

# PROSTITUCIÓN Y SIDA EN LA CIUDAD DE MÉXICO

PATRICIA URIBE-ZÚÑIGA, M.C.,<sup>(1)</sup> GRISELDA HERNÁNDEZ-TEPICHÍN, M.C.,<sup>(2)</sup>  
CARLOS DEL RÍO-CHIRIBOGA, M.C.,<sup>(3)</sup> VÍCTOR ORTIZ, PSIC.<sup>(4)</sup>

Uribe-Zúñiga P, Hernández-Tepichín G,  
Del Río-Chiriboga C, Ortiz V.  
Prostitución y SIDA en la Ciudad de México.  
Salud Publica Mex 1995;37:592-601.

Uribe -Zúñiga P, Hernández-Tepichín G,  
Del Río-Chiriboga C, Ortiz V.  
Prostitution and AIDS in Mexico City.  
Salud Publica Mex 1995;37:592-601.

## RESUMEN

Desde 1987 el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA, a través de los Centros de Información, ha realizado estudios en población de mujeres trabajadoras del sexo comercial (TSC) para conocer cómo influyen diversos aspectos en el ejercicio de la prostitución en la Ciudad de México, así como la prevalencia de la infección por VIH que, a diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), se ha mantenido baja (0.04%- 0.2%). Los factores relacionados con el mayor uso del condón fueron: nivel de escolaridad, no tener hijos, mayor experiencia en el comercio sexual y menor edad. El 88% declaró usar el condón, aunque existe información cualitativa y de prevalencia de otras ETS que sugieren que su uso consistente es más bajo. La prueba de detección del VIH obligatoria entre las TSC no es una medida preventiva. De acuerdo con el marco jurídico existente es importante promover diversas estrategias de prevención, ya que ninguno de los sistemas actualmente utilizados ofrece las condiciones adecuadas para promover la prevención del VIH/SIDA.

*Palabras clave:* prostitución; enfermedades sexualmente transmisibles; VIH; SIDA; México

## ABSTRACT

Since 1987 The National AIDS Council in Mexico (CONASIDA), has conducted research projects among female commercial sex workers (CSW), who are seen at the AIDS Information Centers. Through these studies, we have been able to find out how different issues influence commercial sex work in Mexico City. Since the beginning of our own studies in 1989, HIV prevalence in this particular group has remained low (0.04%-0.2%). Factors found to be associated with condom use were: educational level, not having children, more experience in sex work and younger age. Condom use was reported by 88% of the women; however, qualitative information and high STD prevalence rates suggest a much lower condom use. Mandatory HIV testing is not useful as a preventive measure among sex workers. Persuasive and structural interventions must be implemented in accordance with local and legal situations.

*Key words:* prostitution; sexually transmitted diseases; HIV; AIDS; Mexico

Solicitud de sobretiros: Dra. Patricia Uribe. CONASIDA. Calzada de Tlalpan 4585, 2o. piso. Tlalpan, colonia Toriello Guerra, 14050 México, D.F.

(1) Directora Técnica, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), Secretaría de Salud (SSA), México.

(2) Subdirectora de Normatividad, Información y Educación, CONASIDA, SSA, México.

(3) Coordinador General, CONASIDA, SSA, México.

(4) Coordinador de Proyecto, CONASIDA, SSA, México.

**Fecha de recibido:** 10 de febrero de 1995

**Fecha de aprobado:** 7 de agosto de 1995

**L**A PROSTITUCIÓN SE define como "la actividad en la que alguien intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien".<sup>1</sup> Es un fenómeno complejo, en el cual está involucrado un grupo heterogéneo de individuos -trabajadores sexuales, clientes, dueños o administradores del local, cantineros, garroteros, meseros, padrotes o "madames", cónyuge, familiares y autoridades- que se organizan en diferentes niveles de acuerdo con el nivel socioeconómico, el sistema social y el manejo de la sexualidad en cada zona.<sup>2</sup>

El término prostitución se utiliza como sinónimo de trabajo sexual, e incluye desde situaciones en las cuales no existe un contacto físico directo con el cliente como sucede con las bailarinas o sujetos dedicados al *strip-tease*; las actividades en las cuales usualmente no hay relaciones sexuales con el cliente como es el caso de las "ficheras"; hasta la contratación específica de un servicio sexual en un prostíbulo. Resulta evidente que el riesgo no es homogéneo y que cada una de estas actividades implica un mayor o menor riesgo de infección por *VIII*.

Ante el surgimiento de la infección por VIH/SIDA como problema de salud pública, se ha discutido el papel de los individuos que ejercen la prostitución en su diseminación? Existen diversos factores que podrían favorecer la infección por VIH/SIDA en este grupo,<sup>3,10</sup> entre los cuales se encuentran:

El nivel de oferta y demanda que tiene la prostitución en cada país o zona.

La tasa de seroprevalencia de VIH en el área de procedencia y residencia de las Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) y clientes.

La eficiencia de transmisión del VIH en esa población. Mayor número de parejas sexuales.

Tipo de prácticas sexuales.

Nivel socioeconómico bajo.

Mayor número de embarazos.

Uso de anticonceptivos hormonales.

Bajo nivel de información sobre salud y enfermedades.

Estigmatización y bajo acceso a los servicios de salud o educativos.

Prácticas sexuales carentes de medidas preventivas.

La asociación con el consumo de alcohol y drogas.

Presencia de otras enfermedades de transmisión sexual.

Estado de salud o inmunidad previo.

Las características propias del agente infeccioso.

Asociación con otras prácticas de riesgo (transfusión, pareja estable infectada, drogadicción intravenosa, etc.).

- Poca habilidad para negociar con los clientes.
- Desconocimiento de destrezas propias de la profesión.

En 1987 el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) estableció contacto con mujeres y hombres dedicados al comercio sexual; a partir de entonces se han llevado a cabo múltiples estudios, que han permitido obtener un mayor conocimiento de cómo y en qué grado influyen los factores antes señalados en el trabajo sexual en México.

En este artículo se resumen los hallazgos más relevantes sobre diversos aspectos del ejercicio de la prostitución en la Ciudad de México, obtenidos de investigaciones -los cuales han sido publicados de manera detallada en diversos artículos-, y de la información recabada a través de los servicios que se ofrecen en los Centros de CONASIDA.

#### ANTECEDENTES

Ante la creciente demanda de servicio por parte de las TSC que acudían voluntariamente a solicitar información y la prueba de detección del VIH a los Centros del CONASIDA en la Ciudad de México, en 1989 se inauguró un centro en el cual se ofrece detección confidencial del VIH a las TSC y se brinda consejería sobre la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). A partir de entonces a todas las mujeres se les aplica un cuestionario de manera voluntaria para obtener datos sociodemográficos, socioeconómicos, de rol familiar, estado de salud-enfermedad, antecedentes de ETS, condiciones y lugar de trabajo, comportamiento sexual con clientes y no clientes, y las medidas preventivas utilizadas.

En 1990, con el apoyo de la American Foundation for AIDS Research (AmFAR), de Family Health International (FHI) y de la Rockefeller Foundation a través de AIDS and Reproductive Health Network (ARHN), así como del Centro de Investigaciones en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública (CISP-INSP), se inició un estudio para sistematizar y analizar los datos ya disponibles, recibir mayor información sobre TSC y determinar la seroprevalencia-al VIH en esta población, la relación con otras ETS y los principales determinantes de riesgo, a fin de diseñar un programa para la prevención de la transmisión del VIH en esta población. Durante el desarrollo del proyecto se contó con la colaboración de organizaciones no gubernamentales como Humanos del Mundo contra el SIDA, A.C. y Mujeres

por la Salud en Acción contra el SIDA, A.C. (MUSA), así como grupos independientes y líderes y representantes de las TSC.

Para obtener una muestra más representativa y conocer la magnitud y características de las TSC que no asistieron a CONASIDA en 1993, se realizó un censo y mapeo de las zonas relacionadas con el sexo comercial en las delegaciones de la Ciudad de México con mayor índice de prostitución y se seleccionó una muestra aleatoria de bares, estéticas y "puntos de calle". Se aplicaron encuestas y se realizaron estudios de seroprevalencia a TSC y población periférica masculina (meseros, garroteros, cantineros, etc.) en su lugar de trabajo.

Las pruebas de detección del VIH se realizaron en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) de la Secretaría de Salud, utilizando pruebas de ELISA de segunda generación. Toda muestra que resultó inicialmente positiva pasó por un segundo ELISA y aquéllas nuevamente positivas se confirmaron por la técnica de inmunoelectrotransferencia (*Western blot*). Las pruebas para detección de otras ETS se realizaron en los laboratorios del Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI) del INSP.

Finalmente, en 1994 y con financiamiento del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizó un estudio cualitativo con TSC para detectar el nivel de conocimientos sobre SIDA y ETS, la percepción del riesgo, el poder de negociación sexual, y el impacto del uso del condón femenino en su capacidad para negociar una relación más segura.

#### MARCO JURÍDICO

A lo largo de la historia se han hecho intentos por establecer un ordenamiento jurídico-legal de la prostitución; sin embargo, independientemente del sistema que se establezca en cada país (reglamentarista, abolicionista o prohibicionista), es imposible prever la clandestinidad que se asocia con la prostitución y que responde a diversos factores socioculturales y a la doble moral sexual característica de la mayoría de las sociedades.

Los diversos marcos jurídicos que abarcan la prostitución surgieron frente a demandas y situaciones sociales muy concretas, en las que se mezclaron consideraciones morales, socioculturales, avances científicos en el área de la salud, el reconocimiento y la defensa de los derechos humanos y la corriente política predominante en la sociedad.

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

El apogeo del sistema reglamentarista se debió al avance científico de la medicina. Inmediatamente después del Primer Congreso Médico Internacional (París, 1867), se comenzó a reglamentar la prostitución" y en México se tienen antecedentes ya en 1865 -durante el reinado de Maximiliano-, cuando se promulgó un decreto reglamentando el comercio sexual y, posteriormente, en el Código Sanitario de 1891, 1894, 1926 y 1934. Este control no sólo era un argumento que servía para reforzar actitudes moralistas contra las prostitutas; también preconizaba su carácter científico con medidas de higiene para proteger a la mayoría de la sociedad. La postura reglamentarista predominó hasta la Segunda Guerra Mundial y posteriormente fue cayendo en desuso, predominando la tendencia abolicionista.

El sistema reglamentarista, como su nombre lo indica, establece una reglamentación para las áreas donde se permite el ejercicio de la prostitución ("zonas de tolerancia", "zonas rojas", "casas de citas", etc.), basada en la protección de la salud de la mayor parte de la sociedad a través de medidas higiénicas para la prevención y el control de ETS. La reglamentación establece el registro obligatorio de las mujeres que trabajan en la zona o casa, la obligación de dar aviso de todo nuevo ingreso, el cumplimiento de exámenes médicos periódicos para todas las personas dedicadas a la prostitución y la obligación de no ejercerla en locales distintos a los autorizados.

Bajo este sistema las "zonas de tolerancia" o "casas de citas" se convertían en cárceles para las mujeres dedicadas a la prostitución y para sus hijos, sometidas a una explotación que establecía obligaciones y sanciones, sin ningún derecho y con frecuentes violaciones a sus derechos humanos, razón por la cual varios países, encabezados por Francia, promovieron la abolición del sistema reglamentarista. En 1938 México se adhirió al Convenio Internacional para la represión de la trata de mujeres mayores de edad y la explotación de la prostitución, que estableció las bases del sistema abolicionista. A partir del 9 de abril de 1940 quedó abolida la reglamentación en el Distrito Federal y fue derogado el reglamento para su ejercicio, que se encontraba vigente desde el 24 de febrero de 1926.<sup>2</sup>

El régimen abolicionista nace de la necesidad de reprimir la explotación, por parte de terceros, de las personas

dedicadas a la prostitución; no persigue la prohibición de la prostitución, sino que pugna por la libertad para ejercerla bajo ciertos lineamientos y por la igualdad de sexos. Su principal postulado gira en torno a la protección de menores y mujeres adultas.

En la actualidad -según los informes de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud- 13 estados del país reglamentan la prostitución: Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa y Zacatecas; y de acuerdo con las conclusiones del doctor Ricardo Franco Guzmán en su trabajo "El régimen jurídico de la prostitución en México",\* sólo mantienen el abolicionismo el Distrito Federal y los estados de México, Puebla y Guanajuato.

En la Ciudad de México no existen "zonas de tolerancia" ni tarjetas de control sanitario periódico de las personas dedicadas a la prostitución. Si bien el lenocinio y la prostitución de menores son ilegales, la prostitución en sí no lo es, pues sólo existen "infracciones cívicas" (antes conocidas como sanciones administrativas) establecidas en el Reglamento Gubernativo de Justicia Cívica para el Distrito Federal.<sup>^</sup> Lo anterior significa que la sanción establecida no es penal; al infractor se le sanciona con una multa económica que va de 21 a 30 días de salario mínimo o con arresto de 25 a 36 horas, y el encargado de observar su cumplimiento es el Departamento del Distrito Federal.\*\* Estas sanciones son las mismas que se aplican a aquellas personas que ingieren bebidas alcohólicas en lugares públicos no autorizados, dañan árboles, impiden o estorban el uso de la vía pública, maltratan o ensucian las fachadas de inmuebles, a los-revendedores, etcétera.

Las infracciones cívicas sólo pueden aplicarse cuando los actos son realizados en lugares e inmuebles públicos, en el servicio público de transporte y en inmuebles de propiedad particular (siempre que tengan efectos ostensibles en los lugares señalados anteriormente). Por otro lado, el "invitar a la prostitución o ejercerla" no es una

\* Discurso de ingreso a la Academia Mexicana de Jurisprudencia y Legislación.

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

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

infracción cívica que se persiga de oficio, ya que sólo se procede por queja de vecinos por escrito ante el juez, aun cuando estas infracciones sean evidentes.\*\*\*

En la mayoría de los estados de la República Mexicana -sobre todo en aquellos que se rigen por un sistema reglamentarista-, se ha establecido la detección periódica del VIH en las TSC como medida preventiva en las zonas de tolerancia o reguladas por el estado. Esta medida ha demostrado su ineficacia en cualquier población ya que el resultado negativo de una prueba para el VIH sólo es aplicable durante el periodo que comprende entre la probable exposición y la toma de la muestra después del llamado "periodo de ventana inmunológica", existiendo la posibilidad de que ocurran tanto resultados falsos negativos como falsos positivos, dependiendo de la prevalencia en la población estudiada.

En las diversas investigaciones que se han llevado a cabo en CONASIDA se ha demostrado que el establecimiento de un control sanitario, donde se realizan pruebas serológicas a TSC y revisiones ginecológicas, da una falsa seguridad tanto a las mujeres como a los clientes y favorece el rechazo hacia las medidas preventivas para evitar las ETS, además de que son medidas muy costosas y con un bajo impacto en la prevención. Las pruebas de detección del VIH y de ETS, así como las revisiones ginecológicas, constituyen métodos de diagnóstico oportuno, pero no medidas de prevención.

Existe una polémica a nivel mundial acerca de cuál de las posturas jurídicas sobre la prostitución es la más recomendable para la protección de la salud pública. Algunas autoridades han planteado que, bajo el sistema abolicionista, se pierde el control de la prostitución y se favorece la diseminación de las ETS, basando su planteamiento en el resurgimiento mundial que han tenido este tipo de enfermedades en las últimas décadas en países que siguen este sistema, como Francia o Estados Unidos. Por otro lado, los defensores del sistema abolicionista plantean que esta postura es la única acorde con la dignidad que debe mantener cualquier país en su interior y ante el mundo, ya que el restablecimiento del sistema reglamentarista significaría favorecer las violaciones a los derechos humanos de las personas dedicadas a la prostitución. Por otra parte, estudios y estadísticas muestran que la prevalencia e incidencia de las ETS en TSC no son menores en un país o Estado que se rige por un sistema reglamentarista.

Es nuestra opinión que ninguno de los dos sistemas ofrece condiciones adecuadas para la prevención del VIH/SIDA en México. El sistema reglamentarista no

favorece el control de las ETS (incluyendo el VIH) y es violatorio de los derechos humanos, basándose más en un sistema de control y poder que en razones de salud pública. El sistema abolicionista, como es aplicado por la mayor parte de las autoridades, tampoco favorece la existencia de condiciones apropiadas para la prevención, ya que se niega la existencia de la prostitución, dando lugar a la explotación y a la corrupción debido a que no existen normas o lineamientos claros para el manejo del comercio sexual y el acceso a los TSC se dificulta ya que éstos se ocultan.

Consideramos que la solución para un mejor manejo del comercio sexual no sólo es jurídica; existen aspectos relacionados con factores socioculturales, la corrupción, el manejo de la sexualidad y las políticas que dificultan la adecuada prevención del VIH/SIDA. No obstante, se pueden establecer algunas recomendaciones generales de acuerdo con el sistema jurídico vigente en cada localidad. En el sistema reglamentarista habrá que recomendar medidas razonables que favorezcan la prevención (p.e. el uso obligatorio del condón en zonas de tolerancia y la educación permanente de las personas dedicadas al comercio sexual, como TSC, lenones, clientes, autoridades, etc). En los sistemas abolicionistas es importante reconocer la existencia de la prostitución, establecer lineamientos y acuerdos claros entre los participantes proponiendo intervenciones focalizadas dirigidas a TSC y clientes, en un marco de derecho y respeto. Ofrecer servicios de salud de calidad constituye, en todos los casos, un paso fundamental para tener acceso e incidir en la población de TSC, y siempre es preferible a las medidas coercitivas.

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ÁMBITO LABORAL

Las TSC que acuden periódicamente al Centro de Información de CONASIDA se ubican en las delegaciones que reportan los mayores porcentajes de comercio sexual en el Distrito Federal: Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Benito Juárez y Miguel Hidalgo. Sin embargo, se desconoce cuántas mujeres se dedican al comercio sexual en esta entidad; si bien se cuenta con registros en algunas delegaciones, existe un importante subregistro debido al contexto y a las condiciones en que se ejerce la prostitución en México. En CONASIDA se realiza un seguimiento a un promedio de 3 100 mujeres autoseleccionadas que acuden al Centro de CONASIDA en forma periódica (aproximadamente cada tres meses). El

34.5% de ellas es originario de la Ciudad de México y el resto del interior de la República.

La mayoría de estas mujeres ofrece sus servicios en "puntos de calle" (48%) y bares (38%), ubicados principalmente en las delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza. Sólo una pequeña proporción (8%) de mujeres que laboran en hoteles, prostíbulos, estéticas u otros servicios especiales asiste a este Centro. Se desconoce el ámbito de trabajo del 6% de ellas. Esta distribución se ha mantenido a través de los años<sup>6,14</sup> lo que puede deberse, más que a una distribución real, a que las mujeres que ejercen en la vía pública o en bares se encuentran cautivas en virtud de los registros obligatorios o de la permanencia temporal en zonas controladas y, por ende, son las de más fácil acceso.

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

En el muestreo realizado en los lugares de trabajo se encontró que a CONASIDA asisten regularmente: el 80% de las mujeres de "puntos de calle", el 25.8% de las TSC de bar y el 29.7% de las de estética, existiendo un subregistro aproximado del 70% en estos dos últimos ambientes de trabajo (cuadro II).

Existe una gran variedad de modalidades del sexo comercial en la Ciudad de México, ya que hay mujeres que se dedican a la prostitución por la noche, sin ser vistas; otras lo hacen de día, expuestas a la vista de cualquiera; algunas trabajan todos los días, otras tres a cuatro veces por semana y otras sólo una vez por mes. Al igual que en otros países, existen diferentes niveles, determinados en parte por el lugar y la zona económica de la ciudad en donde trabajan. En términos generales, las que trabajan en la calle son las que tienen el más bajo nivel socioeconómico, siguiéndoles las de bar o club nocturno. En casas de masaje y estéticas, habitualmente trabajan de 15 a 20 mujeres como masajistas o estilistas, ofreciendo todo tipo de servicios a clientes seleccionados. En el más alto nivel están las llamadas *call girls*, que trabajan en casas de citas y dan "servicios especiales". En la Ciudad de México existen departamentos lujosos en áreas residenciales donde las mujeres atien-

CUADRO I  
Principales características sociodemográficas de una muestra de 3 100 trabajadoras sexuales, CONASIDA . Ciudad de México. 1992-1993

Características	n	
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Analfabeta	248	8.0
Primaria incompleta	775	25.0
Primaria	899	29.0
Técnico	205	6.6
Secundaria	474	15.3
Preparatoria	195	6.3
Profesional	78	2.5
Se desconoce	226	7.3
<b>Estado civil</b>		
Soltera, viuda o divorciada	2 192	70.7
Casada	127	4.1
Otro	781	25.2
<b>Hijos</b>		
No tienen hijos	682	22.0
1-2 hijos	1 488	48.0
3-10 hijos	930	30.0
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Calle (n=1488)		
Bueno	150	10.1
Regular	368	24.7
Malo	970	65.2
Bar (n=1 178)		
Bueno	393	33.4
Regular	348	29.5
Malo	437	37.1
<b>Edad de inicio en el comercio sexual</b>		
	2 325	75
<b>Antecedente de transfusión sanguínea</b>		
	214	6.9
<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>		
Uso de condón	2 666	86.0
	2 753	88.8
<b>Antecedente de uso de drogas intravenosas</b>		
	93	0.3
<b>Estado civil del cliente</b>		
Casado	2201	71.0
Soltero	434	14.0
Se desconoce	465	15.0
<b>Nivel socioeconómico de los clientes de acuerdo a la percepción de las trabajadoras sexuales</b>		
Alto	651	21.0
Medio	1 147	37.0
Bajo	1 302	42.0

den a los clientes, mientras las "acompañantes" sirven bebidas y aperitivos costosos."

Las mujeres que trabajan en la calle están expuestas y generalmente están registradas o son conocidas por las autoridades, así como las que trabajan en los bares y clubes nocturnos; la localización de las estéticas, "casas especiales" y *call girls* es secreta y menos accesible para los investigadores .<sup>14</sup>

#### PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH

Ante la aparición de cualquier ETS, las personas dedicadas a la prostitución son vistas como posible fuente de contagio y como un puente para la diseminación entre la población heterosexual.<sup>3,15</sup> No obstante, frecuentemente se sobreestima el riesgo real de la infección por H a partir de personas dedicadas a la prostitución, ya que la mayor parte de los estudios se realizan en poblaciones de más fácil acceso -las de recursos económicos más bajos-, o debido a que socialmente es más aceptado que el tener prácticas homosexuales o ser adicto a drogas intravenosas?

En relación con la infección por VIH/SIDA, existe evidencia de que las mujeres dedicadas a la prostitución se han infectado por drogadicción intravenosa y por transmisión sexual a partir de sus clientes o parejas sexuales, ya que la mujer es biológicamente más vulnerable que el hombre. En un estudio realizado en Africa se encontró que sólo se infectó el 1.4% de los clientes masculinos de prostitutas con altas prevalencias a VIH, mientras que la tasa de infección cliente-prostituta fue del 6.7%.<sup>16</sup> Por otro lado, la mujer tiene pocas posibilidades de negociación con el hombre en cuanto a la adopción de medidas preventivas y a menudo es el sujeto quien rechaza el uso del condón, incluso ofreciendo más dinero por no utilizarlo;<sup>1</sup> lo anterior dificulta la prevención de cualquier ETS y obliga a involucrar en cualquier estrategia preventiva eficaz a la pareja masculina, cliente y no-cliente. En un análisis del uso de condón que se realizó entre clientes de TSC en la Ciudad de México, se encontró que el 89% nunca lo usaba."

La prevalencia de la infección por VIH entre quienes ejercen la prostitución en el mundo varía considerablemente, dependiendo de la región geográfica y los factores socioeconómicos y culturales de cada país. En algunas regiones de Africa existe, desde la década de los ochenta, evidencia de transmisión de SIDA de prostituta a cliente y de cliente a prostituta.<sup>2,18,11</sup> Actualmente en

DRO II  
 CUADRO por lugar de trabajo de muestra aleatoria de 817 trabajadoras sexuales N 169 trabajadores periféricos  
 (A. de México , enero - noviembre de 1993)

Lugar de trabajo	Total de personas encuestadas	No. de trabajadores por sitio de trabajo		Antecedentes de Centro CONASIDA	
		Promedio	Rango	% promedio	Rango
Bares (n = 23)					
Trabajadoras sexuales	376	16.34	3-31	25.8	0-90.9
Trabajadores periféricos*	169	8.5	4-16	0.0	0
Puntos de calle (n = 14)	367	25.0	9-50	70.0	50-98
Estéticas (n = 11)	74	6.7	3-14	29.7	0-85.7

\* Estos datos corresponden a la población periférica masculina (meseros, garroteros, cantineros, etc.)

Africa y en el Caribe existen regiones donde se notifica una seroprevalencia de VIH superior al 80% entre TSC, la mayoría infectadas por relaciones sexuales.<sup>3,7,20</sup> En cambio en Europa y Estados Unidos, donde existe una alta incidencia de drogadicción intravenosa asociada con grupos de prostitución, se encuentra este antecedente en más del 70% de los casos; se observan seroprevalencias de VIH del 31.3 al 57.9% en lugares donde la drogadicción y la prostitución se mezclan y seroprevalencias menores al 5% en ciudades en donde no existe esta asociación.<sup>3,7,20</sup>

En México existen diversos reportes de seroprevalencia del VIH entre mujeres dedicadas a la prostitución: de 1986 a 1987 en Guadalajara fue del 0.4%,<sup>21,22</sup> en 1987 y 1988 la Dirección General de Epidemiología notificó en seis ciudades del país una seroprevalencia del 0.9 al 5.2%. En 1990 se realizó un estudio de seroprevalencia del VIH en 3 612 TSC de 20 ciudades, resultando positivos al VIH 0.4%.<sup>24</sup>

En relación con la seroprevalencia del VIH de TSC que acuden al Centro de CONASIDA, se mantienen cifras bajas desde 1989, cuando se registró la más alta prevalencia de **HI** en esta población: 2.6% (9/342), probablemente debido a que fue el primer año en que se ofreció la prueba a TSC que acudieron voluntariamente para la detección del VIH. En 1990 se observó una seroprevalencia del 0.2% (11/4 299); en 1991 del 0.4% (26/5 887); en 1992 del 0.05% (3/5 947); en 1993 del 0.04% (3/6 425); y en 1994 del 0.19% (13/6 304).<sup>2</sup>

El antecedente de drogadicción intravenosa en la población de TSC que acude a CONASIDA es de 0.3%, a diferencia de lo que sucede en Europa y en Estados Unidos.<sup>7, 20</sup> Esta baja asociación con la drogadicción intravenosa también ha sido notificada por otros investigadores en México.<sup>4</sup>

#### FACTORES RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN

En la población correspondiente a este estudio, los factores que se han encontrado asociados con un mayor uso del condón son: un nivel de escolaridad más elevado ( $p < 0.001$ ); no tener hijos; trabajar en calle vs bar; tener mayor tiempo en el ejercicio de la prostitución y ser menor de 44 años.<sup>5</sup> Esto último se explica porque la mujer joven tiene mayores posibilidades de encontrar a otros clientes en caso de rechazar a uno que se resiste a utilizar el condón. Lo mismo sucede con la mujer que trabaja en "puntos de calle", donde existe una mayor demanda de clientes que en un bar. En este último, si rechaza a un cliente probablemente sea el único de la noche debido al tipo de relación que se establece en estos ámbitos de trabajo. Las mujeres que no tienen hijos no tienen tantas presiones económicas y pueden rehusarse a dar servicio a un cliente si no quiere usar condón. No obstante, la experiencia de cómo convencer al cliente de usarlo fue otro factor determinante para lograr que la mujer propusiera y negociara el uso del condón.

Es importante destacar que, a pesar de que en las encuestas más del 88% de las mujeres reportó que usaba el condón con los clientes (cuadro 1), en las entrevistas profundas y en la observación participante se encontró que frecuentemente no lo utilizaban por miedo de perder al cliente, ofrecimiento de más dinero o irritación vaginal secundaria al nonoxynol-9 y falta de lubricación. Asimismo, las prevalencias de otras ETS encontradas en el mismo grupo de TSC de la Ciudad de México por Conde y colaboradores sugieren un menor uso del condón: sífilis, 10.1%; antiHbc, 9%; herpes simple tipo 2, 69.8%; gonorrea, 2.1%; *Chlamydia trachomatis*, 23.7%.<sup>26</sup> Por otro lado, en un estudio realizado en clientes de TSC se encontró que el 89% declaró nunca usar condón y solamente el 9% refirió usarlo siempre.<sup>17</sup>

De enero de 1994 a marzo de 1995 en la Ciudad de México se llevó a cabo el proyecto, financiado por la Organización Mundial de la Salud, "Relaciones de Género, Negociación Sexual y Empoderamiento de la Mujer y el Condón Femenino en México a través de entrevistas y grupos focales realizados en estéticas y con TSC que asisten a CONASIDA, con la finalidad de conocer los diferentes factores que influyen en la negociación sexual y la aceptación del condón femenino. Se encontró que aun en aquellos casos en que la mujer percibe el riesgo y propone la utilización del condón, la negociación final se rige por el pago de los clientes o por el afecto hacia la pareja estable. Este último es un factor que dificulta las intervenciones educativas en esta población, porque hasta las TSC que habitualmente proponen el uso del condón a sus clientes, en su vida privada la confianza y la búsqueda de afecto influyen, al igual que sucede con las mujeres no dedicadas a esta actividad, en el deseo de "no poner barreras" y, por lo tanto, de no usar el condón.

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

hombres refirieron sentirse más cómodos que con el condón masculino.\*

La mayoría de las mujeres también refirieron más sensibilidad que cuando utilizan el condón masculino, después de probarlo varias veces y haber vencido el miedo a usarlo incorrectamente. En varios casos mencionaron haber alcanzado el orgasmo con mayor rapidez que cuando no usaban condón o en el caso de usar el masculino (probablemente por la estimulación secundaria debida a los anillos del condón).

Sin embargo, en muchos casos el uso del condón femenino fue disminuyendo en relación directa con el tiempo transcurrido a partir de la intervención, y sin que se hubiera agotado la dotación de condones femeninos.

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

#### CONCLUSIONES

México se encuentra en un momento crucial para evitar experiencias como la reportada en Tailandia, donde a partir de 1988 hubo un aumento explosivo de los casos de infección por VIH entre TSC, que se estima son del 2 al 4% de la población total (500 000-1 000 000 mujeres). En 1988 Tailandia informó prevalencias de VIH en TSC del 0.09% y en 1990 del 17 al 72%. Esta misma experiencia se ha observado recientemente en Calcuta, India, con un aumento posterior de la tasa de prevalencia de VIH en la población heterosexual; una situación similar ocurrió en Honduras, en donde se notificó una seroprevalencia de VIH en TSC del 25% en San Pedro Sula en 1990.<sup>27</sup>

\* Hemández-Tepichín G, De Caso-González LE, Ortiz-Aguirre V. Reporte final del proyecto de la OMS: Relaciones de género, negociación sexual y empoderamiento de la mujer y el condón femenino en México. Documento no publicado.

La reciente introducción en México de la infección por VIH en la población heterosexual masculina, la eficiencia en la transmisión sexual del serotipo del virus circulante, la baja asociación a drogadicción intravenosa, la percepción de riesgo que tiene una buena parte de las TSC y algunas intervenciones que se han realizado en mujeres dedicadas a la prostitución de áreas urbanas, podrían explicar en este momento las bajas prevalencias de VIH encontradas en nuestro país.

Sin embargo, el hecho de que cada vez se observa un número más elevado de casos por transmisión heterosexual y de que aún no se ha logrado la adopción de medidas preventivas en un amplio sector de estas mujeres, sobre todo en aquéllas de escasos recursos económicos, resulta preocupante.

La población que acude a CONASIDA a realizarse la prueba de detección del VIH, es la que se encuentra más sensibilizada y con la cual se realizan acciones preventivas para evitar la diseminación del VIH, de tal manera que los datos obtenidos en este centro no necesariamente son representativos de lo que está pasando con todas las TSC.

Las pruebas obligatorias de detección del VIH han demostrado su ineficacia como medida de prevención, por lo que habría que plantear como principales estrategias la educación a todos los individuos que participan en el fenómeno de la prostitución, así como la realización de intervenciones que modifiquen los factores que impiden el cambio, como por ejemplo un mayor acceso a los servicios de salud, la no estigmatización, la accesibilidad a los condones, etcétera.

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

---

## REFERENCIAS

---

1. World Health Organization. Consensus Statement from the Consultation on HIV Epidemiology and Prostitution. Ginebra: WHO/GPA/INF/89.11, 1989.
2. De Zalduondo B, Hernández-Avila M, Uribe-Zúñiga P. Intervention research needs for AIDS prevention among commercial sex workers and their clients. En: Chen L, Sepúlveda-Amor J, Segal SH, ed. AIDS and women's reproductive health. Nueva York: Plenum Press, 1992:165-178.
3. Padian N. Prostitute women and AIDS: Epidemiology. AIDS 1988;2(6):413-419.
4. Dirección General de Epidemiología. Factores biológicos de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. Bol Mensual SIDA 1990; 4(1):788.
5. Uribe-Zúñiga P, Hernández-Avila M, Ornelas-Hall G, Sepúlveda-Amor J. Analysis of factors related with HIV infection in 961 female sexual workers. VI International Conference on AIDS; 1990 junio 20-24; San Francisco, California; vol. 1, abstract No. Th D. 777:320.
6. Uribe-Zúñiga P, Hernández-Avila M, De Zalduondo B, Lamas M, Hernández -Tepichín G. HIV spreading and prevention strategies among female prostitutes. VII International Conference on AIDS; 1991 junio 16-21; Florencia, Italia; vol. 2, abstract No. W.C. 3135:329.
7. Estébanez P, Fitch K, Nájera R. El VIH y las trabajadoras sexuales. Bol Oficina Sanit Panam 1993;115 (5):415-443.
8. Uribe-Zúñiga P. La Prostitución y el SIDA. Gaceta CONASIDA 1990; Año III(4):6-9.
9. Uribe-Zúñiga P. Prostitución y SIDA. En: Programa interdisciplinario de la mujer, ed. La mujer y el SIDA. México, D.F.: El Colegio de México, Jornadas 121;1992:113-117.

10. Richardson D. La mujer y el SIDA. México, D.F.: El Manual Moderno, 1990:34-38.
11. De Felia T. Situation abolitioniste mondiale. *Rev Int Política Criminal* 1958;(13):10.
12. Piña y Palacios J. Lenocinio y prostitución (notas para su estudio). *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social de laSecretaría deGobernación* 1972:63-78.
13. *Diario Oficial de la Federación*, 27 de julio de 1993; y *Gaceta Oficial del Departamento del Distrito Federal*, 29 de julio de 1993.
14. Hernández-Avila M, Uribe-Zúñiga P, Zalduondo B. Diversity in commercial sex work systems: Preliminary findings from Mexico City and their implications for AIDS interventions. En: ChenL, Sepúlveda-AmorJ, Segal SH, ed. *AIDS and women's reproductive health*. Nueva York: Plenum Press, 1992:179-194.
15. Muecke M. The AIDS prevention dilemma in Thailand. *Asian and Pacific Population Forum*. ISSN:0891-2823. 1990;4(4):1- 8.
16. Ayehunie S, Britton S, Yemane-Berhan T, Fehniger T. Prevalence of human inmunodeficiency virus (HIV) antibodies in prostitutes and their clients in Addis Abeba, Ethiopia. III International Conference on AIDS; 1987; Washington, D.C.; Poster MP214.
17. Romieu I, Herrera E, Hernández M, Sepúlveda-Amor J. Condom use in clients of commercial sex workers in Mexico City. VII International Conference on AIDS; 1991 junio 16-21; Florencia, Italia; vol. 1, abstract No. M.D.4103:415.
18. Van de Perre P, Clumeck N, Carael M *et al.* Female prostitutes: A risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III. *Lancet* 1985;11:525-526.
19. Clumeck N, Van de Perre P, Carael M, Rouvroy D, Nzaraba D. Heterosexual promiscuity among African patients with AIDS (letter). *N Engl J Med* 1985;313:182.
20. Wofsy C. AIDS and HIV infection in prostitutes: Epidemiology. En : Cohen PT, Volberding-Merlei A, Volbering PA, ed. *The AIDS knowledge base*. Massachusetts: The Medical Publishing Group, 1990:1.1.9.
21. Torres-Mendoza B *et al.* Prevalence of antibodies to HIV in prostitutes in Guadalajara, Mexico. IV International Conference on AIDS; 1988; Estocolmo, Suecia; abstract No. 5080: 332.
22. Torres-Mendoza B, Campos-López P, Jáuregui-Ríos M, Tlacuilo-Parra J, Vázquez-Valls E. Natural history of HIV infection in a cohort of female prostitutes in Guadalajara, Mexico. VI International Conference on AIDS; 1990 junio 20-24; San Francisco, California; abstract No. FC 594:229.
23. Dirección General de Epidemiología, SSA. Mujeres dedicadas a la prostitución. Informe Técnico Final: Evaluación del impacto de la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México 1987-1988. México, D.F.: SSA/Population Council, 1989.
24. Valdespino JL, Loo E, Izazola JA, García ML, Magis C, Sepúlveda J. Profile of female prostitution in Mexico and HIV risk factors. VI International Conference on AIDS; 1990junio20-24; San Francisco, California; abstract No. Th.D.51:146.
25. Secretaría de Salud. Informe de Labores 1992-1993. Capítulo: 3.3.1.7 Programa de Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). México, D.F.:SSA, 1993:50-52.
26. Conde-González C, Hernández-AM, Uribe F, Juárez L, Uribe P, Hernández P. STD's prevalences studies among different populations in Mexico City. IX International Conference on AIDS; 1993; Berlín, Alemania; vol. 2, abstract No. PO-C20-3070:729.
27. Beach R, BaumM, Shultz J, Mantero-Atienza E, Prineas R, Thiebaud-Alvarenga M *et al.* Patterns of HIV infection on Central America. VI International Conference on AIDS; 1990; San Francisco, California; vol. 2, abstract No. FC 590:228.