientos de mapeo, particularmente el método de Muestreo Dirigido por Entrevistados (RDS).



### III. Métodos

#### 1. POBLACIONES OBJETIVO Y SITIOS

Con base en la información previa de la epidemia de VIH/SIDA en México se sabe que los grupos más afectados son los hombres que tienen sexo con hombres, los hombres trabajadores sexuales y los usuarios de drogas inyectables. Aunado a la alta prevalencia ya existente entre los hombres que tienen sexo con hombres, esta población a menudo está en creciente riesgo debido a la falta de apoyo de la comunidad en general y su aislamiento. Sus relaciones son a veces encubiertas, secretas y vividas con culpa. Con poco apoyo de la comunidad es difícil para estos hombres buscar el tipo de cuidado de la salud que necesitarían para estar saludables. Hay otros grupos especialmente vulnerables como las mujeres trabajadoras sexuales y las poblaciones móviles, aunque no se hayan encontrado en estudios previos prevalencias altas. En general, las personas que se dedican al trabajo sexual tienen condiciones particulares de vulnerabilidad debido a que su ocupación las pone en riesgo en tanto que las lleva a tener poco poder en la toma de decisión sobre cuán seguido y con quién tener sexo. También es posible que tengan poca decisión sobre el uso de condón en estos encuentros sexuales. Las poblaciones móviles como los choferes de camión de larga distancia pueden tener prácticas con diversas parejas sexuales debido a los largos períodos de separación de sus parejas habituales. Por otra parte, dada su movilidad se dificulta tener a disposición servicios de salud en los sitios donde transitan.

Para esta ronda de encuestas se seleccionaron como poblaciones objetivo los HSH, los HTS, las MTS, y los choferes de camiones de larga distancia (trailereros). Se realizaron acuerdos con las autoridades de los programas estatales de VIH/SIDA del Estado de México, Guerrero, Nuevo León y Tamaulipas. Se seleccionaron las siguientes ciudades debido a que cuentan con distintas características que las convierten en escenarios de vulnerabilidad:

- ◆ Acapulco (Estado de Guerrero)
- ◆ Monterrey (Estado de Nuevo León)
- ◆ Nezahualcóyotl (Estado de México)
- ◆ Tampico (Estado de Tamaulipas)

El que estas ciudades sean relativamente grandes fue una condición básica para su selección, esto con el fin de obtener el tamaño de muestra mínimo necesario para cada población objetivo.

Las poblaciones objetivo fueron definidas de la siguiente manera:

1. Mujeres trabajadoras sexuales – definido como cualquier mujer que intercambiaba dinero por relaciones sexuales al momento de la encuesta, en bares, burdeles, en la calle o en otro sitio de encuentro, mayor de 18 años, y que no se encontrara embarazada al momento de la entrevista.
2. Hombres trabajadores sexuales – definido como cualquier hombre que intercambiaba dinero por favores sexuales al momento de la encuesta, en bares, burdeles, en la calle o en otro sitio de encuentro, mayor de 18 años.

3. Hombres que tienen sexo con hombres – definido como cualquier hombre que hubiera tenido relaciones sexuales con otros hombres (sexo oral y/o sexo anal) en los seis meses previos a la entrevista, ubicado en sitios de encuentro como bares, clubes, baños públicos, cines, etc.
4. Población móvil/Camioneros de larga distancia (traileros) – definido como hombres que conducen camiones comerciales, mayores de 18 años, y se encuentran fuera de sus hogares al menos una semana al mes.

Para estas poblaciones se estimó la prevalencia de VIH a través de la prueba rápida Determine, comercializada por el laboratorio Abbott, con excepción de la encuesta de HSH en Tampico que utilizó la prueba de VIH Orasure.

## 2. TAMAÑOS DE MUESTRA ESPERADOS

### *Tamaño de muestra esperado para las Poblaciones de MTS, HSH y Camioneros*

Para determinar el tamaño de muestra necesario que detecte un cambio de 15 puntos porcentuales, para diferentes indicadores de cada uno de esos grupos objetivos, el valor inicial (P1) se ha estimado en un 50%. El efecto de diseño se ha estimado en 2 debido al diseño grupal usado para muestrear los grupos objetivo. El nivel de precisión se establece en 0.05.

La aplicación de la fórmula anterior lleva a un tamaño de muestra de 267 para cada grupo objetivo. Debido a la escasa información de comportamiento sexual existente para esos grupos objetivos no se consideró un factor de corrección excepto para compensar el rechazo a participar. Se acepta generalmente que entre 10 y 15% rechazan participar. Para tratar con

esta tasa de rechazo el tamaño de muestra esperado de 267 se incrementó a 300 para cada grupo objetivo en cada ciudad.

### *Tamaño de muestra esperado para HTS*

Los hombres trabajadores sexuales son considerados como grupo de alto riesgo pero la determinación de los tamaños de muestra representa un verdadero reto dada la falta de estimaciones previas sobre el tamaño de esta población. Basados en estudios previos llevados a cabo en México y a las experiencias en localizar a esta población, se utilizó un tamaño de muestra esperado de 150 en Acapulco y 150 en Monterrey.

También, por la dificultad de acceder a este grupo debido a la estigmatización y discriminación que en muchos casos padecen, se probó el método RDS en Nezahualcóyotl para validar su factibilidad y eficacia comparado con el método de sitios. Se estableció un tamaño esperado de 300 entrevistados, bajo el supuesto de que se podían obtener más casos por

**Cuadro 2. Tamaños de muestra esperados por población y ciudad del estudio**

Ciudad (Estado)	HSH	MTS	HTS	Camioneros	Total
Acapulco (Guerrero)	300	300	150		750
Monterrey (Nuevo León)	300	300	150	300	1050
Ciudad de México (Estado de México)*	300	300	300**		900
Tampico (Tamaulipas)	300				300
Subtotal	<b>1200</b>	<b>900</b>	<b>600</b>	<b>300</b>	
TOTAL					<b>3000</b>

\* Se esperaba trabajar en los municipios conurbados de la Ciudad de México pertenecientes al Estado de México con las poblaciones de HSH, MTS y HTS.

\*\* Método RDS.

este método, sobre todo teniendo en cuenta que se realizaría en el conurbado de la ciudad de México, la más poblada del país.

### 3. PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO

Se utilizaron tres metodologías diferentes en el estudio, según las características de las poblaciones y los objetivos de cada encuesta. Casi todas las poblaciones siguieron la metodología denominada “muestreo por tiempo-lugar”, o TLS por sus siglas en inglés (*Time Location Sampling*). La excepción fueron los HTS, con quienes se aplicaron dos estrategias. En Nezahualcóyotl se aplicó el “muestreo dirigido por entrevistados”, o RDS por sus siglas en inglés (*Respondent Driven Sampling*), y en Acapulco y Monterrey se entrevistó a todos los sujetos que se encontraban, una vez identificados los sitios de reunión.

#### *Muestreo con TLS*

El muestreo de Tiempo/Lugar (también conocido como muestreo en sitios de reunión) es un método probabilístico para reclutar miembros de una población objetivo en tiempos específicos en sitios de reunión. Las unidades de días-horarios-lugares —también llamadas Unidades de Tiempo y Lugar (UTL)— que representan el universo potencial de lugares, días y horarios forman el marco muestral. Por ejemplo, una UTL podría ser un período definido de cuatro horas del día lunes en un sitio específico. El equipo de campo identifica el rango de las unidades de tiempo-lugar para ubicar a los miembros de la población objetivo a través de entrevistas a informantes clave, proveedores de servicios, y miembros de la población objetivo. Luego el equipo visita los sitios, y prepara una lista de UTL que se consideran potencialmente elegibles sobre la base de la verificación del número de personas presentes y de entrevistas a los encargados de los sitios sobre la afluencia por día y hora

de la semana. Esta información permite estimar una unidad del tamaño de la población para cada UTL y el número elegible para la muestra. La muestra se selecciona en etapas. En la primera de las dos etapas de la estrategia de muestreo, se selecciona una muestra simple o estratificada de todas las unidades de tiempo lugar que figuran en la lista del marco muestral (preferentemente con probabilidad proporcional al número total de población elegible para cada UTL). En la segunda etapa, se seleccionan los participantes de manera sistemática de cada UTL seleccionada de manera aleatoria. El muestreo de tiempo-lugar permite introducir en el marco muestral sitios informales, como casas de fiestas o paradas, para alcanzar a los miembros más ocultos de la población objetivo, o a aquellos que típicamente no frecuentan sitios públicos.<sup>10</sup>

Para aplicar la metodología TLS en las poblaciones de HSH, MTS y camioneros, fue necesario construir primero el marco muestral para cada población en cada ciudad. A partir de entrevistas estructuradas a personas-clave se elaboraron listas de sitios de reunión de las poblaciones con indicaciones geográficas. Se verificó la existencia de los sitios, así como los días y horarios de apertura y cierre, y una estimación del tamaño de la población objetivo presente. Se establecieron las unidades de “tiempo-lugar”, se seleccionaron de forma aleatoria y se establecieron cuotas de entrevistas para cada lugar teniendo en cuenta el tamaño estimado de la población por sitio. Los conglomerados estaban representados por los sitios de reunión identificados para cada población. Por ejemplo, para las mujeres y los hombres trabajadores sexuales estaban conformados por cantinas, *tabledance*, cuadras específicas en determinadas calles, accesorias, clubes nocturnos, etc. Para los hombres que tienen sexo con hombres, clubes nocturnos, cantinas, sitios de reunión en calles específicas o sectores de playas, etc. Para los camioneros de larga distancia, se identificaron estacionamientos de camiones, restaurantes de parada de camioneros, empresas transportistas, puntos de parada en carreteras, etc.

Una vez seleccionado el lugar en un día de la semana y un horario específico, se seleccionaban de modo aleatorio los miembros a entrevistar de la población objetivo, si superaban la cuota propuesta para el sitio. Si el número de personas de la población objetivo era menor al establecido en la cuota en el primer día de visita al sitio, se repetía la visita en la siguiente semana, respetando el día de la semana y el horario establecido mediante la selección aleatoria.

### *Muestreo con RDS*

El muestreo dirigido por entrevistados (RDS por sus siglas en inglés) fue usado para reclutar a los participantes de la encuesta de Hombres Trabajadores Sexuales. El RDS es una forma modificada del muestreo por bola de nieve que permite a los investigadores reclutar a los grupos altamente estigmatizados que no se congregan en sitios conocidos. El RDS no sólo provee un método probabilístico para alcanzar el tamaño de muestra deseado, sino que también le permite al grupo investigador identificar redes y características de quienes están en las redes. Como tal, los datos de las muestras de RDS permiten realizar inferencias sobre las características de la red más amplia de HTS en Nezahualcóyotl.

El primer paso en el RDS es colaborar con las ONG que trabajan con las poblaciones objetivo para reclutar 10-15 entrevistados iniciales conocidos como “semillas”. Los HTS “semillas” en Nezahualcóyotl fueron al sitio donde se realizó el estudio y completaron el cuestionario sobre comportamientos y el componente biológico del estudio (prueba rápida de VIH). Después de completar el estudio, se entregó a las “semillas” una compensación económica para el transporte y por el tiempo dedicado (60 pesos, equivalente a aprox. 6 US\$). También se les entregaron tres (3) cupones para reclutar tres personas HTS (pares) para participar en el estudio. Las “semillas” recibieron una compensación económica adicional por cada participante que reclutaban y

que completaban el estudio (30 pesos por cada referencia, equivalente a aprox. 3 US\$). Este proceso fue repetido hasta el último día posible del estudio, con una muestra de 102 personas. El límite de tres cupones por participante se estableció para asegurar que un conjunto amplio de sujetos tuvieran oportunidad de reclutar participantes, reduciendo así la homofilia\* entre los participantes del estudio, y previniendo la emergencia de reclutadores semi-profesionales y potenciales competencias por el reclutamiento.<sup>11</sup>

### *Procesamiento y análisis estadístico de los datos para el método RDS*

Para los HTS, los datos del paquete SPSS fueron transferidos a un paquete de cómputo diseñado específicamente para el análisis de datos de RDS (*RDS Analysis Tool versión 5.4.0*). Para este grupo estudiado se realizó un análisis de partición que permitió al analista definir múltiples subgrupos exclusivos de una población (por ejemplo, participantes que usaron condón sistemáticamente con parejas regulares). Para esos subgrupos el programa de cómputo del RDS genera estimaciones de la proporción de la población e intervalos de confianza. Estas proporciones de la población estimadas y sus correspondientes intervalos de confianza proveen un método para caracterizar a la comunidad más grande de HTS en Nezahualcóyotl.

El RDS permite estimar las características de una red más amplia de HTS en Nezahualcóyotl basadas en los datos de la red recolectados en la muestra del estudio. A través del procesamiento estadístico con el paquete estadístico del RDS se obtienen porcentajes simples para la muestra según una característica específica (por ejemplo, el porcentaje de participantes que habla lengua indígena entre los HTS) y las proporciones estimadas de la población, es decir, de la red más amplia y no sólo de las personas entrevistadas.

---

\* Se define homofilia como la tendencia a afiliarse con personas con rasgos similares, por ejemplo, nivel de educación, ingreso, pertenencia étnica, etc.

La proporción de la población y los correspondientes intervalos de confianza proveen una estimación de las características de una red más amplia de HTS en Nezahualcóyotl. Las estimaciones de las proporciones de la población son importantes para los políticos y los diseñadores de programas, ya que las estimaciones de la población pueden variar de las características de la muestra y necesitamos entender no sólo nuestra muestra sino las redes más amplias en la ciudad. En la sección de resultados enfocaremos la presentación de los datos de las estimaciones de las proporciones de la población, con referencia a los porcentajes de la muestra sólo cuando las dos cifras difieren mucho.

#### *Otros sistemas de selección de participantes (HTS)*

En el caso de los HTS, al inicio de la encuesta no se sabía si el tamaño de la población en las ciudades cubría el mínimo esperado para entrevistar. En Acapulco y Monterrey se elaboraron marcos muestrales con los sitios de reunión a partir de informantes clave. Para evitar la pérdida de entrevistas en esta población considerada muy difícil de alcanzar, al mismo tiempo que se verificaban los sitios del marco muestral se realizaban las entrevistas, proponiendo la entrevista a todos los presentes en el momento. Dado que la selección de los entrevistados no fue aleatoria, no se utilizaron ponderadores y no se realizaron estimaciones para el conjunto de la población, sino sólo para la muestra.

## 4. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

### *Recolección de datos de comportamientos*

Las encuestas se levantaron con la colaboración conjunta entre FLACSO México, CENSIDA, FHI y los programas estatales de VIH/SIDA de la Ciudad

de México, Estado de México, Guerrero, Nuevo León y Tamaulipas, entre julio y octubre del 2005 (encuestas en Acapulco, Monterrey y Nezahualcóyotl) y entre julio y septiembre del 2006 (encuesta de Tampico).

En todas las poblaciones se realizaron entrevistas cara a cara. Todas las entrevistas se realizaron con consentimiento informado de los participantes. Los cuestionarios fueron diferentes para cada población del estudio, pero con un conjunto de preguntas similares. Las secciones comunes incluían características sociodemográficas básicas, consumo de drogas, situación de unión o vida en pareja, historia sexual en períodos definidos (últimos 12 meses para camioneros, últimos 6 meses para hombres que tienen sexo con hombres, última semana para las y los trabajadores sexuales), uso de condón con la última pareja por tipos de pareja (comercial, estable, ocasional), conocimientos sobre VIH/SIDA, acceso a condones y a la prueba de VIH, experiencias de infecciones de transmisión sexual, estigma y discriminación. A las y los trabajadores sexuales –además- se les formularon preguntas sobre los últimos clientes (percepción, servicios, etc.), algunas características del trabajo sexual (horarios, obtención de credenciales, etc.), entre otros temas específicos. A los hombres que tienen sexo con hombres se les preguntó también sobre uso de lubricantes. A los camioneros se les realizaron preguntas sobre características relacionadas con su trabajo (rutas de desplazamiento, tiempo fuera del hogar, etc.) y exposición a campañas a través de medios masivos. En todos los cuestionarios, el diseño de las preguntas se realizó tomando en cuenta los indicadores establecidos por *Family Health International*<sup>12</sup> y por ONUSIDA.<sup>13</sup>

A los participantes se les entregaron materiales de prevención diseñados por los programas estatales de VIH/SIDA y condones. Además, a las y los trabajadores sexuales se les entregó una compensación económica simbólica por el tiempo dedicado a la entrevista.

Para el levantamiento de los datos, se organizó un equipo para cada ciudad con personal contratado con responsabilidades específicas. Cada ciudad tenía dos coordinadores (uno del equipo central y otro de la ciudad), y para cada población se contaba con un supervisor. El número promedio de entrevistadores fue de seis para cada población. Uno de los objetivos del proyecto era fortalecer las capacidades de los programas estatales para realizar la vigilancia de la epidemia de VIH. Por esta razón, el personal que participó en la encuesta pertenecía a cada ciudad del estudio, y fue escogido por la autoridad del programa estatal. En la mayoría de los casos, el personal pertenecía ya sea al programa estatal de VIH o a alguna organización de la sociedad civil relacionada con la población objetivo.

Se realizaron talleres de capacitación para el proceso de entrevista y para la toma de la prueba rápida de VIH en cada una de las ciudades de estudio, conducidos por la coordinadora general de la encuesta y el coordinador regional de la ciudad. Todos ellos tenían experiencia previa en encuestas de comportamiento sexual, y en capacitación de equipos para encuestas de este tipo. Para la encuesta de RDS se realizó un taller de capacitación especial, dictado por el personal técnico de FHI.

Una vez iniciado el trabajo de campo de entrevistas, en los casos en que se identificó que algún entrevistador no llenaba de manera correcta el cuestionario o no aplicaba de manera correcta la prueba rápida, se realizaron sesiones especiales de capacitación para el entrevistador en cuestión. De manera periódica se realizaron sesiones de revisión de los cuestionarios por parte de los entrevistadores. Por último se revisaron los cuestionarios en las oficinas centrales del proyecto antes de su envío a captura.

Los entrevistadores tenían la instrucción de salir en pares, y eran supervisados de forma aleatoria por el personal de FHI, por uno de los investigadores principales, por el coordinador general de la encuesta, por el

coordinador regional, por el coordinador de área o por el supervisor, a fin de asegurar que se siguieran los procedimientos establecidos en la capacitación que garantizaban la voluntariedad y la confidencialidad de la entrevista.

### *Procedimientos clínicos*

La prueba Determine es una prueba rápida *in vitro* para la detección de anticuerpos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana Tipo 1 y Tipo 2 en sangre humana total, obtenida de una gota del dedo. Esta prueba está diseñada para un uso seguro, eficaz y de fácil empleo. Su aplicación no requiere de alta capacitación ni materiales especiales de transporte.

La prueba OraSure es una prueba oral de la mucosa gingival no invasiva para la detección de anticuerpos VIH, la cual se procesa clínicamente en laboratorios especializados con micro-técnica de Elisa y confirmatorias por Western Blot. Su aplicación no requiere capacitación especializada ni materiales especiales de transporte.

Se obtuvieron consentimientos informados por escrito, previo a la aplicación de las pruebas de VIH y del cuestionario. Se entregó material informativo sobre el VIH, diseñado por cada programa estatal de VIH para cada población del estudio, y un volante para recoger el resultado de la prueba de VIH en un centro de consejería designado.

No se recabaron datos de identificación de los participantes que pudieran ligar la información del cuestionario o el resultado de la prueba con su persona. Cada participante tenía asignada una clave numérica, con la cual podía solicitar el resultado de la prueba de VIH en los centros de consejería establecidos. Si el resultado de la prueba de VIH era positivo, y el participante llegaba al centro de consejería a recoger su resultado, se le ofrecía realizar

pruebas confirmatorias (Western Blot). Todas las pruebas se ofrecieron de manera gratuita.

Siguiendo la normatividad mexicana en materia de consejería para pruebas de VIH, el personal de la encuesta no estuvo autorizado para dar resultados de las pruebas de VIH. El entrevistador entregó una tarjeta con el código correspondiente a cada entrevistado y que contenía la dirección donde se entregaría el resultado acompañado de consejería. Todos los resultados de las pruebas de VIH fueron entregados por los servicios especializados locales que contaban con centros de consejería y diagnóstico voluntario. En ningún caso se dieron resultados durante el levantamiento de la encuesta. La decisión de entregarlos en los centros especializados existentes se basó también en la ventaja de que allí se le podía dar al participante la opción de realizar las pruebas confirmatorias en caso necesario.

## 5. CAPTURA DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la captura de datos se contrató a una empresa especializada en esta tarea. Se realizó doble captura para asegurar la calidad. La dirección del proyecto realizó diversos procesos de control de la calidad de la captura, tanto en las oficinas del proyecto como en las oficinas de la empresa que realizó la captura. Finalmente se contrastó la base de datos generada contra un porcentaje de los cuestionarios originales superior al 10%, y se encontró óptima la calidad de la captura de la encuesta.

Excepto para la encuesta levantada con el método RDS, los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS<sup>v</sup>12. Para el caso del RDS, se utilizó el paquete específico, el RDSAT v5.4, diseñado por el Departamento de Sociología de *Cornell University*, Siracusa, Nueva York, EUA.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo del estudio, los formatos de consentimiento y el borrador de los cuestionarios fueron sometidos para la aprobación del Comité de Ética de CENSIDA. Además de la revisión ética de CENSIDA, el estudio fue sometido para la aprobación del Comité de Protección Humana (*Protection of Human Subjects Committee* -PHSC) de FHI. Se obtuvieron las aprobaciones de ambos comités antes del inicio del trabajo de campo de la encuesta.

## 7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como en toda investigación compleja, el equipo de campo se encontró con obstáculos en el desarrollo del trabajo. Muchos de ellos pudieron ser superados, pero otros afectaron la posibilidad de expandir los resultados al conjunto de las poblaciones objetivo.

Entre los problemas que se enfrentaron, figura que un número importante de pruebas Determine resultó inválido, por lo que se buscaron procedimientos de verificación de los resultados. Se estableció un acuerdo con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) para recuperar los resultados de las pruebas rápidas. En los laboratorios especializados de esa institución se realizó un proceso de dilución de la sangre seca de las pruebas Determine, y a esa solución obtenida se le aplicó la prueba Elisa (Vironostika). En caso positivo, se aplicó otra Elisa (Genscreen) y un Western Blot (Cambridge). Esto permitió estimar las prevalencias de VIH con un mayor número de casos. Los resultados de las pruebas que obtuvo el InDRE no se entregaron a los participantes. A las personas cuyas pruebas resultaron inválidas, cuando fueron a recoger sus resultados se les ofreció realizar la prueba Elisa, y en caso necesario, Western Blot en

los centros de salud locales designados. Los resultados del InDRE sólo se utilizaron en la estimación de las prevalencias que se presentan en la sección de resultados.

Otro de los problemas en el campo fue que no siempre se contó con autorización para trabajar en los sitios de reunión seleccionados de manera aleatoria, especialmente en los lugares cerrados donde había que consultar con dueños o encargados (en la sección de Resultados se presentarán las cifras del rechazo de sitios). En las encuestas de MTS, en general, no se tuvo acceso a sitios de trabajo sexual donde acude la clase media alta o los políticos, y no se incluyó en la muestra a las trabajadoras sexuales que se contactan por teléfono o a través de empresas. En las encuestas de HSH, los impedimentos provinieron de problemas de algunos dueños de locales con las autoridades estatales, o conflictos de interés entre los dueños y las organizaciones que participaron en el levantamiento de las encuestas. Se realizaron procesos de segunda y tercera selección aleatoria de sitios, para efectuar los reemplazos de los sitios rechazados. Esta situación hizo que se tomara la decisión de no usar ponderadores en las encuestas, lo que limitó la posibilidad de realizar estimaciones para el conjunto de la población objetivo a partir de la muestra. Los resultados que se presentan (con excepción de la encuesta de HTS realizada con el método RDS) deben considerarse como estudios de caso, es decir, válidos para los participantes del estudio pero no expansibles al conjunto de la población estudiada en cada ciudad.

Otro de los sesgos del estudio se introdujo en la etapa de selección de las personas a entrevistar en los lugares establecidos, especialmente en sitios abiertos donde acudían diversas personas. Por ejemplo, el problema se presentó en la identificación de HSH en sitios abiertos como parques, playas, etc. Por respeto a quien desea no ser reconocido como HSH, los entrevistadores sólo abordaban a los sujetos según marcadores subjetivos que presuponían una identificación de identidades sexuales.

En el caso de la encuesta de HTS a través del método RDS, surgieron pequeños obstáculos por la ubicación del local al que tenían que llegar los potenciales entrevistados. Un día a la semana se instalaba un mercado ambulante en la puerta del edificio, lo que dificultaba la visualización del domicilio y el acceso al mismo. Por otra parte, tanto el local disponible como el equipo de entrevistadores estaban contratados por un tiempo limitado, que no fue suficiente para alcanzar el tamaño de muestra esperado.

Finalmente, se había planeado realizar una encuesta de mujeres trabajadoras sexuales en Nezahualcóyotl que fue necesario cancelar por razones de organización del equipo de entrevistadores.

## IV. Resultados

### 1. TAMAÑOS DE MUESTRA ALCANZADOS Y RECHAZOS

#### *Tamaños de muestra alcanzados*

Los tamaños de muestra alcanzados para cada grupo de población se detallan en el cuadro 3. Los datos del trabajo de campo muestran que se alcanzaron los tamaños esperados en todas las poblaciones encuestadas en Monterrey, casi se llegó a la meta en las poblaciones de Acapulco y Tampico, y hubo dificultades para obtener el tamaño esperado en Nezahualcóyotl.

**Cuadro 3. Tamaños de muestra alcanzados por población y ciudad.**  
Encuestas FLACSO/CENSIDA/FHI 2005.

<b>Población</b>	<b>Acapulco</b> (Guerrero)	<b>Monterrey</b> (Nuevo León)	<b>Nezahualcóyotl</b> (Estado de México)	<b>Tampico</b> (Tamaulipas)	<b>Total</b>
HSH	301	315	225	270	<b>1,111</b>
MTS	285	318			<b>603</b>
HTS	131	153	102		<b>386</b>
Camioneros		313			<b>313</b>
<b>TOTAL</b>	<b>717</b>	<b>1,099</b>	<b>327</b>	<b>270</b>	<b>2,413</b>

### *Porcentajes de rechazo*

El muestreo de tiempo-lugar (TLS) puede tener sesgos por distintas causas, entre las que destacan, según Magnani<sup>14</sup> la omisión de sitios no identificados y que quedan fuera del marco muestral, la omisión de los miembros de la población que no visitan ese tipo de sitios de reunión y el rechazo de muchos miembros de la subpoblación a realizarse la prueba de VIH y responder un cuestionario en los sitios de reunión. En el trabajo de campo realizado se agregó el rechazo de los dueños o encargados de los establecimientos para la realización de la encuesta en locales cerrados, lo que impactó en un número grande de entrevistas perdidas sin haber podido consultar a los miembros de las poblaciones objetivo.

Como se comentó en la sección del Muestreo TLS, se elaboró el marco muestral de sitios de reunión a partir de una lista elaborada consultando con personas clave relacionadas con la población objetivo. Al verificar los sitios se encontró que algunos salían del área geográfica establecida para el estudio y otros no eran, en el momento de la encuesta, sitios de reunión de la población objetivo. Entre los que sí cumplían los requisitos, hubo dos tipos de rechazos: de los dueños o encargados de los sitios, lo que impidió el acceso total al sitio, y en los sitios que autorizaron la realización de la encuesta, el rechazo de los miembros de la población objetivo. El porcentaje de rechazos por población puede verse en el cuadro 4.

**Cuadro 4. Porcentajes de rechazo de los sitios y de los individuos por población objetivo**

	<b>HSH</b> (4 ciudades)	<b>MTS</b> (2 ciudades)	<b>Camioneros</b> (1 ciudad)
<b>Rechazo de los sitios de reunión</b>			
Total de sitios reportados informantes clave	N=232	N=153	N=99
Total de sitios válidos tras verificación	N=100	N=130	N=48
Total de sitios de reunión seleccionados	n=75	n=130	n=47
Aceptó el estudio	68%	65%	62%
Rechazó el estudio	24%	34%	34%
Aceptó y luego rechazó el estudio	8%	1%	4%
<b>Rechazo de individuos en los sitios</b>			
Promedio de todos los sitios seleccionados	35%	13%	23%



## 2. HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

### *2.1. Prevalencia de VIH*

La prevalencia de VIH estimada para la población de HSH es de 10.0% (Acapulco = 9.3%, Monterrey = 10.8%, Nezahualcóyotl = 10.5% y Tampico = 8.9%).

### *2.2. Características sociodemográficas*

La edad media de la población HSH entrevistada se estimó en 26.7 años y la edad mediana en 24 años. En promedio, el nivel escolar de esta población es alto, más de la mitad dijo tener estudios completos de nivel bachillerato o preparatoria, y entre éstos, un 35% afirmó que tenía estudios universitarios. Si bien en las cuatro ciudades del estudio la mayoría afirmó haber nacido en el estado de la encuesta, en Monterrey fue donde hubo un porcentaje mayor de personas nacidas en otros estados (33%). En general, en los cuatro sitios el lugar donde crecieron y se socializaron fue una ciudad (88%). La mayoría afirmó ser católico (76%), un 14% dijo no tener religión, un 9% dijo ser cristiano, evangelista, etc., y el resto pertenece a otra religión. En cuanto al estado civil, la gran mayoría declaró ser soltero (90%), un 66% declaró ser soltero que vive solo, pero destaca que el 22% dijo ser soltero que vive con una pareja del mismo sexo. Entre los que dijeron vivir con una pareja del mismo sexo, más del 40% llevaba más de dos años de convivencia (41.7%). Un 11% afirmó estar (4%) o haber estado (7%) casado con una mujer y un 3% de los entrevistados vivía con su cónyuge de distinto sexo al momento de la encuesta.

**Cuadro 5. Características sociodemográficas de la población HSH de Acapulco, Nezahualcóyotl, Monterrey y Tampico**

	n =1111
<i>Edad</i>	
Media	26.7
Mediana	24.2
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%
18-19	13.3
20-24	35.2
25-29	21.9
30-34	14.9
35-39	7.7
40 y más	7.0
<i>Escolaridad</i>	%
Ninguna	0.1
Primaria incompleta	1.4
Primaria completa	3.7
Secundaria incompleta	5.3
Secundaria completa	11.9
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	16.2
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	26.0
Superior y más	35.3
<i>Nacidos en el estado de la encuesta</i>	%
Guerrero (entrevistados en Acapulco)	91.7
Estado de México y D. F. (entrevistados en Nezahualcóyotl)	83.5
Nuevo León (entrevistados en Monterrey)	67.3
Tamaulipas (entrevistados en Tampico)	68.3
<i>Lugar de socialización</i>	%
Rancho	3.2
Pueblo	8.8
Ciudad	88.0
<i>Religión</i>	%
Católica	75.6
Evangelista, Testigos de Jehová, Luz del Mundo, Mormón, Cristiana	8.9
Ninguna Religión	14.2
Otra	1.3

**Cuadro 5. (Continuación) Características sociodemográficas de la población HSH**

<i>Estado civil</i>	<i>%</i>
<b>Casado</b>	3.7
Y vive con su cónyuge de distinto sexo	3.0
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual de distinto sexo	0.4
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual del mismo sexo	0.0
Pero no vive con su cónyuge de distinto sexo ni con otra pareja sexual de distinto sexo	0.4
<b>Separado, divorciado, viudo</b>	6.8
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	0.4
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	1.2
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	5.2
<b>Soltero</b>	89.5
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	1.0
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	22.1
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	66.4

### 2.3. Conocimientos de VIH/SIDA

La encuesta incluyó preguntas sobre formas de transmisión del VIH, así como métodos de protección. Un porcentaje alto de los HSH entrevistados conocía métodos de prevención (96%), pero un 13% cree que el VIH puede transmitirse por picadura de mosquito, y un 4% por compartir la comida con alguien que tiene VIH. También se indagó acerca de si conocían personas con VIH o que hayan fallecido de SIDA, y un 41% afirmó tener un familiar o amigo en esta situación.

### Cuadro 6. Conocimientos de VIH/SIDA de la población HSH

	N=1,111
<i>Transmisión de VIH /Métodos de prevención de VIH</i>	<i>% Sí</i>
Puede protegerse del VIH utilizando condón	95.7
Puede una persona contagiarse del VIH por usar una jeringa que usó alguien más	95.6
Cree que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	85.9
Puede una persona infectarse del VIH por una picadura de mosquito	13.4
Puede una persona infectarse del VIH al compartir comida con alguien que tiene VIH	4.4
<i>Cercanía con personas con VIH</i>	<i>% Sí</i>
Conoce alguien con VIH o que haya fallecido por SIDA	54.5
Tiene familiar o amigo con VIH o que haya fallecido por SIDA	41.4

#### 2.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH

El 99% de los entrevistados dijo conocer algún lugar para conseguir condones (ya sea pagando o de manera gratuita), en tanto que el 62% dijo conocer alguna persona para conseguirlos. Los lugares más mencionados son de naturaleza privada, como las farmacias, los *sexshop* y las tiendas, aunque es relevante que más del 17% mencionó centros de salud y hospitales. Entre las personas que pueden conseguir condones, destacan los amigos, el personal de salud, y promotores de ONG.

En cuanto el acceso a la prueba de VIH, el 76% dijo saber que en su comunidad es posible realizarse la prueba de manera confidencial. Según la ciudad donde se realizó la encuesta, este porcentaje es estadísticamente diferente ( $p < 0.001$ ). En Tampico y Monterrey dijeron que era posible realizarse la prueba el 83% y 82% respectivamente, en Acapulco el 77%, y en Nezahualcóyotl el 60%.

El 57% se la había realizado antes de la encuesta (similar en las cuatro ciudades). Entre aquellos que ya se la habían realizado antes, la mayoría

conocía el resultado. Es importante mencionar que un 16% dijo que se había realizado la prueba con anterioridad de manera obligatoria o requerida, de manera diferencial ( $p < 0.001$ ) según la ciudad de que se trate (el 36% en Tampico; 10% en Monterrey y Acapulco y 6% en Nezahualcóyotl).

**Cuadro 7. Acceso a condones y a la prueba de VIH de la población HSH**

<i>Lugares que conoce para conseguir condones</i>	%
Tienda	17.9
Farmacia	94.1
Supermercado	13.6
Clínica privada	1.6
Centro de salud /hospital	17.1
Bar /hotel	7.0
ONG	7.4
<i>Sexshop</i>	22.1
Condonería	8.9
<i>Personas que conoce para conseguir condones (de los que dijeron conocer personas)</i>	%
Trabajador de la salud	41.2
Amigos	63.4
Familia	7.1
Vendedores ambulantes	2.4
Trabajadores sexuales	1.2
Promotores de ONG	19.1
<i>Acceso a la prueba de VIH</i>	% <i>Si</i>
Es posible hacer la prueba de VIH confidencial en su comunidad	76.1
Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH antes de la encuesta	56.5
Si se hizo la prueba antes, sabe el resultado	96.8
Si se hizo la prueba antes, fue de manera obligatoria o requerida	15.6

## 2.5. Comportamientos sexuales

### *Edades de inicio sexual*

Una de las condiciones para participar en la encuesta era que el entrevistado hubiera tenido relaciones sexuales con otro hombre en los seis meses previos, así que todos los entrevistados habían tenido relaciones sexuales con otro hombre en fecha reciente, pero debe considerarse que esto podía significar masturbación, sexo oral o sexo con penetración.

A los entrevistados se les preguntó si alguna vez habían tenido relaciones sexuales con una mujer, y el 42% respondió de manera afirmativa, lo que resulta estadísticamente diferente ( $p < 0.001$ ) en las cuatro ciudades (alrededor del 50% en Monterrey, Nezahualcóyotl y Tampico, y 25% en Acapulco).

El 98% de los entrevistados recordó la edad de inicio sexual. Entre éstos, la edad mediana de inicio sexual con hombres fue en general de 15.4 años. Podemos dividir a los HSH en dos grupos: aquellos que tuvieron relaciones sexuales exclusivamente con hombres a lo largo de su vida, y aquellos que tuvieron relaciones sexuales con hombres y con mujeres. Si consideramos a los hombres que sólo tuvieron relaciones con otros hombres y nunca con mujeres (58%), la edad mediana de inicio con hombres fue de 14.6 años. Para aquellos hombres que tuvieron relaciones tanto con hombres como con mujeres (42%) la edad de inicio con hombres fue de 16.8 años y con mujeres fue de 16.1 años.

En el cuadro 8 puede verse la distribución por grupos de edad del inicio sexual con hombres y con mujeres.

**Cuadro 8. Edades de inicio sexual de la población HSH**

<i>Edad de inicio sexual</i>	<b>Con hombres</b> <i>(n=1083)</i>	<b>Con mujeres</b> <i>(n=462)</i>
Media	16.1	17.0
Mediana	15.4	16.1
<i>Distribución por grupos de edad</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Hasta 9 años	4.9	0.4
10-14 años	27.6	18.6
15-19 años	50.7	64.7
20-24 años	12.7	12.8
25 años y más	4.1	3.5

*Parejas sexuales*

Del total de los entrevistados, el 94% tuvo sexo con penetración con otro hombre en los seis meses previos a la encuesta. El restante 6% tuvo sólo sexo oral. Entre los que tuvieron sexo con penetración anal, el 54% dijo haber penetrado y haber sido penetrado, el 23% dijo que sólo penetró y el 23% que sólo fue penetrado. Por otra parte, en los seis meses previos a la encuesta, el 19% manifestó haber tenido relaciones con alguna mujer.

Según el tipo de pareja en las relaciones sexuales con otros hombres, el 70% afirmó haber tenido parejas no regulares u ocasionales, el 47% haber tenido parejas estables, el 10% parejas que le pagaron a él, y el 7% parejas a las que él pagó por tener relaciones sexuales. Como se advierte, muchos participantes tuvieron más de un tipo de pareja en los seis meses previos a la encuesta. En promedio, se estimó un total de 4.7 parejas por persona en seis meses, siendo más de la mitad parejas no regulares (2.9 parejas). El 54% afirmó que la última relación sexual la tuvo con una pareja hombre no regular, el 37% con pareja hombre estable, el 5% con pareja hombre que le pagó, el 4% con pareja hombre a la que él pagó, y el 1% con una mujer.

**Cuadro 9. Tipos de parejas sexuales de la población HSH**

<i>De las relaciones con otros hombres, en los últimos 6 meses tuvo pareja sexual...</i>	<i>% Sí</i>
Estable	47.3
Ocasional	69.8
A la que él le pagó	7.1
Que le pagó a él	10.4
<i>¿Con cuál de estas parejas tuvo la última relación sexual?</i>	<i>%</i>
Estable	37.1
Ocasional	53.6
A la que él le pagó	3.6
Que le pagó a él	4.8
Otra (pareja mujer)	0.8

La encuesta preguntó sobre los sitios donde los entrevistados conocieron a los hombres con quien tuvieron relaciones sexuales con penetración, según el tipo de pareja en la última relación. Como muestra el cuadro 10, la disco o el bar es un lugar muy frecuente para todos los tipos de pareja. La calle fue el lugar más mencionado para conocer a la persona a la que se le pagó por sexo. Aparecen algunos registros de parejas que se conocieron por Internet.

Por otra parte, se preguntó si los entrevistados habían oído hablar del “montar a pelo” o “*bareback*”, y el 13% respondió de manera afirmativa. Entre éstos, el 15% dijo que estaría dispuesto a contactarse con “*barebackers*” para tener sexo.

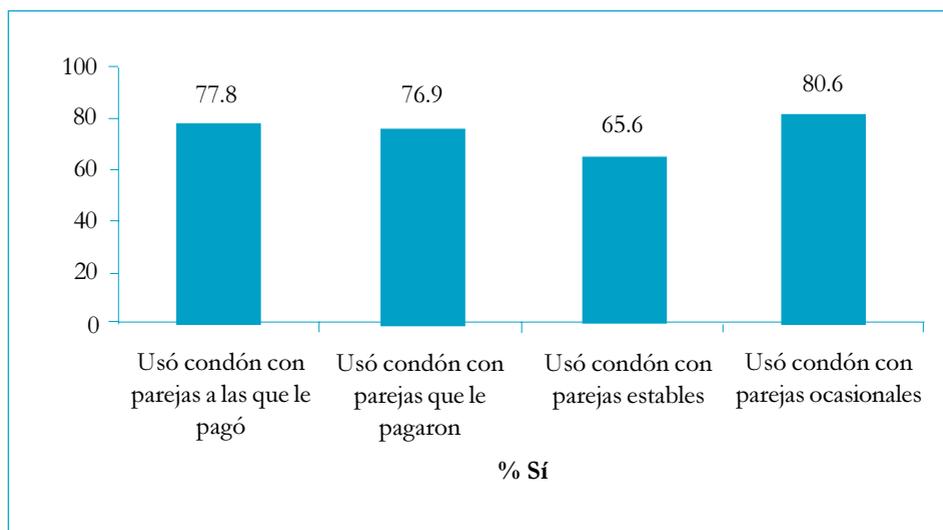
**Cuadro 10. Lugares de encuentro de parejas de la población HSH**

	<i>¿Dónde conoció a su última pareja...</i>			
	<i>a quien pagó?</i>	<i>qué le pagó a usted por sexo?</i>	<i>estable?</i>	<i>no regular?</i>
Parque	8.5	8.3	4.2	3.8
Estación de tren, metro o autobús	4.2	4.8	2.5	2.3
Calle	45.1	23.8	12.3	17.0
Fiesta, reunión o casa	5.6	7.1	25.4	15.2
Disco, bar, o antro	25.4	40.5	37.2	42.1
Baño público	5.6	1.2	1.9	3.9
Cuarto oscuro	0.0	3.6	0.6	3.0
Internet	5.6	2.4	3.1	4.1
Otro	8.5	8.3	12.9	8.7

### *Uso de condón y lubricantes*

La gráfica 4 y el cuadro 11 muestran el porcentaje de uso de condón en la última relación con cada tipo de pareja, y la frecuencia de uso en el mes anterior a la encuesta.

**Gráfica 4. Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población HSH**



**Cuadro 11. Uso de condón y lubricantes de la población HSH**

<i>En el último mes, qué tan seguido utilizó condones con....</i>	<i>%</i>
<b>Parejas comerciales (a las que pagó)</b>	
Siempre	64.6
Casi siempre	13.7
A veces	11.0
Nunca	11.0
<b>Parejas que le pagaron</b>	
Siempre	61.0
Casi siempre	15.2
A veces	12.4
Nunca	11.4
<b>Parejas estables</b>	
Siempre	50.1
Casi siempre	17.5
A veces	9.6
Nunca	22.9

**Cuadro 11. (Continuación) Uso de condón y lubricantes de la población HSH**

<b>Parejas no regulares u ocasionales</b>	
Siempre	62.2
Casi siempre	18.1
A veces	12.6
Nunca	7.2
<i>¿Qué tan seguido ha usado lubricantes durante los últimos 6 meses?</i>	
	%
Siempre	51.8
Casi siempre	19.4
A veces	16.2
Nunca	12.6

### 2.6. Prácticas de inyección y uso de drogas

Además de los comportamientos sexuales, otras prácticas de riesgo de infección de VIH se relacionan con la inyección de medicinas o drogas, cuando se comparten las jeringas u otros utensilios necesarios. Entre los entrevistados, entre el 10 y casi el 20 por ciento refirió haberse inyectado medicinas, vitaminas y complejo B (Cuadro 12). Entre ellos, un porcentaje pequeño (2%) refirió haber compartido la jeringa. Un 6% reportó haberse inyectado drogas alguna vez en la vida, y entre ellos, el porcentaje de personas que compartieron jeringas asciende al 23%.

**Cuadro 12. Uso de jeringas y consumo de drogas de la población HSH**

<b>Uso de jeringas</b>	
<i>Se inyectó vitaminas o medicinas en los últimos 12 meses</i>	% Sí
Complejo B	10.7
Vitaminas	19.3
Otras	10.3
<i>Si se inyectó vitaminas o medicinas, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	2.2

**Cuadro 12. (Continuación) Uso de jeringas y consumo de drogas de la población HSH**

	% Sí
<i>Alguna vez se ha inyectado alguna droga</i>	5.5
<i>Si se inyectó alguna droga, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	23.3
<b>Consumo de drogas</b>	
<i>Ha probado alguna de estas drogas</i>	41.9
Marihuana	24.1
Inhalantes	5.4
Cocaína	27.0
Heroína	1.9
Crack	3.4
Anfetaminas	2.5
Metanfetaminas	2.3
Éxtasis	6.7
Poppers	9.7
Otra	0.7

Se indagó sobre el tipo de drogas que probaron los entrevistados. A partir de analizar en encuestas repetidas el patrón de consumo de las distintas drogas, será posible estimar la tendencia de prácticas de inyección de las mismas. En esta encuesta basal, se estimó que el 42% de los entrevistados probaron alguna de las drogas enlistadas; la cocaína obtuvo la mayor frecuencia, seguida de la marihuana. Destaca que un 2% de los entrevistados dijeron haber probado heroína.

### 2.7. Estigma y discriminación

La encuesta indagó sobre la percepción de los entrevistados respecto a las situaciones vividas de estigma y discriminación en distintos ámbitos de la vida social (familia, escuela, servicios de salud, esparcimiento y otros). El cuadro 13 presenta los principales resultados sobre este tema.

*En el ámbito escolar*

Un 40% de la población entrevistada dijo haber tenido que ocultar su preferencia sexual en la escuela. Un cuarto dijo, incluso, haber tenido que fingir que era heterosexual, y haber recibido maltrato o agresiones debido a la preferencia sexual en el ámbito escolar. Los compañeros destacan por ser los más referidos como personas que los maltrataron, seguidos por los profesores.

*En el ámbito de los servicios médicos*

Casi un quinto de la población entrevistada dijo tener temor de que su orientación sexual quede registrada en la historia clínica, en tanto que entre el 12% y el 14% dijo que le fue necesario ocultar que era HSH o decir explícitamente que era heterosexual. Un cinco por ciento refirió haber recibido maltrato en los servicios de salud por ser HSH.

*En la prestación de otros servicios sociales*

Destaca que las cifras más elevadas corresponden a la vivienda, ya sea temporal o permanente.

*En el ámbito laboral*

Un 18% afirmó que tuvo que decir que era heterosexual para conseguir algún trabajo, en tanto que un 8% dijo que fue rechazado al solicitar trabajo por su orientación sexual. Un 16% dijo conocer a alguien a quien le habían pedido en el trabajo que se hiciera la prueba de VIH por ser HSH.

### *En el ámbito familiar*

Un 16% dijo que alguien de su familia mostró rechazo por ser HSH. Un 45% afirmó que todos sabían que era HSH, incluyendo a padres, hermanos, amigos, personas del trabajo o escuela. El 13% dijo que nadie de su entorno sabía que era HSH.

Sólo el 4% reportó haber acudido por ayuda ante un hecho discriminatorio, las instituciones más mencionadas fueron la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el ministerio público y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

### **Cuadro 13. Discriminación reportada por la población HSH**

#### **Discriminación en la escuela**

<i>Cuando asiste o asistió a la escuela, ¿le es o era necesario ocultar su preferencia sexual?</i>	%
A veces	20.2
Casi siempre	5.3
Siempre	14.5
Nunca	60.0
	<i>% Sí</i>
<i>¿Le es o fue necesario fingir o decir explícitamente que es heterosexual en la escuela?</i>	26.0
<i>¿Alguna vez recibió algún rechazo, maltrato, agresión verbal o física en la escuela debido a su preferencia sexual?</i>	26.6
<i>¿Qué persona le agredió?</i>	
Profesor	17.3
Director	0.3
Compañeros	94.2
Personal administrativo	2.0
Intendencia	2.7
Padres de familia	3.4
Otra	1.4
<i>Alguna vez tuvo que cambiarse de escuela por rechazo</i>	3.1
<i>Alguna vez le han negado inscripción en la escuela por su orientación sexual</i>	0.6

**Cuadro 13. (Continuación) Discriminación reportada por la población HSH**

<b>Discriminación en los servicios médicos</b>	<b>% Sí</b>
Maltrato en servicios de salud por ser HSH	4.9
Cuando recibe servicios médicos, ha considerado necesario ocultar que es HSH	13.6
Le ha sido necesario fingir o decir explícitamente que es heterosexual cuando recibe servicios médicos	12.1
Tiene temor que quede registrado su práctica o su orientación sexual en su historia clínica	18.8
<b>Discriminación en servicios sociales</b>	<b>% Sí</b>
<i>Alguna vez le han negado servicios...</i>	
Al comprar una vivienda	5.3
Atención en una tienda de autoservicio o restaurante	2.6
Atención dental	0.8
Servicios religiosos	5.4
Diversión o recreación	3.1
Hospedaje temporal	7.5
<b>Discriminación en el ámbito laboral</b>	
<i>Al solicitar trabajo, ¿lo han rechazado por su orientación sexual?</i>	7.8
<i>Le ha sido necesario decir que es heterosexual para conseguir trabajo</i>	17.7
<i>¿Le han solicitado la renuncia porque se supo cuál es su orientación sexual?</i>	3.3
<i>Sabe de alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH en su trabajo por ser HSH</i>	15.9
<i>En su trabajo ha sido excluido de actividades sociales o laborales por ser HSH</i>	4.8
<b>Discriminación en la familia</b>	
<i>¿Quién sabe que es HSH?</i>	<b>% Sí</b>
Padres	25.5
Hermanos	23.4
Escuela	5.1
Trabajo	12.0
Amigos	39.3
Todos	44.9
Nadie	13.3
Otros	3.0
	<b>% Sí</b>
<i>¿Alguien de su familia le mostró rechazo por ser HSH?</i>	16.4

**Cuadro 13. (Continuación) Discriminación reportada por la población HSH**

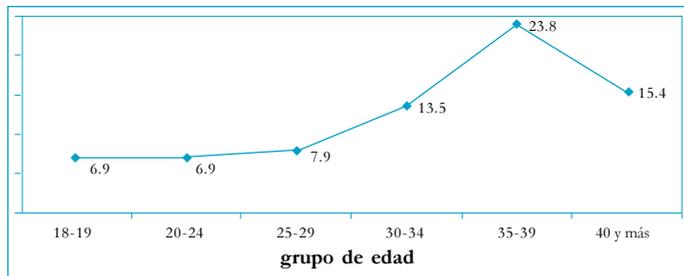
	% Sí
<b>Búsqueda de apoyo por hechos de discriminación</b>	
<i>¿Alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio?</i>	3.7
<i>Si alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio, ¿a dónde acudió?</i>	%
Ministerio público	59.5
Organismo de la sociedad civil	11.4
Comisión de Derechos Humanos	66.7
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	2.9
CONAPRED	20.6
Organización religiosa	8.8
CENSIDA ,COESIDA, TelSIDA	3.0
Otra	6.1

*2.8. Características de la población HSH VIH positiva de la encuesta*

*Prevalencia de VIH por edad*

La prevalencia general de VIH se estimó en 10.0%, y como se advierte en la gráfica 5, es una función creciente con la edad. La caída de la curva a partir de los cuarenta años puede deberse a un efecto de selectividad de las personas de estas edades que se encuentran en sitios de reunión HSH, como por ejemplo, por efecto de la morbi-mortalidad por SIDA, que puede hacer que ya no concurren a los sitios de reunión.

**Gráfica 5. Prevalencia de VIH de la población HSH por grupo de edad (porcentaje)**



### *Características sociodemográficas y conocimientos de VIH /SIDA*

La edad de la población HSH entrevistada que resultó VIH positiva en el estudio era en conjunto mayor que la VIH negativa; la edad mediana del primer grupo se estimó en 29 años, en tanto que la que resultó VIH negativa fue de 24 años. La escolaridad resultó levemente inferior entre la población VIH positiva (85% dijo tener al menos secundaria completa *versus* 90% de la población VIH negativa) (Anexo II Cuadro 1b). Entre los VIH positivos, hay una proporción algo mayor de los que vivían con una pareja del mismo sexo al momento de la encuesta (31.8% *versus* 22.4%,  $p < 0.05$ ). No se encontraron diferencias estadísticas entre estar o no circuncidado, el valor resultó ligeramente más alto entre los VIH positivos (43% *versus* 37%). No se encontraron diferencias respecto a los conocimientos de VIH/SIDA entre ambas poblaciones.

### *Acceso a condones y a la prueba de VIH*

El acceso a condones es similar para las dos poblaciones, en tanto que se verifican pequeñas variaciones respecto al acceso a la prueba de VIH. Una proporción mayor de las personas VIH positivas se habían realizado la prueba con anterioridad (66% *versus* 55%,  $p < 0.05$ ), sin diferencias sobre la obligatoriedad de la prueba, el conocimiento del resultado o la temporalidad en que se la habían realizado por última vez. Entre los que era la primera vez que se hacía la prueba, de los VIH positivos el 11% fue por su resultado, contra el 17% de los VIH negativos.

### *Comportamientos sexuales*

*Parejas sexuales con mujeres.* Entre los participantes VIH positivos, una menor proporción dijo haber tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales con alguna mujer (30.3% *versus* 43.5%,  $p < 0.001$ ). En la última relación sexual

con una mujer, casi ningún VIH positivo usó condón (94.4% no usó), en tanto que entre los VIH negativos ocurre lo contrario (36.9% no usó) ( $p < 0.001$ ).

*Parejas sexuales con hombres.* Las proporciones de los que dijeron haber penetrado, haber sido penetrados o ambos en los seis meses previos a la encuesta cambian un poco entre los VIH positivos y los VIH negativos. Hay un mayor porcentaje en la población VIH negativa que dijo haber penetrado exclusivamente y haber sido penetrado, contra una mayor proporción en la población VIH positiva que dijo haber tenido ambas prácticas. No se encontraron diferencias sensibles en la proporción que tuvo parejas que le pagaron a él, estables o no regulares entre los dos grupos, con excepción de una disminución en el número de parejas a la que él le pagó entre los VIH positivos (Anexo II Cuadros 1c y 1d).

Entre los VIH positivos se encontró una proporción mayor que afirmó haber tenido relaciones sexuales en cuartos oscuros que entre los VIH negativos (40% *versus* 22%,  $p < 0.001$ ), y que buscó parejas a través de Internet (47% *versus* 30%,  $p < 0.005$ ).

#### *Uso de condón y lubricantes*

En general los niveles de uso de condón resultaron similares para ambas poblaciones (VIH positivos y negativos), excepto en las parejas comerciales (sea cuando él pagó como cuando le pagaron), donde el uso parece ser menor en la población VIH positiva. Sin embargo, hay pocos casos por lo que no es posible establecer la comparación con precisión. El uso de lubricantes fue similar también entre ambas poblaciones.

### *Prácticas de inyección y uso de drogas*

No se encontraron diferencias entre la población VIH positiva y negativa en cuanto a haber probado drogas alguna vez en la vida (los valores fueron ligeramente menores para la población VIH positiva), o haberse inyectado drogas alguna vez en la vida, así como haber compartido jeringas la última vez que se inyectaron drogas.

### *Estigma y discriminación*

En los ámbitos de trabajo y escuela, aunque en la mayoría de las variables sobre discriminación los niveles son más altos en la población VIH positiva, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cambio, se registraron diferencias en los servicios de salud y en el ámbito familiar. Dijo haber recibido maltrato en los servicios de salud por ser HSH el 9% de los VIH positivos, contra el 4.5% de los VIH negativos, en tanto que dijo haber tenido que ocultar su orientación sexual cuando recibe servicios médicos el 20% de los VIH positivos contra el 13% de los negativos, y afirmó haber tenido que fingir ser heterosexual el 22% de los VIH positivos contra el 11% de los VIH negativos. Tuvo temor de que su orientación sexual quedara en el expediente clínico el 28% de la población VIH positiva y el 18% de la población VIH negativa. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). En el ámbito familiar, una proporción mayor de personas VIH positivas dijo que nadie conoce su orientación sexual (93% contra 86%), y de forma consistente son menores las proporciones de aquellos VIH positivos que dijeron que sus padres, hermanos y amigos conocen su orientación sexual, estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

### 3. HOMBRES TRABAJADORES SEXUALES - ENCUESTA CON METODOLOGÍA TLS

#### *3.1. Prevalencia de VIH*

De los 284 participantes HTS de Acapulco y Monterrey que se realizaron la prueba Determine para VIH, el 15.1% resultó positivo. La prevalencia fue diferente para las dos ciudades, 3.1% para Acapulco y para Monterrey del 25.5% ( $p < 0.001$ ).

#### *3.2. Características sociodemográficas*

La edad media de la población HTS entrevistada se estimó en 25.6 años y la edad mediana en 24 años. En México se considera escolaridad obligatoria hasta el nivel secundaria concluido. Sin embargo, casi la mitad de los participantes (44%) no lo tenía aprobado. Destaca que un cuarto de la población entrevistada sólo había concluido la primaria, y que un 14% ni siquiera tenía la primaria aprobada. El 5.3% de los participantes afirmó hablar lengua indígena. El 78% de los entrevistados en Acapulco y el 71% de los entrevistados en Monterrey afirmaron haber nacido en el estado donde se realizó la encuesta. El 85% nació en una ciudad, el 10% en un pueblo y el restante 5% en un rancho. La mayoría afirmó ser católico (75%), un 22% dijo no tener religión, casi un 3% dijo ser cristiano, evangelista, etc., y la fracción restante dijo pertenecer a otra religión.

En cuanto al estado civil, la gran mayoría declaró ser soltero (83%) y el 67% dijo ser soltero que vive solo. El 19% dijo vivir con una pareja del mismo sexo al momento de la encuesta. Un 17% afirmó estar o haber estado casado con una mujer y un 8% de los entrevistados vivía con su cónyuge de distinto sexo al momento de la encuesta.

Se estimó que los entrevistados tenían una antigüedad mediana como trabajadores sexuales de 7 años. La mayoría (66%) llevaba más de dos años como trabajador sexual en la ciudad de la encuesta, pero un 11% afirmó trabajar allí desde hacía seis meses o menos. Se les preguntó si en la ciudad en que trabajaban existía algún control sanitario que expidiera una credencial o registro para ejercer el trabajo sexual y si ellos estaban registrados. El 40% de los entrevistados dijo que sí existía (69% de los entrevistados de Acapulco y el 16% de los entrevistados en Monterrey). Sin embargo, sólo el 11% dijo tenerla o estar registrado para trabajar. Si seleccionamos a los que dijeron que sí se necesitaba el registro, dentro de este grupo sólo el 26% de los entrevistados de Acapulco y el 33% de los de Monterrey dijeron contar con él (Gráfica 6).

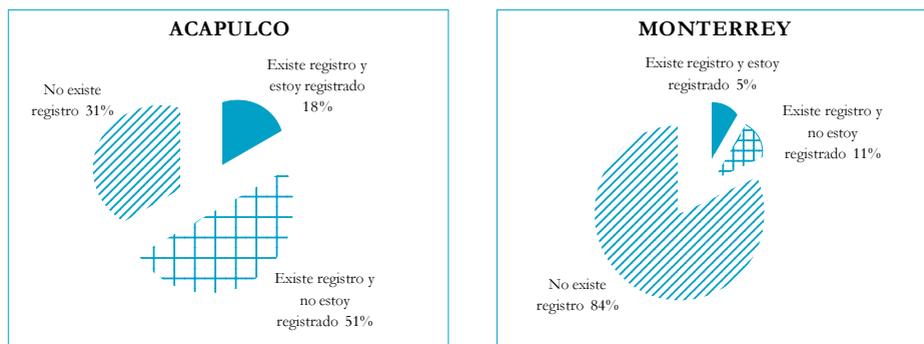
**Cuadro 14. Características sociodemográficas de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>Edad</i>	n=284
Media	25.6
Mediana	24.0
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%
18-19	15.8
20-24	33.7
25-29	30.5
30-34	10.0
35-39	5.7
40 y más	4.3

**Cuadro 14. (Continuación) Características sociodemográficas de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>Escolaridad</i>	%
Ninguna	1.1
Primaria incompleta	13.2
Primaria completa	10.3
Secundaria incompleta	19.8
Secundaria completa	27.5
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	19.0
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	8.4
Superior y más	0.7
<i>Lengua indígena</i>	%
Sí habla alguna lengua indígena	5.3
<i>Nacidos en el estado de la encuesta</i>	%
Guerrero	77.9
Nuevo León	71.1
<i>Lugar de socialización</i>	%
Rancho	5.3
Pueblo	10.2
Ciudad	84.5
<i>Religión</i>	%
Católica	75.4
Evangelista, Testigos de Jehová, Luz del Mundo, Mormón, Cristiana	2.8
Ninguna Religión	21.5
Otra	0.4
<i>Estado civil</i>	%
<b>Casado</b>	9.2
Y vive con su cónyuge de distinto sexo	7.8
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual del mismo sexo	1.4
<b>Separado, divorciado, viudo</b>	7.4
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	1.1
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	6.3
<b>Soltero</b>	83.4
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	16.6
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	66.8
<i>Tiempo trabajando en la ciudad</i>	%
6 meses o menos	11.1
Más de 6 meses, hasta un año	9.6
Más de 1 año, hasta 2 años	12.9
Más de 2 años	66.4

**Gráfica 6. Población HTS. Existencia de registro para trabajo sexual en la localidad y situación de estar registrado**



### 3.3. Conocimientos de VIH/SIDA

Un porcentaje alto de los HTS entrevistados conocía métodos de prevención (98%). Un 25% cree que el VIH puede transmitirse por picadura de mosquito (con porcentajes mayores en Monterrey que en Acapulco,  $p < 0.005$ ), y un 8% cree que puede transmitirse por compartir la comida con alguien que tiene VIH. Un 79% dijo conocer a personas con VIH o que hubieran fallecido de SIDA.

**Cuadro 15. Conocimientos de VIH/SIDA de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>Transmisión de VIH/Métodos de prevención de VIH</i>		<i>% Sí</i>
Puede protegerse del VIH utilizando condón		97.5
Puede una persona contagiarse del VIH por usar una jeringa que usó alguien más		96.8
Cree que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH		82.1
Cree que una mujer embarazada puede transmitirle el VIH/SIDA a su hijo en el vientre		81.7
Puede una persona infectarse del VIH por una picadura de mosquito		24.5
Puede una persona infectarse del VIH al compartir comida con alguien que tiene VIH		7.5
<i>Cercanía con personas con VIH</i>		<i>% Sí</i>
Conoce alguien con VIH o que haya fallecido por SIDA		78.7

### *3.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH*

La mayoría afirmó que se tardaría menos de media hora en conseguir un condón si le hiciera falta, pero casi un 4% tardaría más de media hora en conseguirlo (en Monterrey los tiempos de demora son mayores que en Acapulco;  $p < 0.05$ ). El 99% de los entrevistados dijo conocer algún lugar para conseguir condones. Si bien el lugar más mencionado es la farmacia, también aparecen con frecuencia destacable las tiendas, el bar u hotel, el centro de salud, el supermercado y las ONG. Entre las personas que les pueden conseguir condones, destacan los amigos, el personal de salud, y promotores de ONG. También fueron mencionados otros trabajadores sexuales y vendedores ambulantes. El 60% dijo haber conseguido condones de manera gratuita durante la semana previa a la encuesta (similar en las dos ciudades).

En el caso de las poblaciones dedicadas al trabajo sexual se introdujeron preguntas para intentar corroborar si el entrevistado tenía condones en el momento de la entrevista. Ante la pregunta sobre si contaban con condones en ese momento, el 55% de los entrevistados (similar en las dos ciudades) respondió afirmativamente. A ellos a su vez se les preguntó si el encuestador podía verlos, y el 83% aceptó. A pesar de que habían afirmado tener condones, y autorizado al entrevistador a verlos, un 7% no pudo mostrarlos. En Acapulco estuvieron más dispuestos a mostrar condones que en Monterrey, y casi todos los que no pudieron mostrarlos eran de Monterrey. Antes de la pregunta por medio de la cual se le pedía al entrevistado mostrar los condones que traía consigo, se le preguntaba dónde los guarda habitualmente. Del total de los casos, hubo un porcentaje que afirmó guardar los condones en el cuarto de hotel (4%), en tanto que otro porcentaje afirmó que el cliente los da (10%, la mayoría de Acapulco). Esto podría explicar por qué más adelante no fueron capaces de mostrar los condones al entrevistador. De todas maneras, sólo el 48% pudo mostrar condones, lo que deja un margen amplio de entrevistados

que no tenían condones consigo y tampoco dijeron tenerlos en el hotel o que el cliente los proporciona.

**Cuadro 16. Acceso a condones de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>Cuánto tiempo tardaría para conseguir un condón si le hiciera falta</i>	%
Menos de 30 minutos	96.1
De 30 minutos a 1 hora	1.8
Más de 1 hora	2.1
<i>Lugares que conoce para conseguir condones (puede mencionar más de un lugar)</i>	%
Tienda	42.5
Farmacia	82.5
Supermercado	23.2
Clínica privada	3.6
Centro de salud/hospital	26.1
Bar/hotel	28.2
ONG	20.7
<i>Sexshop</i>	8.2
Condonería	5.4
<i>Personas que conoce para conseguir condones</i>	%
Trabajador de la salud	40.6
Amigos	60.3
Familia	2.2
Vendedores ambulantes	10.3
Trabajadores sexuales	11.6
Promotores de ONG	30.8
	% Sí
<i>Recibió condones gratis en la última semana</i>	59.4

En cuanto al acceso a la prueba de VIH, el 93% dijo saber que en su comunidad es posible realizarse la prueba de manera confidencial, similar en ambas ciudades. El 66% se había realizado la prueba de detección de VIH antes de la encuesta (mucho más en Monterrey (79%) que en Acapulco (52%);  $p < 0.001$ ). Entre aquellos que ya se la habían realizado antes, la mayoría conocía el resultado. Es importante mencionar que un 10% dijo que se

había realizado la prueba con anterioridad de manera obligatoria o requerida (en Acapulco el 16% y en Monterrey el 6%;  $p < 0.05$ ), a pesar de que la legislación prohíbe la exigencia obligatoria de la prueba.

#### Cuadro 17. Acceso a la prueba de VIH de la población HTS de Acapulco y Monterrey

	% Sí
Es posible hacer la prueba de VIH confidencial en su comunidad	93.1
Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH antes de la encuesta	65.9
Si se hizo la prueba antes, sabe el resultado	96.8
Si se hizo la prueba antes, fue de manera obligatoria o requerida	9.7

### 3.5. Comportamientos sexuales

#### *Edades de inicio sexual*

A los entrevistados se les preguntó si alguna vez habían tenido relaciones sexuales con una mujer, y el 62% respondió de manera afirmativa, siendo estadísticamente diferente en las dos ciudades (35% en Monterrey y 65% en Acapulco;  $p < 0.001$ ).

La edad mediana de inicio sexual con hombres fue en general de 15.0 años. La edad de inicio con mujeres fue de 15.5 años. En el cuadro 18 puede verse la distribución por grupos de edad del inicio sexual con hombres y con mujeres.

#### *Parejas sexuales*

Un 97% de los entrevistados dijo haber tenido al menos una pareja sexual en la semana previa a la encuesta. El promedio de parejas fue de 6.6, la mayoría (6.1) fueron parejas hombres. Un 30% de los entrevistados manifestó haber tenido parejas mujeres en la semana anterior a la entrevista. Un 92% manifestó

haber tenido al menos un cliente que le pagó en la última semana (con un promedio de 5.7 parejas), el 37% dijo haber tenido relaciones con una pareja estable y el 25% dijo haber tenido al menos una pareja no regular sin intercambio de dinero.

**Cuadro 18. Edades de inicio sexual de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>Edad de inicio sexual</i>	
<b>Con mujeres</b>	<i>(n=175)</i>
Media	16.0
Mediana	15.5
<i>Distribución por grupos de edad</i>	
	%
Hasta 9	0.6
10-14	21.9
15-19	74.6
20-24	1.2
25 y más	1.8
<b>Con hombres</b>	<i>(n=283)</i>
Media	15.0
Mediana	14.9
<i>Distribución por grupos de edad</i>	
	%
Hasta 9	10.0
10-14	24.4
15-19	59.0
20-24	5.2
25 y más	1.5

### *Uso de condón*

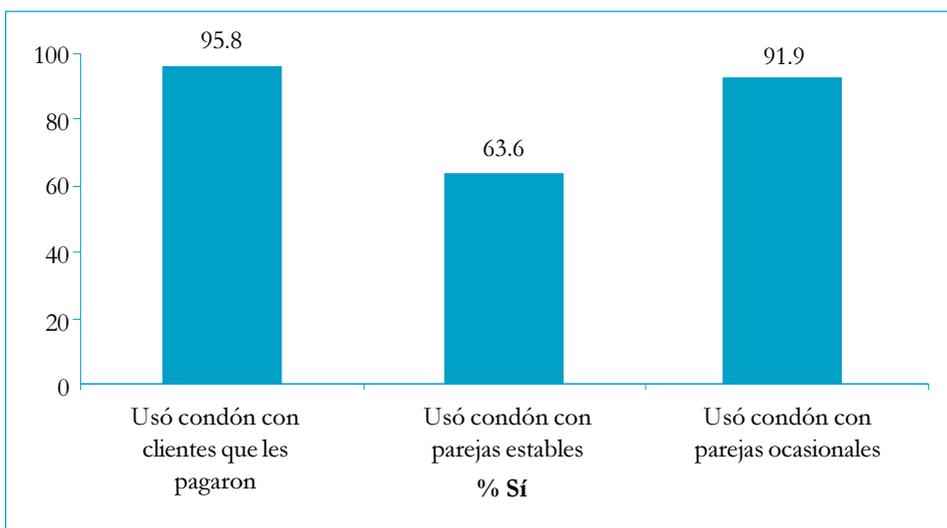
Como se puede ver en la Gráfica 7, el porcentaje de uso de condón reportado con el último cliente es alto (96%). El 11% dijo que no tenía un condón a la mano cuando atendió a su último cliente.

El uso de condón en la última relación sexual con pareja estable es más bajo (64%), y desciende más si se le pregunta por la frecuencia de uso con este

tipo de pareja (dijo siempre el 56%). El 64% dijo que su última pareja estable fue un hombre, en tanto que el restante 36% dijo que era una mujer (con una proporción mayor en Acapulco que en Monterrey de pareja estable mujer). En Acapulco, el uso de condón en la última relación con pareja estable mujer fue menor que con pareja estable hombre (52% *versus* 92%,  $p < 0.001$ ). El uso de condón en la última relación sexual con pareja no regular y no comercial (ocasional) fue de 92%. El 73% dijo que estas parejas eran hombres, y el 27% que eran mujeres.

En las encuestas a trabajadores sexuales se puso énfasis en el tema de uso de condón con clientes. Se realizaron preguntas como control para estimar este indicador. Una de ellas fue acerca de los motivos por los que no usó condón con el último cliente, y allí el 77% dijo que nunca prestó un servicio sin condón. Entre los motivos mencionados para no usar condón figuran por ser cliente conocido y porque sin condón el cliente pagó más.

**Gráfica 7. Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población HTS de Acapulco y Monterrey**



**Cuadro 19. Uso de condón por tipo de pareja de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>En el último mes, qué tan seguido utilizó condones con....</i>	<i>%</i>
<b>Clientes que les pagaron (parejas comerciales)</b>	
Siempre	86.6
Casi siempre	8.1
A veces	3.5
Nunca	1.8
<b>Parejas estables</b>	
Siempre	55.5
Casi siempre	8.2
A veces	8.2
Nunca	28.2
<b>Parejas no regulares u ocasionales</b>	
Siempre	77.0
Casi siempre	14.9
A veces	5.4
Nunca	2.7
<i>Motivos por los que no usó condón en la última relación sexual con un cliente</i>	<i>%</i>
Nunca prestó un servicio sin condón	76.8
Por ser cliente conocido	6.0
Porque sin condón el cliente pagó más	5.3
Porque el cliente no quiso	3.2
Porque yo estaba bajo los efectos el alcohol o drogas	2.8
Por ser cliente que se veía sano/limpio	2.1
No conseguí en ese momento	1.4
Otros	2.5

Se realizaron también distintas preguntas sobre la percepción del último cliente. El 93.6% afirmó que el último cliente había sido hombre, el 5.7% que había sido mujer, y el 0.7% que era transexual. No se encontraron diferencias de uso de condón según el sexo del cliente. En general la percepción fue que el último cliente era nuevo, del estado de la encuesta, fue considerado limpio, percibido de clase media y mediana edad. Debe destacarse que casi el 30% consideró que era cliente habitual. Un 2% creyó que su cliente tenía una ITS, y un 35% dijo que el cliente estaba borracho o drogado.

Estos factores también pueden llevar a mayor exposición al riesgo de infección. Se preguntó por la forma en que contactó al último cliente, y la mayoría (62%) lo hizo en la calle, la playa, un parque o zócalo. Un 21% lo hizo en el “antro”, bar o cantina. Un 4% lo contactó por teléfono, celular o Internet (este último con 0.7%).

**Cuadro 20. Percepción del último cliente de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<i>Percepción del último cliente. Cree que ...</i>	<i>%Sí</i>
era frecuente?	28.2
era nuevo?	71.8
era de este estado?	73.5
era de otro estado?	21.3
era de otro país?	5.1
estaba limpio?	97.0
era rico?	14.3
era de clase media?	79.3
era pobre?	6.4
era joven?	35.9
era de mediana edad?	54.9
era viejo?	9.2
tenía una ITS?	2.0
estaba borracho o drogado?	35.3

En cuanto a las prácticas con el último cliente, el 27% de los entrevistados afirmó que tomó alcohol o drogas con el cliente. Entre los distintos servicios otorgados, destacan el sexo oral, el sexo anal, y platicar.

**Cuadro 21. Prácticas con el último cliente de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

	%Sí
<i>¿Tomó (usted) alcohol o drogas con el último cliente?</i>	27.2
<i>Tipo de servicio que le dio al último cliente</i>	%
Sexo anal en que usted penetró	47.5
Sexo anal en que fue penetrado	59.5
Sexo oral	70.8
Masturbación	11.0
Danza/desvestirse	5.3
Platicar	19.4
Masaje	8.8
Otro (ej. Sexo vaginal)	4.2

Una forma de protección con la que también cuentan los trabajadores sexuales es el rechazo de clientes. Un 67% afirmó que había rechazado al menos a un cliente en la semana previa a la encuesta. El motivo más mencionado se refiere al arreglo económico entre las partes. Así, 49% rechazó a algún cliente porque no quería pagar suficiente. Pero es importante señalar que un 15% dijo haber rechazado porque el cliente no quería usar condón, un 16% porque estaba borracho o drogado y un 6% porque le daba desconfianza.

**Cuadro 22. Rechazo de clientes por parte de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

	%Sí
<b>Rechazo de clientes</b>	
<i>Rechazó al menos a un cliente en la última semana</i>	66.5
<i>¿por qué rechazó al último cliente?</i>	%
Estaba borracho/drogado	15.9
Olía mal/estaba sucio	10.3
Él no quería usar condón	15.3
No quería pagarme suficiente	48.5
Me daba desconfianza	6.2
Pensé que tenía una ITS	2.1
Pidió un servicio que no hago	7.7
Otra	9.7

### 3.6. Prácticas de inyección y uso de drogas

Si bien la encuesta pudo registrar las prácticas de inyecciones de vitaminas o medicinas, muy pocos dijeron haber compartido la jeringa utilizada. Uno de los rubros que apareció mencionado fue la inyección de hormonas.

El 75% de los entrevistados probó alguna vez alguna droga, en tanto que el 7% alguna vez se la inyectó. Entre quienes se inyectaron drogas, el porcentaje de los que compartieron jeringas fue mucho mayor que en el caso de las medicinas (13%). Un 3% afirmó haber probado heroína.

**Cuadro 23. Uso de jeringas y consumo de drogas de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

	% Sí
<i>Se inyectó vitaminas o medicinas en los últimos 12 meses</i>	
Complejo B	14.1
Vitaminas	28.5
Otras	11.7
Si se inyectó vitaminas o medicinas, la última vez que lo hizo compartió jeringa	0.7
<i>Alguna vez se ha inyectado alguna droga</i>	7.4
<i>Se ha inyectado alguna droga en los últimos 6 meses</i>	3.2
Si se inyectó alguna droga, la última vez que lo hizo compartió jeringa	12.5
<i>Ha probado alguna de estas drogas</i>	75.4
Marihuana	59.4
Inhalantes	19.8
Cocaína	52.0
Heroína	2.5
Crack	26.0
Anfetaminas	7.9
Metanfetaminas	6.8
Éxtasis	10.0
Poppers	17.6
Otra	1.2

### *3.7. Estigma y discriminación*

El 17% de los entrevistados refirió haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el año anterior a la encuesta. Entre ellos, dijeron haber sufrido maltrato físico (50%) o verbal (48%) y extorsión (23%). La policía fue la figura más mencionada como autor del maltrato, seguida por algún cliente.

#### *En los Servicios de salud*

Hubo pocas referencias a maltrato en los servicios de salud por ser trabajadores sexuales, sin embargo más de un 30% siente necesario ocultar que es un trabajador sexual, dice explícitamente que trabaja en otra cosa y tiene temor de que su práctica se registre en la historia clínica (36%).

#### *En el ámbito social*

Un 13% dijo que le habían negado servicios tales como comprar una vivienda, y un 8% de diversión o recreación.

#### *En el ámbito laboral*

El 44% dijo que al solicitar otro tipo de trabajo, sintió la necesidad de ocultar que era un trabajador sexual.

#### *En el ámbito familiar*

Respecto a la aceptación de su trabajo, un 20% declaró que todos los que lo rodean saben que es un trabajador sexual, en tanto que un 23% señaló que no lo sabe nadie. Los amigos y los hermanos son las relaciones más nombradas que conocen el tipo de trabajo que realiza. Un 11% dijo que alguien de su familia lo rechazó por ser trabajador sexual.

**Cuadro 24. Discriminación de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

<b>Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato en los últimos 12 meses</b>	<b>% Sí</b>
<i>Si sufrió algún tipo de abuso, de qué tipo</i>	16.5
Violación	8.3
Maltrato físico	50.0
Maltrato verbal	47.9
Extorsión	22.9
Robo o asalto	16.7
Otro	4.2
<i>¿Quién le maltrató o abusó de usted?</i>	<b>% Sí</b>
Policía	43.8
Cliente	34.0
Su pareja estable	4.3
Otro	25.5
<i>Discriminación en los servicios médicos</i>	<b>% Sí</b>
Maltrato en servicios de salud por ser TS	5.3
Cuando recibe servicios médicos, ha considerado necesario ocultar que es TS	30.6
Le ha sido necesario fingir o decir explícitamente que trabaja en otra cosa cuando recibe servicios médicos	32.2
Tiene temor que quede registrado su práctica en su historia clínica	36.1
<i>Alguna vez le han negado servicios...</i>	<b>% Sí</b>
Al comprar una vivienda	12.7
Atención en una tienda de autoservicio o restaurante	6.4
Atención dental	3.9
Servicios religiosos	5.0
Diversión o recreación	8.2
Hospedaje temporal	5.3
<i>¿Quién sabe que es un trabajador sexual?</i>	<b>% Sí</b>
Padres	16.5
Hermanos	18.0
Hijos	0.4
Escuela	0.4
Trabajo	3.5
Amigos	46.8
Todos	19.7
Nadie	22.5
Otros	3.5
<i>¿Alguien de su familia mostró rechazo por ser TS?</i>	11.3
<b>Discriminación en el ámbito laboral</b>	<b>% Sí</b>
<i>Si alguna vez buscó otro trabajo, sintió necesidad de ocultar que es TS</i>	44.3

Sólo un 4% acudió a alguna instancia para solicitar apoyo ante un hecho discriminatorio, y la mayoría fue ante el ministerio público. En el caso del trabajo sexual, se realizaron preguntas sobre redes de apoyo. Sólo 6% participa en algún grupo de apoyo de trabajadores sexuales, pero un 84% dijo tener a alguien que lo ayude en caso de ser golpeado o lastimado.

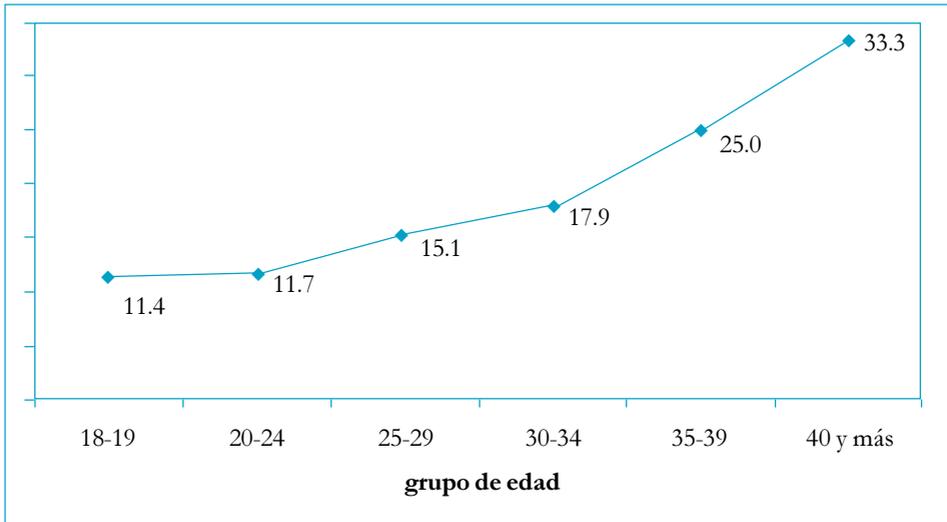
**Cuadro 25. Redes de apoyo para ayuda por discriminación de la población HTS de Acapulco y Monterrey**

	<i>% Sí</i>
¿Alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio?	3.9
<i>Si alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio, ¿a dónde acudió?</i>	<i>%</i>
Ministerio público	41.2
Organismo de la sociedad civil	11.8
Comisión de Derechos Humanos	11.8
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	11.8
CONAPRED	5.9
Organización religiosa	5.9
CENSIDA, COESIDA, TelSIDA	11.8
Otra	7.1
<i>Indicadores de redes sociales de apoyo para HTS</i>	<i>% Sí</i>
Participa en algún grupo de apoyo para TS	5.7
Tiene a alguien que le ayude con dinero	65.8
Tiene a alguien que le pueda acompañar al doctor/hospital	82.4
Tiene a alguien que le ayude en caso que sea golpeado o lastimado	84.2

### 3.8. Características de la población HTS (método TLS) VIH positiva de la encuesta

#### *Prevalencia de VIH por edad*

La prevalencia global de 15.1% se muestra como una función creciente por edad, por ser una variable determinada por el tiempo de exposición al riesgo.

**Gráfica 8. Prevalencia de VIH de la población HTS por grupo de edad (porcentaje)**

### *Características sociodemográficas y conocimientos de VIH/SIDA*

La edad mediana de los VIH positivos resultó ligeramente mayor que la de los negativos (24.9 *versus* 23.8), similar a la diferencia en la antigüedad mediana en el trabajo sexual (8.3 años *versus* 6.6 años). El nivel de escolaridad es menor entre la población VIH positiva, ya que un porcentaje mayor no alcanza el nivel de primaria completa (26% en la población VIH positiva contra 12% en la población VIH negativa). Una mayor proporción de personas VIH positivas dijo que vivió cuando era pequeño en un rancho (14% *versus* 4%,  $p < 0.05$ ), pero no se encontraron diferencias sobre la proporción que habla lengua indígena. No hay grandes diferencias respecto al estado civil o la situación de convivencia (Anexo II Cuadro 2b). Una menor proporción entre los VIH positivos dijo que ganaba dinero haciendo un trabajo diferente al sexual que entre los VIH negativos (30% contra 48%,  $p < 0.05$ ). No se encontraron diferencias respecto a los conocimientos de VIH sida entre ambas poblaciones.

### *Acceso a condones y a la prueba de VIH*

El acceso a condones fue similar entre las dos poblaciones, tanto en conocimiento de sitios o personas para conseguirlos como en el tiempo que necesitaría para conseguirlos. Se encontraron diferencias en la realización de la prueba con anterioridad a la encuesta, siendo la población que resultó VIH positiva quien afirmó en mayor grado habérsela realizado (83% contra 63%,  $p < 0.05$ ). Destaca el 18% que resultó VIH positivo en el proyecto que nunca se había realizado la prueba antes, y que tampoco acudió por su resultado.

### *Comportamientos sexuales*

#### *Parejas sexuales*

La población VIH positiva reportó en menor grado haber tenido alguna vez en la vida relaciones sexuales con mujeres (44% contra 65%,  $p < 0.05$ ). El número promedio de parejas sexuales en la semana previa fue igual para las dos poblaciones (6.6), pero entre los VIH positivos la proporción que tuvo parejas mujeres fue menor (7% contra 34%,  $p < 0.05$ ). Los que resultaron VIH positivos declararon en menor grado haber tenido parejas estables que los VIH negativos (21% *versus* 39%), así como parejas ocasionales (9% *versus* 27%). Los lugares de encuentro con clientes parecen ser diferentes entre las dos poblaciones, con una mayor proporción de los VIH positivos que conocen a sus clientes en la calle o los contactan por teléfono, y una menor proporción que los contacta en clubes nocturnos.

#### *Uso de condón*

Las proporciones de uso de condón con clientes en el último mes no presentan diferencias, pero el uso de condón en la última relación sexual resultó algo más bajo entre los HTS VIH positivos (91% contra 98%). Tampoco se

advierten diferencias estadísticamente significativas en los niveles de uso de condón con pareja estable y con pareja ocasional, el uso con pareja ocasional resulta menor entre los VIH positivos que entre los VIH negativos (75% *versus* 93%).

### *Prácticas de inyección y uso de drogas*

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de drogas alguna vez en la vida, y en general los niveles son levemente más bajos entre la población VIH positiva comparada con la población VIH negativa, con excepción del uso de *poppers*. En las variables sobre inyección de drogas, las proporciones son más altas en la población VIH positiva (15% *versus* 6% alguna vez en la vida, y entre ellos, 60% *versus* 26% en los seis meses previos a la encuesta), aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

### *Estigma y discriminación*

En general, no se encontraron diferencias en los niveles de agresión o maltrato recibidos entre los VIH positivos y los VIH negativos. Sin embargo, una proporción mayor de los VIH positivos dijo sentir necesidad de ocultar que es un trabajador sexual cuando recibe servicios de salud (56% contra 26%,  $p < 0.001$ ), o decir explícitamente en la consulta médica que trabaja en otra cosa (56% contra 28%,  $p < 0.001$ ), o tiene temor de que su trabajo quede registrado en la historia clínica (57% contra 32%,  $p < 0.005$ ). En el ámbito laboral, al buscar un nuevo trabajo una proporción mayor entre los VIH positivos sintió la necesidad de ocultar que era un trabajador sexual (68% *versus* 40%,  $p < 0.05$ ). Una mayor proporción de los VIH positivos dijo que todos en su entorno saben que es un trabajador sexual respecto a los VIH negativos (37% *versus* 17%,  $p < 0.005$ ).



## 4. HOMBRES TRABAJADORES SEXUALES - ENCUESTA CON METODOLOGÍA RDS

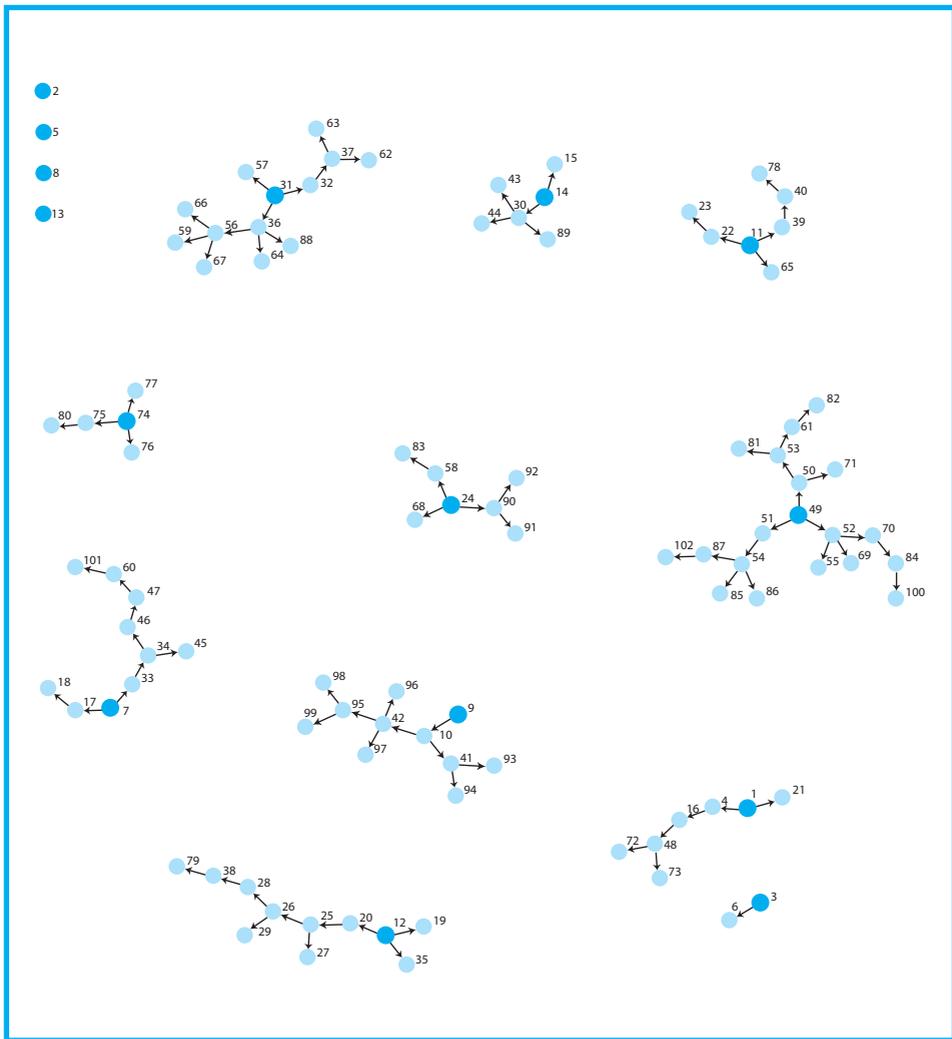
### 4.1. *Redes*

Se entrevistó con el método RDS a 102 hombres trabajadores sexuales (HTS) en un plazo de nueve semanas en un local ubicado en Nezahualcóyotl, en el Estado de México. Como parte de la metodología del RDS, se preguntó a los entrevistados sobre el número de otros HTS que el entrevistado conocía y que conocían a su vez al entrevistado. Con esta información el programa estadístico del RDS puede calcular los tamaños de redes ajustados (ponderados) para esta población.

La gráfica 9 muestra las cadenas de participantes del estudio utilizando la metodología RDS. Los primeros participantes que inician las cadenas son conocidos como “semillas”, y los siguientes son sus referencias.

Los resultados de este proceso de estimación muestran que los HTS en Nezahualcóyotl que tienen 25 y más años de edad tienen redes sociales un poco más grandes que aquellos que tienen menos de 25 años. Aquellos que hablan lengua indígena o quienes se identificaron como cristianos evangélicos tendieron a tener redes más amplias también. Los tamaños de red para la auto-percepción del riesgo de contraer el VIH no difieren mucho según los niveles, con la excepción de aquellos que pensaban que tenían el riesgo más alto, quienes tendieron a tener redes más pequeñas.

Gráfica 9. Cadenas de participantes HTS a partir de las “semillas” en el método RDS



**Cuadro 26. Estimación de los tamaños de red de los HTS con el método RDS**

	<b>Tamaño ponderado de la red</b>
<i>Edad</i>	
<24	6.4
25+	7.0
<i>Nivel Escolar</i>	
Ninguno	13.0
Primaria incompleta	9.7
Primaria completa	7.2
Secundaria incompleta	6.2
Secundaria completa	5.8
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	7.7
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	9.1
Superior o más	0
<i>Lengua indígena</i>	
Sí	8.1
No	6.8
<i>Religión</i>	
Católica	6.9
Evangélica, etc.	8.2
Ninguna Religión	6.9
Otra	5.5
<i>Percepción de riesgo</i>	
Alto	5.8
Medio	7.3
Bajo	7.5
Ninguno	7.0

#### 4.2. Reclutamiento y homofilia

El RDS también proporciona información sobre los patrones de reclutamiento entre los entrevistados. A fin de evaluar si los reclutadores y los reclutados son similares, el RDS calcula una medida de homofilia según el sesgo de

autoafiliación. Por ejemplo, si la homofilia es igual a 1 entonces todos los contactos de la red corresponden al mismo grupo (i.e. jóvenes sólo reclutan a jóvenes). La homofilia es igual a cero cuando todos los contactos de la red están formados de manera aleatoria, y es igual a menos 1 si todos los contactos de la red se encuentran fuera del grupo (i.e. jóvenes sólo reclutan a personas mayores de edad). Un puntaje de -1 se denomina también como heterofilia. Los niveles ideales de homofilia, que aseguran un reclutamiento aleatorio, se encuentran entre -0.3 y +0.3.

En el caso de la población de HTS en Nezahualcóyotl se examinaron patrones de reclutamiento y homofilia respecto a la edad. Los índices se ubicaron entre -0.3 y +0.3 para cada categoría de edad, indicando una selección aleatoria de los participantes. Estos factores son importantes de considerar porque nos permiten tener una mejor comprensión de las características demográficas y factores de riesgo de esta población difícil de alcanzar.

#### *4.3. Prevalencia de VIH*

Los resultados del análisis del RDS muestran una prevalencia de VIH estimada para la población de HTS en Nezahualcóyotl de 12% (IC =2.4, 19.0), en tanto que considerando sólo a las personas entrevistadas (muestra) fue de 5.9%.

#### *4.4. Características sociodemográficas*

La edad media de la muestra HTS entrevistada se estimó en 27.5 años y la mediana en 28.8. La distribución en grandes grupos de edad estimada para la población HTS de Nezahualcóyotl muestra que el 85% de los HTS tiene más de 25 años. La mayoría de la población estimada (73.5%) dijo tener al menos el ciclo básico obligatorio (que incluye el nivel secundario) completo. Un 6% no tenía el nivel primario aprobado. El 11% dijo hablar

una lengua indígena. El 61% dijo haber nacido en la ciudad de México (Distrito Federal y municipios conurbados de la Ciudad de México). La mayoría tuvo como lugar de socialización una ciudad, aunque un 22% dijo que fue un pueblo. En cuanto a religión, las dos categorías que se reparten la mayoría de los casos son pertenecer a la religión católica (46%) y no pertenecer a religión alguna (43%). La mayoría de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl es soltera (95%), un 3% son separados, divorciados y viudos y un 2% se encontraba casado. El 16% dijo convivir con otro hombre. La gran mayoría (88%) llevaba trabajando como trabajador sexual más de dos años en la ciudad.

**Cuadro 27. Estimación de las características sociodemográficas de los HTS de Nezahualcóyotl**

	(n =102)
<i>Edad</i>	
Media	27.5 (muestra en SPSS)
Mediana	28.8 (muestra en SPSS)
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%
18-24	15.5
25 y más	84.5
<i>Escolaridad</i>	%
Ninguno	0.1
Primaria incompleta	5.4
Primaria completa	5.7
Secundaria incompleta	15.4
Secundaria completa	39.3
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	25.2
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	8.9
Superior y más	0.1
<i>Lengua indígena</i>	%
Sí habla alguna lengua indígena	11.1
<i>Nacidos en el estado de la encuesta</i>	%
Estado de México y D.F.	61.1

**Cuadro 27. (Continuación) Estimación de las características sociodemográficas de los HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Lugar de socialización</i>	%
Rancho	-
Pueblo	22.3
Ciudad	77.6
<i>Religión</i>	%
Católica	45.8
Evangelista, Testigos de Jehová, Luz del Mundo, Mormón, Cristiana	5.6
Ninguna Religión	43.0
Otra	5.4
<i>Estado civil</i>	%
Casado	2.0
Separado, Divorciado, Viudo	3.0
Soltero	94.9
<i>Tiempo trabajando en la ciudad</i>	%
6 meses o menos	1.8
Más de 6 meses, hasta un año	4.4
Más de 1 año, hasta 2 años	5.6
Más de 2 años	88.0
<i>Alguna vez estuvo casado con mujer</i>	4.7
<i>Vive con otro hombre</i>	16.1

#### 4.5. Conocimientos de VIH/SIDA

De manera similar con la población HTS entrevistada por el método TLS, si bien un porcentaje alto considera que puede protegerse del VIH usando condón (94%), un 22% cree que puede infectarse de VIH por una picadura de mosquito y un 12% al compartir comida con alguien que tiene VIH. Un 85% dijo conocer a alguien que tiene o que falleció por VIH/SIDA.

**Cuadro 28. Conocimientos de VIH/ SIDA de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Transmisión de VIH/Métodos de prevención de VIH</i>	<i>% Sí</i>
Puede protegerse del VIH utilizando condón	93.7
Puede una persona contagiarse del VIH por usar una jeringa que usó alguien más	92.8
Cree que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	69.4
Puede una persona infectarse del VIH por una picadura de mosquito	22.2
Puede una persona infectarse del VIH al compartir comida con alguien que tiene VIH	11.8
<i>Cercanía con personas con VIH</i>	<i>% Sí</i>
Conoce a alguien con VIH o que haya fallecido por SIDA	84.5

#### 4.6. Acceso a condones y a la prueba de VIH

Como en las otras poblaciones analizadas, la gran mayoría (89%) dijo que tardaría menos de 30 minutos en conseguir un condón si le hiciera falta, pero destaca que un 11% tardaría más de media hora. La farmacia es el lugar más referido para conseguir condones, seguido del centro de salud u hospital y de los *sexshop*. Hubo pocas referencias a las ONG. Entre las personas que podrían proporcionarles condones, destacan los amigos y los trabajadores de salud. El 63% recibió condones gratuitos durante la semana previa a la encuesta.

**Cuadro 29. Acceso a condones de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Cuánto tiempo tardaría para conseguir un condón si le hiciera falta</i>	<i>%</i>
Menos de 30 minutos	88.5
De 30 minutos a 1 hora	7.6
Más de 1 hora	3.7

**Cuadro 29. (Continuación) Acceso a condones de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Lugares que conoce para conseguir condones</i>	<i>%</i>
Tienda	10.4
Farmacia	85.1
Supermercado	18.7
Clínica privada	10.7
Centro de salud /hospital	53.6
Bar /hotel	18.8
ONG	12.0
<i>Sexshop</i>	38.6
Condonería	15.8
<i>Personas que conoce para conseguir condones</i>	<i>%</i>
Trabajador de la salud	54.7
Amigos	58.9
Familia	-
Vendedores ambulantes	7.8
Trabajadores sexuales	8.1
Promotores de ONG	16.1
	<i>% Sí</i>
<i>Recibió condones gratis en la última semana</i>	62.7

El 91% dijo que en su comunidad era posible hacerse la prueba de VIH de manera confidencial, y un 67% se la había realizado antes de la encuesta. Entre los que se la habían realizado antes, el 83% conocía el resultado. El 6% dijo que se había hecho la prueba de manera requerida u obligatoria.

**Cuadro 30. Acceso a la prueba de VIH de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

	<i>% Sí</i>
Es posible hacer la prueba de VIH confidencial en su comunidad	90.9
Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH antes de la encuesta	67.2
Si se hizo la prueba antes, sabe el resultado	82.5
Si se hizo la prueba antes, fue de manera obligatoria o requerida	5.5

#### 4.7. Comportamientos sexuales

El 35% de la población de HTS dijo haber tenido alguna vez relaciones sexuales con una mujer. En cuanto a la edad de inicio con mujeres, el 36% lo hizo antes de los 15 años, y el 64% a partir de los 15 años. La edad de inicio con hombres parece ser más temprana, ya que un 60% inició antes de los 15 años.

**Cuadro 31. Edades de inicio sexual de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

	%
<i>Alguna vez ha tenido una relación sexual con mujer</i>	34.7
<i>Edad de inicio sexual</i>	
<b>Con mujeres</b>	
<i>Distribución por grupos de edad</i> (n=39)	
0-14	36.4
15 y más	63.6
<b>Con hombres</b>	
<i>Distribución por grupos de edad</i> (n=93)	
	%
Hasta 9	4.7
10-14	56.3
15-19	34.3
20-24	4.2
25 y más	0.5

#### *Parejas sexuales*

Dos tercios de la población HTS estimada (64%) tuvo más de 10 parejas sexuales durante la semana previa a la encuesta, la mayoría con hombres. Se estima que el 98% tuvo relaciones sexuales con hombres en ese período, en tanto que casi el 3% tuvo relaciones con mujeres. La mayoría tuvo parejas que le pagaron (99%), un 28% tuvo parejas estables, y un 47% tuvo parejas ocasionales.

**Cuadro 32. Parejas sexuales en la semana previa a la entrevista de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

*Distribución estimada para la población:*

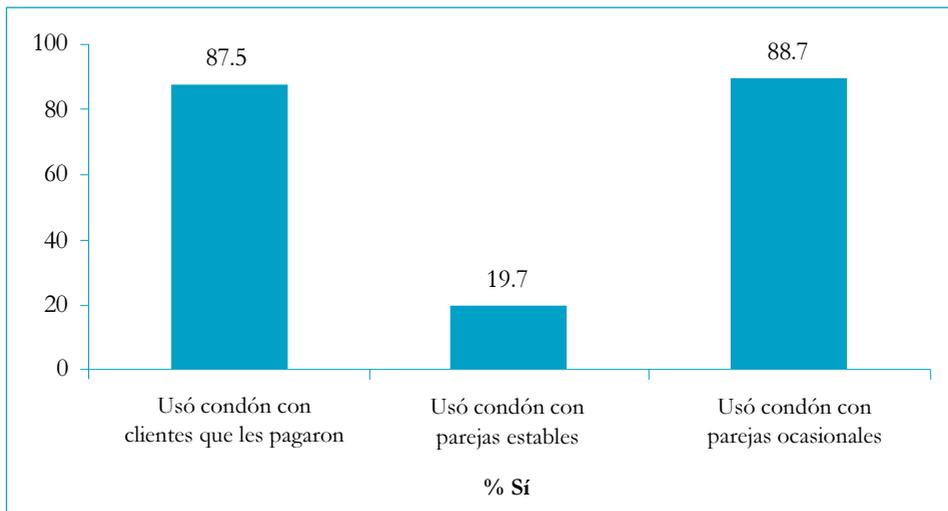
<i>Número Total de Parejas en la última semana</i>	<i>n=102</i>
0	0.0
1-5	12.4
6-10	23.5
11-15	28.4
16 o más	35.4
<b>Parejas mujeres</b>	
0	97.0
1-5	1.5
6-10	0
11 o más	1.3
<b>Parejas hombres</b>	
0	2.1
1-5	12.1
6-10	21.8
11-15	31.2
16 o más	32.5
<i>Número de Parejas comerciales (que le pagaron) en la última semana</i>	
0	1.2
1-5	15.7
6-10	33.9
16 o más	23.6
<i>Número de Parejas estables en la última semana</i>	
0	72.0
1-2	18.3
3 o más	9.6
<i>Número de Parejas no regulares (ocasionales) en la última semana</i>	
0	53.1
1-2	26.6
3-5	6.7
6 o más	13.4

### *Uso de condón*

Se estimó que el 88% de la población HTS de Nezahualcóyotl usó condón en la última relación sexual con clientes, similar a la proporción de uso con parejas ocasionales (89%). El uso de condón con pareja estable resultó ser sensiblemente más bajo (20%). También resultaron más bajas las proporciones de uso de condón constante con los distintos tipos de parejas que los resultados arrojados a través del método TLS. Reportó usar siempre condón con clientes el 53%, con parejas ocasionales el 32% y con parejas estables el 17%.

Un 69% dijo que contaba con condones en ese momento, y entre ellos, el 97% pudo mostrarlos.

**Gráfica 10. Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población HTS de Nezahualcóyotl**



**Cuadro 33. Uso de condón por tipo de pareja de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Uso de condón por tipo de Pareja en la última relación sexual</i>	<i>%Sí</i>
Usó con clientes que les pagaron	87.5
Usó con parejas estables	19.7
Usó con parejas no regulares u ocasionales	88.7
<i>En el último mes, qué tan seguido utilizó condones con....</i>	<i>%</i>
<b>Cientes que les pagaron (parejas comerciales)</b>	
Siempre	53.0
Casi siempre	37.8
A veces	7.1
Nunca	1.9
<b>Parejas estables</b>	
Siempre	17.0
Casi siempre	10.4
A veces	32.9
Nunca	0.0
<b>Parejas no regulares u ocasionales</b>	
Siempre	31.6
Casi siempre	54.7
A veces	13.6
Nunca	-
Posesión de condones	<i>%</i>
<i>Dice que cuenta ahora con condones</i>	68.6
<i>Pudo mostrar condones</i>	96.8

### *Clientes*

Las características promedio percibidas del último cliente son que era nuevo, del estado de la encuesta, estaba limpio, era de clase media y de mediana edad. Destaca que casi la mitad lo caracterizó como cliente frecuente. Un 1.3% consideró que el cliente tenía una ITS, y el 35% que estaba borracho o drogado. El 19% afirmó haber tomado alcohol o drogas con el cliente.

**Cuadro 34. Percepción del último cliente de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Percepción del último cliente. ¿Cree que ...</i>	<i>%Sí</i>
era frecuente?	47.9
era nuevo?	52.0
era de este estado?	92.3
era de otro estado?	4.5
era de otro país?	0
estaba limpio?	93.5
era rico?	6.6
era de clase media?	89.7
era pobre?	3.6
era joven?	32.0
era de mediana edad?	63.2
era viejo?	3.2
tenía una ITS?	1.3
estaba borracho o drogado?	34.6

Entre los servicios realizados, destaca sexo anal donde el trabajador fue penetrado y sexo oral con proporciones similares (63% y 62%), sexo anal donde el trabajador penetró (23%) y masturbación (18%). El 9% dijo haber realizado sexo vaginal, con clientes mujeres.

**Cuadro 35. Prácticas con el último cliente de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

	<i>%Sí</i>
<i>¿Tomó (usted) alcohol o drogas con el último cliente?</i>	18.8
<i>¿Qué tipo de servicio le dio al último cliente?</i>	<i>%</i>
Sexo anal en que usted penetró	23.3
Sexo anal en que fue penetrado	62.9
Sexo oral	62.4
Masturbación	17.5
Danza / desvestirse	5.6
Platicar	2.2
Masaje	7.1
Otro (Ej. sexo vaginal)	9.1

El 81% de la población HTS estimada de Nezahualcóyotl rechazó al menos a un cliente en la semana previa a la encuesta; el motivo más mencionado fue que el cliente no quería pagar lo suficiente. Otras razones mencionadas en proporción similar fueron que estaba borracho o drogado y que le daba desconfianza.

**Cuadro 36. Rechazo de clientes de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

	%Sí
<i>Rechazó al menos a un cliente en la última semana</i>	81.1
<i>¿Por qué rechazó al último cliente?</i>	%
Estaba borracho / drogado	22.3
Olía mal / estaba sucio	12.3
Él no quería usar condón	14.0
No quería pagarme suficiente	26.2
Me daba desconfianza	19.2
Pensé que tenía una ITS	1.5
Pidió un servicio que no hago	3.0
Otra	5.7

Los motivos más referidos para no haber usado condón en la última relación con un cliente fueron que era un cliente conocido y porque el cliente pagó más. Dentro de los motivos incluidos en la categoría Otros, figuran porque se trató de sexo oral y porque el cliente (o clienta) le gustó.

**Cuadro 37. Motivos del no uso de condón con clientes de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Motivos por los que no usó condón en la última relación sexual con un cliente</i>	%
Nunca prestó un servicio sin condón	30.4
Por ser cliente conocido	15.9
Porque sin condón el cliente pagó más	10.3
Por que el cliente no quiso	3.6
Porque yo estaba bajo los efectos el alcohol o drogas	8.2
Por ser cliente que se veía sano/limpio	1.3
No conseguí en ese momento	6.6
Otros	9.7

#### 4.8. Prácticas de inyección y uso de drogas

Un 34% de la población estimada con el método RDS dijo haberse inyectado vitaminas en el año anterior a la encuesta, pero ninguno compartió la jeringa la última vez que lo hizo.

Entre las drogas que alguna vez probaron, destacan la marihuana con la mayor proporción (84%), cocaína (59%), inhalantes (33%) y éxtasis (20%). Un 11% dijo haber probado heroína. Tres participantes dijeron haberse inyectado droga en los últimos 6 meses, y entre ellos ninguno compartió jeringa la última vez que se inyectó.

**Cuadro 38. Uso de jeringas y consumo de drogas de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>Se inyectó vitaminas o medicinas en los últimos 12 meses</i>	% Sí
Complejo B	5.5
Vitaminas	34.0
Otras	1.5
<i>Si se inyectó vitaminas o medicinas, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	0.0
<i>Se ha inyectado alguna droga en los últimos 6 meses</i>	sólo 3 respuestas
<i>Si se inyectó alguna droga, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	0.0
<i>Ha probado alguna de estas drogas</i>	
Marihuana	84.1
Inhalantes	32.5
Cocaína	58.9
Heroína	11.4
Crack	14.0
Anfetaminas	7.5
Metanfetaminas	9.1
Éxtasis	20.4
Poppers	3.7
Otra	0.0

#### *4.9. Estigma y discriminación*

El 30% de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl dijo haber sufrido algún tipo de maltrato o abuso en los seis meses previos, especialmente maltrato verbal y físico. La policía fue el agente de maltrato más mencionado.

##### *En los servicios de salud*

El 19% de la población estimada afirmó haber recibido maltrato en los servicios de salud por ser trabajador sexual. Consideró necesario ocultar que era un trabajador sexual en los servicios médicos el 46%, y fingió que trabajaba en otra cosa el 41%. Más de la mitad de la población tiene temor de que quede registrada su ocupación en la historia clínica (53%).

##### *En el ámbito social*

Casi un cuarto de la población estimada (24%) dijo que le negaron servicios al comprar una vivienda por ser HTS, y más de un quinto (22%) que le negaron servicios religiosos. Hubo referencias de que se les negó servicios de diversión o recreación (18%), y atención en restaurantes o tiendas de autoservicio (15%).

##### *En el ámbito laboral*

El 31% de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl afirmó que tuvo que ocultar que era trabajador sexual al solicitar un nuevo empleo.

##### *En el ámbito familiar*

El 11% de la población estimada de HTS dijo que todos los que lo rodean saben que es un trabajador sexual en tanto que un 6% dijo que nadie lo sabe.

Entre las relaciones más mencionadas que saben que es un trabajador sexual figuran los amigos (76%) y los hermanos (25%). El 16% dijo que alguien de la familia le manifestó rechazo por ser trabajador sexual.

### Cuadro 39. Discriminación de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl

Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato en los últimos 12 meses	29.8
<i>Si sufrió algún tipo de abuso, de qué tipo</i>	
Violación	pocos valores
Maltrato físico	68.8
Maltrato verbal	70.4
Extorsión	pocos valores
Robo o asalto	pocos valores
Otro	0.0
<i>¿Quién le maltrató o abusó de usted?</i>	
Policía	56.6
Cliente	20.4
Su pareja estable	26.5
Otro	0.0
<i>Discriminación en los servicios médicos</i>	
Maltrato en servicios de salud por ser TS	19.1
Cuando recibe servicios médicos, ha considerado necesario ocultar que es TS	45.6
Le ha sido necesario fingir o decir explícitamente que trabaja en otra cosa cuando recibe servicios médicos	40.7
Tiene temor que quede registrado su práctica en su historia clínica	53.3
<i>Alguna vez le han negado servicios...</i>	
Al comprar una vivienda	24.3
Atención en una tienda de autoservicio o restaurante	15.1
Atención dental	8.2
Servicios religiosos	21.7
Diversión o recreación	18.3
Hospedaje temporal	12.3
<i>Si alguna vez buscó otro trabajo, sintió necesidad de ocultar que es TS</i>	30.8

**Cuadro 39. (Continuación) Discriminación de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>¿Quién sabe que es un trabajador sexual?</i>	%
Padres	13.9
Hermanos	24.5
Hijos	0.0
Escuela	0.0
Trabajo	21.6
Amigos	76.2
Todos	11.4
Nadie	5.5
Otros	0.0
<i>¿Alguien de su familia le mostró rechazo por ser TS?</i>	15.8

El 1.6% respondió que alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio. En cuanto a las redes de apoyo, el 6% dijo participar en algún grupo de apoyo para trabajadores sexuales, y el 95% dijo que tenía a alguien que lo puede ayudar en caso de que sea golpeado o lastimado.

**Cuadro 40. Redes de apoyo para ayuda por discriminación de la población estimada de HTS de Nezahualcóyotl**

<i>¿Alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio?</i>	<i>% Sí</i>
	1.6
<i>Indicadores de redes sociales de apoyo para HTS</i>	
Participa en algún grupo de apoyo para TS	6.0
Tiene a alguien que le ayude con dinero	83.3
Tiene a alguien que le pueda acompañar al doctor/ hospital	95.4
Tiene a alguien que le ayude en caso que sea golpeado o lastimado	95.0

## 5. CAMIONEROS DE LARGA DISTANCIA

### *5.1. Prevalencia de VIH*

De los 312 participantes camioneros de larga distancia entrevistados en Monterrey que se realizaron la prueba Determine para VIH, el 0.6 % resultó positivo (2 casos).

### *5.2. Características sociodemográficas*

La edad media de la población entrevistada de camioneros se estimó en 36.8 años y la edad mediana en 35.7 años. En promedio, el nivel escolar de esta población es mediano; un 65% dijo tener al menos estudios completos de nivel secundario. Un 8% no había concluido la primaria. La mayoría de los entrevistados no había nacido en el estado donde se realizó la encuesta (60.4%).

En general, el lugar donde crecieron y se socializaron fue una ciudad (67%), pero destaca que un 15% dijo haber vivido hasta los 12 años en un rancho. La mayoría afirmó ser católico (86%), un 9% dijo no tener religión, un 4% dijo ser cristiano, evangelista, etc., y el resto pertenece a otra religión. En cuanto al estado civil, la gran mayoría declaró ser casado y entre éstos el 74.4% declaró vivir con su cónyuge. Conviven con una pareja sin estar casados el 11%, y viven solos (sin importar el estado civil) el 11.7%.

Por las características de movilidad de la profesión, se les preguntó cuántos días habían pasado en sus casas en el último mes, y el promedio fue de 8 días y la mediana de 7 días. Para los que están casados o que conviven

con una pareja, esto significa que de cuatro semanas que tiene el mes, sólo una la pasan con sus cónyuges.

La antigüedad promedio como conductores de camión de larga distancia fue de 14 años. Las rutas más mencionadas que estaban haciendo los camioneros en el momento de la encuesta fueron las que tenían por lugar de destino Monterrey y se originaban en la Ciudad de México, en Querétaro, Mexicali o Toluca. También las que se originaban en Monterrey con destino a la Ciudad de México, Laredo, Nuevo Laredo, Tijuana, Querétaro, Reynosa, Torreón, Saltillo y Veracruz. También hubo varios casos que mencionaron que Monterrey era un sitio de paso entre la Ciudad de México y Laredo, o entre Altamira y alguna ciudad del sureste mexicano como Mérida, Tuxtla o Tapachula.

**Cuadro 41. Características sociodemográficas de la población de camioneros de larga distancia**

	<i>n=313</i>
<i>Edad</i>	
Media	36.8
Mediana	35.7
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%
18-19	1.0
20-24	7.5
25-29	17.9
30-34	17.5
35-39	16.2
40 y más	39.9
<i>Escolaridad</i>	%
Ninguna	0.7
Primaria incompleta	7.2
Primaria completa	16.6
Secundaria incompleta	10.7
Secundaria completa	34.5
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	11.7
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	17.3
Superior y más	1.3

**Cuadro 41. (Continuación) Características sociodemográficas de la población de camioneros de larga distancia**

<i>Nacidos en el estado de la encuesta</i>	%
Nuevo León	39.6
<i>Lugar de socialización</i>	%
Rancho	15.2
Pueblo	17.8
Ciudad	67.0
<i>Religión</i>	%
Católica	85.8
Evangelista, Testigos de Jehová, Luz del Mundo, Mormón, Cristiana	3.9
Ninguna Religión	8.7
Otra	1.6
<i>Estado civil</i>	%
<b>Casado</b>	78.6
Y vive con su cónyuge de distinto sexo	74.4
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual de distinto sexo	2.9
Pero no vive con su cónyuge de distinto sexo ni con otra pareja sexual de distinto sexo	1.3
<b>Separado, divorciado, viudo</b>	7.4
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	3.9
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo	3.6
<b>Soltero</b>	13.9
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	7.1
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo	6.8
<i>Antigüedad como camionero (años)</i>	
Media	14.1
Mediana	12.2
<i>Cuántos días estuvo en su casa en el último mes</i>	
Media	8.0
Mediana	6.9

### 5.3. Conocimientos de VIH /SIDA

Si bien es alto (91.5%) el porcentaje de camioneros de larga distancia que considera que el condón protege del VIH, aún queda un 9% que no lo sabe. Por otra parte, casi un 30% cree que una persona puede infectarse por picadura de mosquito y un 11% por compartir la comida con alguien que tiene VIH. Casi un 15% no sabía que una mujer embarazada puede transmitir la infección a su hijo en el vientre, y casi un 20% no sabía que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH. Un 16% de los entrevistados dijo conocer a alguien con VIH o que hubiera fallecido por SIDA, en tanto que un 10% dijo tener un amigo o familiar en esta situación.

**Cuadro 42. Conocimientos de VIH/SIDA de la población de camioneros de larga distancia**

<i>Transmisión de VIH /Métodos de prevención de VIH</i>	<i>% Sí</i>
Puede protegerse del VIH utilizando condón	91.5
Puede una persona contagiarse del VIH por usar una jeringa que usó alguien más	98.7
Cree que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	81.7
Cree que una mujer embarazada puede transmitirle el VIH/SIDA a su hijo en el vientre	85.6
Puede una persona infectarse del VIH por una picadura de mosquito	28.8
Puede una persona infectarse del VIH al compartir comida con alguien que tiene VIH	11.4
 <i>Cercanía con personas con VIH</i>	 <i>% Sí</i>
Conoce alguien con VIH o que haya fallecido por SIDA	15.7
Tiene familiar o amigo con VIH o que haya fallecido por SIDA	10.2

### 5.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH

Un 78% de los camioneros respondieron que si les hiciera falta conseguirían un condón en menos de 30 minutos, pero un 22% dijo que tardaría más de media hora. Los lugares más mencionados que conocen para conseguir con-

dones fueron farmacia, tienda y supermercado. Los amigos, el personal de salud y de trabajo sexual fueron las personas mencionadas para conseguirlos. Hubo muy poca mención de organizaciones de la sociedad civil como fuente posible para conseguir condones.

#### Cuadro 43. Acceso a condones de la población de camioneros de larga distancia

<i>Cuánto tiempo tardaría para conseguir un condón si le hiciera falta</i>	%
Menos de 30 minutos	78.0
De 30 minutos a 1 hora	18.8
Más de 1 hora	3.2
<i>Lugares que conoce para conseguir condones</i>	%
Tienda	41.5
Farmacia	95.8
Supermercado	14.0
Clínica privada	1.2
Centro de salud /hospital	7.4
Bar /hotel	6.2
ONG	0.0
<i>Sexshop</i>	0.8
Condonería	0.4
<i>Personas que conoce para conseguir condones</i>	%
Trabajador de la salud	10.8
Amigos	22.9
Familia	2.6
Vendedores ambulantes	0.0
Trabajadores sexuales	10.8
Promotores de ONG	0.4

Cerca del 60% dijo que en su comunidad era posible realizarse la prueba de VIH de manera confidencial, y un 22% ya se había realizado la prueba antes de la encuesta. Entre éstos, conocía el resultado el 87%. Llama la atención que el 41% dijo que se la había realizado de manera obligatoria o requerida.

#### Cuadro 44. Acceso a la prueba de VIH de la población de camioneros de larga distancia

	<i>% Sí</i>
Es posible hacer la prueba de VIH confidencial en su comunidad	59.2
Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH antes de la encuesta	22.2
Si se hizo la prueba antes, sabe el resultado	86.8
Si se hizo la prueba antes, fue de manera obligatoria o requerida	41.2

### 5.5. Comportamientos sexuales

#### *Edades de inicio sexual*

El 5% de los camioneros dijo haber tenido relaciones sexuales alguna vez con otro hombre (17 casos), en tanto que el 95% dijo sólo haber tenido relaciones sexuales con mujeres. La edad mediana de inicio sexual con mujeres fue de 15.4, y la edad mediana de inicio con hombres fue de 18.5 años. Entre los 17 hombres que dijeron haber tenido alguna vez relaciones sexuales con otros hombres, en dos casos el inicio sexual fue con un hombre.

#### Cuadro 45. Edades de inicio sexual de la población de camioneros de larga distancia

<i>Edad de inicio sexual</i>	<b>Con mujeres</b> <i>n=308</i>	<b>Con hombres</b> <i>n=17</i>
Media	16.1	18.9
Mediana	15.4	18.5
<i>Distribución por grupos de edad</i>		
Hasta 9	0.0	5.9
10-14	20.1	11.8
15-19	75.0	35.3
20-24	4.2	29.4
25 y más	0.6	17.6

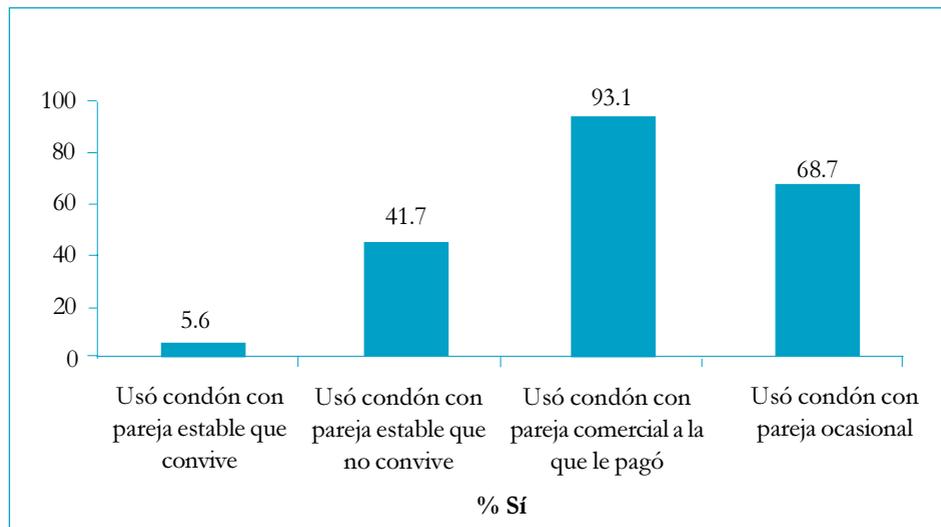
### *Parejas sexuales*

Del total de camioneros entrevistados, el 96% había tenido relaciones sexuales con alguna mujer en el año previo a la encuesta, con un promedio de 3 parejas sexuales en ese período. Un 90% había tenido relaciones sexuales con al menos una pareja estable con la que convivía, un 24% había tenido relaciones con al menos una pareja estable con la que no convivía, 29% tuvo relaciones sexuales con parejas comerciales, y un 22% con parejas ocasionales. Entre los que dijeron haber tenido relaciones sexuales con una pareja estable con la que convivían en los 12 meses previos, el 27% también tuvo relaciones con trabajadoras sexuales, y un 20% con parejas ocasionales. Un 6% de los entrevistados afirmó que alguna vez había hecho favores como dar “aventones”, o trasladar a personas que se encuentran en la carretera, a cambio de relaciones sexuales.

### *Uso de condón*

El uso de condón reportado por los camioneros es totalmente diferente según el tipo de pareja sexual. Con la pareja estable con quien convive usó condón en la última relación sexual el 6%, con pareja estable que no convive usó el 42%, con pareja ocasional el 69% y con pareja comercial el 93%. Cuando se pregunta por la frecuencia de uso, un 8% dijo que a veces o nunca usa condón con pareja comercial, cifra que se eleva a 28% con pareja ocasional.

**Gráfica 11. Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población de camioneros de larga distancia**



**Cuadro 46. Uso de condón de la población de camioneros de larga distancia**

En el último mes, qué tan seguido utilizó condones con...	%
<b>Pareja estable con que convive</b>	n=270
Siempre	2.6
Casi siempre	3.7
A veces	14.6
Nunca	79.1
<b>Pareja estable que no convive</b>	n=72
Siempre	22.2
Casi siempre	16.7
A veces	22.2
Nunca	38.9
<b>Pareja comercial a la que le pagó</b>	n=87
Siempre	80.5
Casi siempre	11.5
A veces	5.7
Nunca	2.3

**Cuadro 46. (Continuación) Uso de condón de la población de camioneros de larga distancia**

<b>Pareja no regular (ocasional)</b>	<b>n=67</b>
Siempre	43.3
Casi siempre	28.4
A veces	11.9
Nunca	16.4

### 5.6. Prácticas de inyección y uso de drogas

Casi un 15% de los camioneros dijo haberse inyectado vitaminas y un 6.5% complejo B en el año previo a la encuesta, y un 12% se inyectó otras medicinas, entre las que destacan antibióticos y vacunas. Un 7.4% dijo haber compartido la jeringa la última vez que se inyectó alguna de estas sustancias.

Un 69% de los entrevistados dijo haber probado alguna vez una droga, entre las que destacan anfetaminas (56%), marihuana (31%) y cocaína (25%). Un 2% dijo haber probado heroína. Un 1.4% se inyectó alguna vez alguna droga, pero ninguno lo hizo en los 12 meses previos a la encuesta. Ningún entrevistado dijo haber compartido jeringa la última vez que se inyectó.

**Cuadro 47. Uso de jeringas y consumo de drogas de la población de camioneros de larga distancia**

<i>Se inyectó vitaminas o medicinas en los últimos 12 meses</i>	<i>% Sí</i>
Complejo B	6.5
Vitaminas	14.0
Otras	11.5
<i>Si se inyectó vitaminas o medicinas, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	7.4
<i>Alguna vez se ha inyectado alguna droga</i>	1.4
<i>Se ha inyectado alguna droga en los últimos 6 meses</i>	0.0
<i>Si se inyectó alguna droga, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	0.0

**Cuadro 47. (Continuación) Uso de jeringas y consumo de drogas de la población de camioneros de larga distancia**

<i>Ha probado alguna de estas drogas</i>	68.5
Marihuana	30.5
Inhalantes	5.2
Cocaína	24.6
Heroína	1.9
<i>Crack</i>	4.5
Anfetaminas	55.7
Metanfetaminas	7.8
Éxtasis	0.6
Otra	1.3

### 5.7. Estigma y discriminación

En el caso de los camioneros de larga distancia, se diseñaron preguntas dirigidas a captar posiciones discriminatorias de ellos hacia otras personas, más que discriminación sufrida, ya que no se trata de una población directamente estigmatizada respecto al VIH. Un 44% afirmó que no le compraría comida al vendedor, y un 23% no compartiría los alimentos con alguien que tuviera VIH. Un 13% de los entrevistados opinó que si algún maestro tuviera el virus del SIDA, no estaría bien que lo dejaran seguir dando clases en la escuela, en tanto que un 9% consideró que si un estudiante tuviera el VIH sin estar enfermo no aprobaría que se le permitiera seguir asistiendo a clases. Un 12% de los entrevistados opinó que no aceptaría que a un camionero que tuviera el virus del SIDA lo dejaran seguir trabajando. Un 7% consideró que las personas que viven con VIH/SIDA deben vivir apartadas, cifra similar a los que no cuidarían en su casa a un familiar que llegara a infectarse de VIH/SIDA (6.7% no cuidaría a un familiar hombre, y 6.4% si fuera mujer).

**Cuadro 48. Estigma y discriminación de la población de camioneros de larga distancia**

	% Sí
Cree que las personas que viven con VIH/SIDA deben vivir apartadas	6.7
Estaría dispuesto a compartir sus alimentos con alguien que sabe que tiene VIH/SIDA	77.3
Si un hombre de su familia llegara a infectarse de VIH/SIDA, ¿cuidaría de él en su casa?	93.3
Si una mujer de su familia llegara a infectarse de VIH/SIDA, ¿cuidaría de ella en su casa?	93.6
Si un estudiante tiene el VIH pero no está enfermo, ¿usted aprobaría que se le permita seguir asistiendo a clases?	91.1
Si algún maestro(a) tuviera el virus del SIDA, ¿cree que estaría bien que lo dejaran seguir dando clases en su escuela?	86.6
Si supiera que un vendedor de alimentos o despachador de comida tiene VIH/SIDA, ¿le compraría comida a él?	56.5
Si un miembro de su familia se contagiara de VIH/SIDA, ¿preferiría que esto se mantuviera en secreto?	30.7
Si algún trailero tuviera el virus del SIDA pero no estuviera enfermo, ¿usted aceptaría que lo dejaran seguir trabajando?	87.9

### *5.8. Exposición a campañas masivas*

Se realizaron algunas preguntas sobre exposición a campañas de prevención del VIH a través de medios de comunicación masiva, a fin de aportar elementos para diseñar una estrategia dirigida a esta población móvil. Durante el mes anterior a la encuesta, oyó radio de manera diaria el 68% de los entrevistados, en tanto que vio televisión de manera diaria el 27% de los entrevistados y leyó diariamente periódico, revista o algún medio impreso el 36%.

**Cuadro 49. Contacto con medios masivos de comunicación de la población de camioneros de larga distancia**

<i>En las últimas 4 semanas, cada cuando...</i>	<i>Oyó radio</i>	<i>Vio TV</i>	<i>Leyó medio impreso</i>
Diario	68.3	26.9	36.2
Al menos una vez a la semana	19.7	52.4	31.7
Menos de una vez a la semana	5.5	14.9	15.5
No he leído periódicos, revistas ni ningún medio impreso	6.5	5.8	16.5

Por otra parte, se les preguntó si habían oído, visto o leído mensajes sobre SIDA en los distintos medios en los últimos 12 meses. Televisión y radio fueron los medios más mencionados. Los mensajes de televisión fueron considerados claros y muy claros por el 90% de quienes los vieron, en tanto que los de radio fueron considerados claros y muy claros por el 68%. Entre los que respondieron acerca de medios impresos, la mayoría refirió artículo en revista, y pocos dijeron haber leído folletos o carteles.

**Cuadro 50. Exposición a campañas masivas de VIH/SIDA de la población de camioneros de larga distancia**

	<i>%Sí</i>
Oyó mensajes sobre VIH/SIDA en la radio en los últimos 12 meses	82.2
Ha visto mensajes sobre VIH/SIDA en la televisión en los últimos 12 meses	84.0
Ha visto o leído algún artículo sobre VIH/SIDA en los últimos 12 meses	49.3
Sabe si en su comunidad ha habido actividades o campañas de prevención de VIH	24.9

Un 25% dijo saber que en su comunidad hubo actividades o campañas de prevención de VIH; y un 7% dijo haber estado en contacto con promotores de salud que le dieron información sobre VIH. Se indagó sobre el tipo de promotores, y la mayoría dijo que eran trabajadores de salud del gobierno. Casi no hubo mención a ONG ni a educadores-pares (o promotor-compañero).



## 6. MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

### *6.1. Prevalencia de VIH*

De las 603 participantes MTS de Acapulco y Monterrey que se realizaron la prueba Determine para VIH, el 1.0% (6 casos) resultó positivo. La prevalencia fue similar para las dos ciudades: para Acapulco del 1.1% y para Monterrey del 0.9%.

### *6.2. Características sociodemográficas*

La edad media de la población MTS entrevistada se estimó en 30.2 años y la edad mediana en 27.6 años. Casi la mitad de las participantes (49%) no tenía nivel de secundaria concluido. Un 13% no tenía la primaria aprobada. El 5.8% de las participantes afirmó hablar alguna lengua indígena. El 69% de las entrevistadas en Monterrey y el 86% de las entrevistadas en Acapulco afirmaron haber nacido en el estado donde se realizó la encuesta. El 78% creció en una ciudad, el 16% en un pueblo y el 5% restante en un rancho. La mayoría afirmó ser católica (81%), un 13% dijo no tener religión, un 3% dijo ser cristiana, evangelista, etc., y la fracción restante dijo pertenecer a otra religión.

En cuanto al estado civil, la mayoría declaró ser soltera (50%) y de éstas 31% dijo que vive sola. Si consideramos la situación de convivencia más allá del estado civil, el 42% dijo estar unida, y el 58% dijo no vivir con una pareja.

Se estimó que las entrevistadas tenían una antigüedad mediana como trabajadoras sexuales de 5.3 años. La mayoría (60%) llevaba más de dos años como trabajadora sexual en la ciudad de la encuesta, pero un 16% afirmó trabajar allí desde hacía seis meses o menos. Se les preguntó si en la ciudad en que trabajaban existía algún control sanitario que expidiera una credencial o registro para ejercer el trabajo sexual y si ellas estaban registradas. El 76% de las entrevistadas dijo que sí existía (83% de las entrevistadas de Acapulco y el 75% de las entrevistadas en Monterrey). Dentro de este grupo el 84% dijo tenerlo (82% de las entrevistadas de Acapulco y el 86% de las de Monterrey).

**Cuadro 51. Características sociodemográficas de la población MTS**

<i>Edad</i>	n=603
Media	30.2
Mediana	27.6
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%
18-19	7.0
20-24	24.6
25-29	25.0
30-34	15.3
35-39	11.5
40 y más	16.6
<i>Escolaridad</i>	%
Ninguna	2.5
Primaria incompleta	10.4
Primaria completa	18.7
Secundaria incompleta	17.0
Secundaria completa	28.4
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	12.4
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	8.0
Superior y más	2.7
<i>Lengua indígena</i>	%
Sí habla alguna lengua indígena	5.8
<i>Nacidos en el estado de la encuesta</i>	%
Guerrero	85.5
Nuevo León	69.2

**Cuadro 51. (Continuación) Características sociodemográficas de la población MTS**

<i>Lugar de socialización</i>	%
Rancho	5.2
Pueblo	16.4
Ciudad	78.4
<i>Religión</i>	%
Católica	81.4
Evangelista, Testigos de Jehová, Luz del Mundo, Mormón, Cristiana	3.4
Ninguna Religión	12.9
Otra	2.3
<i>Estado civil</i>	%
<b>Casada</b>	10.8
Y vive con su cónyuge de distinto sexo	6.6
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual de distinto sexo	2.2
Pero no vive con su cónyuge de distinto sexo ni con otra pareja sexual de distinto sexo	2.0
<b>Separada, divorciada, viuda</b>	39.3
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	14.1
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	25.4
<b>Soltera</b>	49.8
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	19.1
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	30.7
<i>Tiempo trabajando en la ciudad</i>	%
6 meses o menos	15.8
Más de 6 meses, hasta un año	14.1
Más de 1 año, hasta 2 años	10.4
Más de 2 años	59.7
<i>Antigüedad como trabajadora sexual</i>	
Media	8.8
Mediana	5.3
	%
<i>Si cree que en su comunidad existe credencial para trabajar, tiene credencial</i>	83.9

### 6.3. Conocimientos de VIH/SIDA

Un porcentaje alto de las MTS entrevistadas conocía métodos de prevención (94%). Un 32% cree que el VIH puede transmitirse por picadura de mosquito y un 12% cree que puede transmitirse por compartir la comida con alguien que tiene VIH (ambas creencias con porcentajes mayores en Monterrey que en Acapulco  $-p < 0.001$ ). Un 35% dijo conocer a personas con VIH o que hubieran fallecido de SIDA.

**Cuadro 52. Conocimientos sobre VIH/SIDA de la población MTS**

<i>Transmisión de VIH/Métodos de prevención de VIH</i>	<i>% Sí</i>
Puede protegerse del VIH utilizando condón	93.8
Puede una persona contagiarse del VIH por usar una jeringa que usó alguien más	97.0
Cree que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	83.8
Cree que una mujer embarazada puede transmitirle el VIH/SIDA a su hijo en el vientre	90.3
Puede una persona infectarse del VIH por una picadura de mosquito	31.5
Puede una persona infectarse del VIH al compartir comida con alguien que tiene VIH	11.5
<i>Cercanía con personas con VIH</i>	<i>% Sí</i>
Conoce alguien con VIH o que haya fallecido por SIDA	34.7

### 6.4. Acceso a condones y a la prueba de VIH

La gran mayoría de las MTS afirmó que se tardaría menos de media hora en conseguir un condón si le hiciera falta, y sólo un 2% tardaría más de media hora en conseguirlo. Un 95% de las entrevistadas dijo conocer algún lugar para conseguir condones. La farmacia es el lugar más mencionado, aunque aparecen con bastante frecuencia las tiendas. Entre las personas que les pueden conseguir condones, destacan el personal de salud, los vendedores ambulantes y los amigos. El 32% dijo haber conseguido condones de manera gratuita durante la semana previa a la encuesta (similar en las dos ciudades).

También se preguntó por el conocimiento y uso de condones femeninos. El 47% de las entrevistadas en Acapulco y el 54% de las entrevistadas en Monterrey afirmaron haber oído hablar del condón femenino. El 12% en Acapulco y el 11% en Monterrey afirmó haber usado alguna vez uno.

### Cuadro 53. Acceso a condones de la población MTS

#### Acceso a condones masculinos

<i>Cuánto tiempo tardaría para conseguir un condón si le hiciera falta</i>	%
Menos de 30 minutos	98.3
De 30 minutos a 1 hora	1.5
Más de 1 hora	0.2

<i>Lugares que conoce para conseguir condones</i>	%
Tienda	25.5
Farmacia	82.0
Supermercado	6.1
Clínica privada	1.2
Centro de salud /hospital	10.3
Bar /hotel	10.3
ONG	0.2
<i>Sexshop</i>	2.8
Condonería	1.6

<i>Personas que conoce para conseguir condones</i>	%
Trabajador de la salud	41.4
Amigos	20.5
Familia	3.2
Vendedores ambulantes	40.5
Trabajadores sexuales	11.7
Promotores de ONG	0.6

<i>Recibió condones gratis en la última semana</i>	% Sí
	31.5

#### Condomes femeninos

<i>Oyó hablar del condón femenino</i>	%
	50.6
<i>De las que lo conocían, cuántas usaron condón femenino</i>	11.4

Para las MTS se introdujeron preguntas para intentar corroborar si la entrevistada tenía condones en el momento de la entrevista. Cabe destacar que las entrevistas se realizaron en los sitios y horarios donde las entrevistadas ejercen el trabajo sexual. Ante la pregunta si contaban con condones en ese momento, el 66% (44% en Acapulco y 86% en Monterrey –  $p < 0.0001$ ) respondió afirmativamente. Entre los que dijeron contar con condones en el momento de la entrevista, un 7% en Acapulco y un 13% en Monterrey no pudo mostrarlos al entrevistador. En general pudo mostrar condones el 59% de las entrevistadas (41% en Acapulco y 75% en Monterrey).

Respecto al acceso a la prueba de VIH, el 88% dijo saber que en su comunidad es posible realizarse la prueba de manera confidencial, con un porcentaje mayor en Monterrey (93%) que en Acapulco (81%) ( $p < 0.001$ ).

El 81% se había realizado la prueba de detección de VIH antes de la encuesta (similar en ambas ciudades). Entre aquellas que ya se la habían realizado antes, la mayoría conocía el resultado. De los seis casos que resultaron positivos con la prueba rápida aplicada en la encuesta, cinco dijeron que se habían realizado la prueba de VIH antes del estudio, y entre ellas, cuatro dijeron conocer el resultado. Cabe aclarar que no se preguntó el resultado de pruebas anteriores, por lo que no es posible estimar si también habían salido positivas.

Un 35% dijo que se había realizado la prueba con anterioridad de manera obligatoria o querida (en Acapulco el 59% y en Monterrey el 13%;  $p < 0.001$ ).

**Cuadro 54. Acceso a la prueba de VIH de la población MTS**

	<i>% Sí</i>
Es posible hacer la prueba de VIH confidencial en su comunidad	87.8
Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH antes de la encuesta	80.6
Si se hizo la prueba antes, sabe el resultado	96.0
Si se hizo la prueba antes, fue de manera obligatoria o requerida	34.5

### *6.5. Comportamientos sexuales*

#### *Edades de inicio sexual*

La edad mediana de inicio sexual de las trabajadoras sexuales fue de 15 años. La distribución por grupos de edad puede verse en el cuadro 55.

**Cuadro 55. Edades de inicio sexual de la población MTS**

Media	15.7
Mediana	15.1
<i>Distribución por grupos de edad</i>	<i>%</i>
Hasta 9	0.3
10-14	27.0
15-19	67.6
20-24	5.0
25 y más	0.2

#### *Parejas sexuales*

Un 99% de las entrevistadas dijo haber tenido al menos una pareja sexual en la semana previa a la encuesta. El promedio de parejas fue de ocho.

Un 94% manifestó haber tenido al menos un cliente que le pagó en la última semana (con un promedio de 7 parejas), el 46% dijo haber tenido relaciones con una pareja estable y el 18% dijo haber tenido al menos una pareja no regular sin intercambio de dinero.

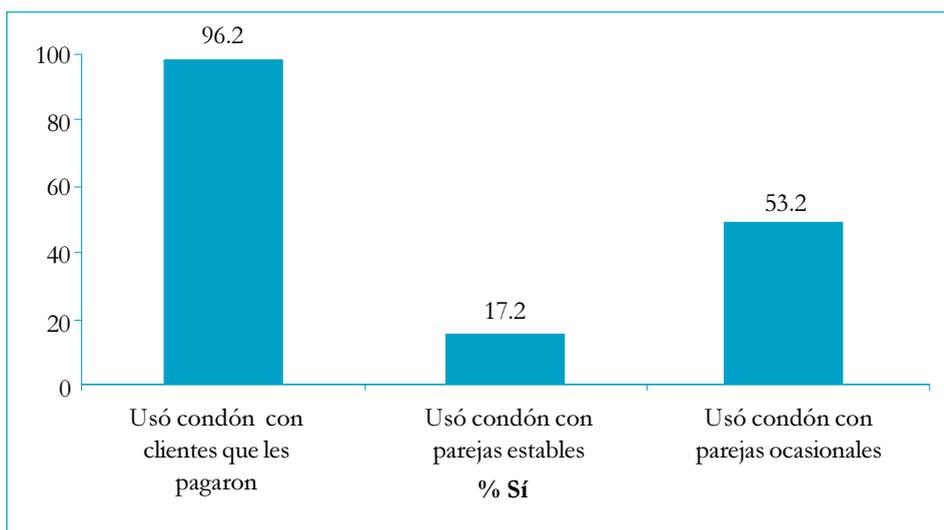
### Uso de condón

Como se puede ver en la gráfica 12, el porcentaje de uso de condón reportado por las trabajadoras sexuales con el último cliente es alto (96%). Cerca de un 2% dijo nunca usar condones con clientes. El 4% dijo que no tenía un condón a la mano cuando atendió a su último cliente.

El uso de condón en la última relación sexual con pareja estable es muy bajo (17%), y desciende más si se le pregunta por la frecuencia de uso con este tipo de pareja (dijo siempre el 8%). Con parejas ocasionales, poco más de la mitad (53%) afirmó haber usado condón en la última relación.

Otra pregunta que se realizó como control fue acerca de los motivos por los que no usó condón con el último cliente, y allí el 88% dijo que nunca

**Gráfica 12. Uso de condón en la última relación sexual con cada tipo de pareja de la población MTS**



prestó un servicio sin condón. Entre los motivos mencionados figuran por ser cliente conocido, porque el cliente no quiso y porque se rompió el condón.

**Cuadro 56. Uso de condón por tipo de pareja de la población MTS**

<i>En el último mes, qué tan seguido utilizó condones con....</i>	<i>%</i>
<b>Clientes que les pagaron (parejas comerciales)</b>	
Siempre	91.2
Casi siempre	4.3
A veces	3.0
Nunca	1.5
<b>Parejas estables</b>	
Siempre	8.1
Casi siempre	7.7
A veces	11.8
Nunca	72.3
<b>Parejas no regulares u ocasionales</b>	
Siempre	42.6
Casi siempre	9.3
A veces	12.0
Nunca	36.1

Se realizaron distintas preguntas sobre la percepción del último cliente. En general la percepción fue que el último cliente era nuevo, del estado de la encuesta, fue considerado limpio, percibido de clase media y mediana edad. Debe destacarse que casi el 40% consideró que era cliente habitual, y como se vio en los motivos para no usar condón, éste puede ser un factor de baja prevención. Un 2% creyó que su cliente tenía una ITS, y un 23% dijo que el cliente estaba borracho o drogado. Estos factores también pueden llevar a mayor exposición al riesgo de infección.

Se preguntó por la forma en que contactó al último cliente, y el sitio más mencionado fue “antro”, bar o cantina (43%), seguido por la calle (22%),

las salas de masaje (19%) y las estéticas (8%). En cuanto a las prácticas con el último cliente, el 27% de las entrevistadas afirmó que tomó alcohol o drogas con el cliente. Entre los distintos servicios otorgados, los más mencionados fueron sexo vaginal (94%) y sexo oral (35%).

Un 76% afirmó que había rechazado al menos a un cliente en la semana previa a la encuesta. Los motivos más mencionados de rechazo fueron porque el cliente estaba borracho o drogado, y porque el cliente no quería usar condón.

#### Cuadro 57. Percepción del último cliente de la población MTS

<i>Percepción del último cliente. ¿Cree que ...</i>	<i>%Sí</i>
era frecuente?	39.2
era nuevo?	60.8
era de este estado?	82.0
era de otro estado?	16.7
era de otro país?	1.3
estaba limpio?	96.7
era rico?	6.9
era de clase media?	81.0
era pobre?	12.1
era joven?	39.2
era de mediana edad?	46.5
era viejo?	14.3
tenía una ITS?	1.5
estaba borracho o drogado?	22.6
Prácticas con el último cliente	<i>%Sí</i>
¿Tomó (usted) alcohol o drogas con el último cliente?	26.6

**Cuadro 57. (Continuación) Percepción del último cliente de la población MTS**

<i>Tipo de servicio dado al último cliente</i>	<i>% Sí</i>
Sexo vaginal	94.4
Sexo anal	4.0
Sexo oral	34.8
Masturbación	6.8
Danza / desvestirse	6.0
Platicar	6.8
Masaje	2.7
Otro	0.2
Rechazo de clientes	<i>% Sí</i>
<i>Rechazó al menos a un cliente en la última semana</i>	76.2
<i>¿Por qué rechazó al último cliente?</i>	<i>%</i>
Estaba borracho / drogado	27.2
Olía mal / estaba sucio	10.4
Él no quería usar condón	23.3
No quería pagarme suficiente	12.7
Me daba desconfianza	17.5
Pensé que tenía una ITS	5.6
Pidió un servicio que no hago	9.3
Otra	4.5

### 6.6. Prácticas de inyección y uso de drogas

Un 27% de trabajadoras sexuales afirmó haberse inyectado vitaminas en el año previo a la encuesta y un 3.4% dijo haber compartido la jeringa la última vez que lo hizo.

Un 1.8% se inyectó droga alguna vez en la vida, pero ninguna entrevistada refirió haber compartido la jeringa la última vez que lo hizo. Un 35% de las MTS probó alguna vez alguna droga; las más mencionadas cocaína (25%), marihuana (15%), e inhalantes (7%).

**Cuadro 58. Uso de jeringas y consumo de drogas de la población MTS**

<i>Se inyectó vitaminas o medicinas en los últimos 12 meses</i>	<i>% Sí</i>
Complejo B	12.1
Vitaminas	27.4
Otras	10.6
<i>Si se inyectó vitaminas o medicinas, la última vez que lo hizo compartió jeringa</i>	3.4
<i>Se ha inyectado alguna droga en los últimos 6 meses</i>	1.8
Si se inyectó alguna droga, la última vez que lo hizo compartió jeringa	0.0
<i>Ha probado alguna de estas drogas</i>	34.9
Marihuana	14.5
Inhalantes	6.7
Cocaína	25.4
Heroína	0.7
Crack	2.2
Anfetaminas	3.0
Metanfetaminas	0.3
Éxtasis	1.8
Otra	1.2

### 6.7. Estigma y discriminación

De manera similar a lo que ocurre con la población de hombres trabajadores sexuales, el grupo de mujeres trabajadoras sexuales está sujeto a numerosos actos de represión y extorsión social. El 15% de las entrevistadas refirió haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el año anterior a la encuesta, especialmente maltrato verbal (63%) o físico (52%) y violación (7%). Clientes y parejas estables fueron los más mencionados como agentes del abuso o maltrato. Entre otras personas de las que recibieron maltrato figuran transeúntes y vecinos, familiares, ex-parejas, etc.

*En los servicios de salud*

Un 5% dijo haber recibido maltrato en los servicios de salud por ser trabajadoras sexuales, y un 38% siente necesario ocultar que es una trabajadora sexual y dice explícitamente que trabaja en otra cosa y un 43% tiene temor que su práctica se registre en la historia clínica.

*En el ámbito social*

Un 5% dijo que le habían negado servicios tales como comprar una vivienda, y un 2% en una tienda de autoservicio o restaurante.

*En el ámbito laboral*

El 65% dijo que al solicitar otro tipo de trabajo, sintió la necesidad de ocultar que era una trabajadora sexual.

*En el ámbito familiar*

Respecto a la aceptación de su trabajo, un 13% declaró que todos los que la rodean saben que es una trabajadora sexual, en tanto que un 26% señaló que no lo sabe nadie. Los amigos y los padres son las relaciones más nombradas que conocen el tipo de trabajo que realiza. Un 13% dijo que alguien de su familia la rechazó por ser trabajadora sexual.

**Cuadro 59. Discriminación de la población MTS**

Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato en los últimos 12 meses	% Sí
	14.9
<i>Si sufrió algún tipo de abuso, de qué tipo</i>	
Violación	6.9
Maltrato físico	52.3
Maltrato verbal	62.9
Extorsión	4.6
Robo o asalto	5.7
Otro	0.0
<i>¿Quién le maltrató o abusó de usted?</i>	
Policía	8.0
Cliente	47.7
Su pareja estable	27.3
Otro	28.4
<i>Discriminación en los servicios médicos</i>	
	%
Maltrato en servicios de salud por ser TS	5.3
Cuando recibe servicios médicos, ha considerado necesario ocultar que es TS	37.9
Le ha sido necesario fingir o decir explícitamente que trabaja en otra cosa cuando recibe servicios médicos	38.6
Tiene temor que quede registrado su práctica en su historia clínica	43.2
<i>Alguna vez le han negado servicios...</i>	
	%
Al comprar una vivienda	4.7
Atención en una tienda de autoservicio o restaurante	2.2
Atención dental	0.3
Servicios religiosos	1.2
Diversión o recreación	1.2
Hospedaje temporal	2.0
<i>¿Quién sabe que es TS?</i>	
	%
Padres	33.3
Hermanos	30.3
Hijos	11.6
Escuela	1.3
Trabajo	10.4
Amigos	33.7
Todos	12.6
Nadie	26.4
Otros	7.6

**Cuadro 59. (Continuación) Discriminación de la población MTS**

	% Sí
<i>¿Alguien de su familia le mostró rechazo por ser TS?</i>	12.6
Discriminación en el ámbito laboral	
<i>Si alguna vez buscó otro trabajo, ¿sintió necesidad de ocultar que es TS?</i>	65.4

Un 3.5% acudió a alguna instancia para solicitar apoyo ante un hecho discriminatorio, y la mayoría fue ante el ministerio público. En el caso del trabajo sexual, se realizaron preguntas sobre redes de apoyo. Sólo 2% participa en algún grupo de apoyo de trabajadoras sexuales, pero un 85% dijo tener a alguien que la ayude en caso de ser golpeada o lastimada.

**Cuadro 60. Redes de apoyo para ayuda por discriminación de la población MTS**

	% Sí
<i>¿Alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio?</i>	3.5
<i>Si alguna vez solicitó apoyo por un hecho discriminatorio, ¿a dónde acudió?</i>	%
Ministerio público	55.6
Organismo de la Sociedad civil	0.0
Comisión de Derechos Humanos	29.4
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	0.0
CONAPRED	6.3
Organización religiosa	6.3
CENSIIDA, COESIDA, TelSIDA	0.0
Otra	31.3
<i>Indicadores de redes sociales de apoyo</i>	% Sí
Participa en algún grupo de apoyo para TS	2.0
Tiene a alguien que le ayude con dinero	63.8
Tiene a alguien que le pueda acompañar al doctor/ hospital	79.4
Tiene a alguien que le ayude en caso que sea golpeada o lastimada	85.4



## V. Conclusiones y recomendaciones

### CONCLUSIONES

#### *Prevalencias de VIH*

Las prevalencias de VIH estimadas a partir de los datos del estudio confirman las tendencias reportadas para el país de una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, pero también ponen una alerta al encontrarse prevalencias mayores a las conocidas en las poblaciones heterosexuales. La mayor prevalencia se encontró en hombres trabajadores sexuales (estimaciones de 15.1% en el método TLS y 12% en RDS), seguida por hombres que tienen sexo con hombres (10.0%), mujeres trabajadoras sexuales (1%) y camioneros de larga distancia (0.6%). La situación es diferente en las distintas ciudades de estudio. En Acapulco encontramos prevalencias de 9.3% en HSH, 3.1% en HTS y 1.1% en MTS. En Nezahualcóyotl las prevalencias estimadas fueron de 12% en HTS y 10.5% en HSH. En Monterrey la prevalencia estimada de HTS fue de 25.5%, en HSH de 10.8%, MTS de 0.9% y camioneros de 0.6%. En Tampico la prevalencia estimada de HSH fue de 8.9%.

### *Conocimientos de VIH/SIDA*

Los datos sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA mostraron que una proporción importante aún tiene creencias erróneas sobre las formas de transmisión. Entre el 12% y el 32% de los entrevistados de las distintas poblaciones cree que puede transmitirse el VIH a través de una picadura de mosquito. También hubo proporciones importantes de personas que creen que el VIH se puede transmitir a través de la comida. Las mujeres trabajadoras sexuales y los camioneros mostraron los niveles más altos de creencias erróneas, seguidos por los hombres trabajadores sexuales. La población que se dedica a realizar trabajo sexual mostró niveles bajos de escolaridad. Cerca de la mitad de los entrevistados HTS y MTS no habían concluido el nivel escolar básico obligatorio en México (secundaria). Esto podría impactar en los conocimientos sobre los mecanismos de infección. A pesar de esto, en general la mayoría de los entrevistados sabe que el condón protege del VIH.

### *Acceso a condones y a la prueba de VIH*

Más del 95% de las personas entrevistadas en las distintas poblaciones dijo conocer lugares para conseguir condones, pero el tiempo para conseguirlos es un factor que debe ser tomado en cuenta. Dijeron que tardarían más de media hora en conseguir un condón entre 4 y 11 por ciento de los HTS entrevistados (a través del método TLS o del RDS), el 22% de los camioneros y casi el 2% de las mujeres trabajadoras sexuales. El acceso rápido a los condones, especialmente en las poblaciones de trabajo sexual debe estar garantizado. La diferencia entre la velocidad de acceso a condones de las mujeres trabajadoras sexuales y los hombres trabajadores sexuales puede ser un indicativo de la necesidad de multiplicar políticas específicas dirigidas a esta última población.

Respecto al acceso a la prueba de VIH, el porcentaje que dijo saber que en su comunidad es posible hacerse la prueba cambia según la ciudad donde se hizo la pregunta. En Monterrey, dijeron que sabían que podían hacerse la prueba de manera libre y confidencial entre el 84% y el 93%. En Acapulco, entre el 77% y el 91%. En Nezahualcóyotl, el 60% de los HSH entrevistados y el 91% de los HTS; y en Tampico el 83% de los HSH. El 60% de los camioneros dijo que era posible hacerse la prueba en su comunidad, pero hay que considerar que provenían de muchas comunidades diferentes del país. Sin embargo, para una proporción importante de los entrevistados la primera vez que se realizaban la prueba fue en el marco de esta investigación (casi para la mitad de los HSH, para un tercio de los HTS, para más de tres cuartos de los camioneros y para un quinto de las MTS).

La legislación en México prohíbe la exigencia obligatoria de la prueba de VIH. Entre las personas que dijeron haberse realizado la prueba antes del estudio, deben considerarse muy especialmente los casos que dijeron haberse la realizado de manera obligatoria o requerida contraviniendo la legislación federal: el 16% de los HSH, entre el 6% y el 10% de los HTS, el 41% de los camioneros, y el 35% de las MTS. Las proporciones fueron mayores en Acapulco y Tampico que en Monterrey y Nezahualcóyotl. El incumplimiento de la normatividad por parte de autoridades públicas y privadas lleva a prácticas de discriminación.

### *Comportamientos sexuales: uso de condón*

Las diferentes poblaciones entrevistadas reportaron distintos niveles de uso de condón de acuerdo con el tipo de pareja sexual. En general, se utiliza menos con parejas estables que con parejas ocasionales, la diferencia más marcada se da en las relaciones heterosexuales (camioneros y MTS). En encuestas previas el porcentaje de uso de condón reportado por las poblaciones que se dedican al trabajo sexual había resultado alto. Por esta razón se introdujeron

preguntas para intentar corroborar si la o el entrevistada(o) tenía condones en el momento de la entrevista. Cabe destacar que las entrevistas se realizaron en los sitios y horarios donde los entrevistados ejercen el trabajo sexual, por lo que era de esperarse que tuvieran condones para usar con los (las) clientes. En el caso de los HTS del método TLS, sólo pudo mostrar un condón al momento de la entrevista el 48% y de los HTS del método RDS, el 65%. Entre las MTS sólo pudo mostrar un condón el 59%. Esto muestra que alrededor de la mitad de la población que se dedica a realizar trabajo sexual no tenía condones consigo, incluso cuando fueron entrevistados en los sitios donde estaban a la espera de clientes. Si bien el uso reportado con clientes en esta encuesta también resultó alto (arriba del 95% de los HTS y de las MTS en el método TLS), dada la baja proporción de entrevistados que tenían un condón al momento de la entrevista es posible suponer que el uso es menor al reportado.

Comparando los métodos de recolección de datos, el RDS parece arrojar cifras más cercanas entre el uso reportado y la posesión de condones al momento de la entrevista. La proporción de uso de condón reportado con clientes que les pagaron parece ser levemente inferior en la encuesta de HTS a través del método RDS que con el método TLS.

Uno de los motivos por los que las poblaciones de trabajo sexual dijeron no usar condón fue que el cliente era habitual. La confianza en el conocimiento del cliente parece actuar como un obstáculo para la prevención. Entre los HTS casi el 30% consideró al último cliente como habitual y entre las MTS lo hizo el 40%, lo que puede dar una idea de la magnitud de relaciones en las que es posible que no se haya utilizado el condón.

### *Prácticas de inyección y uso de drogas*

Las encuestas pudieron constatar que una proporción importante de los entrevistados había tenido prácticas de inyección de medicinas o vitaminas, pero una baja proporción dijo haber compartido jeringas (2% en HSH, 1% en HTS, 7% en camioneros y 3% en MTS). Las proporciones de personas que han probado alguna droga alguna vez en la vida van desde 35% en MTS a 75% en HTS, y los porcentajes de reporte de haberse inyectado drogas alguna vez van de 1% en camioneros a 7% en HTS. Entre los HTS, el 13% dijo haber compartido la jeringa la última vez que se inyectó drogas. La prevalencia alta de VIH en la población HTS, aunada a un déficit en el uso del condón y prácticas de intercambio de jeringas hacen que la situación de los HTS sea una de las más complejas en el marco de la epidemia.

### *Discriminación*

Como se mencionó en la sección de Métodos, una de las dificultades para la prevención y detección del VIH entre las poblaciones estigmatizadas se debe a la falta de apoyo de la comunidad, que puede provocar situaciones de aislamiento y disminución de la autoestima. Las situaciones de estigma y discriminación pueden poner distancia de los servicios de salud, lo que a su vez provoca una menor relación con las campañas de prevención y una detección tardía en el caso de infección. Por estas razones el gobierno mexicano ha decidido emprender una campaña para disminuir el estigma y la discriminación social relacionadas con la diversidad sexual. La encuesta indagó sobre la percepción de los entrevistados respecto a las situaciones vividas de estigma y discriminación en distintos ámbitos de la vida social (familia, escuela, servicios de salud, esparcimiento y otros).

En el caso de los camioneros de larga distancia, se diseñaron preguntas dirigidas a captar posiciones discriminatorias de ellos hacia la población que

vive con VIH, ya que se trata de una población no directamente estigmatizada respecto al VIH.

Las poblaciones de HSH, HTS y MTS reportaron haber recibido maltrato por su condición en distintos ámbitos. Sin embargo, son aún mayores los porcentajes de personas que reportan que han tenido que ocultar su condición (ya sea orientación sexual o tipo de trabajo que desempeña) a fin de evitar ser maltratado. Se reportan muchos casos que dijeron que fue necesario fingir ser algo diferente ante situaciones sociales (fingir ser heterosexual en el caso de los HSH, fingir trabajar en otra cosa en el caso de las y los trabajadores sexuales). La proporción de personas que acudieron a alguna institución a solicitar ayuda por discriminación es baja.

La población de hombres trabajadores sexuales merece especial atención porque está sujeta a numerosos actos de represión y extorsión social. Conjunta la discriminación por ser hombres que tienen sexo con hombres con la de ser trabajadores sexuales, y se encuentran colocados en un sector sumamente vulnerable de la población. En la encuesta por el método RDS se pudo constatar que sus redes sociales son limitadas. Este relativo aislamiento podría ser un freno a la difusión de información sobre prevención.

Las preguntas hechas a los camioneros muestran situaciones de discriminación hacia la población que vive con VIH, en algunos casos fundadas en desconocimiento de las vías de transmisión de la infección. Una de las opiniones donde se denota mayor discriminación se refiere a la compra de alimentos a un vendedor que tuviera VIH, o a compartir comida con alguien que tuviera VIH. Un 44% afirmó que no le compraría comida al vendedor, y un 23% no compartiría los alimentos con alguien que tuviera VIH. Otro de los ámbitos donde se mostró cierto grado de discriminación fue la escuela.

*Comparación entre métodos de recolección de datos (TLS y RDS) en la población HTS*

Uno de los objetivos del proyecto era validar el Muestreo Dirigido por Entrevistados (RDS) como método para alcanzar a los hombres trabajadores sexuales. Una de las mayores diferencias con el método de sitios (TLS) era que los participantes tenían que llegar a una oficina algún día no establecido previamente durante del período de la encuesta para realizarse la prueba de VIH y completar el cuestionario. El método de sitios, en cambio, entrevistaba a los trabajadores sexuales en los sitios donde ellos estaban esperando clientes. Una primera evaluación que puede hacerse es que las condiciones de la entrevista eran mejores en el método RDS que en el TLS, ya que estando en una oficina había más privacidad y tiempo de concentración en las preguntas por parte del participante.

Hemos afirmado que en la encuesta de RDS se advirtió un porcentaje menor de uso de condón que en la encuesta TLS. Esto podría deberse a que estando en los sitios de trabajo sexual los participantes sentían la necesidad de mostrarse como usuarios sistemáticos de condón, y en cambio, fuera de ese espacio, estando en una oficina, podían admitir con mayor comodidad el nivel real de uso de condón. Sin embargo, estas diferencias también podrían deberse a las distintas edades de los participantes en los dos métodos: en el método de sitios se alcanzó a una proporción mucho mayor de jóvenes que en el método RDS. No contamos con elementos para decir si se trata de una composición diferente de la población de HTS en las distintas ciudades del estudio, o se trata de una diferencia atribuida al método de recolección de datos.

En el método de sitios (TLS) el número de participantes se alcanzó en el tiempo planeado de encuesta (en la ciudad de Monterrey se alcanzó un par de semanas antes de la conclusión de la encuesta). Esto significa que es un método apropiado para cuando se requiere tener resultados de manera rápida,

ya sea por cuestiones como la disponibilidad de personal para realizar la encuesta, o la necesidad de contar con resultados velozmente para el diseño de acciones de prevención o atención. Sin embargo, debe resaltarse que el método de sitios necesita contar con personal que pueda trabajar en los distintos horarios en que se reúne la población HTS para hacer su trabajo, principalmente por la noche.

En contraparte, el método RDS tuvo dificultades para alcanzar el tamaño de muestra esperado, y se mostró muy lento en el flujo de participación. Pero si se cuenta con una oficina de forma permanente y personal que se dedique a la encuesta de manera parcial (es decir, sólo cuando llegan los participantes), entonces podría ser una estrategia práctica, ya que podría sostenerse por más tiempo (por ejemplo, seis meses) la espera de los participantes. Sin embargo, en nuestra experiencia, fue necesario recurrir al máximo de “semillas” posibles, y tal vez más tiempo de encuesta no hubiera solucionado el problema de baja participación.

Por otra parte, el monto de los incentivos monetarios dados en el método RDS no fue lo suficientemente atractivo para motivar la participación. No tenemos elementos para evaluar si cambiando este monto podrían modificarse los niveles de participación. En las conversaciones informales con los entrevistados aprendimos que uno de los estímulos para acudir al local era el ofrecimiento de la prueba de VIH gratuita. Una estrategia que podría valorarse en una aplicación futura del método, es el ofrecimiento de otros marcadores de salud además de la prueba de VIH.

La prevalencia de VIH encontrada a través del método de sitios fue mayor a la encontrada a través del método RDS. Es difícil evaluar si se debe a la diferencia de prevalencias en las ciudades, o a un sesgo de selección por parte de los participantes en el método RDS.

En síntesis, ambos métodos tienen ventajas e inconvenientes. Sin embargo, en este estudio mostró ser más efectivo el método de sitios de reunión. Para tomar la decisión de qué método usar en futuras encuestas deben evaluarse algunas condiciones de la población objetivo: tener una estimación del tamaño de la población, y conocer algunas características de las vinculaciones con otros pares (si es un trabajo solitario o de redes, si son solidarios o competitivos en los sitios donde trabajan, etc.). Es necesario conocer más sobre ciertos aspectos de la cultura del trabajo sexual masculino para inferir si es posible que participen a través de referencias de algún par. Por otra parte, si se trata de una actividad perseguida por las autoridades policiales en la ciudad donde se quiere realizar la encuesta, hay que considerar que pueden sentir temor de ir a un local. La gran mayoría de los participantes del RDS realizado llegó en grupo ante el temor de que se tratara de una trampa. En ese caso, sería más conveniente el método de sitios. Por eso es necesario conocer las condiciones de la localidad donde se quiere hacer el estudio y las características del trabajo sexual en ese lugar. Esas variables podrían inclinar la balanza hacia uno u otro método de recolección de datos.



## RECOMENDACIONES

En el marco de la difusión de los resultados del proyecto, en junio de 2006 se organizó una reunión en la que participaron autoridades vinculadas con los programas de VIH/SIDA nacionales y estatales, representantes de organizaciones no gubernamentales, de organismos internacionales y académicos, con el apoyo del programa *Policy* de USAID. Allí se dieron a conocer los principales resultados contenidos en este informe (con excepción de la encuesta de Tampico, que se realizó con posterioridad) y a continuación se desarrollaron tres talleres para la elaboración de recomendaciones. El primero elaboró recomendaciones para la población HSH, el segundo para las poblaciones de trabajo sexual (hombres y mujeres) y el tercero para incluir a otras poblaciones, tales como los camioneros de larga distancia.

### *Recomendaciones de acción para la población HSH*

Se identificaron distintos temas sobre los que habría que trabajar, y dentro de ellos se hicieron propuestas específicas.

#### 1. Identificación de Identidades:

- Campañas dirigidas a subpoblaciones específicas dentro de los HSH.
- Hacer estudios cualitativos que nos permitan entender a fondo las prácticas sexuales en estas poblaciones.
- Distinguir distintos tipos de vulnerabilidad de acuerdo al ciclo de vida y conocer las características asociadas a cada

- vulnerabilidad de manera que se puedan enfocar campañas específicas.
- Dirigir campañas de prevención a los HSH desde la masculinidad.
2. Reconocer los nuevos desafíos en materia de transmisión, por ejemplo:
- Las relaciones sexuales “a pelo” o “*barebacks*”.
  - Relaciones sexuales con uso de drogas.
3. Sobre la prueba de detección del VIH:
- Accesibilidad y Disponibilidad de la Prueba.
    - Garantizar el acceso a la prueba y promover un ambiente de no discriminación en contra de las personas que acuden a realizarse la prueba.
    - Garantizar la disponibilidad de las pruebas en los estados, principalmente a nivel municipal.
  - Promover la capacitación de personas para tomar la prueba de VIH y entrega de resultados.
  - Promover campañas que hablen de los beneficios de hacerse la prueba.
  - Otorgar recursos para acceso a pruebas rápidas.
    - Promover campañas de información sobre las pruebas de VIH, pues existen campañas publicitarias de desinformación sobre las pruebas rápidas de VIH.
4. Campañas de Información y Prevención:
- Campañas de información masiva para toda la población sobre SIDA, ITS y pruebas de detección de VIH.
  - Actualización de las campañas de prevención del VIH.
  - Líneas telefónicas de atención.

- Incrementar el personal capacitado para dar talleres de sexualidad y prevención de ITS y VIH.
  - Crear campañas contra la homofobia.
  - Crear una Red Nacional contra la Discriminación.
  - Enfatizar la tolerancia a la diversidad sexual en las escuelas.
  - Concluir con el reclamo de Educación Sexual en todos los niveles educativos.
  - Campañas de sensibilización dirigidas a toda la población sobre la gente *gay*, transexual y HSH.
  - Capacitar a todos los maestros de escuelas –en todos los niveles- en materia de sexualidad, tolerancia y respeto, de manera obligatoria.
  - Vincular personajes claves –como personas famosas o aquellas con las que la gente se identifique- con las campañas de prevención de VIH.
  - Crear sitios Web con información para jóvenes *gay* que sirvan como alternativas a las líneas telefónicas y que cuenten con información sobre prevención y grupos de ayuda.
5. Sobre el Condón y Lubricantes:
- Regular el precio, y garantizar el acceso a personas que no tienen dinero para comprarlos.
  - Dar a conocer lugares dónde conseguir condones.
  - Dar a conocer la importancia del uso de lubricante.
  - Erotizar el uso del condón, de manera que su uso sea promovido de distintos modos.
  - Dar a conocer las distintas alternativas de condones, de manera que se pueda generalizar su uso en diversas prácticas (sobre todo en sexo oral).

6. Trabajar más con personas que viven con VIH, especialmente en aspectos que tienen que ver con el ejercicio de su sexualidad.
7. Sobre los actores que hay que involucrar en este proceso:
  - o Gobierno.
    - Sector Salud, en su conjunto.
    - Secretaría de Salud, a nivel federal y estatal.
    - Secretaría de Educación Pública.
    - Los poderes legislativos federales y estatales.
    - Secretaría del Trabajo.
    - Secretaría de Gobernación.
    - Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
  - o Vincular a empresarios y dueños de bares, antros, baños y otros sitios de reunión, en campañas de prevención.
  - o Trabajar con los sindicatos de maestros.
  - o Involucrar a la sociedad civil en general.
  - o Vincular a los jefes de programas de salud y luchar por la continuidad de los programas.
  - o Fortalecimiento de los COESIDA.
    - Darles autonomía y presupuesto.
  - o Fortalecimiento de las Organizaciones Civiles.
    - Desarrollo Organizacional.
    - Estrategias Preventivas.
    - Incidencia política.
    - Creación de climas favorables.

*Recomendaciones de acción para las poblaciones con trabajo sexual  
(hombres y mujeres)*

1. Sobre la prueba obligatoria:
  - o Que el gobierno federal coordine las acciones de información en los estados y municipios de la norma mexicana que impide la solicitud obligatoria de la prueba de VIH.
  - o Que se busquen mecanismos para hacer que la norma se cumpla. Sancionar administrativa y penalmente la realización de exámenes obligatorios de VIH. Generalizar la reglamentación del Distrito Federal por la que se penaliza a funcionarios por discriminación.
  - o Que se obligue el cumplimiento de las directrices internacionales de Derechos Humanos que el gobierno federal ha firmado.
  
2. Estrategias de prevención:
  - o Reforzar la educación sobre prevención en las relaciones afectivas más cercanas del o la trabajadora sexual (pareja estable, proxeneta).
  - o Regresar a los programas preventivos cara a cara, considerando que cada vez ingresan nuevas personas al trabajo sexual que no tienen capacitación previa. Que los programas no tengan formato de talleres, sino cara a cara.
  - o Trabajar sobre el fortalecimiento de los propios recursos y la autoestima de las personas. Dar capacitación para el fortalecimiento personal.
    - i. Proceso: visualizar un líder de grupo y a partir de él (ella) organizar talleres para los y las trabajadores(as) sexuales.

- ii. Integración de organizaciones de trabajadoras y trabajadores sexuales de distintas ciudades en una red y promoción de la creación de estas organizaciones en todos los sitios, bajo la coordinación de CENSIDA.
  - iii. Trabajar en el fortalecimiento de los propios recursos para que las y los trabajadores sexuales hagan cumplir la norma que impide la exigencia obligatoria de la prueba de VIH. Poner esto en relación con los conceptos de persona legal y dignidad.
  - iv. Generar programas preventivos amplios, no sólo talleres, donde el enfoque en la autoestima y la confianza sea un gran componente.
- o Que existan especialistas para la prevención en trabajo sexual, que brinden la información que las y los trabajadores sexuales necesitan, desde la situación de las personas, en sus horarios, lenguaje (generando un glosario) y lugares.
  - o Generar intervenciones de nivel comunitario para promover la prevención del VIH y el uso del condón, especialmente en sitios cercanos al trabajo sexual (ejemplo: proyecto tricicleros en la frontera sur de México).
  - o Trabajar con los “padrotes” (proxenetas) para sensibilizarlos sobre la importancia de la prevención, y mostrarles como estrategia el sentido comercial de la prevención.
  - o Movilizar los recursos que existen en los estados y en CENSIDA hacia la prevención en estas poblaciones.
  - o Promover la asignación de más recursos para campañas de prevención en estas poblaciones.
  - o Reconocer a las personas transexuales desde la perspectiva de la identidad para el diseño de programas preventivos.

3. Acceso a condones y a la prueba de VIH:
  - Facilitar de manera urgente el acceso a condones.
  - Diseñar mecanismos donde una figura honesta reparta los condones gratuitos.
  - Que haya venta de condones en los lugares de diversión de los clientes potenciales.
  - Dar a conocer a las y los trabajadores sexuales que existen programas de prueba de VIH y medicamentos gratuitos.
  - Informar por escrito -y antes de la realización de exámenes- los derechos, las normas y la gratuidad.
  - Vigilar la confidencialidad de los resultados.
  
4. Sobre los centros de atención a la salud:
  - Que los consultorios no sean exclusivos para los y las trabajadoras sexuales, sino que puedan atenderse en los de población general, para evitar la discriminación.
  - Crear centros ambulatorios de información y atención sobre VIH/ITS a nivel nacional, y promover que se encuentren junto a hospitales. Deben dar atención médica y psicológica; deben ser gratuitos y estar abiertos las 24 horas.
  
5. Sobre la coordinación de los distintos niveles de gobierno y sociedad:
  - Ampliar el modelo multisectorial existente en algunos estados, con la inclusión de representantes de los y las trabajadores(as) sexuales y los HSH.
  - Promulgar una ley sobre VIH/SIDA en México con la participación de las organizaciones civiles interesadas.
  - Trabajar con los diputados para defender la asignación de fondos para la prevención del VIH/SIDA, considerando el cambio periódico en la Cámara.

- o Lograr que las estrategias tengan continuidad.
- o Lograr que la ley federal contra la discriminación considere explícitamente la discriminación por orientación sexual.
- o Enfatizar el término “trabajo sexual”, con las connotaciones de derechos y remuneración que le son propias.

### *Recomendaciones de acción para otras poblaciones (camioneros de larga distancia)*

Si bien el taller identificó un número considerable de otras poblaciones con las que sería importante trabajar, en el marco de este documento recogeremos las propuestas para las poblaciones móviles, entre las que se incluyen los choferes de camión de larga distancia, objeto de esta ronda de encuestas.

#### **Nivel federal, estatal, municipal y local**

- o Realizar más estudios tanto epidemiológicos como de subjetividad, y actitudes.
- o Realizar más programas de promoción de la salud, con énfasis en el autocuidado.
- o Realizar nuevas campañas de información básica y sensibilización sobre VIH/SIDA.
- o Delimitar acciones a corto, mediano y largo plazo.
- o Aprovechar los recursos de información que tienen cada uno de los estados sobre estas poblaciones para acciones futuras de prevención.
- o Utilizar encuestas auto-aplicables confidenciales para cuestiones de sexualidad.
- o Involucrar jurisdicciones sanitarias y municipios en programas preventivos.
- o Modificación de códigos civiles y penales a nivel federal, estatal y municipal de acuerdo a sus propios contextos.

- o Trabajar el tema de discriminación en el sector salud y sector educativo.
- o Reforzar articulación entre los distintos programas preventivos (drogadicción, alcoholismo, violencia, VIH/SIDA).
- o Articular prevención primaria y secundaria.
- o Demostrar voluntad política en los tomadores de decisiones.
- o Garantizar la coordinación intra e inter-institucional.
- o Coordinar esfuerzos entre organismos de la sociedad civil y gobierno.
- o Obtener el apoyo de las autoridades en todos los niveles.

### **Nivel Estatal**

- o Garantizar acceso a condones (dotación suficiente).
- o Vincular los programas de prevención con organizaciones civiles.
- o Facilitar pruebas de detección rápida; promocionarla de manera gratuita.



## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Noriega Minichelo S., Magis C., Uribe P., Anaya L., Bertozzi S., The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. AIDS 2002, 16 (supl. 3):S13-17.

<sup>2</sup> Valdespino JL., García ML., Conde C., Olaiz G., Velásquez O., Tapia R., Sepúlveda J., Misleading low HIV prevalences in concentrated epidemics. The case of Mexico. The XIV International AIDS Conference, 2002. Abstract no. ThPeC7447.

<sup>3</sup> Valdespino JL., García ML., Conde C., Olaiz G., Velásquez O., Tapia R., Sepúlveda J., Misleading low HIV prevalences in concentrated epidemics. The case of Mexico. The XIV International AIDS Conference, 2002. Abstract no. ThPeC7447.

<sup>4</sup> CENSIDA/ONUSIDA, Estimación de personas que viven con VIH en México, marzo del 2006.

<sup>5</sup> ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA (2000, 2002, 2004) y CENSIDA, Dirección de Investigación Operativa.

<sup>6</sup> CENSIDA, El Sida en México en el año 2000. <http://www.salud.gob.mx/conasida/>

<sup>7</sup> Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. 31 de diciembre del 2005. <http://www.salud.gob.mx/conasida/>

<sup>8</sup> Noriega Minichelo S., Magis C., Uribe P., Anaya L., Bertozzi S., The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. AIDS 2002, 16 supl. 3:S13-17.

<sup>9</sup> Izazola-Licea JA., Gortmaker SL., Gruttola V., Tolbert K., Mann J., Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. Salud Publica Mex 2002;45 supl. 5:S662-S671.

<sup>10</sup> Semaan S., Lauby J. y Liebman J., Street and Network Sampling in Evaluation Studies of HIB Risk-reduction Interventions, AIDS Rev 2002; 4:213-223.

<sup>11</sup> Heckathorn D., Respondent driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. Social Problems 2002; 49:11-34.

<sup>12</sup> Family Health International (2000), “Encuestas de vigilancia del comportamiento de EVC. Guías para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH”, Arlington.

<sup>13</sup> ONUSIDA (2000), Programas Nacionales de Sida. Guía para el Monitoreo y la Evaluación.

<sup>14</sup> Magnani R., *et al.*, 2005, Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance, AIDS 2005, 19 (supl. 2): S67-S72.

## Anexo I

### Equipo de trabajo del proyecto



*Jorge Saavedra*  
Director General del CENSIDA

*Giovanna Valenti*  
Directora General de la FLACSO México

*Joshua Volle y Inoussa Kabore*  
Anterior y actual Director de Evaluación, Vigilancia e Investigación de FHI

**Equipo de la encuesta**

**Posiciones ocupadas durante la encuesta**

*Investigadores principales*

Cecilia Gayet  
Carlos Magis Rodríguez

Directora del proyecto CENSIDA/FLACSO/FHI  
Director de Investigación Operativa-CENSIDA

*Asistencia Técnica FHI*

Donna Sacknoff  
Ame Stormer  
Lisa Guli  
Megan Kearns

Consultora de FHI  
Asesora técnica de FHI  
Asesora técnica de FHI  
Asesora técnica de FHI

*Equipo de la oficina central FLACSO-México*

Araceli Fernández  
Laura Elena de Caso  
Ana Emilia Quiroz Almaraz  
Raúl Ortiz Mondragón  
María Teresa Cárdenas Álvarez  
Lizette Romero

Coordinadora General  
Coordinadora Regional Acapulco  
Coordinadora Regional de Monterrey y Tampico  
Coordinador Regional Ciudad de México  
Asistente Administrativa  
Asistente Administrativa

*Asesores estadísticos*

Blanca Helena del Pozo  
Betty Manrique

Asesora en muestreo de las poblaciones  
Asesora en el análisis

*Equipo de Acapulco*

María Luisa Méndez  
Ángel Peñaloza Moctezuma  
Alma Rosa Nieblas Lizárraga  
Francisco Viruel Castillo  
Jonathan Cobos Quintero  
Fernando Díaz de León Torres  
Efrén Pacheco Granados  
Juan Carlos Abarca Sabah

Jefe del Programa de VIH/SIDA de Guerrero  
Coordinador de Área de Acapulco  
Supervisora de MTS  
Supervisor HSH y HTS  
Entrevistador HSH  
Entrevistador HSH  
Entrevistador HSH  
Entrevistador HSH

Adrián García Nieves	Entrevistador HTS
Manuel García Palma	Entrevistador HTS
Alejandro García Galeana	Entrevistador HTS
Alberto Serna Mogollón	Entrevistador HTS
Berenice Martínez Castillo	Entrevistadora MTS
María del Carmen Viruel Castillo	Entrevistadora MTS
Izchel Tonantzin Radilla Jiménez	Entrevistadora MTS
Whendolyn Andrade Vargas	Entrevistadora MTS
Gamaliel Jorge de Román	Entrevistador MTS
Marlene Peñaloza Moctezuma	Entrevistadora MTS
Mercedes Becerril Adame	Entrevistadora MTS
Marisolina González Mondragón	Entrevistadora MTS
David de los Santos Cebreiro	Consejero para entrega de resultados de pruebas de VIH

*Equipo de Monterrey*

José Ramírez Aranda	Jefe del Programa de VIH/SIDA de Nuevo León
Nancy Yaibhe Pedraza Corpus	Coordinadora de Área de Monterrey
Pablo Gómez Gómez	Supervisor de MTS
Miguel Ángel Esquivel Urista	Supervisor HSH y HTS
Ángel Humberto Zaragoza Torres	Supervisor de camioneros de larga distancia
José Luis Hernández Castillo	Entrevistador MTS
Marlen Gómez Reyes	Entrevistadora MTS
Irasema Lucero Puente Moreno	Entrevistadora MTS
César Lara Gordillo	Entrevistador MTS
Sylvia Adriana Esquivel Urista	Entrevistadora MTS
Gricelda Rueda Ortega	Entrevistadora MTS
Salvador Rey Vázquez Guajardo	Entrevistador HTS
Alejandro Díaz Ramírez	Entrevistador HTS
Rodolfo Prado Acuña	Entrevistador HTS
Eduardo Cruz Mendoza	Entrevistador HTS
Javier Orta Guerrero	Entrevistador HSH
Nolberto García Herrera	Entrevistador HSH
Gerardo Cerda Ortiz Juan	Entrevistador HSH
Jorge Del Ángel Segura	Entrevistador HSH
Silvia Adriana Del Ángel Segura	Entrevistador TOF
José Juan De León Velázquez	Entrevistador TOF
Ana Margarita Cuevas Juárez	Entrevistador TOF
José Antonio Azuela Gutiérrez	Entrevistador TOF
María Eugenia Zárraga Vargas	Entrevistador TOF
Pablo Alberto Gómez Olvera	Entrevistador TOF
Adriana Yuritsy Flores González	Consejera para entrega de resultados de pruebas de VIH

*Equipo de Nezahualcóyotl*

Beatriz Ramírez Amador	Jefe del Programa de VIH/SIDA del Estado de México
Mariana Pérez Ramírez	Supervisora HTS
Alejandro Jaime García	Supervisor HSH
Víctor Alcántara Chávez	Entrevistador HSH
Ricardo Antonio Morales	Entrevistador HSH
Laura Asunción Arevalo Jaime	Entrevistador HSH
Leonardo Fuentes Morales	Entrevistador HSH
Mauricio Garrido Negrete	Entrevistador HSH
Darinel de Jesús Vargas de León	Entrevistador HSH
Ivonne Mendo Morgado	Entrevistadora HTS
Loretta Hayari Pérez Ramírez	Entrevistadora HTS
Paulina Guerra González	Entrevistadora HTS
Perla Morales González	Entrevistadora HTS

*Equipo de Tampico*

Gerardo Flores	Jefe del Programa de VIH/SIDA del Estado de Tamaulipas
José Alfredo López Morato	Coordinador de Área de Tampico
Jorge Villalobos Gordilla	Supervisor HSH
José del Carmen López Quintana	Entrevistador HSH
Jesús Rey López Meraz	Entrevistador HSH
Guillermo Daniel Ramírez Nieto	Entrevistador HSH
Jorge Alberto Echevarria Constante	Entrevistador HSH
José María Tovar López	Entrevistador HSH
José Alfredo López Meraz	Entrevistador HSH
Viviana Idalia Martínez Patiño	Codificadora
José Leonardo Elizalde Cordero	Consejero para la entrega de resultados de pruebas de VIH



Anexo II  
Información complementaria



**Cuadro 1a. Hombres que tienen sexo con hombres (n=1,111)**

	Global de todas las ciudades	Para cada ciudad
Prevalencia de VIH estimada para la población de HSH	10.0%	
Tampico		8.9%
Monterrey		10.8%
Acapulco		9.3%
Nezahualcóyotl		10.5%
Vive con una persona del mismo sexo (sin importar estado civil)	23.3	
Y lleva más de dos años de convivencia	41.7	
Conoce algún lugar para conseguir condones (pagando o de manera gratuita)	99%	
Conoce alguna persona para conseguirlos	62%	
Sabe que en su comunidad es posible realizarse la prueba de VIH de manera confidencial (p<0.001)		
Tampico		83%
Monterrey		82%
Acapulco		77%
Nezahualcóyotl		60%
Se había realizado la prueba con anterioridad de manera obligatoria o requerida		
Tampico		36%
Monterrey		10%
Acapulco		10%
Nezahualcóyotl		6%
Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con una mujer (cuatro ciudades)	42%	
Tampico		50%
Monterrey		50%
Acapulco		25%
Nezahualcóyotl		50%
Hombres que tuvieron relaciones con otros hombres y nunca con mujeres	58%	
Edad mediana de inicio sexual con hombres	14.6	
Hombres que tuvieron relaciones tanto con hombres como con mujeres	42%	
Edad mediana de inicio sexual con hombres	16.8	
Edad mediana de inicio sexual con mujeres	16.1	
Tuvo sexo con penetración con otro hombre en los seis meses previos a la encuesta	94%	
Penetró y fue penetrado	54%	
Sólo penetró	23%	
Sólo fue penetrado	23%	
Tuvo sólo sexo oral	6%	
Tuvo relaciones con alguna mujer en los seis meses previos a la encuesta	19%	
Promedio total de parejas en los últimos seis meses	4.7	
Promedio de parejas no regulares en los últimos seis meses	2.9	
Ha oído hablar del “montar a pelo” o “bareback”	13%	
Estaría dispuesto a contactarse con “barebackers” para tener sexo	15%	

**Cuadro 1b. Características sociodemográficas de la población HSH según situación de VIH**

	VIH POSITIVOS	VIH NEGATIVOS
<i>Edad</i>		
Mediana	28.7	23.9
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%	%
18-19	9.1	13.6
20-24	24.5	36.6
25-29	17.3	22.4
30-34	20.0	14.2
35-39	18.2	6.5
40 y más	10.9	6.7
<i>Escolaridad</i>	%	%
Ninguna	0.0	0.1
Primaria incompleta	0.9	1.5
Primaria completa	4.5	3.6
Secundaria incompleta	9.1	5.0
Secundaria completa	12.7	11.8
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	13.6	16.5
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	26.4	26.1
Superior y más	32.7	35.4
<i>Estado civil</i>	%	%
<b>Casado</b>	4.5	3.7
Y vive con su cónyuge de distinto sexo	1.8	3.2
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual de distinto sexo	1.8	0.1
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual del mismo sexo	0.9	0.1
Pero no vive con su cónyuge de distinto sexo ni con otra pareja sexual de distinto sexo	0.0	0.3
<b>Separado, divorciado, viudo</b>	9.1	6.8
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	0.0	0.5
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	0.9	1.4
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	8.2	4.8
<b>Soltero</b>	86.4	89.5
Pero vive con una pareja sexual de distinto sexo	0.0	1.1
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	30.0	20.9
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	56.4	67.5

**Cuadro 1c. Prácticas sexuales de la población HSH según situación de VIH**

Penetración anal	VIH Positivo %	VIH Negativo %
Sólo penetró	15	24
Sólo fue penetrado	19	24
Ambos	66	53

**Cuadro 1d. Tipo de parejas sexuales de la población HSH según situación de VIH**

<i>De las relaciones con otros hombres, en los últimos 6 meses tuvo pareja sexual...</i>	VIH Positivo %	VIH Negativo %
Estable	49.5	47.0
Ocasional	70.5	69.7
A la que él le pagó	4.8	7.3
Que le pagó a él	9.6	10.4

**Cuadro 2a. Hombres trabajadores sexuales-Encuesta con metodología TLS (n=284)**

	Global de todas las ciudades	Para cada ciudad
Resultado positivo de la prueba Determine para VIH	15.1%	
Acapulco		3.1%
Monterrey		25.5%
Antigüedad mediana como trabajadores sexuales (años)	7	
En su comunidad existe credencial para trabajar (todos)	40%	
Acapulco		69%
Monterrey		16%
Está registrado, tiene credencial (todos)	11%	
Dijo que se necesita registro y está registrado Acapulco	26%	
Dijo que se necesita registro y está registrado Monterrey	33%	
Conoce algún lugar para conseguir condones (pagando o de manera gratuita)	99%	
Cuenta con condones al momento de la entrevista	55%	
Autorizan al entrevistador a verlos	83%	
Tras afirmación y autorización no pueden mostrarlos	7%	
Afirmó guardar los condones en el cuarto de hotel	4%	
Afirmó que el cliente los da	10%	
Realizó la prueba de detección de VIH antes de la encuesta		
Acapulco		79%
Monterrey		52%
Si se hizo la prueba antes, fue de manera obligatoria o requerida		
Acapulco		16%
Monterrey		6%
Ha tenido relaciones sexuales con una mujer (todos)	62%	
Acapulco		65%
Monterrey		35%
Tuvo al menos una pareja sexual la semana previa a la encuesta	97%	
Promedio de parejas (todas)	6.6	
Promedio de parejas del sexo masculino	6.1	
Tuvo pareja mujer durante la semana previa	30%	
Tuvo al menos un cliente que le pagó la semana pasada	92%	
Promedio de parejas	5.7	
Tuvo relaciones con una pareja estable	37%	
Tuvo al menos una pareja no regular sin intercambio de dinero	25%	
No tenía condón a la mano cuando atendió a su último cliente	11%	
La última pareja estable fue hombre	64%	
Uso de condón con la última pareja estable hombre (Acapulco)	92%	

**Cuadro 2a. (Continuación) Hombres trabajadores sexuales-Encuesta con metodología TLS (n=284)**

	Global de todas las ciudades	Para cada ciudad
La última pareja estable fue mujer	36%	
Uso de condón con la última pareja estable mujer (Acapulco)	52%	
Uso de condón en la última relación sexual ocasional	92%	
con hombre	73%	
con mujer	27%	
Afirma que el último cliente fue hombre	93.6%	
Afirma que el último cliente fue mujer	5.7%	
Afirma que el último cliente fue transexual	0.7%	
La forma en que contactó al último cliente fue:		
En la calle, playa, parque, zócalo	62%	
En un “antro”, bar o cantina	21%	
Por teléfono o celular	3%	
Internet	0.7%	

**Cuadro 2b. Características sociodemográficas de la población HTS según situación de VIH**

	VIH POSITIVOS	VIH NEGATIVOS
<i>Edad</i>		
Mediana	24.9	23.8
<i>Distribución por grupos de edad</i>	%	%
18-19	11.6	16.3
20-24	25.6	34.6
25-29	30.2	30.4
30-34	11.6	9.6
35-39	9.3	5.0
40 y más	11.6	4.2
<i>Escolaridad</i>	%	%
Ninguna	2.4	0.9
Primaria incompleta	23.8	11.3
Primaria completa	9.5	10.4
Secundaria incompleta	14.3	20.8
Secundaria completa	26.2	27.7
Bachillerato, preparatoria o técnica incompleta	16.7	19.5
Bachillerato, preparatoria o técnica completa	7.1	8.7
Superior y más	0.0	0.9
<i>Estado civil</i>	%	%
<b>Casado</b>	11.6	8.8
Y vive con su cónyuge de distinto sexo	9.3	7.9
Y no vive con su cónyuge de distinto sexo pero vive con otra pareja sexual del mismo sexo	2.3	1.3
<b>Separado, divorciado, viudo</b>	2.3	6.7
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	0.0	0.8
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	2.3	5.8
<b>Soltero</b>	86.0	84.6
Pero vive con una pareja sexual del mismo sexo	18.6	16.7
Y no vive con pareja sexual de distinto sexo o del mismo sexo	67.4	67.9

---

**Cuadro 3. Hombres trabajadores sexuales-Encuesta  
con metodología RDS (n=102)**

---

Prevalencia estimada de VIH para la población de HTS en Nezahualcóyotl	12%
Prevalencia de VIH para la población entrevistada (muestra)	5.9%

---

**Cuadro 4. Camioneros de larga distancia (n=312)**

---

Resultado positivo a la prueba Determine para VIH (2 casos)	0.6%
Declaró haber tenido alguna vez relaciones sexuales con otro hombre	5%
Declaró haber tenido relaciones sexuales sólo con mujeres	95%
Tuvo relaciones sexuales con alguna mujer en el año anterior a la encuesta	96%
Promedio de parejas sexuales para el periodo referido	3
Tuvo relaciones sexuales con al menos una pareja estable con la que convivía	90%
Y además tuvo relaciones con trabajadoras sexuales	27%
Y además tuvo relaciones sexuales con parejas ocasionales	20%
Tuvo relaciones sexuales con una pareja estable con la que no convivía	24%
Tuvo relaciones sexuales con parejas comerciales	29%
Tuvo relaciones sexuales con parejas ocasionales	22%
Afirmó que alguna vez intercambió “aventones” por relaciones sexuales	6%
Considera que los mensajes sobre SIDA difundidos por la televisión son claros o muy claros (de los que ven TV)	90%
Considera que los mensajes sobre SIDA difundidos por la radio son claros o muy claros (de los que escuchan radio)	68%
Estuvo en contacto con promotores de la salud que le dieron información sobre VIH	7%

---

**Cuadro 5. Mujeres trabajadoras sexuales (n=603)**

	Global de todas las ciudades	Para cada ciudad
Resultado positivo a la prueba Determine para VIH (6 casos)	1.0%	
Acapulco		1.1%
Monterrey		0.9%
En su comunidad existe credencial para trabajar (todas)	76%	
Acapulco		83%
Monterrey		75%
Dice que existe credencial en su localidad y está registrada, tiene credencial	84%	
Acapulco		82%
Monterrey		86%
Conoce algún lugar para conseguir condones	95%	
Conoce el condón femenino		
Acapulco		47%
Monterrey		54%
Ha usado el condón femenino		
Acapulco		12%
Monterrey		11%
Cuenta con condones al momento de la entrevista (todas)	66%	
Acapulco		44%
Monterrey		86%
Dijo que contaba con condones y no pudo mostrar condones al entrevistador		
Acapulco		7%
Monterrey		13%
Mostró condones al entrevistador (todas)	59%	
Acapulco		41%
Monterrey		75%
Se realizó la prueba de VIH con anterioridad de manera obligatoria o requerida		
Acapulco		59%
Monterrey		13%
Tuvo al menos una pareja sexual la semana previa a la encuesta	99%	
Promedio de parejas en el periodo referido	8	
Tuvo al menos un cliente que le pagó en la última semana	94%	
Promedio de parejas en el periodo referido	7	
Tuvo relaciones con una pareja estable	46%	
Tuvo al menos una pareja no regular sin intercambio de dinero	18%	
No tenía condón a la mano cuando atendió a su último cliente	4%	
Nunca presta un servicio sin condón	88%	
La forma en que contactó al último cliente fue:		
En un “antro”, bar o cantina	43%	
En la calle	22%	
Salas de masaje	19%	
Las estéticas	8%	

*Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*, se terminó de imprimir en abril de 2007 en los talleres de Offset Universal S. A., en la Ciudad de México. El tiraje consta de 2000 ejemplares.

La epidemia de VIH/SIDA requiere atención urgente. Con esta premisa, una tarea fundamental de los gobiernos es identificar las poblaciones vulnerables y conocer sus prácticas de riesgo a fin de diseñar estrategias de prevención y atención adecuadas para cada una de ellas.

A partir de encuestas realizadas durante los años 2005 y 2006 en distintas ciudades de México, esta publicación presenta información actual sobre la prevalencia de VIH, las prácticas sexuales, los conocimientos de transmisión del VIH, el acceso a los preservativos y las experiencias de discriminación de hombres que tienen sexo con hombres, de mujeres y hombres trabajadoras(es) sexuales, y de camioneros de larga distancia. La comprensión de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad ayudará a los gobiernos de los distintos niveles a establecer prioridades en las políticas encaminadas a mejorar la situación de estas poblaciones.

Este libro se inscribe en el marco de un proyecto de colaboración entre la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México (FLACSO México), el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y Family Health International (FHI), con el auspicio de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).

ISBN 9709967126



9 789709 967128

