



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**CURSO DE MAESTRIA EN
“SALUD PUBLICA” VERSIÓN II**

**“ESTUDIO SOBRE FACTORES RELACIONADOS A
LA TRANSMISIÓN DE VIH SIDA EN PERSONAS
QUE VIVEN CON VIH SEXO FEMENINO, Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES
MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ”.**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magíster en
“Salud Pública”**

ALUMNA TERAN CARREON MERY WILLMA

**Sucre – Bolivia
2005**



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**CURSO DE MAESTRIA EN
“SALUD PUBLICA”**

**“ESTUDIO SOBRE FACTORES RELACIONADOS A
LA TRANSMISIÓN DE VIH SIDA EN PERSONAS
QUE VIVEN CON VIH SEXO FEMENINO, Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES
MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ”.**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magíster en
“Salud Pública”**

**ALUMNA: Lic. TERAN CARREON MERY WILLMA
TUTORA: MD. MSP. PhD. ARBELAEZ MONTOYA
MARIA PATRICIA**

**SUCRE – Bolivia
2005**

RESUMEN

El VIH es una infección que en Bolivia, se explica en una mayoría de los casos por comportamientos sociales ligados al ejercicio de la sexualidad, lo que hace que la sexualidad boliviana sea vulnerable al VIH/SIDA. Actualmente, tanto en Bolivia como en otros países se registra mayor número de mujeres y adolescentes afectados por el VIH/SIDA a edades más tempranas.

Se registraron 1106 casos de VIH SIDA al Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, sin embargo el número real de enfermos es muy probable que sea mayor, ya que la transmisión de VIH está presentándose en las primeras relaciones sexuales, afectando a la población económicamente activa que en su mayoría son el sustento de la familia. El 30% de las personas infectadas corresponden al sexo femenino y el 70 % al sexo masculino; actualmente existen 3 hombres infectados por cada mujer. Se eleva la proporción de mujeres y con ella aumenta las posibilidades de niños infectados por el VIH.

Si bien se ha informado a la población sobre el modo y las circunstancias en las que una persona puede adquirir el SIDA, aún son muchas las personas que todavía mantienen prejuicios sobre esta enfermedad. La enfermedad quedó lejos de un estigma de trabajadoras sexuales y homosexuales, el SIDA es una de las principales causas de muerte de la mujer en edad reproductiva en todo el mundo.

La transmisión del virus por parte de las parejas que tienen una relación estable está aumentando constantemente, lo que se explica por una diversidad de factores tales como uso escaso de preservativos, una gran proporción de la población adulta con múltiples parejas de diversas edades, habitualmente entre muchachas o mujeres jóvenes y varones de mayor edad, Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS), prostitución, uso de drogas mediante jeringas, etc.

En cada región predominan modos específicos de transmisión, pero en todas ellas se producen nuevas infecciones, a través de todas las formas de infección por VIH.

Dando prioridad a la salud de la mujer, a fin de responder a sus necesidades y abordar la sexualidad desde su completa dimensión humana, se realizó una investigación tipo exploratoria, mediante un estudio de corte, que permitió analizar la prevalencia de infección al VIH en mujeres expuestas y no expuestas a diferentes variables sociodemográficas, de comportamiento; que por la literatura revisada se han descrito como factores de riesgo, estos son: edad, lugar de origen, actividad actual, estado civil, factores relacionados con el estilo de vida de las mujeres de estudio, el uso del condón en situaciones de riesgo, tales como ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades de transmisión sexual, y otras, como relaciones causales o con parejas de confianza y las condiciones de la mujeres frente a la enfermedad, su percepción, su vulnerabilidad dentro de un contexto determinado.

Los resultados obtenidos confirman la importancia de conocer y comprender los factores relacionados a la transmisión de VIH/SIDA, actitudes, prácticas sexuales de la mujer y de la pareja, tomando en cuenta la madurez cognoscitiva, las características multiculturales y plurilingües de la población boliviana, para buscar los mecanismos más apropiados de información y educación.

Por otro lado, el estudio ratifica que la mujer no solo es vulnerable por su conducta de sexual de riesgo, sino por el hecho de que el contexto social en el que se sitúa las hace vulnerables a que sus derechos fundamentales como personas no sean respetados.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I	6
1. MARCO GENERAL	6
1.1. Introducción.....	6
1.2. Antecedentes-.....	8
1.3. Planteamiento del problema.....	14
1.4. Justificación.....	15
1.5. Objetivos.....	20
1.5.1.Objetivo General	20
1.5.2. Objetivos específicos	20
 CAPITULO II ..	 21
2. MARCO TEORICO	21
2.1. Bases conceptuales.....	21
2.2. Base institucional.....	31
2.2.1. Programa Nacional de VIH /SIDA.....	31
2.3. Base Jurídica.....	36
 CAPITULO III	 37
3. MARCO CONTEXTUAL	37
3.1. Contexto Municipio Santa Cruz.....	37
3.2. Contexto Municipio de La Paz.....	40
4. Factores de riesgo y estado de salud y enfermedad.....	44
4.1.VARIABLES Demográficas.....	44
4.2.VARIABLES Sociales.....	46
4.3. Variables Relacionadas con el estilo de vida.....	48
5. Sexualidad en la mujer y normas de género.....	49

CAPITULO IV	53
4. MARCO METODOLOGICO	53
4.1. Tipo de Estudio.....	53
4.2. Enfoque Cuantitativo.....	55
4.2.1. Universo y Muestra.....	55
4.2.2. Tamaño de la Muestra.....	58
4.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	59
4.2.4. Análisis y procesamiento de datos.....	60
4.2.5 Definición operacional de variables.....	61
4.2.6.Indicadores utilizados en la investigación.....	62
4.3. Enfoque Cualitativo.....	65
4.3.1.Tipo de estudio.....	65
4.3.2. Universo y muestra	65
4.3.3.Selección sistemática de elementos muestrales.....	66
4.3.4.Técnicas de recolección de información.....	66
4.3.5. Cuestiones de la investigación.....	68
4.3.6.Triangulación de datos.....	69
4.3.7. Análisis de la información.....	69
4.3.8. Procesamiento de datos.....	70
4.4. Alcances y delimitaciones.....	71
CAPITULO V	73
5. RESULTADOS	73
5.1. Resultados de la investigación Cuantitativa.....	73
5.2. Discusión.....	83
5.3. Resultados de la Investigación Cualitativa.....	103
CAPITULO VI	123
6. CONCLUSIONES	123
6.1. Conclusiones de la Investigación Cuantitativa.....	123
6.2. Conclusiones de la Investigación Cualitativa.....	125

6.3. Validez del estudio.....	127
6.4. Recomendaciones.....	128
CONTROLSEMANTICO.....	129
GLOSARIO.....	132
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	133
ANEXOS.....	134

CAPITULO I

1. MARCO GENERAL

1.1.Introducción

La rápida expansión de la epidemia VIH/SIDA afecta a poblaciones heterosexuales, a mujeres y niños especialmente en los países subdesarrollados, por lo que los gobiernos, la sociedad civil y los organismos internacionales están llamados a tomar medidas necesarias para evitar su difusión y reducir el impacto en las comunidades. Actualmente, tanto en Bolivia como en la mayoría de otros países se registra mayor número de mujeres y adolescentes afectados por el VIH /SIDA a edades más tempranas (1).

El VIH es una infección que en Bolivia, se explica en una mayoría de los casos por comportamientos sociales ligados al ejercicio de la sexualidad, lo cual hace que la sociedad boliviana sea vulnerable al VIH/SIDA (2). Las experiencias de otros países indican que la epidemia del VIH/SIDA es un problema de desarrollo, por lo que se debería mejorar la situación de la mujer en la sociedad, promulgar leyes que protejan los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y la implementación de instrumentos para su real aplicación, acompañando estas medidas con amplios programas de prevención dirigidos en primer lugar, a grupos con mayor comportamiento de riesgo y a aquellos más vulnerables a la infección por el VIH, como las mujeres y adolescentes (2).

Con el fin de abordar la sexualidad desde su completa dimensión humana, como un elemento esencial en el desarrollo de las personas y sobre todo dando prioridad a la salud de la mujer a fin de responder a sus necesidades, el presente estudio muestra los factores relacionados con la transmisión del

VIH/SIDA en personas que viven con VIH del sexo femenino y Trabajadoras Sexuales Comerciales en dos municipios; La Paz y Santa Cruz.

La investigación fue de tipo exploratorio, con un estudio de corte, con análisis de razón de prevalencia en Personas que Viven con VIH (PVV) y Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC); se puso énfasis en la formulación de la entrevista/ encuesta, con el fin de explorar los factores de riesgo que pueden aumentar la prevalencia de VIH en personas expuestas en comparación a las no expuestas en los municipios de La Paz y Santa Cruz

En el primer capítulo como marco general se presentan los antecedentes, el planteamiento del problema, la justificación, y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, se explican los factores relacionados con la transmisión de VIH/SIDA, se detallan las acciones que se realizan en el país para la lucha contra la enfermedad, se muestra también, la sexualidad y normas de comportamiento sexual en la mujer con su pareja. En el tercer capítulo se muestra un esquema general de los dos municipios en estudio. En el cuarto capítulo se presenta el marco metodológico desde un enfoque cualitativo y cuantitativo, por último en el capítulo quinto se presentan los resultados de la encuesta y de las entrevistas con el análisis respectivo, para luego continuar con las conclusiones, las recomendaciones y los anexos.

1.2. Antecedentes

”ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA TRANSMISION DE VIH/SIDA EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH DEL SEXO FEMENINO y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ “

La salud de la mujer en América Latina encierra una gran diversidad como reflejo de las disparidades subyacentes en las condiciones socioeconómicas y de la respuesta de las autoridades en la formulación de Políticas, los países de la región se caracterizan por mostrar grandes diferencias en la situación de salud y servicios de salud en la mujer. La salud reproductiva ha sido definida en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (el Cairo 1994) como... *“Un estado general de bienestar físico mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”* (3).

A mediados de los años ochenta se reconoció que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), era una crisis mundial (4). En 1986 la organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que habían 100.000 casos de SIDA en el mundo y, de 5 a 10 millones de casos de infección por VIH, (el Virus de Inmuno Deficiencia Humana que causa el SIDA). Los investigadores proyectaron que el número anual de defunciones a causa del SIDA llegaría al máximo el 2006, con 1,7 millones de defunciones. En cambio en el 2001 solamente se notificaron 3 millones de defunciones por el SIDA (4).

El VIH/SIDA es la cuarta causa mayor de defunciones en el mundo y la primera causa de defunción en el Africa. Pese a su amplia difusión la epidemia se halla aun en las fases iniciales (4).

El SIDA comenzó a manifestarse en Africa, en pocos años se difundió a Europa y Estados Unidos, para luego difundirse a Latino América. Muchas teorías surgieron acerca del origen del SIDA, sin embargo hoy se aceptan dos hipótesis; se piensa que el SIDA tiene su origen en el Virus de Inmuno Deficiencia Simica (VIS), que quizás fue transmitido al hombre por el chimpancé a través de la matanza de éstos animales y el consumo de su carne. Un estudio epidemiológico realizado en el Instituto de investigación para el Desarrollo en Montpellier Francia, reveló una enorme variedad de cepas virales que circulan en la República Democrática del Congo (antes Zaire) lo que sugiere una presencia de larga data del VIH y que Africa Central podría ser el epicentro de esta entidad (5).

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido por primera vez en Estados Unidos en 1981, cuando los Centers for Disease Control (CDC) comunicaron la aparición inexplicable de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco varones homosexuales previamente sanos de Los Angeles, y de sarcoma de Kaposi en veintiséis varones homosexuales previamente sanos en Nueva York y Los Angeles (5).

El primer caso conocido de VIH en Africa se remonta a 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un hombre del Congo. En 1983 se aisló el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) a partir de un paciente con adenopatías linfáticas y en 1984 se demostró claramente que dicho virus era el agente causal del SIDA (5).

Según el informe de "Indicadores del Mundo en Desarrollo" nueve de cada diez personas infectadas por el virus del SIDA viven el tercer mundo y dos tercios en Africa Subhariana; el 33.4% de las personas en el mundo son portadoras del virus del SIDA y 14 millones han muerto a causa de la enfermedad desde el principio de la epidemia (3).

Para el año 2000, 13 millones de mujeres se infectaron con VIH, el 10 % de todas las infecciones de VIH a nivel mundial proviene de las madres que transmiten la infección a sus hijos (6).

En 1998 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que el mecanismo principal de transmisión de VIH es el contacto sexual sin protección. En América Latina, en el 45% de los casos existe un comportamiento homosexual o bisexual, en tanto que en el 75% de los casos del Caribe el principal factor de riesgo es el contacto heterosexual (6).

La relación de mujer - hombre en Bolivia en 1994 era de 1 a 4, las personas infectadas y enfermas de SIDA corresponden al grupo de edades de 20 a 49 años, y la vía de transmisión principal es la sexual (88.5%), transfusión sanguínea (9%), drogadicción intravenosa (5.3%) (7).

Entre 1984 y 2000, hubieron 605 casos oficiales de VIH/SIDA (52% portadores asintomáticos). La tasa media de incidencia anual se mantuvo cercana de 3 casos por millón de habitantes (1990-1997), la razón hombre mujer bajó de 5:1 a 2:1, predominando la transmisión heterosexual (6).

Los indicadores básicos de la OPS del año 2003 muestran que la incidencia de SIDA en el año 2001 en Ecuador fue de 25.2 casos por millón de habitantes, en Colombia fue de 9.4, en Paraguay de 15 y, Perú de 38 casos por millón de habitantes. El promedio del Área Andina fue de 16 por millón de habitantes (8). El Programa Nacional de ITS /SIDA en Bolivia citó que la incidencia de SIDA, en el año 2001 fue de 9.8 casos por millón de habitantes (8).

El 2003, el informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, publicado por ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), puso de manifiesto que el 69% de los países tenía políticas que aseguraban el acceso igualitario de las mujeres a servicios de prevención del VIH, atención del SIDA y otros servicios afines. A

un nivel más práctico, el informe preguntó a los países sobre el incumplimiento de un cierto número de indicadores clave relacionados con el género; en concreto: diagnóstico preciso de infecciones de transmisión sexual; conocimiento de la prevención entre los jóvenes; uso de preservativos, y porcentaje de jóvenes infectados por el VIH, cobertura antirretrovírica. Menos de una quinta parte de los países proporcionaron este tipo de datos, un indicio de que las cuestiones relacionadas con las diferencias entre los sexos constituyen una preocupación mínima en las respuestas al SIDA de muchos países (9).

La OMS y ONUSIDA estiman que hasta finales del 2003, 40 millones de personas entre adultos y niños vivían con el VIH/SIDA; de las cuales 2.5 millones eran menores de 15 años. En Africa Subsahariana, Africa del Norte, Medio Oriente, y el Caribe más del 50% de las personas que viven con VIH/SIDA son mujeres; durante el 2003, 5 millones de personas se han infectado con el VIH y se estima que en el año de referencia, 3 millones fallecieron debido al VIH/SIDA, entre ellos 500.000 menores de 15 años, y se piensa que este ritmo proseguirá hasta el 2010 por el hecho de que solo una fracción de las personas infectadas por el VIH recibe tratamiento antirretroviral por el costo elevado (9).

El año 2004 en el mundo, se reportaron aproximadamente 14000 nuevos casos diarios de infección por VIH, un 95% en países de bajos y medianos ingresos; cerca de 2000 menores de 15 años de edad; aproximadamente 12000 adultos de 15 a 49 años de edad de los cuales cerca del 50% son mujeres y aproximadamente el 50% tienen 15 a 24 años de edad (9).

El mismo año la OMS y ONUSIDA reportó que de 39.4 millones de PVV (Personas que vivían con VIH) 37.2 eran adultos, 17.6 millones eran mujeres y 2.2 millones eran niños menores de 5 años, por otro lado, también se presentaron 4.9 millones de nuevas infecciones que correspondían a 4.3

millones de adultos, 640.000 niños menores de 15 años; se estima que fallecieron de SIDA 3.1 millones de niños y adultos (9).

Según un reporte de la OMS, ONUSIDA en diciembre del 2004, en América Latina, el número estimado de niños y adultos que viven con VIH fue de 1.7 millones; 240.000 recién infectados y el número de defunciones de adultos y niños por causa de SIDA fue de 95.000s (9)

En Bolivia, el primer caso de SIDA se diagnosticó en Octubre de 1985; hasta el año 2000 esta cifra se elevó a un total de 498 enfermos; de los cuales 371 son varones y 127 mujeres. Los años con más registros de éste mal fueron en 1992 con 24 casos; 1993 con 22 y 1998 con 40 casos, en el último semestre del 2000 se registraron 17 enfermos, la mayoría en el departamento de Santa Cruz. El 62 % de las personas registradas seropositivas en el departamento de Santa Cruz tienen entre 21 y 30 años, un 17 % tienen 31 y 40 años (6).

Todos los departamentos de Bolivia declararon la presencia de personas que viven con el VIH o enfermos con SIDA. Los departamentos que tienen más casos y que están en constante progresión son Santa Cruz con el 58%, La Paz con 20%, Cochabamba con el 14% y el Beni con 3%. La mayoría de los casos detectados se encontraron en medio urbano o peri urbano. Pero, los primeros casos de infección por el VIH empiezan a reportarse en la región rural. El 62% de los casos registrados fueron adquiridos en el país. Los resultados del Programa de Vigilancia Centinela indican que existe una progresión muy significativa de casos en los tres centros centinelas del país (5). Se registraron 1106 casos de VIH/SIDA al Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA. Sin embargo, el número real de enfermos es muy probable que sea mayor (6).

La vía de transmisión más frecuente en Bolivia es la sexual (95%), luego está la sanguínea a través de las transfusiones de sangre (3%) y la perinatal, de la

madre infectada al niño (2%) (6). En la transmisión por vía sexual, el 64% se infectó por relaciones heterosexuales, el 24% por relaciones homosexuales y el 11% por relaciones bisexuales y 1% sin datos (6).

El grupo de edad con más número de casos está entre 25 a 34 años (40%), aunque el grupo de 15 a 24 años esta también muy afectado (26%). Estos datos muestran que la transmisión del VIH esta ocurriendo en las primeras relaciones sexuales y que esta afectando a la población económicamente activa, que en su mayoría son el sustento de una familia. El 30% de las personas infectadas corresponden al sexo femenino y el 70% al sexo masculino; actualmente existen 3 hombres infectados por cada mujer. Se eleva la proporción de mujeres y con ella aumenta las posibilidades de nacimientos de niños infectados por el VIH (6).

Por cada caso registrado, la ONUSIDA estima que existen 10 personas más que son infectadas con el VIH, pero que no lo saben. El número estimado de la ONUSIDA para 2003 es superior a 11.000 personas. En la población general se consideró a Bolivia como un país con baja tasa de prevalencia de SIDA (prevalencia de 0,10 % en adultos). Sin embargo, la OPS/OMS considera que la epidemia es ahora concentrada, visto que la prevalencia ha superado el 5% en algunos grupos de la población) (1).

Bolivia se encuentra en una epidemia concentrada: la prevalencia es por encima de 5% (1) en algunos grupos de población que tienen comportamientos sexuales que les ponen a más riesgo para la transmisión del VIH. Estos grupos de población constituyen potencialmente una población puente para la transmisión del VIH hacia otros grupos de la población, incluyendo a la población general.

La situación de la epidemia de Bolivia tiene un curso similar a la de los países del área andina, reconociendo que su escala es menor por efecto de la variable tiempo; un proceso mas lento de dispersión (1).

1.3. Planteamiento del Problema

Los casos de VIH SIDA suben de manera alarmante, la enfermedad quedó lejos de un estigma de trabajadoras sexuales y homosexuales, el SIDA es una de las principales causas de muerte de la mujer en edad reproductiva en todo el mundo. La transmisión de virus por parte de las parejas que tienen una relación estable está aumentando constantemente.

Los registros de casos confirmados de las Personas que Viven con VIH (datos corroborados por observación directa) muestran que no sólo las Trabajadoras Sexuales Comerciales son las que reportan resultados positivos al test de ELISA (método de screening de enzimoimmunoanálisis que se utiliza para determinar los anticuerpos anti VIH) y al test confirmatorio WESTERNBLOD), sino mas bien mujeres que no son promiscuas , cuentan con una profesión, tienen una actividad diferente a la de una TSC.

A pesar de que los factores a investigar están ya determinados a nivel mundial, en los Municipios de La Paz y Santa Cruz, no se ha realizado un estudio analítico del problema, y algunos factores como por ejemplo los relacionados con el estilo de vida de las mujeres de estudio, relaciones causales o con parejas de confianza, la falta de información, el uso del condón en circunstancias especiales se dice que están asociados, esto motiva a preguntar: ¿Que factores de riesgo pueden aumentar la prevalencia de VIH en mujeres expuestas en comparación con las no expuestas, que acuden a los Centros Piloto y CENETROP, en los Municipios de La Paz y Santa Cruz?

1.4. Justificación

El SIDA no es una enfermedad como cualquier otra, porque tiene grandes repercusiones en la salud, el bienestar de la mujer y de la sociedad; el SIDA no solo está cuestionando los servicios de salud y su personal sino pone en cuestión a toda la sociedad en su conjunto, desde sus aspectos económicos, políticos, culturales hasta los sociales, religiosos y sexuales tanto a nivel individual como de pareja y de sociedad. La sola presencia del virus del SIDA, en la vida cotidiana de varios países en vías de desarrollo ya constituye un factor importante de deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población (3).

Las comunidades empobrecidas se exponen más en la medida que no hay presencia suficiente del estado, existe poco o nulo beneficio de las políticas públicas de salud, la población femenina no es objeto de procesos sistemáticos de prevención en VIH/SIDA y salud sexual, el limitado acceso a servicios para prueba de VIH/SIDA, tratamiento con antiretrovirales (Ej: AZT) y a un buen sistema de atención materno infantil (3).

Existen factores biológicos y psicosociales que hacen vulnerable a la mujer para adquirir el VIH/SIDA. Biológicamente se estima que la posibilidad de transmisión del Hombre a la mujer es 8 veces mayor que de la mujer al hombre. El área genital expuesta en la mujer es mayor que en el hombre, el semen es el líquido corporal de mayor concentración de VIH, el epitelio vaginal es más vulnerable a las infecciones que el del pene y en él epitelio vaginal el VIH puede tener mayor tiempo de vida que en el pene en razón de la posibilidad de asepsia postcoital (11).

La transmisión vertical del VIH/SIDA se ha incrementado también, debido a la interacción de diversos factores de índole social y de comportamiento que están íntimamente relacionados con las prácticas de salud sexual de la población y la presencia o ausencia de políticas efectivas de prevención y salud sexual, especialmente para con la población femenina (11).

No hay duda que los factores que más exponen la salud sexual de la mujer son los psicosociales, la mujer ha sido educada con una serie de creencias, actitudes, estereotipos, valores y prejuicios relacionados con los roles de género que le predisponen individual y colectivamente a tener comportamientos y estilos de vida que exponen su salud sexual, especialmente para VIH/SIDA y embarazos no planeados.

Tal como planteó Mariana Lurcovich

La actitud pasiva que en general se espera de la mujer impide la expresión abierta de sus deseos y necesidades sexuales, así como el ejercicio del poder y la decisión de cómo, cuándo y con quien tener relaciones sexuales, lo cual crea una situación de subordinación que dificulta la prevención del VIH/SIDA y la negación del sexo seguro. Muy probablemente una buena parte de las mujeres que están adquiriendo el VIH/SIDA es casada, monógama, con pareja estable y no refieren más de 1 ó 2 parejas sexuales en su vida (11).

Por otro lado, las personas jóvenes sexualmente activas corren considerable riesgo de contraer no sólo el VIH sino otras ITS, porque tienden a tener numerosas parejas sexuales y no usan protección durante el coito, y entre las mujeres jóvenes a tener relaciones con hombres de más de edad (4).

Los hombres se inician sexualmente a edades más tempranas y en mayor proporción que las mujeres, los hombres se inician sexualmente en menor proporción con el noviazgo que las mujeres, los hombres tienen un promedio mayor de parejas sexuales que las mujeres, las mujeres por lo general tienen relaciones sexuales con una pareja regular (noviazgo o matrimonio), las mujeres se relacionan con hombres mayores que por supuesto han tenido más parejas y contactos sexuales, los hombres tienen un promedio mayor de parejas sexuales ocasionales que las mujeres y usan "poco o medianamente" el condón, generalmente lo hacen cuando hay necesidad de prevenir el embarazo. Las mujeres no consideran que deban protegerse para VIH/SIDA

con su pareja regular (noviazgo o matrimonio) porque tiene poca percepción de riesgo, suponen que por ser "una relación estable" y por aquello del "amor" entonces no se exponen para VIH/ SIDA, siendo que realmente si lo están. Esto los hace vulnerables a adquirir el VIH/SIDA y es un factor que requiere concienciación urgente tanto en mujeres como en hombres (14).

Si bien la infección por el VIH sigue cobrando cuantiosas víctimas en la población masculina, se proyecta que el nivel de carga se incrementará en la femenina. Cabe señalar que la carga de infección por el VIH es ligeramente superior en las mujeres de 5 a 15 años que en los hombres del mismo grupo de edad (3)

En la mayoría de los países latinoamericanos, entre 1/4 y 1/3 de las mujeres de 18 años o menos están embarazadas o ya tienen un hijo. El uso de anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas tiende a ser relativamente bajo; incluso las adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos dejan de utilizarlos con mayor frecuencia que las mujeres de más edad (15).

En Bolivia la población asciende aproximadamente a ocho millones de habitantes. La población adolescente que se encuentra entre 10 y 19 años llega a un millón novecientos mil habitantes. Es decir que existe una amplia población joven. El 21% de la población adolescente, que se encuentra entre los 15 y 19 años son sexualmente activos y sólo el 1.6% usa un método anticonceptivo moderno. Esta es una situación sumamente preocupante, ya que si el 21% de la población adolescente tiene una vida sexual activa y solo 1,6% usa anticonceptivos eficaces, el riesgo de embarazos precoces y no deseados es elevado (12). Esta afirmación se demuestra en los datos que indican que: de cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años, 14 son madres o están embarazadas de su primer hijo. A partir de los 19 años esta cifra se eleva a 30 mujeres de cada 100. En Bolivia de cada 100 mujeres entre 19 y 25 años 30 son madres (12)

Se debe afirmar que, el SIDA ataca sobre todo a la población activa, y cada día que pasa está en relación con la pobreza económica de las personas; el 70% de personas en extrema pobreza son mujeres, 2/3 de las personas analfabetas son mujeres, una de cada 3 mujeres ha sido maltratada alguna vez o ha sido obligada a tener relaciones sexuales (16).

Una esfera de particular interés en Bolivia en un análisis de pobreza es sin duda la dicotomía pobreza-mujer, íntimamente ligada a la llamada feminización de la pobreza “se considera que la pobreza se ha feminizado si el porcentaje de mujeres en la población pobre supera al porcentaje de mujeres pertenecientes a la población en su conjunto“, entre los factores que contribuyen e intensifican el proceso de esta situación que a su vez está ligada a la salud reproductiva están; las diferencias en las condiciones socioeconómicas, nivel educativo, normas culturales, sociales, violencia doméstica y sexual, accesibilidad a servicios de salud, factores que contribuyen a que la salud de la mujer sea deficiente, por lo que las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA tengan grandes repercusiones en la salud y bienestar de la mujer, existiendo un aumento progresivo de mujeres positivas al VIH (16).

El Dr. José Antonio Pagés¹ citó:

Según datos oficiales se registraron 1.286 casos de personas en Bolivia con VIH/SIDA, la posibilidad de expansión de la epidemia es un riesgo latente y esto podría darse si no se toman medidas más enérgicas y efectivas. El riesgo de transmisión de la enfermedad está aumentando. Las infecciones de transmisión sexual se presentan con una tasa de 14 por 1.000 en la población en edad fértil.

¹ Antonio Pagés representante de la OPS en Bolivia “*Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA comportamiento de riesgo*” Centro de noticias OMS/ OPS Bolivia 2004.

La prevención es el único medio eficaz para evitar la infección. Pero para buscar los mecanismos mas apropiados para informar y modificar las prácticas sexuales a riesgo es necesario conocer y comprender los factores que la determinan (conocimientos, actitudes y prácticas) tomando en cuenta la diversidad cultural del país (7).

En este sentido, la presente investigación pretende ser un punto de reflexión sobre los factores relacionados con la transmisión del VIH en dos municipios: La Paz y Santa Cruz, tanto por sus características socioculturales, mayor movimiento económico , receptores del mayor flujo migratorio interno, como también por la alta tasa de incidencia de VIH/SIDA; dentro de un contexto de salud pública que permite aportar un análisis cualicuantitativo y desde una perspectiva de género analizando cómo afecta el VIH a las mujeres y como se debe abordar la epidemia

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General.-

Explorar factores de riesgo que se relacionan con la transmisión de VIH/SIDA en Personas que Viven con VIH del sexo femenino, y en Trabajadoras Sexuales Comerciales. Municipios La Paz y Santa Cruz.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Describir factores de lugar de origen, edad, actividad , estado civil en Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino y Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) de los municipios de La Paz y Santa Cruz.
- Identificar si las mujeres que Viven con el VIH (PVV) adquirieron previamente una Enfermedad de Transmisión Sexual o estuvieron expuestas a otros factores de riesgo relacionados con su actividad sexual , consumo de alcohol u otro tipo de sustancias.
- Indagar en el conocimiento de las mujeres infectadas y en Trabajadoras Sexuales Comerciales sobre la prevención del VIH/SIDA
- Profundizar en las percepciones, actitudes y en la interrelación de los factores de riesgo relacionados a las prácticas de comportamientos sexuales de las mujeres infectadas con el VIH y las TSC sobre para la enfermedad y alternativas de prevención.
- Explorar la asociación estadística de la prevalencia de infección por el VIH entre mujeres positivas a esta infección y en TSC expuestas a diferentes factores de riesgo, sociodemográficos y de comportamiento sexual en comparación con las no expuestas

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Bases conceptuales

Veinte años después de la notificación de la primera prueba clínica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), esta enfermedad ha pasado a ser la más devastadora que jamás ha afrontado la humanidad. Desde que comenzó la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, y el SIDA ha pasado a ser la principal causa de mortalidad en África subsahariana. En todo el mundo, es la cuarta causa de mortalidad (4).

En los 20 años que se conoce el VIH, su impacto a la mortalidad y morbilidad en el mundo ha sido enorme. Desde el principio de la epidemia en los años 80 hasta ahora, se estima que 20 millones de personas han fallecido por causa de VIH/SIDA. En el año 2001 unas 3 millones de personas han fallecido debido al VIH/SIDA (4).

En la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA el 2001, los Estados Miembros se comprometieron a implantar para 2005, estrategias nacionales que capaciten a las mujeres para tomar decisiones relativas a su sexualidad y que aseguren el acceso de las mujeres a servicios de prevención del VIH, atención del SIDA y otros servicios relacionados, incluidos los de salud sexual y reproductiva (8).

El programa de VIH/SIDA en Bolivia cuenta con registros de tasas de prevalencia gestión 2004, en los cuales cita que la tasa de prevalencia de VIH/SIDA es de 13.55 x 1.000.000, la tasa de prevalencia para VIH es de 12.90 x 1.000.000, en el eje troncal es decir en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba la tasa de prevalencia para VIH en La Paz es de 5.8 x 1000.000, para Santa Cruz la tasa de prevalencia es de 24.67 x 1000.000 y de Cochabamba la tasa de prevalencia de VIH es de 17.14 x 1000.000 (17).

ONUSIDA y OMS advierten a los países con baja prevalencia de casos que: “la baja prevalencia detectada pueden ocultar graves epidemias que inicialmente se concentran en algunas localidades o en grupos de la población específicos y que amenazan con propagarse a la población general. En algún momento todos los países han tenido una prevalencia baja” (8).

La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que en 1990 acudieron a dispensarios prenatales en Sudáfrica era inferior a 1%, no obstante, un decenio más tarde, el país está experimentando una de las epidemias con crecimiento más rápido en el mundo, con una prevalencia entre las mujeres embarazadas del 24,5 % a finales del año 2000 (8).

“Las mujeres jóvenes tienen varias veces más probabilidades que los hombres jóvenes de ser infectadas por el VIH, pues sus atributos físicos, psicológicos y sociales contribuyen a que los jóvenes sean particularmente vulnerables al VIH” (4).

“El VIH se propaga más rápidamente y a más grandes distancias en condiciones de pobreza, falta de poder y de información, es decir en condiciones en que viven muchos jóvenes. En realidad el SIDA es ahora en gran parte una enfermedad de los pueblos marginados “(4)

Mundialmente la epidemia del SIDA es más grave en los países más pobres, la población desfavorecida, es decir, las personas con pocas oportunidades y escasos servicios y sistemas de apoyo son la que mayor riesgo corren (14).

Es importante señalar que “no existen grupos a riesgo, sino comportamiento a riesgo”. Todos tienen la posibilidad de infectarse, puesto que existe un comportamiento sexual de riesgo. El virus del SIDA se transmite principalmente por vía sexual, pocas son las sociedades que hablan de manera abierta y sincera del sexo (es una actividad íntima y personal). El tiempo medio de incubación entre la infección y la enfermedad es de cerca de 10 años, todo seropositivo al VIH durante este periodo de 10 años puede infectar a otras personas (7).

“El riesgo de la infección por el VIH durante el coito sin protección es de dos a cuatro veces mayor para la mujer que para el hombre, la transmisión del hombre a la mujer es más probable”, sin embargo se pueden citar otros factores que influyen en la transmisión del VIH/SIDA, tales como inyección de drogas, múltiples parejas, transmisión del VIH de madre a hijo, transfusión sanguínea, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), falta de información, prácticas matrimoniales, normas y expectativas sociales, pobreza y privación, intolerancia y discriminación social, entre otras (4).

Inyección de Drogas: La inyección de drogas con agujas contaminadas por el VIH desempeña un papel clave en la propagación del SIDA entre las personas, principalmente en los jóvenes. Cuando se inyectan drogas se transmite fácilmente el VIH pues se introduce el virus directamente en la corriente sanguínea (4).

Investigaciones realizadas en personas usuarias de drogas en Bolivia, encontraron que de los casos diagnosticados VIH positivos, la vía de contagio fue el uso de drogas intravenosas donde el 86% de éstos (9 en total) contrajeron la infección en otros países (21).

Múltiples parejas: Personas que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos seis meses. Es importante explicar que los jóvenes VIH positivos por estar recientemente infectados, son sumamente infecciosos. El VIH es infeccioso al máximo cuando las cargas víricas en la sangre son altas, lo que resulta en el derramamiento del VIH en muchos humores corporales. Normalmente hay dos periodos así: El primer periodo, la infección primaria tiene lugar inmediatamente después de la infección por VIH y dura solo unos pocos meses. El segundo periodo es al final cuando la infección por el VIH evoluciona y da lugar al SIDA (4).

Transmisión de madre a hijo o perinatal: La transmisión se produce cuando las/ los niñas/os son infectados por la madre durante el embarazo, el parto o la

lactancia. La Lactancia Materna puede llevar a un riesgo adicional de transmisión del VIH en un 10% a 20% según estudios realizados en Africa (4).

La OMS recomienda una triple estrategia para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo. La primera está destinada a prevenir la infección de la madre, especialmente entre las mujeres jóvenes. La segunda se trata de prevenir los embarazos involuntarios entre las mujeres VIH positivas, y la tercera de ampliar el acceso a las terapias antirretrovíricas (4).

Transfusión sanguínea: Las personas que reciben transfusiones de sangre pueden ser infectadas por el VIH si la sangre está contaminada, lo cierto es, que biológicamente la transfusión con sangre contaminada es la manera más eficiente de transmitir el VIH ya que se infunden grandes cantidades de virus en el cuerpo de la persona (4).

En la mayoría de los países de ingresos altos y medianos las pruebas corrientes de sangre donada para determinar la presencia de anticuerpos del VIH han contribuido a reducir grandemente el riesgo infección por transmisiones de sangre o productos hemoderivados. Pero en los países de bajos ingresos, donde la sangre donada no siempre se somete a esas pruebas de detección, el VIH se sigue transmitiendo a través de las transfusiones de sangre (18).

En Bolivia, el Programa Nacional de Sangre inició el 22 de mayo de 2004 para difundir e informar sobre la donación voluntaria de sangre, con la finalidad de concientizar a la población y eliminar los tabúes que existen sobre la donación de sangre. A esta iniciativa se sumó la empresa privada e instituciones. Los Bancos de Sangre del sector público son los únicos que están realizando las pruebas exigidas por ley (Chagas, Malaria, Sífilis, SIDA y Hepatitis B y C), pero se espera que en corto tiempo los bancos de la seguridad social y los privados también puedan realizar estas pruebas serológicas a la sangre (22). Una de las expectativas es lograr que las personas entre 18 y 65 años que estén en

buenas condiciones de salud se conviertan en donantes habituales, y así se pueda lograr que la sangre sea oportuna y segura (22).

Infecciones por Transmisión Sexual: la probabilidad de transmisión del VIH es mayor en presencia de otras infecciones de transmisión sexual. Cuando se tiene ITS las personas VIH positivas son más infecciosas y las VIH negativas son más susceptibles a la infección. Algunas ITS contribuyen a aumentar la replicación del VIH (18). Además las lesiones y úlceras causadas por las ITS proveen las hendiduras a través de las cuales el VIH puede pasar de una persona a otra. La presencia de ITS también lleva a que aumente la presencia de linfocitos CD4 en el aparato genital. Estos linfocitos son portadores del VIH (4).

“Las ITS pueden contribuir a que aumente más de 100 veces la cantidad del VIH derramado en las secreciones genitales, elevándose así la probabilidad de que las secreciones contengan VIH en cantidad suficiente para causar infección. De modo que, mientras el riesgo de transmisión del VIH es normalmente más alto cuando es del hombre a la mujer, en presencia de ITS en uno u otro sexo la probabilidad de transmisión será la misma ya sea del hombre a la mujer o de la mujer al hombre” (19).

En Bolivia, en un estudio de la OPS en 1993, se observó las siguientes prevalencias en TSC: sífilis 47%, gonorrea 24% y 16% en clamidiasis y tricomoniasis, en el año 2003 estas prevalencias bajaron a: sífilis 4.4%, gonorrea 2% clamidiasis 8.3% y tricomoniasis 5.5% gracias al Programa de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) y en otros grupos vulnerables (6).

Falta de Información: Muchos adolescentes están en riesgo porque nadie inclusive los padres, educadores, consejeros, proveedores de atención de salud o los medios de difusión les ha hablado del VIH/SIDA o de la manera de protegerse así mismos y a los demás. Pese a que pasado más de 15 años desde que se reconociera internacionalmente que hay necesidad de educación y comunicación para prevenir el VIH/SIDA, aún hoy día los jóvenes tienen limitadas oportunidades de aprender acerca del virus y de la enfermedad (3).

“Las mujeres jóvenes saben mucho menos acerca del VIH que los hombres jóvenes.” (3)

En Bolivia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003) muestra que el 76% de mujeres y el 84% de hombres habían oído hablar de la infección por VIH. Porcentajes relativamente bajos de la población creen conocer formas de evitar el contagio con el virus (63% de las mujeres y 70 % de los hombres). Las diferencias en este indicador son importantes según el grado de escolaridad: casi la totalidad de los hombres y mujeres con educación superior cree que hay formas de evitar el VIH/SIDA, en comparación con menos del 20% entre las personas sin educación (20).

Prácticas matrimoniales: En numerosas culturas el valor adjudicado al hecho de tener hijos, conduce comúnmente al matrimonio precoz y a la procreación temprana. Se dan en matrimonio niñas de hasta sólo diez años de edad a hombres mayores a fin de estrechar amistades y lazos económicos entre las familias. Cuando las muchachas se casan con hombres mayores pueden ser vulnerables a la infección por VIH, pues por lo común los maridos ya han tenido varias parejas sexuales. En algunos países se practica la poligamia, lo que significa que el varón puede tener numerosas esposas (4).

Las jóvenes esposas suelen quedar ocultas a los ojos del mundo por la existencia de barreras sociales, políticas y religiosas, mientras es frecuente que los maridos tengan otras parejas sexuales (14).

Tradiciones culturales: En distintas partes del mundo una variedad de prácticas y tradiciones culturales contribuyen a que aumente el riesgo de contraer el VIH/SIDA principalmente entre los jóvenes, especialmente a las mujeres jóvenes más que a los varones (14).

En Bolivia principalmente entre Aymarás y Quechuas es una tradición el concubinato, donde la pareja vive y mantiene relaciones antes del matrimonio, situación que no le asegura a la mujer que la pareja le sea fiel, por lo que el hombre puede mantener relaciones sexuales con otras mujeres, por lo cual, el comportamiento del compañero la pone en riesgo de infección por el VIH, es muy probable que la mujer no pueda protegerse. En el Oriente, a menudo los jóvenes son impulsados por sus amigos a tener relaciones sexuales en lenocinios para demostrar su hombría, poniéndose en riesgo de infección por VIH (25).

En muchas sociedades, se espera de la mujer y se le enseña que deba subordinar sus propios intereses a los del compañero. Con semejantes expectativas, las jóvenes son incapaces de protegerse contra la infección por el VIH y los embarazos involuntarios (4).

El control de la sexualidad de la mujer principalmente en el área andina, no le permite que recurra a algún método anticonceptivo para no quedar embarazada, en algunos casos el embarazar a la mujer para el hombre representa tener posesión y seguridad sobre ella (26).

Normas y expectativas sociales “Al desatarse la crisis a principios de los ochenta, se definía el SIDA como un problema de comportamiento individual”. Pero hoy en día al alcanzar la epidemia proporciones catastróficas se reconoce ampliamente que también se trata de una enorme crisis social. “Las normas y expectativas sociales y la actitud y políticas de la comunidad hacia el papel y el comportamiento de los hombres y mujeres jóvenes contribuyen al riesgo que tienen de contraer el VIH/SIDA y dificultan los intentos de abordar la epidemia.

Agravan el riesgo algunas prácticas culturales tradicionales” (14). Muchas veces se aplica un doble estándar al comportamiento sexual; la virginidad es la norma tradicional para las jóvenes no casadas, mientras la búsqueda de aventuras sexuales es lo que se espera de los varones jóvenes. Por temor a tener que admitir que son sexualmente activas, muchas jóvenes se ven imposibilitadas de pedir información sobre cuestiones sexuales o de protegerse (14).

Pobreza y Privación “Hoy en día le SIDA es mayormente una enfermedad de la privación “(27). Un análisis realizado por el Banco Mundial en 72 países, muestra que a nivel nacional, tanto el bajo ingreso per cápita como la distribución desigual del ingreso están relacionados con altas tasas de infección por el VIH. Entre los adultos de zonas urbanas de un típico país en desarrollo se ha encontrado que un aumento de \$us 2000 del ingreso per cápita está relacionado con una tasa de infección por VIH 4 puntos porcentuales más baja (29).

En un clima de privaciones los jóvenes y en particular las mujeres jóvenes están especialmente en riesgo, pues por la carencia de oportunidades piden ayuda a los hombres, ofreciéndose a ellos a cambio de seguridad y arriesgándose a ser afectadas por el VIH (29).

El trabajo sexual de las mujeres en los lenocinios “ legalmente “ establecidos en los municipios de La Paz y Santa Cruz se encuentran bajo el control de sanidad, según la legislación boliviana, el funcionamiento de los locales de prostitución está regido por normas de salud, y los infractores pueden ser sancionados, por ej: el contagio venéreo (art. 277 del Código Penal) sanciona con privación de libertad si se produce el contagio; el proxenetismo (cuando una persona amenaza para satisfacer el lucro promoviendo la prostitución), el tráfico de persona (art. 321) (cuando se promueve la entrada a un país o lugar para que ejerza la prostitución, la sanción es de 4 a 12 años de cárcel. Sin embargo no existe ningún tipo de control fuera de los lugares establecidos como legales (5).

Discriminación social: “Cuando las sociedades no reconocen que las personas jóvenes tienen los mismos derechos humanos que los adultos, los convierten en sujetos más vulnerables a la intolerancia y a la discriminación”. Las políticas dirigidas a la juventud suelen reflejar las opiniones de los adultos sobre lo que los jóvenes deben y no deben hacer, no lo que los jóvenes realmente necesitan (4).

Los prejuicios basados en la orientación sexual y la discriminación debida a la infección por el VIH añaden sustento a la epidemia del SIDA (18). Muchas sociedades contribuyen a la propagación del VIH/SIDA al estigmatizar y proscribir a menudo el comportamiento homosexual (23).

Evolución de la enfermedad

La infección VIH progresa en varias etapas. El curso clínico de esta infección comienza cuando una persona se infecta con VIH mediante (1) relaciones sexuales con otra persona infectada, ó (2) inyección de sangre o productos sanguíneos, ó (3) transmisión perinatal. El virus invade ciertos glóbulos blancos (especialmente las células T y los monocitos) y neuronas donde puede multiplicarse y con eso invade otras células. El virus obstruye las células infectadas y perjudica sus funciones, al pasar el tiempo estas funciones perjudicadas comienzan a mostrarse como síntomas. Una vez infectada la persona se considera infecciosa (puede transmitir el virus a otras personas) por el resto de sus vidas (5).

Entre tres a ocho semanas después de ser infectada la persona generalmente desarrolla una enfermedad que se prolonga unas dos o tres semanas con varios síntomas, tales como fiebre, irritación dolores musculares, de articulaciones y dolor de garganta. Los síntomas pueden ser muy suaves y suelen desaparecer del todo. Sin embargo el virus continúa reproduciéndose dentro del cuerpo y el sistema inmunológico de la persona responde creando anticuerpos al virus. Entre las seis a doce semanas después de ser infectada la

persona es posible detectar anticuerpos de VIH en la sangre. A diferencia de otros anticuerpos hacia otros microorganismos, estos no logran destruir el virus (28).

En algunas personas infectadas los anticuerpos no son detectables durante meses o años, sin embargo continúan considerándose infecciosos (21). La persona puede mantenerse asintomática sintiéndose y aparentando estar muy saludable, durante años así esté infectada con VIH. Las personas infectadas pueden presentar síntomas que no llenan la definición del SIDA, pues muchos pacientes experimentan episodios periódicos de infecciones oportunistas que pueden ser mortales si no son tratadas con terapia. Aunque no sufran del SIDA, su sistema inmunológico se encuentra perjudicado. También es posible que presenten síntomas neurológicos tales como pérdida de memoria, paso alterado (al caminar), depresión falta de sueño o diarrea crónica, este conjunto de síntomas es denominado por varios médicos como el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS). De progresar estos síntomas, de no ser exitosa la terapia la persona se convertirá en paciente de SIDA (28).

2.2. Base Institucional

2.2.1. Programa Nacional De ITS/VIH/SIDA

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA fue creado en 1986 con el fin de constituirse en el instrumento oficial técnico, operativo y administrativo de vigilancia control y prevención de las ITS y el SIDA.

La misión del programa fue tomar en cuenta el impacto de la epidemia y el crecimiento progresivo de las ITS/VIH/SIDA en Bolivia, mediante acciones combinadas, intervenciones multisectoriales y activo compromiso de la sociedad civil. Por otro lado se tomó en cuenta la necesidad de transversalizar el problema con la perspectiva de género y sin olvidar las diferencias generacionales e interculturales. Todo esto con un fin; generar mayor compromiso político del Estado y la sociedad civil, a nivel nacional y regional sobre el tema (21).

El 80% de las acciones desarrolladas por el Programa Nacional de ITS/ VIH /SIDA se efectúan con fondos de la cooperación internacional, fundamentalmente del Gobierno Británico, La Comunidad Europea, La Agencia de Cooperación del Gobierno de Suecia, USAID, UNICEF, OPS/OMS, ONUSIDA, Gobierno del Brasil, ONGs, etc.

El programa propuso como objetivo general “Prevenir la transmisión del VIH y reducir la morbilidad y mortalidad asociada al VIH, y el impacto socioeconómico en todo el ámbito nacional” Para el logro de este objetivo de largo alcance se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Generar criterios de acción epidemiológica proporcionando a las autoridades de salud, líneas de acción para lograr intervenciones y toma de decisiones en forma adecuada y oportuna.

- Desarrollar una conciencia individual y colectiva, mejorando el conocimiento orientado a la adopción de actitudes responsables en la prevención de ITS/ VIH /SIDA.
- Apoyar en el desarrollo de políticas para dotar a las unidades de salud y a los usuarios sangre hemoderivados seguros; coadyuvando en le control de la transmisión de enfermedades.
- Proporcionar resultados de laboratorio para el diagnóstico de ITS/SIDA con características de valides, oportunidad precisión reproducibles en otros laboratorios.
- Reducir el impacto orgánico psicosocial y legal de las personas afectadas por el VIH/SIDA y otras ITS.
- Mejorar la calidad y eficacia del Programa Nacional y Regional generando criterios de manejo gerencial (21).

Vigilancia epidemiológica.

A partir de la detección del primer caso de SIDA en el país se estableció la vigilancia epidemiológica a través de la Resolución Ministerial 0415, la cual se efectiviza en 1988 a través de la puesta en práctica del Manual de Normas mediante la aplicación de una ficha epidemiológica y la ficha de investigación de contactos (Anexo 1).

La existencia de clínicas de ITS favorece a las actividades de control y vigilancia de las ITS/ SIDA. Esta vigilancia se procesa numéricamente en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) gracias a las notificaciones obligatorias de los casos que se presentan (anexo 1). Otras formas de hacer seguimiento son a través de las investigaciones de contactos de sospechosos, verificando las denuncias y de tratamientos de las ITS detectadas, todo esto con el fin de cortar la cadena de transmisión (21).

Hasta la fecha se han efectuado talleres de capacitación en el manejo sindrómico y vigilancia de ITS/VIH /SIDA en mas de 100 distritos sanitarios,

beneficiando a funcionarios de salud de diferentes niveles e instituciones. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, persiste el subregistro y la subnotificación.

El programa Nacional como parte de la vigilancia especializada del VIH/SIDA realiza la investigación de los casos reportados a través del llenado de una ficha epidemiológica con datos personales e investigación de contactos. A nivel regional, el objetivo de recolección de información no esta siendo cumplido a cabalidad, pues con dificultad las regiones completan las fichas epidemiológicas del VIH/SIDA (21).

Red de Laboratorios.

Los laboratorios de referencia nacional para el VIH son el INLASA en La Paz y el CENETROP Santa Cruz, que tienen la responsabilidad de conformar y hacer el control de calidad de la red de laboratorios de VIH, así como la capacitación en técnicas y procedimientos, supervisión e investigación seroepidemiológica. Desde 1990 se logró instalar y poner en funcionamiento 13 laboratorios para efectuar diagnósticos presuntivos en las diferentes regiones del país (4 ubicados en los bancos de Sangre de La Paz y Santa Cruz). Anualmente a nivel nacional se realizan cerca de 160.000 pruebas de VDRL o RPR con énfasis en mujeres embarazadas, trabajadoras sexuales y donantes de sangre. Pruebas de VIH se realizan entre 20.000 a 30.000 con énfasis en grupos de control, centros centinelas, donantes sanguíneos y demanda espontánea (21).

A partir de la Resolución Ministerial 0660 en fecha 9 de Abril de 1999 en Bolivia, se otorga máxima prioridad a la prevención y control de las enfermedades transmisibles a través del Plan Estratégico de Salud (PES), y el Seguro Básico de Salud (SBS). A partir de entonces los Servicios Departamentales de Salud a través de los Programas Departamentales de Salud Sexual y Reproductiva y de ETS-SIDA, (posteriormente denominado ITS –SIDA), se encargan de la aplicación de las normas nacionales para el manejo

Sintomático de las ITS, mediante el seguro Universal Materno Infantil y el Programa Nacional ITS/SIDA, encargado del control sanitario semanal a trabajadoras sexuales en lenocinios registrados legalmente (5).

En la revisión ginecológica se busca algún síndrome, (úlceras genitales, flujo vaginal, edema de escroto, flujo uretral, dolor abdominal bajo y bubón inguinal), solicitando si el caso así lo amerita un análisis de laboratorio, para la confirmación diagnóstica. En caso de detectar alguna patología en la/el paciente se brinda tratamiento y asesoramiento médico psicológico, para que mientras dure el tratamiento se extreme medidas de protección o deje de “trabajar” para evitar el contagio (37,42)

Desde el inicio de la epidemia en el año 1984, Bolivia caracterizó su epidemia en un estadio incipiente. ONUSIDA y la OMS reconocen tres estadios:

Epidemia incipiente: cuando la prevalencia en gestantes en áreas urbanas es menor de 1% y cuando la prevalencia en grupos de población de alto riesgo es menor de 5% (1).

Epidemia concentrada: cuando la prevalencia en gestantes en áreas urbanas es menor de 1% y cuando la prevalencia en grupos de población de alto riesgo es mayor de 5% (1).

Epidemia generalizada: cuando la prevalencia en gestantes en áreas urbanas es mayor de 1% y cuando la prevalencia en grupos de población de alto riesgo es mayor de 5% (1).

La caracterización de la epidemia incipiente fue sustentada con los datos del sistema regular de vigilancia epidemiológica (pasiva) y con resultados de estudios especiales en sitios centinela para vigilar la circulación del virus en población general (embarazadas) (1).

Sin embargo, según un reporte del Programa Nacional de ITS/SIDA y el Ministerio de Previsión Social y Salud pública, la región de Santa Cruz presenta en el año 2001, la más alta tasa de prevalencia del país, 6.73

personas con VIH/SIDA por 100.000 habitantes, comparada con la tasa de Bolivia que es de 2.51 afectados por 100.000 habitantes (17).

Es importante citar que en el año 2004 en coordinación estrecha con otros actores en el área del VIH/SIDA, entre otros UNICEF, OPS/OMS, USAID, el Gobierno de Brasil, ONGs y las Personas que viven con el VIH/SIDA, el Programa Nacional ha conseguido importantes logros tales como: la ejecución de las actividades del Programa y compra de medicamentos antiretrovirales para el tratamiento de todas las PVVS (Personas que Viven con VIH / SIDA); Dotación de 100 tratamientos antiretrovirales a PVVS, acompañados de sus respectivos análisis de laboratorio (Hemograma completo, Hepatograma, Urea, Creatinina, Amilasemia, Colesterolemia, Carga Viral y CD4 - recuento de linfocitos T4), todo en forma gratuita. Este proyecto se ha extendido a 400 tratamientos en el mes de noviembre de 2004; Cooperación a las PVVS en la conformación de grupos de apoyo en los 9 departamentos del País, también intervienen activamente en algunas actividades de Información Educación Concientización (IEC) programadas por el Programa; (el Programa proporciona apoyo económico y técnico a estos grupos, PVVS y HSH); Elaboración de la Resolución Ministerial 0711 para la defensa de los derechos de las Personas que conviven con VIH /SIDA (PVVS). El contenido de este instrumento legal trata sobre DDHH, Atención Integral y otros aspectos: La elaboración y presentación de la LEY del SIDA, que en momento se encuentra en el Parlamento para su aprobación (28).

Existen otras acciones que vale la pena mencionar, que fortalecen los conocimientos de la población en temas relacionados con la salud sexual reproductiva, son las llevadas a cabo por el Ministerio de Salud y Deportes, Programa de ITS/VIH /SIDA, financiado por USAID, PROSIN e implementado por el Centro de Programas de Comunicación (CPC), que a través de un teléfono confidencial 800-10-4646 línea gratuita, pretenden ofrecer un espacio valioso de escucha y comunicación capaz de brindar apoyo psicológico a través del teléfono a quienes estén atravesando por situaciones personales que sean difíciles de afrontar (5).

2.3. Base Jurídica

Las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, tienen la convicción que la estigmatización y la discriminación asociadas al VIH y al SIDA, son los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, la asistencia, el apoyo y el tratamiento adecuados (28).

La campaña Mundial del SIDA (de los años 2002 – 2003), esta centrada en el Estigma, la Discriminación y los Derechos Humanos. Sus objetivos principales son prevenir, reducir y en última instancia eliminar el estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA (28). Teniendo en cuenta las mencionadas consideraciones, se vio por conveniente readecuar y actualizar las disposiciones legales existentes en el país, con respecto al VIH/SIDA, contenidas en la Resolución Secretarial N° 0660 de septiembre de 1.999 aprobando y promulgando la **Resolución Ministerial 0711** para la prevención y vigilancia del VIH/ SIDA en Bolivia de Noviembre 2002 (Anexo 2)

El panorama será mejor aún con la aprobación de la Ley del SIDA, cuyo objetivo es “Proteger los derechos humanos, dar asistencia integral a las personas que viven con el VIH-SIDA”, que ha sido trabajado entre otros por el Programa Nacional de ITS/SIDA, CONAIN, Defensor del Pueblo, ONUSIDA, OPS, UNICEF, Fundación San Gabriel, Cruz Roja y ADESPROC Libertad, se encuentra en este momento en el Parlamento para su aprobación. La propuesta de Ley reconoce los derechos de las personas que viven con el VIH y SIDA, personas que muchas veces sufren de discriminación o estigmatización por este padecimiento. El Anteproyecto de Ley establece la confidencialidad y equidad de las personas que viven con el VIH y la obligación del Estado de generar políticas de atención integral y un sistema de acceso a los antirretrovirales por el Sistema de Seguro Social. El Anteproyecto no solamente protege los derechos de las personas que viven con el VIH y SIDA, también protege a las que no lo padecen

CAPITULO III

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1. Contexto del Municipio de Santa Cruz

En el Municipio de Santa Cruz el crecimiento demográfico está fuertemente influido por la migración de otras regiones del país. La participación del departamento de Santa Cruz se incrementó notablemente alcanzando 1.4 millones de habitantes el año 2001 (30).

El aumento de población, impulsó un acelerado crecimiento de la población urbana concentrada principalmente en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, contando de esta manera con 2.029.471 de habitantes, de los cuales 786.710 son mujeres y 758.938 son hombres. Tal crecimiento acelerado, sumado a la dispersión de los demás núcleos poblados, hace difícil la oportuna y completa atención de las necesidades sociales, tanto a nivel urbano como rural, causando deficiencias en la atención de la salud, la dotación de agua potable la dotación física y dificulta la posibilidad de responde eficientemente a las demandas de empleo tendiendo así a facilitar el avance de la pobreza y desigualdad (30).

Santa Cruz, por su naturaleza abierta y hospitalaria, es un centro atractivo para personas de toda nacionalidad, lo que constituye en un crisol social dinámico en el que se desarrollan tanto aspectos positivos como negativos. Sin embargo preocupa el rápido crecimiento de los índices delictivo y de la corrupción así como cada vez más frecuente la indiferencia ciudadana ante la pérdida de valores, que al ritmo que avanza se constituye en un lastre y en un obstáculo social las fuerzas disociadoras originadas en conceptos de carácter étnico y/o político crecen en ambientes de esa naturaleza, alimentadas por la injusticia, el bajo nivel cultural de algunos estamentos sociales y la marginalidad aún cuando está en cierto grado controladas por las fuerzas asociativas, forjadas en

las relaciones familiares, de amistad y solidaridad social en sus diferentes rasgos (30).

Educación

En Bolivia del 44 % de los niños que inician primaria y la finalizan, solo el 37% se matricula en la secundaria. Santa Cruz presenta un 25% de su población que inicia su educación básica, como población inscrita para secundaria. La inexistencia de programas curriculares mínimos y uniformes por materia y curso, favorece al empirismo y genera las diferencias del nivel de formación que se refleja en los pobres resultados de pruebas de suficiencia académica de ingreso a las universidades (30).

Si bien existe un alto índice de Escolaridad, la deserción escolar también es alta, los niños de 6 a 11 años de edad asisten el 85% a la escuela, 79% en el ámbito rural, 88% en el ámbito urbano. Los jóvenes de 12 a 17 años de edad asisten el 72% al colegio con 79% en el ámbito urbano y el 51% en el ámbito rural (indicadores económicos Vargas Melvy) (30).

Por otro lado, es preocupante la discriminación de la mujer, la que aun desde tierna edad, lleva la asignación de las tareas de la casa como obligación natural, por lo tanto puede ser retirada de clases más fácilmente que el varón (30).

Substancias Psicoactivas

La progresiva descomposición de la familia que promueve los conflictos familiares, las exigencias de un sistema competitivo que genera tensiones emocionales y sociales, la marcada influencia de culturas promotoras del egocentrismo, crean un ambiente propicio para la drogadicción. Este ambiente se hace mas peligroso en la medida que la sociedad por su tradicional trato amigable facilita la relación social de riesgo.

Las costumbres tradicionales se han visto cada vez más afectadas por el abandono del hogar por parte de sus cónyuges e hijos.

El alcoholismo de los padres que promueve la violencia familiar y/o la discriminación promueven la no aceptación social, apoyan para que los complejos de personalidad, el aislamiento social voluntario o inducido, las frustraciones y la desorientación de metas y objetivos personales debiliten voluntades y empujen a jóvenes y adultos a la drogadicción (30)

Salud

Enfermedades de Transmisión sexual (ITS) VIH /SIDA.

Por falta de información y normas de conducta sexual existe una alta incidencia de éstas enfermedades. Según un estudio de referencia, en la ciudad de Santa Cruz el 92% de los pacientes con VIH/SIDA se infectaron a través de relaciones heterosexuales; el 2.4% corresponde a la transmisión vertical y el resto es de causa desconocida. Por cada caso confirmado se estima que existen 10 portadores asintomáticos (es decir que están infectados con el VIH pero no presentan síntomas) (6). Otro estudio en el año 2000 denominado "Vigilancia Centinela" hace referencia a que en la Maternidad Percy Boland de 782 muestras de mujeres embarazadas, 7 dieron positivo para el VIH, resultado obtenido por medio de la prueba de sangre denominada centinela, que se aplicaba para conocer la prevalencia de la enfermedad en el país sin conocer la identidad del paciente (35) (Anexo 3).

Según estimaciones del Programa de ITS/SIDA, Santa Cruz, es la ciudad con mayor prevalencia de VIH (46.99% de todos los contagiados) -a la que le sigue Cochabamba (23.53%) La Paz (12.61%) y, Beni (2.52%) (anexo 3)-se advierte que un gran porcentaje (62%) de sus infectados, tiene entre 21 y 30 años, y le sigue la franja de 31 a 40 años, con un 17 por ciento. Pero la tendencia a nivel nacional indica que la edad promedio ha bajado, pues en 1991, la media indicaba una edad de 32.9, y en el 2003, el promedio de edad fue de 29.7. El grupo de 15 a 24 años se está incrementando cada vez más (6).

3.2. Contexto del Municipio de La Paz.

En el Municipio de La Paz la población es pluricultural multiétnica y polilingue comprometiendo al personal de salud y a la población que los servicios de salud tengan impacto en la reducción de las principales causa de morbilidad y mortalidad. Con una población de 2.350.456 habitantes de los cuales 795,846 son mujeres y 756,300 son hombres (31); una extensión territorial de 133.785 Km², muestra una marcada segmentación de sus sectores económicos en materia de adopción de métodos y técnicas de producción y comercialización. Por una parte se tiene un sector “moderno”, orientado a la producción de bienes y servicios de consumo para los estratos de mayores ingresos y/o para la exportación. Por otra parte se tiene un sector tradicional, con poco capital de inversión y trabajo, usando métodos y técnicas tradicionales de producción y comercialización orientado a la producción de bienes y servicios de consumo para los estratos de ingresos medios o bajos (36).

Por sus características culturales y económicas, la estructura de familia se mantiene aún muy sólida, es una ciudad hospitalaria, cuyas costumbres se mantienen arraigadas.

Es importante citar la violencia intrafamiliar en ambos municipios, ya que se ha visto que las personas que han sufrido de algún tipo de violencia en sus hogares de origen tienden a reproducirla en sus propios hogares, en la escuela en el lugar de trabajo y en especiales circunstancias al entrar en contacto con otras personas, las cifras muestran un situación totalmente alarmante: en La Paz existe un índice de violencia física y sexual en mujeres de 8.8% y en Santa Cruz de 11% (20).

Las dos terceras partes de las víctimas de violencia sexual son menores de 15 años. Estos datos se basan en los archivos de denuncias de las fiscalías, policía, juzgados. En estos casos las investigaciones han demostrado que las dos terceras partes de las agresiones ocurren en la casa de la víctima, es decir

en el ambiente familiar. El 80% de los atacantes son personas allegadas y conocidas por las víctimas (20).

Educación

Las mujeres no solo reciben menos educación que los varones sino también ganan menos que ellos por trabajo equivalente y son más afectadas por la pobreza. En un estudio sobre la fuerza de trabajo femenina se concluye que el 85% de la brecha de ingresos entre hombres y mujeres estaba asociada a la discriminación (36).

La tasa de alfabetismo de la población de 15 años o más del Municipio de La Paz alcanza a 88.61%. En los varones el 95,15% saben leer y escribir y las mujeres el 82.44% saben leer y escribir (20). En cuanto a la asistencia escolar, La Paz presenta una de las mayores tasas de asistencia escolar (83.25%) en relación a Santa Cruz sin embargo un porcentaje significativo de mujeres no asiste a la escuela, es así que la tasa de asistencia en mujeres es de 81.21% comparada la del varón de 85.25% (31).

Substancias Psicoactivas

La influencia de culturas, la marginalidad, el nivel socioeconómico, el alcoholismo sobre todo en adolescentes, ponen de manifiesto el problema de dependencia a drogas y estupefacientes. Si bien las autoridades del Municipio de La Paz, sobre todo la Honorable Alcaldía Municipal realiza campañas constantes en la prevención y ayuda a jóvenes y adolescentes, el factor de abandono de los padres, el trabajo a edades muy tempranas (en los niños), y la influencia de culturas de países desarrollados afectan la salud de varios sectores, que se refleja en el aislamiento y baja autoestima impidiendo mejoras en sus condiciones sociales y económicas para la salud (36).

Salud

Enfermedades de Transmisión sexual (ITS) VIH /SIDA

La prevalencia de ITS en Bolivia en relación a los anteriores años ha disminuido considerablemente desde el año 1995 hasta el 2002 hubo un descenso de patologías como sífilis de 19.91% se redujo al 3%, gonorrea de 25.56% a 3% para el 2002 (37) (Anexo 3).

Por otro lado, el número de mujeres que viven con el virus de VIH está creciendo, según informó la responsable del Programa Nacional ITS/SIDA: “Antes, de cada siete enfermos, una era mujer. Hoy, de cada tres, una corresponde al sexo femenino”. Muchas de estas víctimas son portadores asintomáticos, es decir que no presentan indicios de la enfermedad hasta que es demasiado tarde. “Estas muertes se explican porque en una gran parte de ésta población, los casos fueron diagnosticados en etapa tardía, y debido a la carencia de recursos para sostener un tratamiento adecuado y oportuno” (6).

Es importante señalar que el incremento del trabajo sexual se reflejó a lo largo del año 2003, en el cual se realizaron 939 consultas nuevas, con un promedio de edad de 25 años cumplidos, representando un aumento significativo de trabajadoras sexuales jóvenes y en edad reproductiva (5).

La distribución de Personas que Vivían con VIH/SIDA (PVVS), en el periodo de 1984 al 2000 reportaba 591 PVVS distribuidas principalmente en las ciudades del eje central, esto es Santa Cruz 285; La Paz 151; y Cochabamba 76, mientras que Beni presentaba 30 casos, Tarija 17 y Chuquisaca 10, Oruro y Pando coincidían con 8 registrados y el departamento de menor prevalencia fue Potosí con solo 6 casos, en dicho periodo de tiempo. En el año 2001 las cifras se mantuvieron casi constantes en casi todos los departamentos excepto en Santa Cruz que reportó 13 nuevos casos sumando 298 y Chuquisaca que sumó un caso nuevo, lo que elevó a 605 casos reportados de PVVS en todo el país; hasta Junio del 2003 la cifra a nivel nacional se incrementó a 1106 casos,

lo que muestra que en solo dos años hubo un incremento del 83% de casos nuevos registrados, de los cuales no se tiene una información completa (5) (anexo 3).

4. FACTORES DE RIESGO Y EL ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDAD

La distribución de la salud y la enfermedad en una población depende de varios atributos y características de sus miembros. Estos factores pueden ser clasificados en tres grupos de variables: Demográficas , sociales y estilos de vida

4.1. Variables demográficas

La edad, el sexo y el origen étnico o racial son las tres principales variables demográficas que caracterizan la distribución de la salud y la enfermedad en una población. (44)

La edad

La edad es uno de los factores de mayor importancia en la ocurrencia de enfermedades. En realidad la relación con la edad es tan importante que casi siempre resulta necesario controlar (eliminar) el efecto de diferencias en la distribución por edad, cuando se compara la ocurrencia de una enfermedad en dos poblaciones o en dos momentos diferentes, realizando un ajuste de tasas por edad, salvo que se confíe en que las distribuciones por edad sea muy similares. Algunas enfermedades pueden presentarse en un grupo etáreo en particular, otras a lo largo de un mayor periodo, pero con tendencia a prevalecer en ciertos niveles.

La relación entre edad y enfermedad puede examinarse de varias maneras .Las tasas específicas por edad pueden servir para. 1) medir el riesgo de la enfermedad en cada grupo. 2)examinar las enfermedades prevalentes en cada grupo 3) ubicar la progresión por enfermedad de una enfermedad en particular. (43)

El sexo

Los patrones de mortalidad y morbilidad del sexo masculino son distintos de los del sexo femenino. Actualmente las tasas de mortalidad son casi siempre más altas para el sexo masculino que para el sexo femenino, con la excepción de la diabetes, hipertensión y algunos tipos de cáncer. Por otro lado, la expectativa de vida es también mayor en las mujeres y la diferencia se está ampliando.

Los factores hormonales y reproductivos también juegan un papel importante, en la predisposición de un sexo a una enfermedad en particular por ejemplo Las mujeres son biológicamente más vulnerables de infectarse con el VIH que los hombres porque estudios al respecto a demostrado que la posibilidad de transmisión del Hombre a la mujer es 8 veces mayor que de la mujer al hombre. El área genital expuesta en la mujer es mayor que en el hombre, el semen es el líquido corporal de mayor concentración de VIH, el epitelio vaginal es más vulnerable a las infecciones que el del pene y en él epitelio vaginal el VIH puede tener mayor tiempo de vida que en el pene en razón de la posibilidad de asepsia postcoital (11).

Por otro lado, el estilo de vida entre hombre y mujeres explica la diferencia de este patron de morbi y mortalidad.

El origen étnico o raza

Existen diferencias de mortalidad y morbilidad entre razas, en una mayoría de los casos estas diferencias están relacionadas con el nivel socioeconómico. Lamentablemente en algunos casos resulta difícil obtener datos socioeconómicos y se dispone de ellos cada diez años (periodos entre censos). Las tasas de mortalidad por causas específicas en casos de enfermedades cardiacas por hipertensión, tuberculosis, sífilis y VIH pueden ser más altas en un grupo étnico que en otro, nuevamente, el estilo de vida explica esta diferencia.

Se debe insistir en llevar estadísticas adecuadas para no perder de vista los problemas especiales de aquellos grupos que se consideran minoritarios en

algunos casos. Es fácil que los problemas de estas poblaciones pasen inadvertidos. Esto no debe ocurrir, se debe combatir a los que desde dichas poblaciones tratan de esconder problemas específicos (44).

4.2. Variables sociales

Las variables sociales incluyen el nivel socioeconómico, el estado civil, riesgos ambientales, ocupacionales y otras características familiares.

Nivel socioeconómico

Categoría multidimensional y bastante controvertida que ha sido utilizada durante mucho tiempo para clasificar o estratificar a una población en términos de riqueza (pobreza o abundancia) prestigio y poder. Se suele sostener que el nivel socioeconómico, se mide más fácilmente por medio de algún tipo e combinación de ingresos, educación y datos ocupacionales. Estudios demuestran que la incidencia de mortalidad, morbilidad y discapacidad en las clases más bajas es mayor, sin embargo ha quedado demostrado que existen excepciones específicas a esta generalización.

Hay pocas dudas de que el nivel socioeconómico está asociado negativamente con la tasa de mortalidad general, para grupos de mujeres y hombres, el menor nivel de educación está asociado con el mayor nivel de mortalidad. Quedan muy pocas dudas de que las tasas de morbilidad y mortalidad observadas en las clases sociales más bajas son superiores debido en parte a los inadecuados servicios de atención médica así como la toxicidad y riesgos del medio ambiente. Tampoco queda lugar a dudas que estos factores no explican totalmente las discrepancias existentes entre las diferentes clases... El hecho de que tantos tipos de enfermedades sean más frecuentes en las clases más bajas hace pensar en una susceptibilidad generalizada a la enfermedad y en un compromiso de defensa contra las enfermedades.

Los cambios de vida, el estrés, y particularmente la forma en que las personas responden a dicho estrés constituyen en gran parte el ambiente social y psicológico negativo.

En este sentido responder se refiere no a los tipos específicos de respuestas psicológicas sino a las formas más generalizadas de cómo la gente resuelve sus problemas a la vida cotidiana (44)

Resulta evidente que las distintas formas de resolver los problemas son producto de diversos factores ambientales y no son independientes. Se han descrito varias formas de respuesta a los problemas que determinan una serie de enfermedades.

Una forma de respuesta asociada virtualmente a muchas causas de morbilidad y mortalidad es el comportamiento sexual de riesgo de las personas frente a la infección del VIH

Estado civil y variables familiares

El estado civil a menudo aparece relacionado con la mortalidad y morbilidad.

La tasa de mortalidad entre hombres y mujeres es más alta (en orden decreciente), entre divorciados, viudos y solteros. y la más baja se encuentra entre los casados. Este dato es aplicable a la mayoría de cánceres, enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, suicidios, etc Sin embargo existen excepciones, la excepción más conocida es el cáncer de cuello uterino que tiene incidencia mayor en mujeres casadas que en mujeres solteras.

Las diferencias de estilos de vida entre personas solteras están casualmente relacionadas con ciertas enfermedades.

En las mujeres, el estado marital también puede estar relacionado con la salud dadas las diferencias relacionadas con la exposición sexual, embarazos , partos y lactancia. La actividad sexual temprana y la frecuencia de actividad sexual parecen factores decisivos en la incidencia de varias enfermedades entre ellas el cáncer uterino, el SIDA, etc.

El comienzo de vida sexual activa a temprana edad y la frecuencia de actividad sexual (así como la no existencia de parejas múltiples) han dejado de ser características específicas de matrimonio (44).

4.4. Variables relacionadas con el estilo de vida

El estilo de vida es un importante factor determinante, las variables utilizadas con el estilo de vida, pueden utilizarse de la misma manera que las variables demográficas y sociales para describir los aspectos personales de la salud de una población

Algunas de estas variables pueden constituir un objetivo en si mismas, ya que al estar tan estrechamente relacionadas con la mortalidad y la morbilidad representan un potencial real para la acción efectiva y eficiente de los servicios de salud.

El estilo de vida se refiere a los patrones de conducta individual y social que están por lo menos en parte, bajo control individual y que afectan la salud personal.

Detrás de la mayoría de las enfermedades crónicas, discapacidades y muertes prematuras se encuentran diversos factores ambientales o conductas que son potencialmente pasibles de prevención

Algunos patrones de estilo de vida señalan conductas sociales o individuales que constituyen los principales factores de riesgo en relación con las enfermedades crónicas y la discapacidad severa

Entre los mas importantes factores de riesgo se puede mencionar, el consumo de tabaco, el de alcohol, el abuso de drogas, la mala alimentación, la falta de actividad física, las armas, y otras manifestaciones de violencia y otras (44)

4. SEXUALIDAD EN LA MUJER y NORMAS DE GENERO

Las normas de género desempeñan un papel importante en la configuración de la experiencia de las mujeres en salud reproductiva.

La experiencia de las mujeres relacionada con salud reproductiva es afectada drásticamente por los conceptos culturales asociados con el hecho de ser mujer o ser hombre. Los estudios han demostrado que las normas y perspectivas de género influyen sobre todos los ámbitos de su vida —personal, doméstica, económica, y comunitaria— y que las mujeres y los hombres desempeñan papeles muy diferentes en cada uno de estos ámbitos.

El género moldea la experiencia de salud reproductiva y planificación familiar al determinar quién tiene acceso a la información pertinente a la salud reproductiva, quién tiene el poder de negociar el uso de anticonceptivos o de negarse a tener relaciones sexuales, quién decide escoger un método anticonceptivo, y quién controla los recursos económicos para obtener servicios.

En cada uno de los países donde el Programa de Educación a la Mujer (PEM) ha realizado estudios y ha tomado en cuenta todas las edades, las distintas funciones asignadas a las mujeres y a los hombres reflejan fuertemente las expectativas de género en cuanto a la división de poder y responsabilidad en el hogar. La investigación llevada a cabo por el PEM indica que la mujer casi siempre lleva la responsabilidad primordial, y a menudo única, de ocuparse del hogar y bienestar de los hijos. No obstante, en la mayoría de los países donde el PEM ha realizado estudios, se ha subrayado que, los hombres en su función principal de tomar decisiones, por lo regular tienen el poder de decidir acerca del número de hijos que van a tener y si la mujer puede utilizar anticonceptivos para espaciar o limitar sus embarazos.

Los datos de los estudios realizados en Bolivia y las Filipinas sugieren que el imbalance entre géneros relacionado con la toma de decisiones tiene raíces más profundas en la relación sexual y que, desafiar los papeles sexuales ya establecidos puede traerle serias consecuencias a las mujeres.

En los estudios del PEM realizados en Bolivia, por ejemplo, las participantes trataron el asunto de la violencia y los efectos que ésta tiene en su vida. Los datos recopilados en los dos países mencionados sugieren que, en las culturas donde los hombres tienen la autoridad máxima en la relación sexual, perciben como pérdida de control — por ejemplo, que la mujer rehuse tener sexo — lo que puede resultar en abuso tanto verbal como físico para las mujeres. En las entrevistas detalladas realizadas en El Alto, Bolivia, las mujeres describieron las dificultades resultantes de rehusar el acto sexual. Tal como una mujer lo ha expresado, "no quería tener sexo. Entonces él dijo que yo debía querer estar con otro hombre". Además, cuando se preguntó a 31 participantes varones en el mismo estudio si ellos alguna vez habían agredido física o verbalmente a sus parejas, 14 de ellos admitieron haberlas agredido físicamente

En las Filipinas, las investigaciones futuras examinarán la relación entre la sexualidad de la mujer, la toma de decisiones en las relaciones sexuales, la planificación familiar y el bienestar económico de las mujeres. Se tratará de comprender mejor el impacto económico de varios patrones sobre el tema salud reproductiva durante la vida de las mujeres. Se estudiará cómo estos efectos varían con las funciones y expectativas en cuanto al género, con las características demográficas y socioeconómicas de las mujeres, y con las cambiantes oportunidades de políticas y empleo.

Al tanto que el Proyecto de Estudios de la Mujer llega a su fin, los investigadores esperan que las implicaciones de los resultados de la investigación, así como las lecciones aprendidas durante el proceso investigativo se proyecten más allá de los 14 países que participaron directamente en el Proyecto.

El contexto cultural y socioeconómico en Santa Cruz

El contexto socioeconómico y cultural de Santa Cruz es bastante complejo debido a varios factores, algunos de ellos relacionados con el rápido crecimiento de la ciudad que coincide con el boom económico de las décadas 70 y 80. Este periodo se caracterizó por el enriquecimiento desmedido de un sector de la sociedad, la migración rural-urbana desde las provincias de Santa Cruz, y la migración interdepartamental de familias de zonas andinas. Existen tensiones étnicas entre los oriundos del oriente, llamados “Cambas”, y los numerosos migrantes del interior, llamados “Collas”, quienes sufren una discriminación y explotación debido a su identidad cultural. Estas tensiones étnicas se cruzan con las contradicciones entre la extrema riqueza y la aguda pobreza de diferentes sectores de la población, y el impacto desigual de la contaminación y degradación ambiental.

A pesar de las diferencias de vivencia, se evidencia en la sociedad cruceña una actitud cultural dominante que contribuye a crear situaciones bastante conflictivas en relación a la salud y la sexualidad femenina. En términos simplificados, es una sociedad donde la sexualidad femenina es bastante acentuada públicamente y las relaciones sexuales son un tema de conversación común y explícito. Sin embargo, simultáneamente existe una presión fuerte para controlar a la sexualidad femenina, que abarca un control físico y psicológico por parte de los esposos, padres e instituciones sociales como son las iglesias y los colegios.

Las mujeres deberían tomar responsabilidad para su sexualidad y fertilidad, pero el intento de cambiar actitudes en ellas tropieza con la resistencia de los maridos y otros elementos de la sociedad. Existe un rechazo fuerte por parte de algunos hombres a que sus esposas participen en actividades de educación sexual o salud reproductiva. Se evidenció en un centro de salud sexual reproductiva que, una mujer consiguió condones para intentar espaciar sus

embarazos, y cuando su marido se enteró del hecho, él la acusó de querer condones para tener relaciones con otro hombre.

En el ambiente de Santa Cruz, estas actitudes y comportamientos culturales se cruzan con una serie de complejos factores socio-económicos. Un factor que preocupa mucho es la extrema pobreza que perjudica los derechos de salud de muchos individuos.

En cuestiones de relaciones y satisfacción sexuales. "Las mujeres no ven el sexo como algo bueno para ellas, dicen que es un acto que tienen que hacer las veces que quiere el marido. Una esposa tiene que acceder o el marido la acusa de estar andando con alguien."

Esta conflictiva situación, expresada en forma particular en Santa Cruz, es común en muchas partes del mundo. Corrêa y Petchesky citan una serie de investigaciones, las cuales muestran que, "Los celos o la violencia del esposo y la vigilancia de parientes políticos puede impedir que las mujeres vayan a las clínicas, usen condones, realicen abortos, o participen en talleres sobre la salud femenina, así no sólo restringiendo su libertad de 'escoger', sino también incrementando su riesgo de embarazo no deseado, mortalidad maternal, enfermedades transmitidas sexualmente y SIDA (Heise 1992; Protacio 1990; Ramasubban 1992) (Corrêa y Petchesky 1994:5).

CAPITULO IV

5. MARCO METODOLOGICO

5.1. Tipo de Estudio

La investigación realizada fue de tipo exploratoria, mediante un estudio de corte, que permite analizar la prevalencia de infección al VIH en mujeres expuestas y no expuestas a diferentes variables sociodemográficas, de comportamiento, que por la literatura revisada se han descrito como factores de riesgo para esta infección, estos son: edad, lugar de origen, actividad actual, estado civil, factores relacionados con el estilo de vida de las mujeres de estudio, el uso del condón en situaciones de riesgo, tales como ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades de transmisión sexual, y otras, como relaciones causales o con parejas de confianza y las condiciones de la mujeres frente a la enfermedad, su percepción, su vulnerabilidad dentro de un contexto determinado, pero no permiten explicar la causalidad del fenómeno sólo orientar hipótesis.

El tipo de estudio fue Cuantitativo, de corte, con un análisis de razón de prevalencia, que incluyó un componente cualitativo etnográfico y descriptivo en Personas que Viven con VIH del sexo femenino y Trabajadoras Sexuales Comerciales registradas en el Centro Epidemiológico Departamental (Centro Piloto) de La Paz, (CENETROP) Santa Cruz y el Programa Nacional de ITS /SIDA

La medida de asociación seleccionada fue la razón de prevalencia, que comparaba la proporción de mujeres positivas a la infección por el VIH en un grupo de mujeres expuestas a diferentes factores sociodemográficos y de comportamiento en comparación con mujeres no expuestas a esos factores de riesgo.

Al escoger un estudio de corte transversal o de prevalencia se pensó justamente en analizar los datos obtenidos respecto a las Personas que Viven con VIH (PVV) y la comparación se dio con mujeres que no se infectaron con

el virus de VIH, Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC), a pesar de ser un grupo de riesgo.

Es necesario aclarar que, aunque el grupo de comparación ideal sería una muestra representativa de mujeres de Bolivia seronegativas, no era factible para la presente investigación, por lo que se seleccionó como grupo de comparación las TSC, que tienen un riesgo mayor de adquirir la infección, se tenía la información disponible de prevalencia de infección, por la vigilancia estricta a la que son sometidas estas mujeres.

Por lo expuesto, la investigación fue cuantitativa, cualitativa de tipo **etnográfica, exploratoria y de corte transversal**

5.2. Enfoque cuantitativo

4.2.1. Universo y muestra

El Universo está constituido por 3950 Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) y Personas que Viven con el VIH del sexo femenino (PVV), que es el total de las registradas desde el mes de Enero de 1999 hasta Diciembre 2004 en el Centro Epidemiológico Departamental (Centro Piloto) de La Paz, (CENETROP) Santa Cruz y el Programa Nacional de ITSVIH/SIDA .

Para el estudio, se definieron como grupo estudio a las Personas que viven con VIH del sexo femenino (PVV), que adquirieron el virus de VIH con infección reciente documentada, (en el periodo de 6 y 8 meses antes de incluirlas en el estudio), registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de los Municipios de la Paz, Santa Cruz y el Programa de ITS/SIDA que dieron su consentimiento informado y documentado

El grupo de referencia o testigo se definió como: Trabajadoras Sexuales Comerciales VIH negativas, registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de los Municipios de la Paz y Santa Cruz y el Programa de ITS/SIDA que dieron su consentimiento informado y documentado

El grupo de TSC se incluyó como referencia, ya que es una muestra de la prevalencia de la exposición en la población donde se dieron los casos de Trabajadoras sexuales VIH positivas.

Se realizó el proceso de recolección para el grupo de referencia, Trabajadoras Sexuales Comerciales VIH negativas, en registros del Programa Nacional de ITS VIH/ SIDA y Centro Epidemiológico Departamental de los Municipios de La Paz y Santa Cruz. La muestra para este grupo fue de 332 Trabajadoras Sexuales Comerciales, dicha muestra fue seleccionada en forma probabilística.

El proceso de recolección de información para PVV del sexo femenino se realizó también a través de registros del Programa Nacional de ITS VIH/ SIDA y

Centro Epidemiológico Departamental de los Municipios de La Paz y Santa Cruz.

Para realizar la encuesta y la entrevista a Personas que Viven con VIH/SIDA mujeres, se aprovechó el primer contacto con un personal de salud , luego con una persona voluntaria de la Red de ayuda de lucha contra el SIDA, la que contactó con una PVV mujer para ubicar al próximo contacto a través de relaciones personales (método bola de nieve) donde las PVV mujeres contactadas se brindaron voluntariamente para el estudio, por lo cual el universo esta representado por las 30 mujeres, de las cuales 8 fueron Trabajadoras sexuales comerciales y 22 PVV con diferente actividad.

Por otro lado, la muestra los Casos se toma como censo, debido a que el universo es demasiado pequeño por cuanto fueron encuestados todos los miembros del universo.

Como se realizó la encuesta y la entrevista:

Se informó a cada una de las entrevistadas y encuestadas de lo que se trataba la investigación, pidiendo su consentimiento para brindar información, aclarando que sus nombres permanecerían en el anonimato, también se les informó que todas las respuestas eran válidas.

Se aplicó un cuestionario en las 30 PVV y 332 Trabajadoras Sexuales Comerciales, el cual fue diseñado de manera conjunta con el personal de salud de los mencionados establecimientos, y con las personas voluntarias de la Red de ayuda (Anexo 4).

Fueron encuestadas mujeres con infección reciente documentada VIH Positivas, resultados confirmados y registrados en laboratorios de los Centros epidemiológicos Departamentales de La Paz (Centro Piloto) y Santa Cruz (CENETROP), Programa ITS/VIH/SIDA durante el periodo del estudio previo consentimiento de las mismas.

Se inició el cuestionario con preguntas generales (demográficas) fáciles de contestar, para luego continuar con preguntas dirigidas a lo que se estaba buscando, Es necesario indicar que se categorizaron las respuestas utilizando los siguientes términos:

Regularmente que significa: de manera regular, cada vez, periódicamente.

A veces: alguna vez, en forma esporádica.

Siempre: en todo el tiempo, constantemente

Nunca: en ningún tiempo, ninguna vez.

Para realizar la investigación se tomó como base la guía para el Desarrollo de la Investigación en Salud y Normas de ética (38).

La aplicación del cuestionario a Trabajadoras Sexuales Comerciales VIH positivas y a PVV mujeres se realizó con el consentimiento informado, respetando el principio de autonomía acorde a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) (32).

4.2.2. Tamaño de la muestra

Cálculo de la muestra para el grupo de referencia de Trabajadoras Sexuales Comerciales.

Tratándose de una muestra probabilística (bajo un enfoque cuantitativo) se tomo un número determinado de unidades muestrales para conformar la muestra n que asegure un error estándar de 5.105%, el cálculo de la muestra se realizó en el programa Epifo 2002 (Stalcalc) y Epidata para mayor seguridad.

Donde:

N =Población de Trabajadoras Sexuales Comerciales

n = tamaño de la muestra

Datos:

$N=3850$ TSC Registradas

Proporción en la población = 0.50

Presición absoluta error de muestreo =5 % (definido voluntariamente)

Nivel de confianza bilateral	Tamaño de la muestra " n "
------------------------------	------------------------------

1- 0.99	538
---------	-----

1-0.95	332
--------	-----

1- 0.90	240
---------	-----

Nivel de confianza 0.95	332
--------------------------------	------------

Se realizó la encuesta a 332 TSC

4.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

Trabajadoras Sexuales Comerciales y Personas que Viven con VIH del sexo femenino de 18 a 45 años, capaces de otorgar el consentimiento informado mediante la firma en el encabezado de cada encuesta , donde se explicaba el objetivo del presente trabajo de investigación, antes de que se la incluya en la misma.

Criterios de exclusión

Trabajadoras sexuales menores de 18 años y mayores de 45 años.

Participación simultánea en otros estudios similares.

Trabajadoras Sexuales y Personas que Viven con VIH del sexo femenino no capaces o no deseosas de otorgar el consentimiento informado.

4.2.4. Análisis y procesamiento de datos

Concluidas las encuestas, se construyó una base de datos utilizando el programa Excel, para garantizar la calidad de los datos se realizó doble entrada de datos.

Se plantearon los resultados en una tabla de dos vías, que permitieron analizar dos variables dicotómicas mediante las pruebas estadísticas Chi cuadrado. Este procedimiento se realizó en el programa Epiinfo 2002 importando para ello los datos tabulados del programa Excel.

Es necesario aclarar que a través de la construcción de la tabla de dos vías se midió la prevalencia de infección en las expuestas en comparación con las no expuestas a los diferentes factores de riesgo, no se tiene un denominador poblacional, las 30 son todas positivas no hay denominador, el denominador se construyó colocando prevalencia de infección en las expuestas (el total de positivas expuestas sobre el total de expuestas) y se comparó con prevalencia de infección en las no expuestas (el total de positivas sobre el total de las no expuestas), la razón de estas dos prevalencias es la medida de asociación que se estimó.

4.2.5. Definición operacional de variables

Para el cumplimiento del Objetivo 1 se tomaron en cuenta las siguientes variables

“Describir los factores sociodemográficos en PVV del sexo femenino y TSC VIH positivas de los municipios de La Paz y Santa Cruz”

Lugar de origen

Cantidad de PVV del sexo femenino y TSC originarias del área rural y urbana, y/o del exterior del país

Urbano- rural- extranjero

Actividad actual

Cantidad de PVV del sexo femenino y TSC que tienen alguna actividad o acción, o tarea propia

Ama de casa- comerciante- profesional- estudiante- trabajadora sexual comercial

Estado Civil

Cantidad de PVV del sexo femenino y TSC en una situación civil

Casada- Soltera- Conviviente- Divorciada

Edad

Cantidad de PVV del sexo femenino y TSC que pertenecen a un grupo etéreo

18-24; 25-31; 32-38; 39-45.

Para el cumplimiento del objetivo 2 se tomaron en cuenta las siguientes variables

“Identificar si las PVV adquirieron previamente una Enfermedad de Transmisión sexual (ITS), o estuvieron expuestas a otros factores de riesgo relacionados con su actividad sexual, o consumo de alcohol u otro tipo de sustancias”

Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS)

Cantidad de mujeres PVV y TSC que tuvieron ITS

Si

No

Ingesta de Alcohol

Cantidad de mujeres PVV y TSC que acostumbran a ingerir alguna bebida alcohólica.

Regularmente- A veces- Siempre- Nunca

Uso de sustancias psicoactivas

Cantidad de mujeres PVV y TSC que usaron algún tipo de droga.

Regularmente- A veces Siempre- Nunca

Para el cumplimiento del objetivo 3 se tomaron en cuenta las siguientes variables:

“Explorar la asociación estadística de la prevalencia de infección por el VIH entre mujeres positivas a esta infección y en TSC expuestas a diferentes factores de riesgo, sociodemográficos y de comportamiento sexual en comparación con las no expuestas”

Comportamiento sexual referido al uso de preservativo

Cantidad de mujeres PVV y TSC que usaron preservativo durante su relación sexual.

Regularmente- A veces - Siempre- Nunca

Enfermedades de Transmisión sexual

Cantidad de mujeres PVV y TSC que tuvieron una ITS se protegieron mediante el uso del preservativo (Condón)

Regularmente- A veces- Siempre- Nunca

Ingesta de alcohol

Cantidad de mujeres PVV y TSC que con ingesta de alcohol utilizaron el condón en sus relaciones sexuales

Regularmente- A veces- Siempre- Nunca

Uso de sustancias psicoactivas

Cantidad de mujeres PVV y TSC que utilizaron drogas y usaron protección (condón) en sus relaciones sexuales

Regularmente- A veces- Siempre- Nunca

Cuando no utiliza el preservativo (condón)

Circunstancias en las que las mujeres PVV y TSC no utilizaron el condón en sus relaciones sexuales

Para el cumplimiento del objetivo 4 en PVV se tomaron en cuenta las siguientes variables

“Indagar en el conocimiento de las mujeres infectadas, de las Trabajadoras Sexuales Comerciales sobre la prevención del VIH/SIDA.

Cantidad de mujeres PVV y TSC que conocen y entienden como se transmite el VIH/ SIDA

Si sabe que es el Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida (SIDA)

Si No

Si sabe como se transmite el Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida (SIDA)

Si No

4.2.6. Indicadores utilizados

Los indicadores que se utilizaron para realizar el estudio y el análisis posterior fueron la prevalencia de Personas que Viven con VIH del sexo femenino la Razón de Prevalencia.

4.3. Enfoque cualitativo

Para dar cumplimiento al objetivo

- Profundizar en las percepciones, actitudes y en la interrelación de los factores de riesgo relacionados a las prácticas de comportamientos sexuales de las mujeres infectadas con el VIH y las TSC sobre para la enfermedad y alternativas de prevención.

Se realizó un estudio cualitativo, en Personas que Viven con VIH (PVV) femeninas y Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) en los Municipios de La Paz y Santa Cruz.

4.3.1. Tipo de estudio para la Investigación cualitativa

El tipo de estudio fue etnográfico, aplicando para ello una entrevista en profundidad, que permitió ir más allá del dato estadístico, con el fin de aclarar, conocer y comprender en profundidad lo subjetivo del tema, tener una primera aproximación sobre la interrelación entre factores específicamente socioculturales, de comportamiento sexual, normas de juicio de las mujeres en estudio, sus propias prácticas, vivencias dentro de un contexto determinado.

4.3.2. Universo y Muestra

Se implementaron 30 entrevistas individuales a mujeres PVV en el Municipio de La Paz y Santa Cruz. Se ubicaron a las PVV a través de los centros epidemiológicos departamentales y grupos de ayuda voluntaria y, a TSC por medio de la consulta médica en dichos centros, posteriormente se las visitaba en su lugar de trabajo (salas de masaje, club nocturno, casas de citas).

Se inició el muestreo por medio de los registros existentes en los centros Piloto La Paz y CENETROP Santa Cruz.

El tamaño de la muestra para la parte cualitativa fue definido durante el proceso de toma de datos, ya que las PVV se brindaron voluntariamente para el estudio, por lo cual el universo está representado por las 30 mujeres.

Para el grupo de referencia se optó por una selección de muestreo Sistemático a partir de la muestra tomada para el estudio cuantitativo de 332 TSC; donde se enumeraron todos los elementos de la población, de los cuales se eligieron n elementos para la muestra, llegándose a entrevistar a 27 TSC hasta que la información se sature.

4.3.3. Selección Sistemática de elementos muestrales.

A pesar de no ser necesario este tipo de selección, se realizó el siguiente cálculo:

Donde $K = N/n$

Entonces $K = \frac{3850}{332 \text{ TSC}} \approx 11,59$ es decir 12 observaciones

Para garantizar un muestreo aleatorio, el intervalo es igual a 12 a partir de éste número se contaron las demás es decir:

12-24-36-48-60-72-84-96-108-120-132-144-156-168-180-192-204-216-228-
240-252-264-276-288-300-312-324.

Se entrevistaron a 27 Trabajadoras sexuales comerciales y 30 Personas que Viven con VIH sexo femenino.

4.3.4. Técnicas de Recolección de Información

Entrevistas en profundidad a PVV y TSC. Cada entrevista fue tomada con autorización de la misma persona a la cual se le asignó un código literal y numeral para asegurar confidencialidad, la entrevista se la realizó en los centros de ayuda voluntaria, en ambos municipios, llevando para ello un diario de campo como técnica de observación (un fragmento se halla en Anexo 5) tiempo aproximado de cada entrevista fue de 20 a 90 min.

Como se realizó la entrevista:

Una vez que la candidata a la entrevista daba su aprobación se procedía a iniciar con el cuestionamiento, tratando siempre de realizar las preguntas de forma neutral, evitando orientar a la persona interrogada, dando curso a un interrogatorio abierto, donde las respuestas se iban acomodando en lo posible a la guía de la entrevista, no llevando un orden riguroso. Por tratarse de un tema delicado (no todas las personas hablan abiertamente de su relación sexual) si se notaba que existía un vacío en alguna respuesta en el curso de la entrevista se trataba de pedir aclaraciones al respecto si es que la persona entrevistada deseaba aclarar, en otros casos no se pedía mas datos tratando de ser discreta.

También se observó las expresiones de las participantes, escuchando atentamente las opiniones vertidas, tomando nota textual.

Para realizar la entrevista se utilizó una “guía de entrevista” que toca los puntos siguientes:

- La Percepción de las PVV y TSC sobre la transmisión de VIH
- Medidas de prevención que adoptaron las PVV y TSC en sus relaciones sexuales para no infectarse con el virus de VIH.
- La percepción de las entrevistadas ante una conducta sexual de riesgo.

Las preguntas de la entrevista en profundidad se hallan en Anexo 6

4.3.5. Cuestiones de la investigación

La epidemia del VIH /SIDA ha hecho mella en la vida de las mujeres principalmente entre aquellas cuya dependencia económica del hombre y condición social desfavorecida las privan de la fuerza necesaria para rechazar conductas de riesgo o negociar la adopción de medidas de prevención, por lo que será importante profundizar en las percepciones de las Personas que Viven con VIH del sexo femenino (PVV), y Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC), teniendo en cuenta los diferentes papeles sociales que desempeñan las mujeres en nuestro país. Fueron elegidos para el presente estudio dos municipios: La Paz y Santa Cruz, ambos en sus áreas urbanas.

Por lo expuesto, se llegó a las siguientes cuestiones

- ¿Cual es la percepción de las PVV y TSC del sexo femenino sobre la transmisión del VIH?
- ¿Que medidas de prevención adoptaron estas mujeres para no infectarse con el VIH?
- ¿Que circunstancias específicas hicieron que las PVV del sexo femenino se infectaran con el VIH?
- ¿Cual la percepción de las entrevistadas ante una conducta sexual de riesgo?

4.3.6. Triangulación de datos

Para asegurar la validez de los resultados obtenidos en la investigación, se ha realizado la triangulación siguiente:

- **De Datos** Utilizando como fuente las entrevistas a las PVV y TSC en los municipios de La Paz y Santa Cruz.
- **De Técnicas** la entrevista, la observación y el diario de campo.

4.3.7. Análisis de la información

En un inicio se realizó un análisis sistemático del conjunto de datos obtenidos, donde se entrelazaron los datos mas usuales, sacando un dato común de todas las entrevistas, este tipo de análisis se lo obtuvo analizando pregunta por pregunta, y luego se procedió a realizar la misma operación con los datos inusuales, de esta manera se obtuvieron conceptos claros acerca de tema.

Se obtuvo un concepto básico de todos los factores involucrados en transmisión de VIH en PVV mujeres en ambos municipios poniendo énfasis en las diferencias, similitudes y especificidades, lo mismo se realizó con las TSC mujeres.

Se realizó también un mapeo estructurado para cada codificación contemplando hallazgos y conclusiones, para luego emitir las mismas añadiendo recomendaciones.

4.3.8. Procesamiento de datos

Transcripción : de las entrevistas, es necesario hacer notar que el lenguaje fue textual y no se omitieron expresiones manifestadas.

Codificación: contempló, la eliminación de preguntas, la segmentación de párrafos, la selección de la idea principal entre comillas a quien pertenecía, al inicio de cada segmento ideas, fuerzas desde un punto de vista personal.

Mapeo: donde se volcó el proceso de codificación, tomando en cuenta las variables del estudio, con la finalidad de encontrar similitudes, diferencias y especificidades.

4.4. Alcances y delimitaciones

4.4.1. Alcances

Con el fin de indagar sobre el tema mujer y VIH, poder obtener información sobre el problema planteado, los hallazgos de este estudio permiten sugerir hipótesis para otros estudios, de esta manera se podrán establecer prioridades para investigaciones futuras.

Los hallazgos cualitativos explorados permitirán aclarar, dar voz a lo que a menudo permanece callado, priorizando así conocer en profundidad lo subjetivo del tema, comprender e interpretar las diferentes actitudes, prácticas de comportamientos sexuales de riesgo en las mujeres de estudio.

4.4.2. Delimitaciones

El estudio tan solo pretende realizarse en dos Municipios de Bolivia.

Por ser problema delicado no se podrá investigar otros factores íntimos asociados al VIH.

El grupo de referencia no es representativo de las mujeres de la población general sino de un grupo de trabajadoras sexuales VIH negativas, población de mayor riesgo que la población general.

Los sesgos de confusión, no fueron valorados en este tipo de estudio.

CAPITULO V.

5. RESULTADOS.

5.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION CUANTITATIVA

CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH SEXO FEMENINO. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ DICIEMBRE 2004.

CUADRO 1

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN LUGAR DE ORIGEN. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ DICIEMBRE 2004

LUGAR DE ORIGEN	PVV	TSC	TOTAL
La Paz	9 30.0%	205 61.7%	214 59.1%
Santa Cruz	14 46.7%	105 31.6%	119 32.9%
Extranjera	2 6.7%	8 2.4%	10 2.8%
Migrante de Provincia	5 16.7%	14 4.2%	19 5.2%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas según lugar de origen, 9 (30.0%) son de La Paz 14 (46.7%) de Santa Cruz, 2 (6.7%) son extranjeras de la República Argentina y 5 (16.7%) son PVV mujeres migrantes de provincia (Montero en Santa Cruz y, Los Yungas en La Paz).

De un total de 332 Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) encuestadas, 201(61.7%) son de La Paz, 105 (31.6%) de Santa Cruz, 8 (2.4%) extranjeras procedentes de Argentina y Brasil y 14 (4.2%) TSC migrantes de provincia (Yapacaní en Santa Cruz, Viacha, Los Yungas en La Paz) datos corroborados por los registros y observación directa.

CUADRO 2
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN SEGUN
ESTADO CIVIL. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ
DICIEMBRE 2004

ESTADO CIVIL	PVV	TSC	TOTAL
Soltera	8 26.7%	163 49.1%	171 47.2%
Casada	10 33.3%	47 14.1%	57 15.7%
Concubina	8 26.7%	87 26.2%	95 26.2%
Divorciada	4 13.3%	35 10.5%	39 10.8%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas según estado civil, 8 (26.7%) son solteras 10 (33.3%) son casadas, 8 (26.7%) concubinas o convivientes 4 (13.3%) son PVV divorciadas. De un total de 332 Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) encuestadas, 163 (49.1%) son solteras, 47 (14.1%) son casadas, 87 (26.7%) son concubinas, y 35 (10.5%) son TSC divorciadas.

CUADRO 3
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN GRUPO
ETAREO. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ DICIEMBRE
2004.

EDAD	PVV	TSC	TOTAL
18-24	2 6.7%	158 47.6%	160 44.2%
25-31	20 66.6%	160 48.2%	180 49.7%
32-38	6 20.0 %	11 3.3%	17 4.7%
39-45	2 6.7%	3 0.9%	5 1.4%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

Fuente: Registros de Centros Epidemiológicos Departamentales de La Paz, Santa Cruz y Programa de Nacional de ITS/VIH SIDA.

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas según grupo etáreo, 2 (6.7%) son de 18 a 24, 20 (66.6%) son de 25 a 31 años, 6 (20%) son de 32 a 38 años y 2 (6.7%) son PVV de 39 a 45 años de edad.

De un total de 332 Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) encuestadas, 158 (47.6%) son 18 a 24 años de edad, 160 (48.2%) son de 25 a 31 años, 11(3.3%) son de 32 a 38 años, y 3 (0.9%) son TSC de 39 a 45 años de edad.

CUADRO 4
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN ACTIVIDAD
ACTUAL. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ DICIEMBRE
2004.

ACTIVIDAD	PVV	TSC	TOTAL
Ama de casa	5 16.7%	53 15.9%	58 16.0%
Comerciante	4 13.3%	186 56.0%	190 52.5%
Profesional	9 30.0%	45 13.6%	54 14.9%
Estudiante	4 13.3%	37 11.1%	41 11.3%
<u>TSC</u>*	8 26.7%	11 3.3%	19 5.2%
TOTAL	30 100%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas según actividad actual, 5 (16.7%) son amas de casa, 4 (13.30%) son comerciantes, 9 (30%) tiene alguna profesión y 4 (13.30%) son estudiantes de la Universidad, 8 (26.7%) son ex Trabajadoras Sexuales Comerciales*.

De un total de 332 Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) encuestadas, 53 (15.9%) son amas de casa, 186 (56.0%) también se dedican al comercio, 45 (13.6%) cuentan con alguna profesión, y 11 (3.3%) se dedican solo al Trabajo Sexual Comercial.

*Nota: En el presente estudio se identificó a éstas PVV como Trabajadoras Sexuales Comerciales "TSC" porque se infectaron con VIH siendo TSC, con el fin de distinguirlas de las otras PVV mujeres que participaron en la encuesta cuya actividad es diferente, puesto que nunca se dedicaron al Trabajo Sexual según afirmaron en la entrevista y encuesta.

Vale aclarar que actualmente las PVV "TSC" son mujeres que se dedican al comercio y a otras actividades.

CUADRO 5
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE PRESENTARON
UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS). MUNICIPIOS DE
LA PAZ Y SANTA CRUZ DICIEMBRE 2004.

ITS	PVV	TSC	TOTAL
Si	20 66.7%	131 39.4%	151 41.7%
No	10 33.3%	201 60.5%	211 55.5%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

Fuente: Registros de Centros Epidemiológicos Departamentales de La Paz, Santa Cruz y Programa de Nacional de ITS/VIH SIDA.

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas 20 (66.7%) tuvieron una ITS, 10 (33.3%) no tuvieron una ITS datos corroborados por registros de los Centros Epidemiológicos Departamentales de La Paz y Santa Cruz.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 131 (39.4%) tuvieron una ITS, y 201 (60.5%) no tuvieron una ITS, también se corroboraron los datos con los registros en los Centros Epidemiológicos en ambos municipios.

CUADRO 6**PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN HABITOS DE INGESTA DE ALCOHOL. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ, DICIEMBRE 2004.**

INGESTA DE ALCOHOL	PVV	TSC	TOTAL
Regularmente	5 16.7%	51 15.4%	56 15.5%
A veces	17 56.7%	172 51.8%	189 52.2%
Siempre	* -	8 2.41%	8 2.2%
Nunca	8 26.7%	101 30.4%	109 30.1%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas 5 (16.7%) tenían la costumbre de ingerir alguna bebida alcohólica en forma regular, 17 (56.7%) respondieron que a veces acostumbraban ingerir alguna bebida alcohólica y, 8 (26.7%) respondieron que nunca habían ingerido alguna bebida alcohólica.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 51 (15.4%) respondieron que regularmente acostumbran ingerir bebidas alcohólicas 172 (51.8%) lo hacen a veces, 8 (2.41%) respondieron que siempre acostumbran ingerir alguna bebida alcohólica y 101 (30.4%) respondieron que nunca ingieren bebida alcohólica.

* La raya (-) significa que la persona encuestada no dio respuesta a la pregunta específica.

CUADRO 7.**PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN HABITOS DE USO DE DROGA. MUNICIPIOS DE LA PAZ Y SANTA CRUZ, DICIEMBRE 2004.**

USO DE DROGA	PVV	TSC	TOTAL
Regularmente	1 3.3%	* —	1 0.3%
A veces	4 13.3%	22 6.6%	26 7.2%
Siempre	2 6.7%	1 0.3%	3 0.8%
Nunca	23 76.7%	309 93.0%	332 92.0%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas según uso de droga, 1 (3.3%) tenía la costumbre de utilizar algún tipo de droga en forma regular, 4 (13.3%) respondieron que a veces acostumbraban utilizar algún tipo de droga y, 23 (76.7%) respondieron que nunca utilizaron drogas de ningún tipo.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 22 (6.6%) respondieron que a veces utilizan algún tipo de droga, 1 (0.3%) lo hace siempre, y 309 (93%) respondieron que nunca utilizan droga.

* La raya (-) significa que la persona encuestada no dio respuesta a la pregunta específica.

CUADRO 8.
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE UTILIZARON
CONDON EN SUS RELACIONES SEXUALES

USO DE CONDON	PVV	TSC	TOTAL
A veces	14 46.7%	10 3.0%	24 6.6%
Siempre	3 10.0%	322 97.0%	325 89.8%
Nunca	13 43.3%	–	13 3.6%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

En relación al uso de condón en las relaciones sexuales.

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas, 14 (46.7%) a veces utilizaban condón en sus relaciones sexuales, 3 (10%) respondieron que siempre utilizaban condón en sus relaciones sexuales, 13 (43.3%) respondieron que nunca habían utilizado condón en sus relaciones sexuales.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 10 (3.0%) respondieron que a veces utilizan condón en sus relaciones sexuales, 322 (97.0%) utilizan siempre condón en sus relaciones sexuales.

CUADRO 9.
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y
TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE UTILIZARON
CONDON EN SUS RELACIONES SEXUALES, HABIENDO TENIDO
UNA ITS. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ; DICIEMBRE 2004.

USO CONDON CON ITS	PVV	TSC	TOTAL
Si	18 60%	51 15.4%	69 19%
No usaron condón	2 6.7%	80 24.1%	82 22.6%
No tuvieron ITS	10 33.3%	201 60%	211 58.3%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas, 18 (60%) respondieron que utilizaban condón en sus relaciones sexuales habiendo tenido una ITS, 2(6.7%) respondieron que no utilizaban condón en sus relaciones sexuales y, 10 (33.3%) no tuvieron una ITS.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 51 (15.4%) respondieron que utilizan condón en sus relaciones sexuales si tienen una ITS, 80 (24.1%) no utilizan condón en sus relaciones sexuales, y 201 (60.5%), no tuvieron una ITS.

CUADRO 10.**PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE UTILIZARON CONDÓN EN SUS RELACIONES SEXUALES HABIENDO CONSUMIDO ALGUN TIPO DE DROGA. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ, DICIEMBRE 2004.**

USO DE CONDÓN CON DROGA	PVV	TSC	TOTAL
Regularmente	—	5 1.51%	5 1.4%
A veces	3 10.0%	6 1.81%	9 2.5%
Siempre	2 6.7%	8 2.41%	10 2.8%
Nunca	2 6.7%	4 1.2%	6 1.7%
No consumían droga	23 76.7%	309 93.0%	332 91.7%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas, 3 (10.0%) respondieron que a veces utilizaban condón en sus relaciones sexuales habiendo consumido algún tipo de droga, 2 (6.7%) respondieron que siempre habían utilizado el condón en sus relaciones sexuales si consumieron algún tipo de droga, 2 (6.7%) respondieron que nunca utilizaron el condón en sus relaciones sexuales habiendo consumido algún tipo de droga y 23 (76.7%) no consumían droga.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 5 (1.51%) respondieron que utilizan condón en sus relaciones sexuales si consumen algún tipo de droga, 6 (1.81%) respondieron que a veces utilizan condón en sus relaciones sexuales si consumen algún tipo de droga, 8 (2.41%) respondieron que siempre utilizan el condón en sus relaciones sexuales si consumen algún tipo de droga 4 (1.2%) nunca utilizan el condón en sus relaciones sexuales si consumen algún tipo de droga y 309 (93%), no acostumbran a consumir droga.

CUADRO 11.

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE UTILIZARON CONDON EN SUS RELACIONES SEXUALES HABIENDO INGERIDO UNA BEBIDA ALCOHOLICA. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ. DICIEMBRE 2004.

USO DE CONDON CON ALCOHOL	PVV	TSC	TOTAL
Regularmente	-	48 14.4%	48 13.2%
A veces	10 33.3%	25 7.5%	35 9.6%
Siempre	8 26.7%	103 31%	111 30.7%
Nunca	6 20%	55 16.6%	61 17%
No acostumbran a ingerir bebida alcohólica	6 20%	101 30.4%	107 29.5%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas, 10 (33.3%) respondieron que a veces habían utilizado el condón en sus relaciones sexuales habiendo ingerido una bebida alcohólica y 8 (26.7%) siempre utilizaban condón en sus relaciones sexuales cuando ingerían una bebida alcohólica y 6 (20%) respondieron que nunca habían utilizado el condón en sus relaciones sexuales habiendo ingerido una bebida alcohólica y 6 no acostumbraban a ingerir bebida alcohólica..

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 48(14.4%) respondieron que utilizan condón en sus relaciones sexuales cuando ingieren alguna bebida alcohólica en forma regular, 25 (7.5%) respondieron que a veces utilizan condón en sus relaciones sexuales cuando ingieren alguna bebida alcohólica, 103 (31%) respondieron que siempre utilizan el condón en sus relaciones sexuales cuando ingieren alguna bebida alcohólica, 55 (16.6%) nunca utilizan el condón cuando consumen alguna bebida alcohólica y 101 (30.4%) no acostumbran a ingerir bebida alcohólica.

CUADRO 12.**PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES EN CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE NO UTILIZARON CONDÓN EN SUS RELACIONES SEXUALES. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ. DICIEMBRE 2004.**

NO UTILIZACIÓN DEL CONDÓN	PVV	TSC	TOTAL
Cuando bebía	10 33.3%	10 3.0%	20 5.5%
Con su pareja	7 23.3%	99 30.0%	106 29.2%
Cuando consumía droga	1 3.3%	2 0.6%	3 0.8%
Después de una fiesta	3 10.0%	2 0.6%	5 1.4%
Con su esposo	6 20%	8 2.4%	14 3.9%
Uso siempre	3 10.0%	211 63.5%	214 59.1%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

De un total de 30 Personas que Viven con VIH (PVV) del sexo femenino encuestadas, 10 (33.3%) respondieron que no utilizaban el condón en sus relaciones sexuales cuando ingerían alguna bebida alcohólica, 7 (23.3%) no utilizaban en condón en sus relaciones sexuales con su pareja, 1 (3.3%) respondió que no utilizaba en condón cuando consumía algún tipo de droga, 3 (10.0%) respondieron que no utilizaban el condón en sus relaciones sexuales después de una fiesta, 6 (20.0%) no utilizaban el condón en sus relaciones sexuales con su esposo, 3 (10.0%) respondieron que siempre utilizaban el condón en sus relaciones sexuales.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 10 (3.0%) respondieron que no utilizan condón en sus relaciones sexuales cuando ingieren alguna bebida alcohólica, 99 (30.0%) respondieron que no utilizan condón en sus relaciones sexuales con su pareja, 2 (0.6%)

respondieron que no utilizan el condón en sus relaciones sexuales cuando consumen algún tipo de droga, 2 (0.6%) no utilizan el condón después de una fiesta, 8 (2.4%) no utilizan el condón en sus relaciones sexuales con su esposo, 211 (63.5%) respondieron que siempre utilizan el condón en sus relaciones sexuales.

CUADRO 13.

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGUN CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ. DICIEMBRE 2004.

CONOCIMIENTO DE VIH SIDA	PVV	TSC	TOTAL
Si	27 90%	273 82.2%	300 82.9%
No	3 10%	59 17.8%	62 17.1%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

En relación a la pregunta si sabían que era el VIH / SIDA las PVV Mujeres respondieron; de un total de 30 Personas encuestadas, 27 (90%) sabían que era el VIH /SIDA y 3 (10%) respondieron que no sabían.

La pregunta de si saben que es el VIH/ SIDA a Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 273 (82.2%) respondieron que si saben y 59 (17.8%) respondieron que no saben que es el VIH/ SIDA.

CUADRO 14.

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DEL SEXO FEMENINO Y TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES SEGÚN CONOCIMIENTO DE TRANSMISION DEL VIH/ SIDA. MUNICIPIOS LA PAZ Y SANTA CRUZ. DICIEMBRE 2004.

CONOCIMIENTO DE TRANSMISION DE VIH/SIDA	PVV	TSC	TOTAL
Si	29 96.7%	273 82.2%	302 83.4%
No	1 3.3%	59 17.8%	60 16.6%
TOTAL	30 100.0%	332 100.0%	362 100.0%

En relación a la pregunta si conocían que era el VIH / SIDA las PVV Mujeres respondieron; de un total de 30 Personas encuestadas, 29 (96.7%) conocían que era el VIH /SIDA y 1 (3.3) respondieron que no conocían.

La pregunta de si conocen que es el VIH/ SIDA a Trabajadoras Sexuales Comerciales, de un total de 332 encuestadas 273 (82.2%) respondieron que si conocen y 59 (17.8%) respondieron que no conocen.

CUADRO 15
PREVALENCIA Y RAZONES DE PREVALENCIA DE PVV Y TSC
MUNICIPIOS LA Y SANTA CRUZ DICIEMBRE 2004

Variable	% prevalencia PVV	% prevalencia TSC	Razón de Prevalencia	IC	Rango	P chi2
Uso de condón						
A Veces	(14) 58.3	(10) 41.7	63.2 0.01	95%	19.5-204 0.00-0.03	0.0000
Siempre	(3) 0.9	(322) 99.1				
Nunca	(13) 100					
Hábitos de Alcohol						
Regularmente	(5) 8.9	(51) 91	0.99 1.2	95%	0.38-2.57 0.10-1.39	0.7916
A veces	(17) 9	(178) 91				
Siempre	(8) 100	(8) 100				
Nunca	(8) 7.4	(101) 93				
Habiendo ingerido alcohol usó condón en sus relaciones sexuales						
Regularmente		(48) 100	3.9 0.72	95% 95%	1.7-9.26 0.27-2.01	0.000 0.000
A veces	(10) 28.6	(25) 71				
Siempre	(8) 7.2	(103) 93				
Nunca	(6) 10	(55) 90				
no acostumbra a ingerir	(6) 5.6	(101) 94				
Uso de droga						
Regularmente	(1) 100		6.5 0.23 9.6	95%	2.6-16.0 0.07-0.77 3.9-23.5	0.0000
A Veces	(4) 15.4	(22) 84.6				
Siempre	(2) 66.7	(1) 33.3				
Nunca	(23) 6.9	(309) 93				
Habiendo consumido droga usó condón en sus relaciones sexuales						
Regularmente		(5) 100	1.66 0.60	95%	0.36-7.8 0.11-3.2	0.0018
A veces	(3) 33.3	(6) 66.7				
Siempre	(2) 20	(8) 80				
Nunca	(2) 33.3	(4) 66.7				
Nunca consumió droga	(23) 7	(309) 93				
Tuvo ITS						
Si	(20) 13.2	(131) 87	2.79	95%	1.35-5.8	0.003
No	(10) 4.7	(201) 95.2				

**PREVALENCIA Y RAZONES DE PREVALENCIA DE PVV Y TSC
MUNICIPIOS LA Y SANTA CRUZ DICIEMBRE 2004**

Variable	% prevalencia PVV	% prevalencia TSC	Razón de Prevalencia	IC	Rango	P chi2
Uso de condón						
A Veces	(14) 58.3	(10) 41.7	63.2 0.01	95%	19.5-204 0.00-0.03	0.0000
Siempre	(3) 0.9	(322) 99.1				
Nunca	(13) 100					
Hábitos de Alcohol						
Regularmente	(5) 8.9	(51) 91	0.99 1.2	95%	0.38-2.57 0.10-1.39	0.7916
A veces	(17) 9	(178) 91				
Siempre	(8) 7.4	(8) 100				
Nunca	(8) 7.4	(101) 93				
Habiendo ingerido alcohol usó condón en sus relaciones sexuales						
Regularmente		(48) 100	3.9 0.72	95% 95%	1.7-9.26 0.27-2.01	0.000 0.000
A veces	(10) 28.6	(25) 71				
Siempre	(8) 7.2	(103) 93				
Nunca	(6) 10	(55) 90				
no acostumbra a ingerir	(6) 5.6	(101) 94				
Uso de droga						
Regularmente	(1) 100		6.5 0.23 9.6	95%	2.6-16.0 0.07-0.77 3.9-23.5	0.0000
A Veces	(4) 15.4	(22) 84.6				
Siempre	(2) 66.7	(1) 33.3				
Nunca	(23) 6.9	(309) 93				
Habiendo consumido droga usó condón en sus relaciones sexuales						
Regularmente		(5) 100	1.66 0.60	95%	0.36-7.8 0.11-3.2	0.0018
A veces	(3) 33.3	(6) 66.7				
Siempre	(2) 20	(8) 80				
Nunca	(2) 33.3	(4) 66.7				
Nunca consumió droga	(23) 7	(309) 93				

**PREVALENCIA Y RAZONES DE PREVALENCIA DE PVV Y TSC
MUNICIPIOS LA Y SANTA CRUZ DICIEMBRE 2004**

Tuvo ITS						
Si	(20) 13.2	(131) 87				0.003
No	(10) 4.7	(201) 95.2	2.79	95%	1.35-5.8	
Habiendo tenido ITS uso condón en sus relaciones sexuales						
Si	(18) 26	(51) 96				0.011
No	(2) 2.4	(80) 82	0.21	95%	0.05-0.81	
No tuvo ITS	(10) 4.7	(201) 95.2				
Cuándo no usó Condón						
Cuando bebía	(10) 50	(10) 50				0.0000
Con su pareja	(7) 6.60	(99) 93	7.6	95%	3.27-17.53	
Cuando consumo droga	(1) 33.3	(2) 66.6	0.2		0.03-1.14	
Después de fiesta	(3) 60	(2) 40	0.56		0.10-3.21	
Con su esposo	(6) 42.8	(8) 57	1.4		0.55-3.57	
Uso Siempre	(3) 1.4	(211) 99	30.6		8.5-109.5	
Cuándo no usó Condón						
anteriores respuestas	(27) 18.2	(121) 82				0.0000
Usó Siempre	(3) 1.4	(211) 98.6	13.01	95%	4.02-42.1	
Conocimiento						
Si	(27) 9	(273) 91				0.2730
No	(3) 4.8	(59) 95	1.87	95%	0.58-5.94	
Conocimiento de transmisión						
Si	(29) 9.6	(273) 90				0.0416
No	(1) 1.7	(59) 98	5.76	95%	0.80-41.49	

5.2. DISCUSIÓN

En relación a los factores sociodemográficos los resultados muestran que:

- La prevalencia de infección de VIH en las Personas que Viven con VIH (PVV) de los municipios de La Paz y Santa Cruz es menor que de las mujeres de origen extranjero, 7.95% y 20% respectivamente. A la vista de los resultados la diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa para pchi², probablemente se deba a una variación de muestro (por el pequeño tamaño de muestra de las PVV mujeres extranjeras).
- La razón de prevalencia es 0.39 indicando que la prevalencia de VIH en las PVV del sexo femenino en ambos municipios La Paz y Santa Cruz es menor que la prevalencia de PVV mujeres extranjeras.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC), la prevalencia de infección de VIH es de 92% para las TSC de ambos municipios y 80% para las TSC de origen extranjero.

Comparando PVV mujeres de ambos municipios con PVV mujeres migrantes de provincia.

- La prevalencia de infección por VIH en PVV mujeres para ambos municipios es 6.9% y para PVV mujeres migrantes de provincia es 26.3%.
- La razón de la prevalencia (Rp) es 0.26 menor a 1 con un rango de (0.11 – 0.71) IC. 95%, indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres en ambos municipios es menor que la prevalencia de PVV mujeres migrantes de provincia.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC), la prevalencia de infección de VIH es de 93.1% para las TSC de ambos municipios y 73.7% para TSC migrantes de provincia.

Existe diferencia significativa (el valor de pchi2 es 0.004 menor a 0.05) por lo tanto, la diferencia es estadísticamente significativa.

En relación la característica demográfica que mostró mayor prevalencia en mujeres PVV migrantes de provincia en relación a mujeres PVV de ambos municipios (La Paz y Santa Cruz). Este resultado podría estar asociado a factores que contribuyen indirectamente en la difusión del VIH/SIDA: Económicos, (desocupación, pobreza, costo de preservativos) y demográficos (intensa urbanización, alta proporción de jóvenes y adultos). Tomando en cuenta que el tamaño de la muestra en la que se basan estos resultados es considerablemente pequeña (5 mujeres migrantes de un total 30 encuestadas) se debe sugerir, que es necesario realizar una investigación que privilegie a PVV mujeres migrantes para plantear acciones de política dirigida a la prevención del VIH priorizando sus características socioculturales y económicas.

PVV mujeres del municipio de La Paz en relación a PVV mujeres municipio de Santa Cruz :

- La prevalencia de infección de VIH de PVV mujeres de La Paz es 5.4% y para PVV mujeres de Santa Cruz es de 12.4 %.
Existe diferencia de prevalencia VIH en PVV mujeres de ambos municipios, por lo que el valor de pchi2 es menor a 0.05. La diferencia es estadísticamente significativa.
- La razón de prevalencia de la infección en mujeres PVV del Municipio de La Paz en relación a las mujeres PVV del Municipio de Santa Cruz es de 0.43 con rango de 0.21 a 0.80 IC.95%, indicando que la prevalencia de la infección en PVV mujeres del Municipio de La Paz, es menor que la prevalencia de PVV mujeres del municipio de Santa Cruz.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC), la prevalencia de infección de VIH es de 94.6% para las TSC del municipio de La Paz y 87.6% para TSC del municipio de Santa Cruz.

Los resultados obtenidos en la encuesta corroboran la información que reporta el Programa Nacional de VIH/SIDA, (año 2004) que indica un total de 119 casos de Personas que Viven con VIH notificadas en todo el país, Santa Cruz presenta una prevalencia de 24.67% (57 casos) y La Paz presenta una prevalencia de 5.8%(15 casos) (17).

Según actividad actual:

- La prevalencia de infección de VIH de PVV mujeres que fueron TSC es 42.1% y la prevalencia de PVV mujeres amas de casa de 26.3%.
La razón de prevalencia de la infección en PVV mujeres que fueron TSC en relación a las PVV amas de casa es de 1.6 (0.76-1.91) IC 95% indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres TSC es mayor en relación a la prevalencia de PVV mujeres amas de casa.
La prevalencia de PVV mujeres con alguna profesión es de 16.7%.
- La razón de prevalencia de la infección en PVV mujeres que fueron TSC en relación a las PVV con alguna profesión es de 2.53 (1.14-5,6) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres TSC es mayor en relación a la prevalencia de PVV mujeres con alguna profesión. La enfermedad es mas frecuente en las TSC que estuvieron expuestas en relación a las mujeres con alguna profesión
La prevalencia de PVV mujeres que estudian en la universidad, es de 9.8%.
- La razón de prevalencia de la infección en PVV mujeres que fueron TSC en relación a las PVV estudiantes de la universidad es de 4.3 (1.48-12.58) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres TSC es mayor en relación a la prevalencia de PVV mujeres estudiantes.

La prevalencia de PVV mujeres que se dedican al comercio es de 2.1%

- La razón de prevalencia de la infección en PVV mujeres que fueron TSC en relación a las PVV que se dedican al comercio es de 20% (6.63-60.13) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres que fueron TSC es mayor en relación a la prevalencia de PVV mujeres que se dedican al comercio.

En relación a las Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC):

La prevalencia de infección de VIH para TSC que también se dedican a las labores del hogar es de 57.9%; para las TSC que cuentan con alguna profesión la prevalencia es de 91.4%, para las TSC que son estudiantes de la universidad la prevalencia es de 90.1% y, para las TSC que se dedican al comercio la prevalencia es de 98%.

Para este análisis, existe diferencia de prevalencias VIH en PVV mujeres y TSC, por lo que el valor de χ^2 es menor a 0.05. La diferencia es estadísticamente significativa.

Esta característica sociodemográfica arrojó resultados que nos llevan a recordar que el VIH/SIDA es una enfermedad que se transmite principalmente por vía sexual, y por tanto tiene directa relación con el comportamiento sexual de las personas, sea cual fuere su preferencia sexual, nivel educativo u ocupación. Esta afirmación está corroborada por los datos del programa de VIH/SIDA que muestra que en 18% de casos notificados de VIH/SIDA, las personas tenían un nivel de educación superior, un 37% nivel medio y un 24% nivel intermedio (17).

Según Estado Civil:

- La prevalencia de infección de VIH de PVV mujeres que solteras es 4.7%; la prevalencia de PVV mujeres casadas es 17.5%.
La razón de prevalencia de la infección en PVV mujeres solteras en relación a las PVV mujeres casadas es 0.27 (0.11-0.64) IC 95%

indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres solteras es menor en relación a la prevalencia de PVV mujeres casadas.

La prevalencia de infección de VIH para PVV mujeres concubinas es de 8.42%; la prevalencia de infección de VIH para PVV mujeres divorciadas es de 10.2%.

- La razón de prevalencia de la infección en PVV mujeres casadas en relación a las PVV mujeres concubinas es 2.1 (0.87-4.97) IC.95% indicando que la prevalencia de infección en PVV mujeres casadas es mayor en relación a la prevalencia de PVV mujeres concubinas.

En relación a las TSC, solteras la prevalencia de infección de VIH es de 95.3%, TSC casadas la prevalencia de infección de VIH es de 82.4%, TSC concubinas la prevalencia de infección de VIH es de 91.6% y de TSC divorciadas, la prevalencia de infección de VIH es de 89.7%

Para este análisis, existe diferencia de prevalencias VIH en PVV mujeres y TSC, por lo que el valor de χ^2 es (0.022) menor a 0.05. La diferencia es estadísticamente significativa.

Existen factores que agravan dramáticamente la problemática de la mujer y del trabajo sexual, como ser causas económicas, la falta del núcleo familiar, el abandono de la pareja, embarazo no deseado y maltrato. Sin embargo habría que añadir los factores socioculturales, que también tienen un papel importante por la doble moral de muchas culturas que estimulan al hombre a tener múltiples parejas, la relación de dependencia económica en la mujer, machismo, infidelidad conyugal, negación del sexo seguro. Por lo expuesto, si se considera que la explotación sexual es el resultado de una estructura social, basada en la inferioridad del sexo femenino, su erradicación en la actualidad debería ser uno de los objetivos fundamentales de la lucha por la igualdad de derechos entre sexos como respuesta nacional.

Según grupo etáreo:

- La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres del grupo de 18-24 años de edad es de 1.2% frente a la prevalencia de PVV mujeres del grupo etáreo de 25-31 11.1%.
- La razón de prevalencia es 0.11 menor a 1 con rango que va desde 0.03 a 0.47 IC.95%, indicando que la prevalencia de infección de VIH de mujeres PVV del grupo etáreo de 18 -24 es menor que la prevalencia de infección de VIH del PVV mujeres de 25- 31 años.

La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres del grupo de 25-31 años de edad es de 11.10% frente a la prevalencia de PVV mujeres del grupo etáreo de 32-38, 35.3%.

- La razón de prevalencia es 0.31 (0.15-0.68) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección de VIH de mujeres PVV del grupo etáreo de 25-31 es menor que la prevalencia de infección de VIH del PVV mujeres de 32–38 años.

La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres del grupo de 39-45 años de edad es de 40%

- La razón de prevalencia es 0.88 (0.25-3.0) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección de VIH de mujeres PVV del grupo etáreo de 32-38 es menor que la prevalencia de infección de VIH del PVV mujeres de 39-45 años.

En relación a las TSC, la prevalencia de infección de VIH para el grupo etáreo de 18-24 es 98.7%%, TSC de 25-31 años de edad, la prevalencia de infección de VIH es 88.9%, TSC de 32-38 años de edad la prevalencia de infección de VIH es 65%% y de TSC de 39-45 años de edad la prevalencia de infección de VIH es 60%.

Para este análisis, existe diferencia de prevalencias VIH en PVV mujeres y TSC, por lo que el valor de pchi2 es (0.00002) menor a 0.05. La diferencia es estadísticamente significativa.

Estos resultados sugieren que las PVV mujeres del estudio se infectaron a edades tempranas en el grupo etareo de 32-38 (35.3%).

Los datos del Programa Nacional de ITS (2004) reportan a nivel nacional que entre 15 y 24 años se notificaron un 23.66% de casos, entre 25 y 34 años se notificaron un 40.09% y entre 35 a 44 años se notificaron 18.29% de casos (17). Según datos reportados por la OPS y el Ministerio de Salud el año 2002, la situación en Bolivia muestra que las mujeres representan el 27% de los adultos infectados con VIH, y la situación se agrava en los índices de infección en los jóvenes, de los que las mujeres representan un 35% de todos los jóvenes infectados (39).

En cuanto al uso del condón en las relaciones sexuales

- La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron haber utilizado siempre condón en sus relaciones sexuales es de 0.9% en relación a la prevalencia de infección de VIH del 100% en PVV mujeres que respondieron que nunca utilizaron condón en sus relaciones sexuales.
- La razón de prevalencia es 0.01 menor a 1, con un rango de 0.00 a 0.03 IC 95%, significa que la prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que siempre habían utilizado condón en sus relaciones sexuales es menor que la prevalencia de PVV mujeres que respondieron que nunca. La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron haber utilizado a veces condón en sus relaciones sexuales es de 58% en relación a la prevalencia de infección de VIH del 0.9% en PVV mujeres que respondieron que siempre utilizaron condón en sus relaciones sexuales.
- La razón de prevalencia es 63.2 existiendo un factor de protección , con un rango de 19.5 -204, IC 95%, significa que la prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que a veces habían utilizado condón en sus relaciones sexuales es mayor que la prevalencia de PVV mujeres que

respondieron que siempre habían utilizado el condón en sus relaciones sexuales. La enfermedad es mas frecuente en las PVV expuestas.

Para este análisis, la prueba es estadísticamente significativa, por lo que el valor de p de chi2 es (0.0000) menor a 0.05.

En los resultados de la encuesta, se verifica la relación directa en el uso del condón como medio para evitar el contagio del VIH/SIDA, , la efectividad de los preservativos tiene relación directa con su uso adecuado. Sin embargo, este porcentaje de riesgo debe ser superado con políticas que promocionen el sexo seguro, evitando el sexo con cualquier persona que pueda haber tenido una gran cantidad de parejas, para romper la cadena de transmisión.

En cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas

- La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron que acostumbraban a ingerir bebidas alcohólicas en forma regular es de 8.9% y la prevalencia de infección de VIH en las PVV mujeres que respondieron que nunca ingirieron bebidas alcohólicas es de 7.4%.
- La razón de prevalencia es de 1.20 mayor a 1 , rango (0.42 -3.55) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección de VIH para las PVV mujeres que acostumbraban en forma regular a ingerir bebidas alcohólicas es mayor en comparación a la prevalencia de PVV mujeres que nunca acostumbraban a ingerir bebidas alcohólicas.
Para este análisis la prueba es estadísticamente significativa donde el valor de p chi2 es 0.0000 menor a 0.05.
- La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron que a veces ingirieron una bebida alcohólica es de 9% en relación a las que respondieron que nunca acostumbraban a ingerir bebidas alcohólicas cuya prevalencia es de 7.4%.
- La razón de prevalencia es de 1.2 (0.10 –1.39) IC 95%, indicando que la prevalencia de infección de VIH para las PVV mujeres que

acostumbraban a veces ingerir bebidas alcohólicas es mayor en comparación a la prevalencia de PVV mujeres que respondieron nunca acostumbraban a ingerir bebidas alcohólicas. Para este análisis la prueba es estadísticamente significativa ya que el valor de p_{chi^2} es menor a 0.05.

En relación a la utilización del condón en las relaciones sexuales habiendo ingerido alguna bebida alcohólica:

- La prevalencia de infección de VIH que respondieron que a veces utilizaban condón en sus relaciones sexuales habiendo ingerido bebidas alcohólicas es de 28.6% y de las que siempre habían utilizado condón en sus relaciones sexuales en esas circunstancias es de 7.2%
- La razón de prevalencia es de 3.96 (1.7-9.26) IC 95% existiendo un factor de protección, indica que la prevalencia de infección en PVV mujeres que respondieron que a veces utilizaban condón en sus relaciones sexuales habiendo ingerido alguna bebida alcohólica es mayor que la prevalencia de las PVV mujeres que respondieron que siempre.

En relación a la prevalencia de PVV mujeres que respondieron que siempre utilizaban el condón en sus relaciones sexuales habiendo ingerido una bebida alcohólica (7.2%), frente a las que respondieron que nunca utilizaron el condón en esas circunstancias (10.1%); la razón de prevalencia es de 0.73 (0.27-2.01) IC 95% indicando que la prevalencia en PVV mujeres que respondieron siempre es menor a las que respondieron que a veces utilizaban el condón en sus relaciones sexuales.

Para este análisis la prueba es estadísticamente significativa ya que el valor de p_{chi^2} es menor a 0.05.

Es necesario enfatizar que el comportamiento sexual bajo la influencia del alcohol, es un comportamiento arriesgado, estudios realizados en otros países

señalan que los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol tenían una probabilidad 2.5 veces mayor de infectarse de VIH/SIDA e ITS, de no haber usado ninguna protección (3).

En relación al uso de droga

- La prevalencia de infección en PVV mujeres que en forma regular consumían algún tipo de droga es de 100% en relación a las que respondieron que a veces , cuya prevalencia es e 15.4%
- La razón de prevalencia es de 6.5% (2.4-16.0) IC 95% significa que la prevalencia e infección de VIH en PVV que en forma regular consumen droga es mayor a la prevalencia de las PVV mujeres que respondieron a veces.
- La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que siempre consumieron algún tipo de droga es de 66.7%. La razón de prevalencia es de 0.23 (0.07-0.77) IC 95%, significa que la prevalencia de PVV mujeres que respondieron a veces consumían droga es menor en relación a las que respondieron que siempre habían consumido droga. La prevalencia de infección de VIH en las PVV que respondieron que nunca habían consumido droga es de 6.9%. La razón de prevalencia es de 9,62 (3.94-23.48) IC 95% significa que la prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron que siempre acostumbraban a utilizar droga es mayor a la prevalencia de PVV mujeres que respondieron que nunca.

Para este análisis la prueba es estadísticamente significativa ya que el valor de pchi2 es 0.0000 menor a 0.05.

Las mujeres que consumen drogas que no se inyectan corren el riesgo de contraer el VIH al tener contacto con su compañero, especialmente si intercambian favores sexuales por drogas o dinero. El riesgo es mayor si se comparte jeringas o tener contacto sexual con un compañero que consume drogas por vía intravenosa (33).

Presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS)

- La prevalencia de infección de VIH en las PVV mujeres que respondieron que tuvieron una ITS es de 13.2% en relación la prevalencia de infección de VIH de PVV que respondieron que no tuvieron una ITS 4.7%
- La razón de prevalencia es de 2.8 (1.35-5.8) IC 95% existiendo un marcador de protección que significa que la infección es mas frecuente en las PVV expuestas (con ITS) que en las que no.
La prueba es estadísticamente significativa, el valor de p chi2 es 0.01 menor a 0.05

En relación al uso del condón habiendo tenido una ITS:

- La prevalencia de infección de VIH en las PVV mujeres que respondieron que tuvieron una ITS y utilizaron condón en sus relaciones sexuales es de 26% en relación a las que respondieron que no 2.4%.
- La razón de prevalencia es 12.8 (4.2-42) IC 95%, significa que la prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron que usaron condón en sus relaciones sexuales habiendo tenido una ITS es mayor en relación a las que respondieron que no.
La prueba es estadísticamente significativa, el valor de p chi2 es de 0.01 menor a 0.05

Uno de los factores principales de transmisión del VIH/SIDA es la presencia de ITS, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten resaltar lo señalado. Estudios al respecto, muestran que en presencia de otras infecciones de transmisión sexual el riesgo de transmisión de VIH es mayor, peor aún si no se ha utilizado el condón de manera correcta, debido a que en presencia de enfermedades de transmisión sexual se presentan úlceras y llagas que facilitan el contagio (33).

Cuando no utilizaron el condón:

- La prevalencia de infección de VIH en las PVV mujeres que dieron respuesta con diferentes razones (después de una fiesta, cuando bebía, con su pareja, etc) es de 18.2% en relación a las PVV que respondieron que usaron siempre el condón en sus relaciones sexuales, cuya prevalencia es de 1.4%.
- La razón de prevalencia es de 13.01 (4.02-42.10) IC 95%, indicando que la prevalencia de la infección de VIH es mayor en las PVV expuestas a varios factores de riesgo que no usaron condón en sus relaciones sexuales en relación a las PVV mujeres que respondieron utilizar siempre el condón en sus relaciones sexuales.

La prueba es estadísticamente significativa, el valor de p chi² es menor a 0.05.

Conocimiento de VIH/SIDA

- La prevalencia de infección de las PVV mujeres que respondieron que sabían lo que era el VIH/SIDA es de 9% y de las que respondieron que no es de 4.8%.
- La razón de prevalencia es de 1.87 (0.58-5.94) IC 95%, indica que la prevalencia es mayor en las que sabían como se transmite el VIH/SIDA en relación a las que no.

En relación a las TSC la prevalencia de infección es de 91% para las que saben como se transmite el VIH, en relación a la prevalencia de infección de 95% de las que respondieron que no saben que es el VIH/SIDA.

La prueba no es estadísticamente significativa, el valor de p chi² es mayor a 0.05

En relación a si conocen como se transmite el VIH/SIDA los resultados son los siguientes:

- La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron que si conocían como se transmite el VIH/SIDA es de 9.6% y de las que respondieron que no 1.7%.
- La razón de prevalencia es de 5.7 existiendo un factor de protección, indica que la prevalencia de infección en las que si conocían como se transmite el VIH /SIDA es mayor en relación a las que respondieron que no.

En relación a las TSC que respondieron que saben como se transmite el VIH/SIDA la prevalencia de infección de VIH es de 90% y de las que respondieron que no conocen como se transmite el VIH /SIDA la prevalencia de infección es de 98%.

La prueba es estadísticamente significativa, el valor de pchi² es menor a 0.05.

Se debe resaltar que el conocimiento conjuntamente la percepción de los riesgos y las formas de transmisión de la enfermedad, probablemente sean los aspectos de mayor incidencia en el cambio de conducta de las personas que les lleve a adoptar acciones para disminuir los riesgos de contraer la enfermedad. La tendencia descrita en los resultados puede ser explicada debido a que existen porcentajes relativamente bajos de la población que “creen” conocer formas de evitar el contagio con el virus (63% de las mujeres y 70% de los hombres) (24), por lo que las conductas sexuales o comportamiento sexual de las personas se sobreponen al riesgo de la infección, a pesar de su conocimiento o información existente para evitarla.

5.2. RESULTADOS INVESTIGACION CUALITATIVA

“¿Que debemos hacer para que la nueva generación no se contagie?..... más información , no se como se les debe hablar , pero hay que hablar,

Yo creo que si te callas es peor.....”(S, S,37,A)

“Yo creo que se debe educar en lo sexual desde colegio, a esta juventud loca, que no piensa, esa pobre gente que viene con el problema”.....(S, S, 38, P)

“Usa condón, saber como se usa el condón, porque aunque no crea... no sabemos como se usa, las mujeres no sabemos oiga, tampoco exigimos usarlo”(S, S, 28, E)

Percepción de las PVV del sexo femenino

Existe mucha diversidad de respuestas según la percepción de cada Persona, algunas todavía no creen que se han infectado con el virus, otras, aceptan con mucha naturalidad la infección, la mayoría con amargura

Como te contagiaste del VIH/SIDA? cuando te iniciaste sexualmente?

Me dedique a la jocha.....no se, en el colegio nos hablaron de esto, “pero sabe una piensa que nunca le va a pasar, es como si le hablaran de otra gente... (S,S,20,E)

Algunas mujeres muestran confusión ante de pregunta, tardan en responder , parece que se sienten inseguras al hablar de su problema

“No sabría decirle como ni con quien tuve relaciones, en la universidad es lo mas seguro, enamoré con varios nunca me cuide”,(S,LP,35,P)

“En mis estudios universitarios en el Brasil tuve algunas relaciones que me hacen dudar”...mi vida fue muy libertina.... El destino me puso ahí.... (S,LP,30,P).

Otras mujeres, desean hablar, de su experiencia a modo de desahogo, o quizás porque necesitan apoyo.

Me separé hace como tres años, después de 15 años de casada conocí a otra persona, y así, ahora me dicen que soy portadora.... que te puedo decir.. “No lo use, últimamente no use protección”... (S.S, 38,P)

Como me contagié? con mi pareja me contagié, “no me cuidé” y, no es porque no pude , “me contagié porque si, me descuidé ”.....(S.LP, A, 37,A)

Para algunas de las mujeres entrevistadas les es fácil hablar de su problema , mas aún cuando aceptan la infidelidad de su pareja, en estas mujeres se observa signos de indiferencia.

No se supongo que el fue el que trajo la enfermedad, ahora el esta peor que yo puej... me enteré por el... que estaba mal, “nunca, pero nunca pense en usar protección”.....(S.S,27, A)

“sabía que mi marido tenia varias mujeres””, era el padre de mis hijos, el se fue al exterior por dos años, yo creo que allí se contagió... no se, “nunca use condón, si era mi marido!”.(S,LP,35,P)

El problema de droga, alcohol - SIDA es más delicado, en el sentido de tocar el tema de “Sexo seguro” para en estas personas, los signos de depresión son mas notorios en algunas, otras todo lo contrario.

“Por usar droga, no la puedo dejar”, desde estudiante..., ahora no tengo a nadie, estoy sola... no quiero tener a nadie... estoy mejor así no te parece? (S,S, 27,A)

Me contagié en un viaje, conocí a alguien....después siempre, en toda relación, soy consciente que use protección, cuando estoy en alcoholes no tengo sexo, “cuando fumo marihuana quizás,” pero me cuido, no me inyecto no llego a eso. ...(S, LP 30,P)

Muchas de las mujeres no saben que les pasará en un futuro, recurren a la ayuda de la iglesia, otras se aferran a la esperanza de sanarse, es por ello que se vuelven mujeres voluntarias de lucha contra la enfermedad

Digamos que el me traicionara con otra persona, entonces ya no soy del él..... ...el fue a tomar con sus amigos, tarde regreso, “yo no quería

estar con el”, ahora tengo dos hijos..... mi marido y yo estamos enfermos..... debía irme , con que otra mujer habrá estado... ahora no se(S.LP, 36,C).

El hablar de su enfermedad para las mujeres que alguna vez ingirieron una bebida alcohólica es normal, pues saben que se contagiaron en esas circunstancias.

Como me contagié ? “no se... creí que era una persona sana, nunca me imaginé, ni paso por mi cabeza que el estaba enfermo” “Cuando estas con tragos, es cuando menos te cuidas”, “peor si has jalado”, en las reuniones de amigos siempre te ofrecen ahí te pierdes,..... (S,LP, 40,P)

Vivo con una persona portadora, “no use condón”, “no pensé en ese momento que podía contagiarme, me explicaron sobre esto pero no lo usé”, “habia tomado bastante, regresábamos de una fiesta”.....(S,S,28 A)

“Los amigos les dicen; vos podés estar con ella, a ver agarrátela a ésta, sino te la agarrás no sos hombre”....Las personas mayores les buscan cortejas y dicen... “yo a tu edad tenía unas seis o mas”.... cuando estábamos de “jocha” era cuando mas debía cuidarme me han dicho... (S.S,29,A).

La respuesta de esta mujer entrevistada es diferente a los otros datos encontrados

“me he contagiado porque....he tenido relaciones orales”, el no se ha protegido, pese a que se lo he pedido.... (S.LP,26,T)

Cuando una relación sexual es de mayor riesgo exige mayor protección.

La respuesta a una realidad es que la epidemia del VIH/SIDA ha hecho mella en la vida de las mujeres, especialmente en aquellas con condición social

desfavorecida, que las priva de la fuerza necesaria para rechazar conductas de alto riesgo o negociar la adopción de medidas de prevención (39)

¿Sabías lo que era el VIH /SIDA?, ¿sabías como se transmitía?

Algunas respondieron que no sabían lo que era el SIDA, no habían escuchado de la enfermedad. Existe diferencia notable en relación a las respuestas de las TSC como verá mas adelante

“No sabía lo que era el SIDA”, no escuche nunca señorita, “tampoco use protección, mi esposo, nunca me dijo nada”..... vos te has enfermado me dice, no entiende,..... (S,LP, 24,A)

La no percepción de riesgo ante una infección posible hace que algunas mujeres piensen que no les va a pasar a ellas, pues creen incluso, que la enfermedad es de homosexuales y que las mujeres no corren el peligro de infectarse con el virus.

Hace tiempo sospeché algo, por lo que escuche en la radio, un programa sobre el SIDA, pero no le hice caso, por miedo yo creo, o porque una piensa, “eso es para otras personas, ni se imagina que sea para una”.. Tiempo que vine con mi cortejo, me dio negativo y a el positivo, el doctor me dijo que vuelva, dentro de 3 meses , no vine , hasta que mi cortejo me trajo , si soy portadora... “nunca use condón, o si lo usé, alguna vez habrá sido”.(S,S, 27,E)

Esta enfermedad no daba a las mujeres no ve? Era de homosexuales nomáj...(S,S,27,TP)

La mayoría de las mujeres creían saber lo que era el SIDA, sin embargo percibían el peligro ante una relación sexual de riesgo, es por ello que expresan sus costumbres de ingesta de alcohol de una manera natural.

Dicen que tengo SIDA, mi marido también, “desde chica tomaba”... así lo he conocido, 5 años ya que nos hemos juntado. Que me ayuden seño, a mi marido y a mi (S,LP,27,A)

Que piensas ahora de tu enfermedad?

Algunas mujeres enfrentan su problema con mucha valentía, pues tiene hijos que cuidar.

Tengo conciencia del mal, me cuido más porque el cuerpo ya me obliga.....Mis amigos mas íntimos saben que soy portadora, pero nunca hablamos de esto, porque pienso que les resulta incómodo. (S,LP,30,P)

Las personas se sienten deprimidas, y muy solas, necesitan apoyo, no les gusta hablar de su problema, sin embargo lo hacen,... es una forma de desahogo

“Vivir lo que me queda de vida eso debo hacer”...(S, LP 30,P)

Me da miedo, estoy desorientada, mi familia , mi madre, mi hermana me apoyan. “No lo use, últimamente no use protección”... (S.S, 38,P)

Que debo hacer? Cuidarme, trabajar, cuidar a mi familia, a mi hija, no es como si tuvieras una enfermedad cualquiera, tienes que vivir con ella, esto no se va a pasar porque no se va a pasar (S.LP, A, 37,A).

Tengo que aceptar la idea , no soy la única , veo a otras personas igual o peor que yo por lo menos tengo trabajo..(S.LP 29,P)

Las mujeres entrevistadas confían en su rol de pareja, estable, sin traición, con un matrimonio indisoluble. Para algunas es muy doloroso aceptar la infidelidad de su pareja.

Creí que nunca tendría SIDA, soy una persona casada, con tres hijos, con una vida normal antes de que mi marido me avisara que era portador..... y ahora que me queda, tratar de unir a mi familia, a mis hijos,.. debemos aceptar la enfermedad tal cual es y eso cuesta...

Yo creo que se debe educar en lo sexual desde colegio, a esta juventud loca, que no piensa, esa pobre gente que viene con el problemay digo.. si yo estoy en lo mismo ... con una educación superior , pero en lo mismo , cual la diferencia.... Si mi marido se metió con otra que lo contagió , lo mínimo que podía hacer además de contarme, era “usar preservativo, pero no” ...(S.S,A ,38,P)

Yo creo que, uno tiene que tomar conciencia de esta enfermedad, de como se contagia, enseñarles a los peladitos, desde sus 10 a 12 años, porque como le digo, una cree que a una no le va a pasar esto, pero le pasa. No importa si sos millonaria, pobre, inteligente, tonta, igual te puede pasar. Usa condón, saber como se usa el condón, porque aunque no crea... “no sabemos como se usa, las mujeres no sabemos oiga, tampoco exigimos usarlo”. (S.S,28,E)

Soy portadora, creo que el hecho de ver tanta tragedia, de gente que esta peor que yo, hace que me una a esta lucha, porque es una lucha.....me contagie en la Universidad, mi pareja actual también es portador, “en las fiestas una no piensa en protegerse”..... Ya convivo con la enfermedad, no me queda otra. Que puedo decir a la gente? que se le puede decir a un adolescente... ¿que sea fiel? (S.S, 27,E)

¿En tus relaciones sexuales te protegías mediante el uso del condón o que otro método usaste?

“Nunca use condón”..... “una siempre dice a mi no me va a pasar, creo que ni piensa en eso, la pasa bien y listo”.... ..(S.LP 29,P)

Use drogas “nunca me cuidé, para qué “...(S,S, 27,A)

”Que va a pensar una si tiene condón o no” (risas). (S,S,20,E)

“nunca use condón, o si lo usé, alguna vez habrá sido” .(S,S, 27,E)

El hombre no se hace el responsable, “no usaba condón”, porque?...no se.... no se me ocurría que podía contagiarme ... con algunos tragos encima...? peor...(S.LP.26,E)

Vivo con una persona portadora, “no use condón”, “no pensé en ese momento que podía contagiarme, me explicaron sobre esto pero no lo usé”,(S,S,28 A)

Al conversar con esta persona, se notó un poco de desconfianza y miedo, luego se fue tranquilizando.

“Yo casi siempre usaba condón”, me informé bien... el caso es que ahora tengo que aceptar mi enfermedad , no pensé que me contagiara en el primer descuido, con mi cortejo supongo.“En peladita no lo usé”.. “la verdad es que a los 14 o 15 quien piensa en eso a esa edad una se enamora sin pensar en el peligro, tampoco habia información como ahora”,antes que le iban a decir en la tele que uno tiene que usar condón... además , esta enfermedad no daba a las mujeres no ve? Era de homosexuales nomáj...(S,S,27,TP)

“A veces use protección”, ahora ultimo use protección “cuando era pelada no,” una ni piensa en eso, a mis 15 –16 años ya tuve a mi cortejo. que debemos hacer.....tratar de ayudarnos oiga... que nos escuchen, que no nos hagan a un lao....(S,S 29,A)

Alguna vez tuviste una enfermedad de transmisión sexual?

El pensamiento y actitud sexual de la pareja (el varón) es dominante ante la mujer sea cual fuere su condición social. La mujer se siente incapaz de imponer su criterio y se somete a la pareja aún sabiendo que esta en riesgo (10).

“me dio miedo el “quirichi “ fui al doctor, me dio tratamiento”, después de un tiempo volví, a mi control, me dijo que era portadora, no le entendí a un inicio.... no sabia lo que me pasaba... (S.S,26,T,E)

“Tuve un problemita, una enfermedad sexual”, quien iba a pensar que me contagie de SIDA? jamás de esa forma supe que me contagie, donde no se, si tuve varios cortejos...En Santa Cruz es diferente , tenés muchas fiestas, conoces gente, la pasas bien..... pero usted sabe muchas veces no se puede.... (S.S,25,T)

“fui al doctor porque tenia una problemita sexual”, ahí me explicaron dijeron que tenia una enfermedad que me transmitió mi pareja...mi familia no sabe, tengo miedo decirles, no tengo a nadie ahora estoy sola, en mi trabajo tampoco saben.....a veces vengo cuando me siento en el hoyo....(S,LP,35,P)

Algunas de las TSC entrevistadas sabían que su pareja tenia relaciones con otras mujeres, sin embargo aceptan ese hecho, mantuvieron relaciones sexuales con su pareja sin preservativo.

“me he contagiado de una enfermedad” ..., “no he usado condón”, es decir .. a veces usaba otras no, si el cliente no quiere no usamos (S.S, 25, T,E)

Alcohol, Drogas, pareja y uso del preservativo.

El tener antecedentes de ingesta de alcohol y no utilizar preservativo, con el marido o pareja incrementa el riesgo de infectarse por el VIH; se observa también que a veces algunas personas con las cuales las trabajadoras sexuales tienen contacto sexual no desean usar condón. Por lo cual el “sometimiento “ante un cliente, la necesidad económica ponen en riesgo a la TSC.

La respuesta a una realidad es que los factores sociales, culturales, la pobreza de la mujer, la irresponsabilidad sexual tanto del varón como de la mujer, entre otros, influyen para que la mujer TSC se infecte con el virus de VIH.

Cuando ingerías alguna bebida alcohólica o consumías algún tipo de droga pensabas en protegerte en tus relaciones sexuales mediante el uso del condón?

“Con mis amigos jalo (inhalo)” “no me cuidaba con mi cortejo nunca”.... pero no me he inyectado nunca- dicen que si uno se inyecta se contagia... yo nunca me he inyectado. Hace un tiempo... 8 meses o más que me dijeron que tengo el virus, a veces iba a mi control, (S.S, 28,T)

El trabajo sexual comercial de algunas mujeres se dio por el abandono de la pareja y su necesidad económica.

” Mi marido y yo tomábamos, no usábamos condón nunca” el no quería, debes tener otro me decía... ahora me ha abandonado,. ...he conocido

en El Alto a una persona y desde esa vez he trabajado con ella, he asistido a mi control durante un tiempo “no siempre se puede usar el condón”, ya sea porque “no tenia en ese momento o porque no quieren algunos que usemos”, de esa forma me he contagiado.....(S.LP,30T)

*Eso no se piensa en ese momento, tomas unas cuantas copas , te divertís y ya sabés el resto... yo creo que todos estamos en peligro.
(S.S29,T)*

ENTREVISTA A TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE ANTE LA PRUEBA DE VIH SON SERONEGATIVAS

“Oiga si nos explican a diario que es lo que debemos usar.... el problema no esta en nosotras,, si por algo luchamos tanto es para que este trabajo no sea tan discriminado por muchas personas. Si es duro trabajar en la calle, la gente no nos respeta, si es un trabajo como cualquier otro, todas, yo creo que todas lo hacemos por necesidad, tenemos, hijos...

Si alguna vez tomamos pero nuestro propio medio nos protege, ahora no le niego que hay mujeres que no tienen ni el carnet, eso si, no viene, yo nunca las he visto, esas son el peligro. La mayoría son extranjeras, no se porque traen al las Argentinas, Brasileras... si esas no tiene carnet, no viene al control. Que debemos hacer.... las autoridades se deben ocupar de eso porque esas mujeres nos hacen quedar mal, por eso es que Santa Cruz tiene mas SIDA, entran faciligo al país”. (S,S, 32T)

Conocimiento de VIH/SIDA

Sabes lo que es el SIDA, Sabes como se transmite?

Se a descrito muy bien lo que es la enfermedad y como la perciben las TSC, sin embargo, no existe sustento ni seguridad en sus afirmaciones, se expresan claramente, como si la infección fuera algo rutinario, sin embargo en algunas se notó un poco de temor al contestar a la pregunta

Se lo que es el SIDA y, como se transmite.

Vengo a mi control cada semana “me he contagiado una vez una enfermedad” (S.LP.31T)

“Se lo que es el SIDA, todas las que venimos a nuestro control sabemos de eso”... (S.S. 33T)

Se lo que es el SIDA, hoy me toca mi control, hasta el momento me va bien, no me enfermado nunca. (S.LP,34 T)

“Se lo que es el SIDA”. “Siempre utilizo el condón”, hasta el momento no me he contagiado de una enfermedad de transmisión sexual. (S.LP.30,T)

“Uso preservativo femenino”, se como se adquiere el SIDA, no siempre el cliente desea usar preservativo por eso uso el mío, la mayoría no se da cuenta. Es mejor así.(S,S,31,T).

La mayoría de las TSC entrevistadas tienen conocimientos de la enfermedad

Se lo que es el SIDA,.. Vengo siempre a mi control, no tuve ninguna enfermedad (S.S.28,T)

“Se lo que es el SIDA”, en la tele, en la radio están informando. Pero algunos clientes no quieren usar el condón, tenemos algunos secretos para que lo usen “yo también me pongo”, me da miedo contagiarme (S.LP,25,T).

En realidad...”he escuchado hablar del SIDA” , aquí me han explicado “nos reparten condones”. Tengo que venir cada semana a mi control, me dan una tarjeta de esa manera puedo trabajar.....(SLP, 27,T)

Algunas de las TSC entrevistadas tienen mucho temor al contagio de la enfermedad, unas buscan información al respecto , otras no desean saber .

No quisiera hablar de la enfermedad porque tengo miedo. (S.LP,30,T).

*En colegio nos explicaron del SIDA, aquí también lo hacen
Recién estoy trabajando, porque necesito, soy nueva en esto
(S.LP, 21,T)*

*Se lo que es el SIDA, tengo temor a contagiarme, ya que dicen que nosotras nos podemos contagiar más rápido aún si nos cuidamos
(S.LP,34,T)*

*Soy bailarina en un club, soy del Brasil, claro que “se lo que es el SIDA”
y como protegerme (S.S,25,T)*

Se lo que es el SIDA, “me cuido casi siempre”, algunos clientes no desean, “pero igual me cuido...” Trato de cuidarme.(S.S,34,T)

Nos explican constantemente lo que es el SIDA, . (S.S,A24 T)

Tan solo una TSC entrevistada no había escuchado Hablar de la enfermedad

No, antes no he escuchado del SIDA, ahora recién, ya que soy nueva, trabajo en El Alto, me hace falta dinero, tengo familia en el campo , les mando dinero. (S,LP27T).

El uso de preservativo en las TSC

La respuesta a esta realidad es estar consciente que las prácticas sexuales seguras evitan las enfermedades de transmisión sexual y la transmisión del VIH, para ello, el uso correcto del preservativo es el método de prevención más seguro de la infección del VIH y otras enfermedades.

En el tema de la pobreza, las recomendaciones de Beijing apuntan a la construcción de objetivos estratégicos como también, la formulación de políticas que apoyen los esfuerzos de la mujer para combatirla.

En tus relaciones sexuales te proteges mediante el uso del condón o que otro método utilizas?

Se que debo usar condón....Siempre uso condón aun estando con mi pareja, nadie me asegura que el me sea fiel. (S.LP 28T)

Se notó que en algunas mujeres TSC, las experiencias vividas por otras mujeres han hecho, que reflexionen en sus prácticas sexuales y utilicen el preservativo concientemente.

*“Uso condón todas las veces”. No se como se contagiaron algunas personas que conozco si siempre te exigen que uses el condón .
(S.LP,34 T)*

Se lo que es el SIDA y “se también que debo usar condón siempre”....(S,LP,27,T)

“Con los clientes siempre usamos condón”, más si son jovencitos, tengo clientes jovencitos, sus amigos los traen. Normalmente no tomamos tanto, pero eso si aún con bebida nos protegemos. “Siempre uso el condón” (S.LP,34,T)

Se puede afirmar que la mujer cuanto más aspira a tener mayor educación, (poniendo de lado su actividad y sus razones para ello), tiene la voluntad y firmeza de cuidarse sexualmente.

Vengo a mi control cada vez, “uso el condón siempre”.....Yo creo que todas deberíamos protegernos, no solo las que trabajamos de esta manera. ..(S.LP,30,T)

Se observó que en varias casas de citas les exigen su carnet de control sanitario semanal, sin embargo algunas mujeres no asisten a su control arguyendo que están con la regla, sin embargo, se notó que estaban trabajando normalmente lo cual es cuestionable

“uso el preservativo, femenino.” Vengo a mi control porque tengo que presentar mi carnet sanitario en el trabajo. Nunca tuve problemas mayores. (S.S,A24 T)

En el colegio, nos dijeron como se contagia y que debemos usar condón. “Desde peladinga lo uso”, si trabajo es por necesidad somos muchos y tengo hermanos pequeños. No importa lo que me digan “siempre uso el condón” (S.S26,T)

Aunque es muy molesto pero “uso condón femenino”, creo que es más seguro. Dicen que el condón masculino se rompe con facilidad por eso uso el femenino. (S.LP, 21,T)

La mayoría de las trabajadoras sexuales entrevistadas coincidieron en la opinión de protegerse mediante el uso del condón en sus relaciones sexuales, en lo que difieren es cuando deberían usarlo, es decir algunas no lo utilizan si el cliente se los pide, otras con el esposo o pareja o en otras circunstancias especiales.

Enfermedades de Transmisión Sexual

La mujer no suele tener control sobre el uso de preservativos y las circunstancias en las cuales tiene lugar el acto sexual, por lo cual es biológicamente susceptible a adquirir enfermedades de transmisión sexual (ITS) las que en su mayoría son asintomáticas que retrasan el diagnóstico y el tratamiento (18).

La respuesta a una realidad es sin duda el cuidado que tiene que tener la mujer para no contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual, sin miedo, sin temor sin prejuicios sobre su propio cuerpo (25).

Alguna vez tuviste una enfermedad de transmisión sexual? Te proteges en tus relaciones mediante el uso del condón?

“Si me he contagiado una vez, me hicieron un tratamiento”, trato de usar condón siempre (S.S. 33T).

” una vez tuve un problema sexual” con un tipo, desde esa vez me cuido, ahora mas que nunca, siempre uso el condón (SS 28T).

Las relaciones sexuales con la pareja en TSC

La respuesta a una realidad, la constituye la necesidad de incorporar información, educación, respetando los diferentes contextos sociales y culturales dentro de diferencias existentes, en la capacidad que tiene la mujer de tomar decisiones en su actividad sexual (34).

Siempre utilizas preservativo o condón en tus relaciones sexuales?

” Con mi marido no uso el condón, el se enojaría”. normalmente cuando se puede uso el condón, a veces me falla, pero generalmente uso.

(S. LP, 36,T)

Se observó que la “confianza” que tiene la mujer , en no contraer una Infección de Transmisión Sexual y el VIH es alarmante, sin embargo, este caso no solo se observó en las mujeres TSC sino también en la otras personas entrevistadas.

El no utilizar preservativo con su esposo o pareja formal, hace pensar que solo se relaciona el riesgo de contraer SIDA con su trabajo sexual, y no así, con las relaciones sexuales con su pareja.

Normalmente se usa el condón, aunque algunos hombres no deseen, para eso hay el femenino. “Cuando no lo utilizo?... A veces con mi pareja oficial “ y no es porque no queramos , a veces se nos vá. Confío en el se que no va a pasar nada (S,S,28,T)

“Uso preservativo en la medida que puedo ya que algunos clientes no quieren.” Pero.. casi siempre lo utilizo . (S,LP27T)

Cuando tomo normalmente uso el condón pá que le voy a mentir. “Con mi marido....(risas). Pienso que no es necesario... ” si me cuido con

condón, si la enfermedad esta cerquinga, quien podría explicarse. uso el condón puej...Si nos reparten condón femenino y masculino, nos dan.

(S.S,34,T)

“Nos protegemos para no contagiarnos, se lo que es el SIDA, tenemos conocidas que se han contagiado por no usar el condón. Con nuestra pareja o con nuestro marido también utilizamos el condón”. Aunque se de algunas personas que no les dejan sus maridos. Lo principal es no enfermarse (S,LP, 30,T).

Cuando no usa condón la TSC

Las actitudes sexuales, pueden alejarlas de medidas de prevención, contribuyendo a la expansión del VIH y otras enfermedades de Transmisión Sexual (3).

La respuesta a una realidad es que la información, la comprensión, la confianza y sobre todo el respeto hacia nuestros cuerpos son un arma contra el SIDA y otras enfermedades.

“Trato de usar condón casi siempre, no lo uso si el cliente me lo pide, hay algunos que no desean, pero son gente de confianza. No les gusta usar ni que nosotros usemos”(S. LP, 28, T).

“Cliente de confianza” no deseó explicar como califica a un cliente de confianza.

“Me cuido bastante, uso siempre el condón, incluso cuando tomo, aunque no tomo en exceso trato de cuidarme”. Con mi pareja? Si muchas veces hablamos de eso... tratamos de usarlo casi siempre...Aunque te soy sincera? cuando tomo en exceso quien se acuerda de cuidarse, debería hacerlo verdad? (S .LP, 28,T).

CAPITULO VI

6.1. Conclusiones de la investigación cuantitativa

A la vista de los resultados encontrados en el presente estudio, se concluye que:

Los resultados del presente del presente estudio demuestran que existe mayor prevalencia en las PVV mujeres de Santa Cruz en relación a las PVV de La Paz.

Se demostró también la asociación significativa del factor lugar de origen frente a la infección por VIH.

La mayor prevalencia en mujeres migrantes de provincia en relación a PVV mujeres de ambos municipios podría ser corroborada con un estudio posterior que focalice su intervención en este grupo de mujeres.

La prevalencia de infección de VIH en el grupo etáreo de 32-35 años es mayor en relación a los otros grupos de edad (18-24, 25-31). La prevalencia del grupo etáreo de 18-23 años Lo que puede estar reflejando un mayor tiempo de exposición, aspecto no evaluado en este estudio.

La prevalencia de la infección de VIH en PVV mujeres que tuvieron una ITS es mayor en relación a las que no tuvieron. La prevalencia de infección en las que no utilizaron condón en sus relaciones sexuales en esta circunstancia es menor en relación a las que si lo utilizaron. La asociación de esta variable es estadísticamente significativa.

Los resultados descriptivos referentes a hábitos de alcohol (15.4%, 51.8%) y consumo de drogas(6.6%) es verdaderamente alto en el grupo de trabajadoras sexuales que acuden al programa de vigilancia.

Se observó que la prevalencia en cuanto al uso del condón en las relaciones sexuales en estas circunstancias es mayor en las mujeres que a veces utilizaron el condón en sus relaciones sexuales en relación a las que siempre utilizaron condón en sus relaciones sexuales

La prueba de asociación para esta variable es estadísticamente significativa

Se observa un porcentaje alto de consumo de sustancias psicoactivas 10% en las PVV mujeres que respondieron a veces, y siempre 6.7% sin embargo esta que esta afirmación tan solo es corroborada por la encuesta, no existiendo previamente un control mediante otras preguntas que lleven a aclarar la situación.

La prevalencia de infección en las PVV mujeres que utilizaron condón en sus relaciones sexuales es menor en relación a las que nunca utilizaron condón en esa circunstancia. Este aspecto solo fue evaluado por interrogatorio, no se hicieron preguntas de control, ni se ajustó ningún análisis multivariado por lo que puede haber sesgos de información.

La prevalencia de VIH en las PVV mujeres que no utilizaron el condón con su pareja concubino y/o marido es de 42.8% y 6.6% en relación a las que respondieron que siempre utilizaron condón. La asociación es estadísticamente significativa

La prevalencia de infección de VIH en PVV mujeres que respondieron que saben cómo se transmitía la enfermedad es mayor en relación a las que respondieron que no sabían

El grupo de mujeres negativas era de alto riesgo, y aún en ellas se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, por efecto de ser mujeres de mayor riesgo, por lo expuesto, la validez de las conclusiones presentadas solo

permiten inferir en estos hallazgos y no se puede atribuir un valor causal a las mismas, sólo sugerirlas como hipótesis para otros estudios

Se concluye también que, las asociaciones estadísticas encontradas presentan una dirección similar a la literatura revisada, sin embargo deben ser confirmadas con otros estudios analíticos e interpretadas a la luz de los hallazgos cualitativos explorados.

6.2. Conclusiones de la investigación cualitativa

En lo referente a la percepción de las Personas que viven con VIH del sexo femenino:

Para las mujeres entrevistadas el vivir con el VIH es frustrante, es discriminante, ya que aún sabiendo el riesgo que corrían no utilizaron medidas de prevención por lo tanto una gran parte de ellas, piensan que han violado su integridad y sus derechos a tener una vida mas digna.

Por otro lado existe crisis en la percepción de ellas mismas, se preguntan si realmente es cierto lo que les esta pasando

Que medidas de prevención adoptaron para no infectarse con el VIH

La mayoría de las mujeres entrevistadas no pensaron en el uso del preservativo como medio de protección para evitar infectarse con el VIH. Si bien lo utilizaron, al parecer fue de manera incorrecta y tan sólo para prevenir un posible embarazo.

Señalaron que aceptar la enfermedad es difícil por lo que el problema radica el no pensar en el hecho de que todas las personas están en riesgo de infectarse con el VIH.

Las PVV mujeres jóvenes, tuvieron muchas parejas sexuales, en diferentes circunstancias tales como después de una fiesta, habiendo consumido droga, o alguna bebida alcohólica no se protegieron en sus relaciones sexuales. Sin duda alguna, se puede concluir que el comportamiento social, cultural se encuentra íntimamente relacionado con el comportamiento sexual de la persona, lo que a su vez está estrechamente vinculado con la infección por el VIH.

La actitud sexual de las PVV y TSC mujeres en relación con la pareja, mantiene el modelo normativo, matrimonial, reproductivo, indisoluble, no permitiéndole plasmar una acción concreta y práctica en su relación sexual, que le permita protegerse.

Cual la percepción en una conducta sexual de riesgo

La madurez cognoscitiva parece estar relacionada con el comportamiento sexual mas libre de riesgos, sin embargo en el presente estudio algunas Personas que Viven con VIH (PVV) y Trabajadoras Sexuales Comerciales no se consideraban en riesgo de contraer el virus según las declaraciones de la entrevista, por lo que adoptaron un comportamiento sexual arriesgado, no utilizando de manera adecuada condón en sus relaciones sexuales.

La necesidad económica de las mujeres TSC “Pobreza - mujer” pone de manifiesto su situación de marginalidad, desigualdad, comprometiendo su estabilidad social, económica y política, lo que es peor, comprometiendo su salud, muestra de ello es que algunas TSC acceden a mantener relaciones sexuales sin preservativo.

En relación a las mujeres TSC migrantes de provincia sus condiciones sexuales adversas, las conducen en ocasiones a situaciones de riesgo para su salud, e incluso el consumo de droga, alcohol, factores ligados a la transmisión de VIH.

6.3. VALIDEZ DEL ESTUDIO

Cuando se tiene una muestra de 30 personas se puede asumir el teorema del límite central que establece que más de 30 observaciones pueden comportarse normalmente.

La validez depende de que no se tenga sesgos en la selección, por ello el grupo de comparación es una limitante, porque las TSC son el grupo de referencia, es por ello que la validez externa o inferencia no se puede hacer sino a ese grupo de referencia.

Se sabe que este tipo de datos cuantitativos son sensibles, por lo que se puede tener sesgos en la información, pero el componente cualitativo ayudo a profundizar en ello.

Sin embargo, para decidir si un estudio es válido es necesario analizar como han sido medidas las variable del estudio por otros investigadores, y con base en dicha revisión elaborar un universo de items posibles para medir las diferentes variables y sus dimensiones.

6.4. Recomendaciones

Es importante reconocer que independientemente de las vías de contagio del VIH/SIDA, se debe poner énfasis en las características multiculturales y plurilingües de la población boliviana, para lograr una cobertura total de la información y comunicación destinada a este fin. Es importante considerar este aspecto para desarrollar una estrategia que permita abordar la epidemia de VIH/SIDA y contar con signos evidentes de cambio de comportamiento sexual, principalmente entre las mujeres jóvenes.

La educación y la comunicación sobre el riesgo de contraer VIH/SIDA deberá formar parte del plan de estudios de las escuelas y colegios con el fin de concientizar a los jóvenes, que todos corremos el riesgo de infectarnos con el VIH sino cambiamos nuestro comportamiento sexual.

Las estrategias de prevención deberían considerar que las mujeres no son un grupo homogéneo, sino más bien heterogéneo, por tanto deben ir dirigidas a estos grupos.

Es importante recalcar que la mujer no sólo es vulnerable por su conducta de riesgo, sino por el hecho de que el contexto social en el que se sitúa las hace vulnerables a que sus derechos fundamentales como personas no sean respetados

Un fuerte liderazgo es esencial para responder con eficacia a la epidemia, por lo que los líderes políticos deben dar repuesta inmediata a las necesidades de los afectados promulgando la Ley del SIDA para proteger los derechos humanos y, dar asistencia integral a las personas que viven con el VIH/SIDA, es importante recalcar que esta Ley no solo debe proteger los derechos de las personas que viven con el VIH/ SIDA, sino también a las que no lo padecen.

CONTROL SEMANTICO

VIH Virus de Inmuno Deficiencia Humana, (Human Inmuno Deficiency Virus), agente etiológico del SIDA, pertenece a la familia de los retro virus humanos, dentro de la subfamilia lentivirus. Hay dos clases el VIH-1 y el VIH-2 ambos pertenecen la grupo de los virus citopáticos, son virus ARN, cuya principal característica, esencial es la transcripción inversa de su ARN genómico o ADN gracias a la actividad de la enzima Transcriptasa inversa. El VIH-1 es la causa mas frecuente del VIH en todo el mundo, comprende varios subtipos con distinta distribución geográfica, esta emparentado con el VIS que fue encontrado en los mangabeys (cercocebus), encontrado en chimpancés en 1990. El VIH-2 se identificó primero en 1986 en pacientes de Africa Occidental y durante un tiempo permaneció en esta región, actualmente se describieron casos debido a este agente en Europa y EEUU.

El VIH se encuentra presente en la sangre, semen fluido vaginal y leche materna de una persona que esta infectada con el VIH (5).

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, su fisiopatología implica el deterioro del mecanismo inmunológico, dejando al organismo humano vulnerable a las infecciones oportunistas. La definición del SIDA no se estableció para la asistencia práctica de los pacientes, sino con fines de vigilancia (5).

ITS Infección de Transmisión Sexual, hay mas de veinte microorganismos que pueden transmitirse por la vía sexual, sin embargo, estas patologías generan un limitado número de síndromes ya sea la persona joven o adulta (5).

PVV Personas que viven con el VIH, que no presenta síntomas clínicos ni signos de la enfermedad (5).

PVS Persona que vive con SIDA, que presenta signos y síntomas clínicos de enfermedad asociados al VIH de acuerdo a criterios de la OPS/OMS

PVVS Personas que viven con el VIH o SIDA (5).

ELISA Métodos de screenig de enzimoimmunoanálisis que se utiliza para determinar los anticuerpos anti-VIH, en caso de reportar positividad se recurre al test confirmatorio WESTERN-BLOD (5).

Seroprevalencia Presencia de una infección detectable en el suero.

Prevalencia Porcentaje de personas con una determinada patología, en un área determinada en un momento dado

SEDES Servicio Departamental de Salud, nivel de gestión que coordina y planifica actividades, conjuntamente con las prefecturas departamentales, ejecuta programas y políticas de salud, proyectos, y realiza también convenios de gestión con otras organizaciones que trabajan en el ámbito de salud (ONGs, fundaciones, etc) (5).

Trabajadora Sexual Comercial Trabajadora Sexual Comercial, persona que a través del uso de su cuerpo, recibe remuneración económica sin que exista una relación afectiva.

Según la Ley General del Trabajo todo el que recibe un salario es un trabajador, para los fines legales, la regularidad y los sujetos participantes de hechos tipifican y establecen quien es el patrono, el trabajador , el salario el contrato y sus garantías sociales. La TSC puede hoy en día ejercer su oficio sin traba alguna a condición de no perturbar seriamente a los demás o transmitir las enfermedades propias del rubro.

Prostitución Realización de actos sexuales con fines exclusivamente lucrativos. En términos legales la palabra “protituta” se refiere solo a aquellas personas que participan de transacciones económico sexuales por lo general a cambio de una remuneración acordada.

Etimológicamente el término prostitución deriva de la vos latina “POSTRE” cuyo significado es salir o estar expuesto a la venta como una cosa o mercadería,

de manera pública, lo que quiere decir que la palabra prostitución alude al comercio en la que la mujer hace pública exposición y exhibición de su persona a través de su habitual e indiscriminado ayuntamiento carnal, con fines lucrativos (5)

Situación de riesgo Actitud y acción individual que incrementan la posibilidad de infectarse con el VIH

Clandestinidad Vicio o defecto que adolece un acto hecho, ejecutado sin la notoriedad o prescrita por la ley

Legal Lo que esta conforme a la letra y espíritu de la ley. En Bolivia la prostitución está permitida, si las mujeres que ejercen este oficio se registran y realizan controles sanitarios semanales (5).

Vigilancia Centinela Tipo de vigilancia que se lleva a cabo en puestos centinela mediante los cuales se tiene acceso a grupos de población de interés especial o que representa una población más grande.

CENETROP Centro Nacional de Enfermedades Tropicales.

ONUSIDA Programa Conjunto de Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (5)

UNESCO Organización de las Naciones Unidas, para la Educación, la ciencia y la cultura.

ENDSA Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

INE Instituto Nacional de Estadística.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

OMS Organización Mundial de la Salud.

SNIS Sistema Nacional de Información en Salud.

GLOSARIO

Jocha Hacer travesuras. *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz*

Retear Llamar la atención. *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz*

Pelau Joven, muchacho o adolescente *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz.*

Puej Pues, reafirmación de algo. *Modismo de lenguaje en Santa Cruz.*

Secas: Modismos que designa a la inflamación en los ganglios inguinales *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz*

Quirichi Verrugas. *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz.*

Poner cuernos Ser infiel a su pareja

Cortejo (a) Novia, enamorada. *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz.*

Cholero hombre que tiene varias mujeres con las que mantiene relaciones sexuales. *Modismo de lenguaje popular en Santa Cruz*

Jarana fiesta, festejo. *Modismo de lenguaje utilizado en La Paz*

Jalar inhalar algún tipo de substancia alucinógena. *Modismo de lenguaje utilizado en La Paz y Santa Cruz*

Pitear fumar. *Modismo de lenguaje utilizado por personas que fuman droga.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. *“Análisis de la situación de la epidemia del VIH/SIDA y de la respuesta Nacional en Bolivia”* La Paz, 2000.
2. Valdez E. *“La situación del VIH/SIDA en Bolivia”*. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, Cochabamba, 2002.
3. Levine Ruth, Glassman Amanda, Schneidman Miriam *“La salud de la mujer en América Latina y El Caribe”* Washington DC: BID 2001.
4. Bertrand Jane, Rinerhard Ward, Sandler Linda and Co. *“ Los Jóvenes y el VIH SIDA”* Populations Reports, serie L No. 12, vol. xxix No. 3 2001.
5. Alvarez Sarmiento Walter Armando *“Incidencia del VIH SIDA y su relación con el incremento del trabajo sexual comercial”* Tesis de grado para optar él título de Master en Atención Primaria en Salud y medicina comunitaria. Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina: Universidad Mayor de San Andrés. 2004.
6. *“Bolivia: Informe VIH/ SIDA 2004”*. “La Prensa” (La Paz), 25 del Abril 2004.
7. Valdez Edgar,Saudan Anne.” *El SIDA desde el punto de vista político económico y la evolución del virus VIH en Bolivia”* .Revista Carta Medica No. 10 AIS Bolivia .p. 32-40, 1994.
8. ONUSIDA, www.onusida.org, diciembre de 2003
9. Centro de noticias OMS/OPS www.ops.org. *“Informe Mundial de VIH/SIDA”*
10. ONUSIDA, OMS, *“Resumen mundial de la epidemia de VIH /SIDA. 2001*

11. Lurcovich Mariana “*Agenda de salud*” revista de salud No.21, Santiago-Chile, Enero-Marzo, 2001.
12. Centro de noticias OMS/OPS www.ops.org Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA “Comportamiento de Riesgo”
13. “*El Expediente de VIH*” El Juguete Rabioso, La Paz, 2002
14. Bertrand Jane, Rinerhard Ward, Sandler Linda and Co “*Los jóvenes y el VIH SIDA*”, populations reports, Serie L no. 24 p. 5-17, 2001.
15. William Finguer, Pribila Maryanne “*Investigación que guía la labor de salud reproductiva de los Jóvenes*” Revista Netwok Programa ENFOQUE 3, 2003.
16. Ministerio de Asuntos de Género, generacionales y familia, “*Programa de Reducción de la Pobreza Relativa a la Mujer*”, La Paz Junio 2001.
17. Ministerio de Salud y Deportes, USAID Bolivia, Socio para el Desarrollo “*Comportamiento de ITS/ VIH/SIDA en Bolivia gestión 1984-2004*” La Paz, 2005
18. Bertrand Jane, Rinerhard Ward, Sandler Linda and Co “*Los jóvenes y el VIH SIDA*”, populations reports, Serie L no.18 p. 9, 2001.
19. Hitchcock P and Fransen, “*Prevening HIV Infeccion lessons from Mwanza and Rakai*”. Lancet 352 (9152): 513, 515 Nov. 1999.
20. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística, “*Encuesta Nacional de Demografía y Salud Informe preliminar*” La Paz, Marzo 2004

21. ONUSIDA, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, “Análisis de la Situación de la Epidemia de VIH/SIDA y respuesta Nacional en Bolivia”. La Paz, Bolivia, Noviembre 2002.
22. Centro de noticias OMS/OPS Bolivia “*Una campaña mundial busca promover la donación de sangre,*” www.Eldeber.com.bo, Santa Cruz, 2004
23. Coxon A “*Male homosexuality and HIV to: Mann J and Tarantoda AIDS in the World the Global Dimentions Social Roots and Responses*” New York Oxford University Press p. 252-258,1996.
- 24 ONUSIDA “*Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002,*” Ginebra.
25. Ineke Dibbits “*Lo que puede el sentimiento*” p. 99-140 La Paz, 1994
26. Population Concer, Universidad Mayor de San Andrés, Sumario ejecutivo “*El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción*”, La Paz, Febrero 2003.
27. worldBank.Organization.www.worldbankorg/html/extdr/extme/sjdwsp011000.html, Accessed jan, 2000.
28. Ministerio de Salud y Previsión Social. “*Bases para la planificación estratégica 2000 –2004 de prevención y control de infecciones de transmisión sexual VIH – SIDA*”. La Paz ,2001.
29. Ainsworth M and Over M “*Enfrentando el SIDA: Prioridades públicas en una epidemia global*”. Reporte del Banco Mundial Washington D.C. Oxford University. P. 353, Oct. 1997.
30. Prefectura del Departamento de Santa Cruz “*Plan de Desarrollo Económico y Social (PDDES) 2000 2010*”, Santa Cruz Dic 2002.

31. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 *“Bolivia Características de la Población”*, Sep 2002.
32. Publicación de la Asociación Médica Mundial *“Declaración de Helsinki”*. Asociación médica Mundial. Políticas de AMM Asamblea general Edimburgo, Escocia, p1-6,52 Oct 2000.
33. OMS/OPS Manual de participante *“Tengo SIDA, por favor abrácenme, no puedo contagiarlos”*.
34. Xavier Albó *“Iguales aunque Diferentes”* p. 21-22 .ed.4, La Paz 2002.
35. Ministerio de Salud y Deportes. *“Resultados de la vigilancia centinela del VIH/SIDA en Bolivia, año 2000”*, La Paz, noviembre 2001.
36. Centro de Documentación e Información Bolivia cedib@cedib.org- 2004.
37. Programa Nacional de ITS/SIDA, *“Guía de manejo Sindrómico de las infecciones de transmisión sexual”* serie de Documentos Técnicos, Enero 2001 La Paz – Bolivia.
38. OMS/OPS Ministerio de Salud y Previsión Social *“Guía para el Desarrollo de investigación en Salud y Normas de ética”* La Paz, 2002.
39. OPS/OMS, Ministerio de Salud y Deportes *“Perfil demográfico de las mujeres de Bolivia”* La Paz, 2002.
40. Roberto Hernandez Sampieri, Fernandez Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar *“Metodología de la Investigación”* ed 3, Mexico 2003.

41. PNUD *“Respuesta de Base Comunitaria a la Epidemia del VIH – SIDA”* Nueva York, p. 19, feb. 2003.

42. Ministerio de Salud y Previsión Social - Reforma de Salud, *“Guía de manejo Sindrómico de las infecciones de transmisión sexual”* Serie de documentos técnicos, Ed. 4, Agosto 2001. La Paz – Bolivia.

43. OMS OPS *“Modulos para la prevención y control de la infección del VIH SIDA”* p.24 ed. 1999.

44. OMS/OPS Alan Dever *“Epidemiología y administración de servicios de Salud”*.

ANEXOS

ANEXO 1

FORM –SIDA-2
SECRETARIA NACIONAL DE SALUD

**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION
Y VIGILANCIA DEL SIDA**
**FICHA EPIDEMIOLOGICA UNICA DE NOTIFICACION
DE SEROPOSITIVO A VIH**

CONDICION ACTUAL
SEROPOSITIVO.....FECHA
ASINTOMATICO.....FECHA
PASO A SER CASO.....FECHA
CASO.....FECHA
FALLECIDOFECHA

FICHA EPIDEMIOLOGICA No.....
UNIDAD SANITARIA.....CENTRO DE SALUD.....HISTORIA CLINICA No.....

CARACTERISTICAS RELACIONADAS CON EL PACIENTE
NOMBRE Y APELLIDO **OCUPACION**
EDADSEXO M...F....
ESTADO CIVIL: SOLTERO.....CASADO....DIVORCIADO...VIUDO...UNION LIBRE....
EDUCACION: ANALFABETO...BASICO....INTERMEDIO...MEDIO...SUPERIOR.....

CONDUCTA **FACTOR DE RIESGO**

HETEROSEXUAL...BISEXUAL... HIJO DE MADRE INFECTADA....
HOMOSEXUAL.....USUARIO DE DROGAS IV.... RECEPTOR DE SANGRE.....
HEMOFILICO....

PROMISCUO Si No

PRESENCIA DE ETS Y OTRAS ENFERMEDADES EN EL PACIENTE:

ETS	1era VEZ	2da VEZ	3era VEZ	OTRAS ENFERMEDAD	FECHA
.....	./././.....	./././.....	./././...../././.....
.....	./././.....	./././.....	./././...../././.....
.....	./././.....	./././.....	./././...../././.....

RESIDENCIA HABITUAL: PAIS.....LOCALIDAD.....
DIRECCION: CALLE O AVENIDA.....TELEFONO.....

PERMANENCIA EN EL EXTERIOR DEL PAIS 5 AÑOS ANTES:
a) PAIS.....DESDE.....HASTA.....
b) PAIS.....DESDE.....HASTA.....

LUGAR PROBABLE DE CONTAGIO: PAIS.....FECHA...../...../..

FORMA PROBABLE DE CONTAGIO
SEXUAL..... SANGUINEA PERINATAL

LABORATORIO
TIPO:.....RESULTADO.....LABORATORIO.....FECHA/...../.....
TIPO:.....RESULTADO.....LABORATORIO.....FECHA/...../.....

CONTACTOS:
a) NOMBRE Y APELLIDOS.....DIRECCION.....
EDAD:SEXO..M...F.. TIPO DE PRUEBA ..RESULTADO... FECHA.../.../
b) NOMBRE Y APELLIDOS.....DIRECCION.....
EDAD:SEXO..M...F.. TIPO DE PRUEBA ..RESULTADO... FECHA.../.../
c) NOMBRE Y APELLIDOS.....DIRECCION.....
EDAD:SEXO..M...F.... TIPO DE PRUEBA ..RESULTADO... FECHA.../.../

ESQUEMA DE DEFINICION DE CASO UTILIZADO CDC....OPS/CARACAS....

EVOLUCION DEL PACIENTE:
LUGAR DE FALLECIMIENTO: DOMICILIO...HOSPITAL O CLINICA.....OTRO...
AUTOPSIA.....SI.....NO.... RESULTADO.....

OBSERVACIONES.....
.....
.....
ORIGINAL : NIVEL CENTRAL
COPIA AMARILLA: NIVEL REGIONAL
COPIA VERDE: NIVEL LOCAL NOMBRE DEL RESPONSABLE.....

Secretaria Nacional de Salud
Dirección Nacional de Vigilancia y Control

Original: Nivel Central
Copia Amarilla: Nivel Regional

Grupo	Condición	Fecha de Inicio	Puntaje
A: 6 puntos cada uno	Sarcoma kaposi		
	Tuberculosis Diseminada, Extrapulmonar o Pulmonar no Cavitaria diagnosticada dentro del último año		
B: 3 puntos cada uno	Tuberculosis Pulmonar Cavitaria		
	Herpes Zoster en un paciente menor de 60 años		
	Disfunción del Sistema Nervioso Central		
	Candidiasis Oral o Leucoplaquia Vellosa		
C: 2 puntos cada uno	Diarrea constante o intermitente por un mes o más		
	Fiebre mayor a 38 C constante o intermitente por un mes o más		
	Caquexia o pérdida de peso de 10% o más		
	Astenia por un mes o más		
	Tos persistente		
	Dermatitis persistente		
	Infiltrado Intersticial Difuso o Bilateral en RX Pulmonar		
	Anemia, Linfopenia Absoluta y/o Trombocitopenia		
TOTAL			

		CASO SIDA EN NIÑOS		
Signos Principales	Fecha Inicio	Signos Secundarios	Fecha Inicio	
Perdida de peso/...../.....	Linfadenopatía generalizada/...../.....	
Diarrea de mas de un mes/...../.....	Candidiasis Orifaringea/...../.....	
Fiebre por mas de un mes/...../.....	Infecciones a repetición/...../.....	
		Dermatitis generalizada/...../.....	

Caso en niños dos signos principales, Dos signos secundarios

De Enfermedades y riesgos Copia Verde: Nivel Local

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE SIDA
FICHA PARA CASOS DE SIDA (ALTERNATIVA I-OPS)

Nombre del Paciente..... Ficha Epidemiológica No.
Fecha .../.../....

ANEXO 2

REGLAMENTO PARA LA PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA

RESOLUCION MINISTERIAL No.0711

CAPITULO I DEL CAMPO DE LAS DISPOSICIONES GENERALES Y DEFINICIONES

ARTICULO 1

Las disposiciones contempladas en la presente Resolución Ministerial, se aplicarán todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de atención integral, prevención, vigilancia de segunda generación del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

ARTICULO 2

Para efectos de la presente Resolución Ministerial, se adoptarán las siguientes definiciones:

- **ANONIMATO**, término utilizado para brindar servicios relacionados con el VIH, sin pedir identificación personal al solicitante.
- **ATENCIÓN INTEGRAL**, prestación de servicio integral, basada en la participación multisectorial y multidisciplinaria, que satisfaga las necesidades de las personas que viven con el VIH y SIDA (PVVS).
- **BIOSEGURIDAD**, normas universales para prevenir la transmisión de agentes infecciosos que puedan afectar la salud de las personas.
- **COMPORTAMIENTO DE RIESGO**, actitudes y acciones individuales que incrementan la posibilidad de infectarse con el VIH.
- **CONFIDENCIALIDAD**, reserva profesional que debe mantener todo el equipo de salud, cuando se atiende, se sospeche o se investigue el estado de salud del individuo.
- **CONSEJERÍA**, actividades de información, orientación y educación a usuarios, familiares y allegados en lo relacionado al VIH/SIDA.
- **CONTAMINACIÓN**, presencia del VIH en objetos, instrumentos, muestras de sangre, hemoderivados, etc.
- **CONVIVIR CON VIH Y SIDA**, familiares y allegados que comparten situaciones con una PVVS.
- **DISCRIMINACIÓN**, actitud o práctica de segregación, rechazo o exclusión que afecta las actividades normales de una persona dentro del contexto social,

familiar, laboral, educacional o asistencial.

- **EQUIPO DE SALUD**, grupo interdisciplinario de trabajadores de salud, orientados a la prevención, atención, tratamiento y seguimiento individual o comunitario.
- **ESTIGMATIZACIÓN**, actitud o práctica de marcar y señalar a una persona o grupos de personas por una determinada característica.
- **INMUNODEFICIENCIA**, disminución del sistema inmunológico.
- **POST-CONSEJERÍA**, actividad realizada después de la prueba del VIH para informar u orientar sobre el resultado de la prueba del VIH.
- **PRE-CONSEJERÍA**, actividad realizada antes de la prueba del VIH, para informar y orientar sobre el VIH/SIDA y obtener el consentimiento informado en caso a realizarse la prueba para el VIH.
- **PREVENCIÓN**, adopción de medidas adecuadas tendientes a evitar los riesgos de transmisión, contaminación y diseminación del VIH.
- **PRUEBA CONFIRMATIVA**, examen de alta especificidad que confirma la presencia de VIH.
- **PRUEBA PRESUNTIVA**, prueba de laboratorio para determinar la posible presencia del VIH.
- **PVS**, persona que vive con VIH, que presenta signos y síntomas clínicos de enfermedad asociados al VIH, de acuerdo a criterios de la OPS/OMS.
- **PVV**, persona que vive con el VIH; que no presenta síntomas clínicos ni signos de enfermedad.
- **PVVS**, persona que vive con el VIH o SIDA.
- **SIDA**, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, conjunto de síntomas y signos generados por el daño del sistema inmunitario por el VIH.
- **TRANSMISIÓN**, paso de un agente infeccioso a una persona por diferentes vías.
- **VIH**, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, agente etiológico de la infección y el SIDA, transmitida por vía sexual, sanguínea y perinatal.
- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SEGUNDA GENERACIÓN**, procesamiento de datos específicos cuyo análisis permite generar información para la toma de decisiones de control, prevención y transmisión del VIH/SIDA.

CAPITULO II DE LA COMPETENCIA Y ORGANIZACIÓN

ARTICULO 3

Como organismo rector máximo, el Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional de ITS/SIDA, normará y coordinará las actividades de atención, educación, promoción, consejería, apoyo psicosocial y vigilancia de todos los servicios de salud y otras instituciones pertinentes de la Seguridad Social, Organizaciones no Gubernamentales, Sociedades Científicas, sistemas educativos, religiosos, organizaciones de PVVS, internacionales, juveniles de la comunidad, intergubernamentales, así como la coordinación interagencial de los organismos donantes y otras instituciones que desarrollan acciones para prevención y control de ITS/VIH/SIDA.

ARTICULO 4

El Programa Nacional de ITS/SIDA, del Ministerio de Salud y Deportes, coordinará acciones con la Dirección General de Control y Prevención de Enfermedades, Programa Nacional de Sangre, Red Nacional de Laboratorios de ITS/SIDA, los SEDES y Programas Departamentales de ITS/SIDA, para la ampliación de la Red de los Laboratorios Regionales, apoyo al control de Bancos de Sangre, dotación de reactivos, fortalecimiento de laboratorios de referencia nacional, así como el desarrollo de sitios centinelas y sistemas de atención integral a las PVVS, coordinación de las actividades de educación e investigación.

ARTICULO 5

El Programa Nacional de ITS/SIDA, cuenta con 2 niveles de atención:

a) Nivel Central: De las Atribuciones

- Normar, planificar, evaluar las actividades de prevención, vigilancia epidemiológica, atención integral del ITS/VIH/SIDA a nivel nacional.
- Canalización de financiamiento y coordinación con todas las agencias internacionales y nacionales que apoyen las acciones de respuesta al VIH/SIDA, con el propósito de mejorar la eficiencia y utilización de recursos a nivel nacional.
- Promover e impulsar la reglamentación para el control de las transfusiones sanguíneas, garantizando una sangre segura libre de agentes infecciosos.
- Coordinación intra e intersectorial con todas las organizaciones e instituciones que trabajan en VIH y SIDA.

b) Nivel Regional: De las Atribuciones.

- Adecuar las normas nacionales a nivel regional.
- Elaboración de Programas Regionales.
- Coordinación intra e intersectorial con instituciones y organismos de su jurisdicción.
- Ejecución, supervisión, evaluación de actividades educativas, de vigilancia epidemiológica, laboratorios, bancos de Sangre, atención integral y fortalecimiento de foros comunitarios sobre VIH/SIDA.

CAPITULO III DEL DIAGNÓSTICO

ARTICULO 6

El diagnóstico de la infección por VIH, es un acto propio del ejercicio de la medicina, confirmado con pruebas de laboratorio.

ARTICULO 7

Se podrá realizar pruebas de VIH, solamente con consentimiento informado de la persona.

ARTICULO 8

No podrá realizarse la prueba de VIH, sin consentimiento informado de la persona.

Es procedente practicar pruebas de laboratorio como apoyo, únicamente en los siguientes casos:

* A petición de la persona con pre y post consejería.

* Cuando exista sospecha clínica de infección por VIH.

* Para fines de vigilancia epidemiológica e investigación, determinada por factores epidemiológicos, con la respectiva confidencialidad.

ARTICULO 9

Las pruebas presuntivas para el VIH, deben ser estrictamente confidenciales con apoyo de pre y post consejería y se realizarán en laboratorios públicos y/o privados que reúnan requisitos y cumplan normas de calidad establecidas por el laboratorio nacional de referencia correspondiente.

ARTICULO 10

Toda prueba presuntiva para VIH, realizada en laboratorios públicos y/o privados; que resultare positiva, deberá enviarse para su confirmación al laboratorio de referencia respectivo.

ARTICULO 11

Las pruebas confirmatorias implementadas en el país, deben ser estrictamente confidenciales; se realizarán sólo en laboratorios de referencia a nivel nacional del Ministerio de Salud y Deportes, que reúnan requisitos y normas de calidad establecidas.

ARTICULO 12

Una vez realizada la prueba confirmatoria de infección del VIH, el resultado positivo o reactivo, deberá notificarse en forma confidencial a las instancias técnicas responsables de los programas departamentales de ITS/SIDA y al Programa Nacional.

Los laboratorios regionales informarán el resultado positivo y/o reactivo al equipo de consejería o directamente al médico tratante, el mismo informará el resultado a la persona ó a través de un equipo capacitado con apoyo psicosocial y consejería.

La consejera deberá llenar la ficha de vigilancia epidemiológica y canalizar a las instancias técnicas responsables.

ARTICULO 13

Cuando una PVV, presente síntomas y signos propios de SIDA, ésta situación debe certificarse mediante diagnóstico médico especializado, de acuerdo a la clasificación aprobada por la OPS/OMS y vigente en el país, para lo cual se llenará la ficha de CASO y se canalizará a las instancias técnicas, manteniendo información permanente de la evolución del paciente.

CAPITULO IV DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

ARTICULO 14

Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de ITS/SIDA, coordinar las acciones de la atención integral a las PVVS, cuya organización y funcionamiento será compartida con instituciones y organizaciones de otros sectores, quienes desarrollarán el sistema de atención integral con participación multisectorial y multidisciplinaria, promoviendo la consejería, apoyo psicosocial y la información de los conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos, (garantizando un manejo adecuado de las personas afectadas.

ARTICULO 15

Brindar capacitación y actualización en ITS/VIH/SIDA, al personal involucrado en el sistema de atención integral, para mejorar la calidad y calidez de la misma, respetando los DDHH de las PVVS.

ARTICULO 16

Desarrollar en cada regional el sistema de atención integral para las PVVS, de acuerdo al manual de manejo integral elaborado por el Programa Nacional ITS/ SIDA, con normas de manejo ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario, conformándose los equipos multidisciplinarios para brindar a las PVVS asistencia médica y control permanente de su estado de salud físico y psicológico, así como en el proceso de morir con dignidad, guardando estricta confidencialidad y anonimato.

ARTICULO 17

Ningún trabajador en salud de establecimientos hospitalarios, clínicas u otros servicios de salud gubernamental, seguridad social, ONGs o del sector privado, podrá negar servicio de atención médica o de internación a las PVVS, debiendo éstas ser tratadas como cualquier otro usuario, guardando estricta confidencialidad y anonimato.

ARTICULO 18

La comunidad y especialmente la familia, deben participar activamente en el mantenimiento de la salud y la recuperación de las PVVS, así como en el proceso de morir con dignidad.

ARTICULO 19

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de ITS/SIDA implementará y proveerá los servicios de laboratorio para el seguimiento de las PVVS, donde se realizarán carga viral, recuento de linfocitos CD4 y linfocitos CD8, a través de la Red Nacional de Laboratorios de referencia de ITS/SIDA.

ARTICULO 20

Es obligación de cada Programa Departamental ITS/SIDA, realizar el seguimiento, apoyo y educación de los familiares y allegados de las PVVS.

CAPITULO V

DE LA PREVENCIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA REGISTRO E INFORMES DE PVVS

ARTICULO 21

La prevención y vigilancia del VIH/SIDA, debe ser apoyada por todas las instancias, organizaciones, instituciones y sectores con carácter público y/o privado. Debiendo notificar obligatoriamente a los Programas Departamentales ITS/SIDA, todo resultado reactivo o positivo del SIDA confirmado. Deberá cumplir las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Deportes, referidas al llenado de las fichas de vigilancia, notificación e informes periódicos de evolución.

ARTICULO 22

El Programa Nacional ITS/SIDA desarrollará, coordinará y autorizará con otras instancias las siguientes acciones:

- a) Mantener un registro nacional y regional confidencial de las PVVS, para cuyo efecto el Ministerio de Salud y Deportes, tiene diseñado un conjunto de instrumentos técnico - administrativos.
- b) Las PVVS y contactos identificados deben recibir atención integral, manteniéndose la confidencialidad y anonimato de los registros.
- c) Realizar estudios de seroprevalencia del VIH, en grupos poblacionales que convengan a los fines de la vigilancia epidemiológica de segunda generación.
- d) Organizar el funcionamiento de sitios centinelas, de acuerdo a las características técnicas previamente normadas y establecidas por el Programa Nacional de ITS/SIDA, en coordinación con los SEDES.
- e) Realización de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, en poblaciones que convengan a los fines de la vigilancia epidemiológica de segunda generación, previamente normadas por el Programa Nacional y Departamental de ITS/SIDA.

ARTICULO 23

El Programa Nacional ITS/SIDA, planificará, coordinará y supervisará con instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la implementación del Plan Nacional de Comunicación.

CAPITULO VI

DE LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS

ARTICULO 24

Los laboratorios de Referencia Nacional ITS/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con el Programa Nacional de ITS/SIDA y los SEDES, son responsables de apoyar el desarrollo de la Red de Laboratorios Departamentales, mediante acciones de supervisión, control de calidad, desarrollo de Recursos Humanos y adecuación administrativa.

ARTICULO 25

La toma, transporte, conservación y procesamiento de las muestras, deben realizarse bajo el cumplimiento de Normas de Bioseguridad, establecidas en el manual de normas del Programa Nacional de ITS/SIDA.

ARTICULO 26

Toda muestra de diagnóstico con resultado dudoso o reactivo, debe confirmarse con la prueba de Western Blot, en los laboratorios de Referencia Nacional de ITS/SIDA.

ARTICULO 27

Los laboratorios de Referencia Nacional, deben realizar control de calidad a los laboratorios de los Programas Departamentales de ITS/SIDA, de la seguridad social y/o privados que realicen pruebas presuntivas para diagnóstico de VIH.

ARTICULO 28

Los laboratorios de Referencia Nacional, que realicen pruebas confirmatorias, recibirán control de calidad por laboratorios de Referencia Internacional de la OPS/OMS, CDC-ATLANTA y Federal Center AIDS-Canadá o cualquiera que se determine posteriormente a nivel internacional.

ARTICULO 29

Los SEDES deberán desarrollar y fortalecer el control de bancos de sangre y servicios de transfusión, de acuerdo al Plan Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre dependientes del Ministerio de Salud y Deportes y en coordinación con la Cruz Roja Boliviana.

ARTICULO 30

Con carácter obligatorio, debe realizarse el control de anticuerpos contra el VIH en todos los donantes de sangre, hemoderivados, así como en las donaciones de órganos, tejidos o semen.

ARTICULO 31

Los hemoderivados deben obtenerse de sangre previamente controlada para el VIH. Toda importación y comercialización de hemoderivados debe contar con el control de calidad realizado por los laboratorios de Referencia Nacional.

ARTICULO 32

Para disminuir el riesgo del período ventana del VIH, las donaciones de semen deben emplearse después de 6 meses, cuando se realice el segundo control para VIH al donante.

ARTICULO 33

Se utilizará en todas las unidades de sangre controlada cuyo resultado es negativo para el VIH el "sello de control de seguridad", otorgado por el laboratorio departamental.

ARTICULO 34

Toda unidad de sangre, hemoderivados, órganos, tejidos o semen con destino a la transfusión o donación, cuyo resultado sea reactivo o positivo a las pruebas presuntivas de VIH, independientemente del resultado del examen confirmatorio, debe descartarse derivando a la persona al equipo de salud responsable de su seguimiento y atención integral.

ARTICULO 35

Todos los reactivos para realizar pruebas presuntivas de infección con el VIH que sean producidas, importadas y/o comercializadas en el país, deberán tener control de calidad por INLASA y autorización por UNIMED.

CAPITULO VII DE LA INVESTIGACIÓN

ARTICULO 36

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de ITS/SIDA, establecerá la pertinencia de las investigaciones epidemiológicas, operativas y sociales referentes al VIH/SIDA.

ARTICULO 37

El Ministerio de Salud y Deportes, a través de sus organismos especializados, estimulará, apoyará y autorizará investigaciones relacionadas con el VIH/SIDA para apoyar la vigilancia epidemiológica.

CAPITULO VIII DE LOS DERECHOS Y CUMPLIMIENTOS DE DEBERES

ARTICULO 38

La realización de pruebas serológicas para la detección del VIH en investigación, encuestas a personas con conductas de riesgo u otro tipo de población, sólo podrá efectuarse previo consentimiento del encuestado o cuando la autoridad de Salud Nacional lo determine por razones de vigilancia epidemiológica con la respectiva confidencialidad.

ARTICULO 39

El Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, brindará apoyo jurídico y laboral a las PVVS y no podrá negárseles el ingreso o permanencia en sus establecimientos laborales tanto públicos como privados.

ARTICULO 40

A las PVVS y las que conviven con el VIH/SIDA se les puede negar el ingreso a los centros educativos, deportivos, sociales y culturales, tanto públicos como privados, ni podrán ser discriminados por ningún motivo.

ARTICULO 41

Los trabajadores no están obligados a informar a sus empleadores su condición de vivir con el VIH/SIDA resguardando así el derecho a la confidencialidad y a la no discriminación de las PVVS.

ARTICULO 42

Los Seguros Sociales del empleador, deben guardar confidencialidad sobre el estado serológico de VIH del empleado, quedando prohibido informar al empleador sobre el estado específico de salud del empleado.

ARTICULO 43

El secreto profesional no podrá invocarse como impedimento para suministrar información confidencial para la vigilancia epidemiológica a las instancias técnicas responsables del Ministerio de Salud y Deportes, en referencia a las PVVS diagnosticadas o atendidas por los servicios de salud o consultorios tanto públicos como privados documentando cada caso para fines de estudio. Los servicios de salud tanto públicos como privados, deberán proporcionar toda la información requerida por los Programas Departamentales de ITS/SIDA para la vigilancia epidemiológica, en forma confidencial.

ARTICULO 44

Previo consentimiento de la PVVS, se podrá informar el estado serológico al cónyuge o pareja correspondiente.

ARTICULO 45

Si la condición de salud de la PVVS es grave, se deberá comunicar previo consentimiento a los familiares o allegados.

ARTICULO 46

Guardar estricta confidencialidad hacia los medios de comunicación y a la opinión pública sobre los datos obtenidos, resguardando el derecho a la privacidad de las PVVS.

ARTICULO 47

Queda prohibido exigir pruebas serológicas para VIH, como requisito obligatorio en las siguientes circunstancias:

- a) Admisión a centros educativos, deportivos, sociales y culturales.
- b) Ingreso y permanencia al país de ciudadanos extranjeros y nacionales.
- c) Acceso a actividades laborales o permanencia en la misma.
- d) Ingreso a instituciones militares o de conscriptos.
- e) Ingreso a centros penitenciarios.

Queda prohibido exigir pruebas serológicas sin consentimiento de la persona, excepto por razones epidemiológicas y cuando exista sospecha clínica de VIH/SIDA.

ARTICULO 48

Los Centros de Salud asistencial, laboratorial, bancos de sangre, consultorios e institutos de investigación que manipulen material biológico de origen humano, deben cumplir las Normas de Bioseguridad impartidas por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTICULO 49

Es obligación del personal de salud en todos los niveles, cumplir y hacer cumplir las Normas de Bioseguridad vigentes y contenidas en la Resolución expresa.

ARTICULO 50

Será de competencia de todos los profesionales en salud, la promoción y Educación sanitaria del personal de sus establecimientos, por niveles de atención y a grupos de población priorizados por Programa Nacional o Departamental de ITS/SIDA Ministerio de Salud y Deportes.

ARTICULO 51

Es obligación del establecimiento de salud tanto público como privado proveer los materiales e insumos necesarios al personal de salud, para que cumpla con las medidas de bioseguridad.

ARTICULO 52

El personal de salud en general en sus diferentes niveles tiene la obligación de orientar, informar, educar y ejecutar prestaciones de salud sobre el VIH/SIDA a la población boliviana sin distinción, guardando estricta confidencialidad.

ARTICULO 53

La persona que ha sido víctima de violencia sexual y se conoce un riesgo real de adquirir el VIH, tiene derecho a recibir tratamiento antiretroviral profiláctico.

ARTICULO 54

El personal de salud que ha sufrido un accidente por exposición a material, muestras, objetos o fluidos contaminados por el VIH y se conoce un riesgo real de adquirir el VIH, tiene derecho a recibir tratamiento antiretroviral profiláctico.

ARTICULO 55

Toda persona que ejerza el trabajo sexual comercial debe recibir información, capacitación, educación y consejería sobre la prevención y los riesgos de contraer o transmitir el VIH, debiendo los Programas Departamentales de ITS/SIDA realizar la concientización para que estas personas se sometan a controles periódicos y hagan uso de condones o preservativos.

ARTICULO 56

Es de carácter obligatorio que los administradores de moteles, lenocinios y otros establecimientos afines, provean preservativos o condones a los clientes y personas que trabajan en el comercio sexual de estos establecimientos, para que sean utilizados en todos los actos sexuales.

CAPITULO IX DE LA PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL, COMUNITARIA Y DE LA COORDINACIÓN

ARTICULO 57

Los Servicios Departamentales de Salud deben conformar su Comité de Coordinación Interinstitucional, avalados con Resolución Ministerial expresa y firma de convenios respectivos.

ARTICULO 58

Previa Resolución Ministerial y firma de convenio, todas las instituciones, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación internacional que desarrollan acciones sobre el VIH/SIDA, deben coordinar actividades de educación, información, vigilancia epidemiológica y atención integral con el Programa Nacional o Departamental de ITS/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes.

ARTICULO 59

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, a través de sus planteles educativos, previa capacitación de docentes de diferentes áreas, impartirá a los escolares educación sexual dirigida a las ITS/VIH/SIDA, acorde a su nivel y con énfasis en actitudes responsables a nivel primario, secundario y superior.

ARTICULO 60

El Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con el Ministerio de Información, adoptará mecanismos para que la red de radio, televisión y prensa a nivel nacional, emita mensajes permanentes y continuos de orientación a la población general, sobre la prevención de la infección de ITS/VIH/SIDA.

ARTICULO 61

El Ministerio de Salud y Deportes, coordinará con el Ministerio de Gobierno para realizar en forma permanente y periódica la educación, información y capacitación en los recintos penitenciarios.

ARTICULO 62

El Ministerio de Salud y Deportes, coordinará con el Ministerio de Gobierno y con los Programas Departamentales de ITS/SIDA, para garantizar la atención integral y manejo de las PVVS privadas de libertad.

CAPITULO X DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SANCIONES

ARTICULO 63

Las PVVS no podrán ejercer el comercio sexual, donar sangre, hemoderivados, órganos, tejidos y semen.

ARTICULO 64

Las PVVS que saben de su condición de vivir con el VIH o SIDA y que en forma dolosa transmitan o intenten transmitir el VIH a otras personas, serán pasibles a las sanciones previstas en el Código Penal en sus artículos 216, 217, 220 y 277

Si estas personas fueran condenadas o reclusas, deberá ser en lugares adecuados para su asistencia sanitaria, psicológica y psiquiátrica.

ARTICULO 65

Las personas que por acción u omisión infringieran uno o mas artículos del presente Reglamento Ministerial, serán pasibles a las sanciones establecidas en el Código de Salud y sometidas a la acción de la Justicia Ordinaria en aplicación de los artículos 216, 217, 220 y 277 del Código Penal.

ANEXO 3

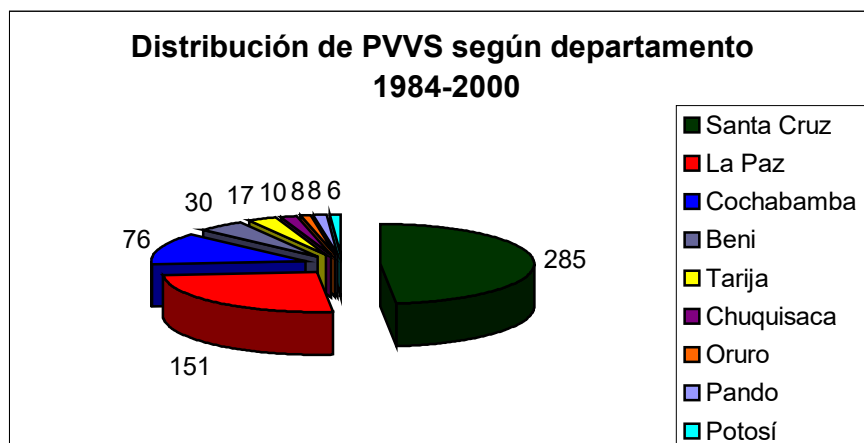
Otras fuentes de referencia

Distribución de PVVS por departamentos 1984-2000

Cuadro No.1

Departamento	1984-2000	PVVS 2001
Santa Cruz	285	13
La Paz	151	0
Cochabamba	76	0
Beni	30	0
Tarija	17	0
Chuquisaca	10	1
Oruro	8	0
Pando	8	0
Potosí	6	0
TOTAL	591	14

Fuente: MSPS OPS/OMS



Fuente: MSPS OPS/OMS

Cuadro No.2

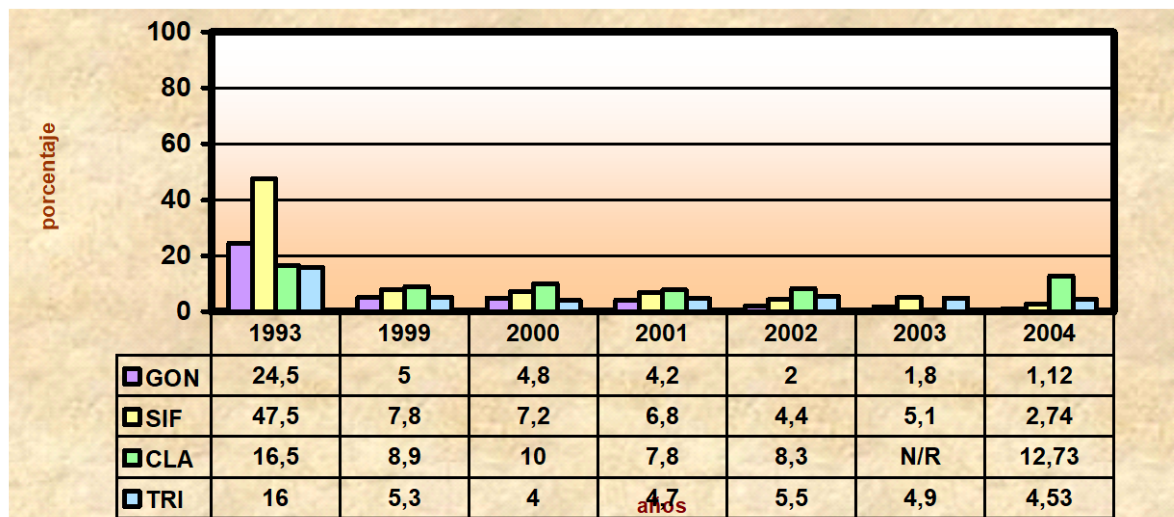
Prevalencia de ITS en la ciudad de La Paz periodo 1995-2002

Año	Sífilis	Gonorrea	Chamydia	Tricomoniasis
1995	19.91%	25.56%	6.93%	17.03%
1996	19.91%	25.56%	6.93%	17.03%
1997	15.6%	3.87%	0	7.21%
1998	14.5%	7.5%	0	8.10%
1999	3.10%	3.10%	9.10%	5.60%
2000	4.3%	4.30%	7.70%	6.70%
2001	3.10%	3.10%	9.20%	4.30%
2002	3.00%	3.0%	9.40%	7.70%

Fuente: Programa de ITS/ VIH/SIDA La Paz

Grafico No.3

Prevalencia de las ITS, Notificadas, en los CDVIR
Bolivia 1984 – 2004



Fuente: Programa ITS/VIH SIDA Bolivia

Cuadro No.3

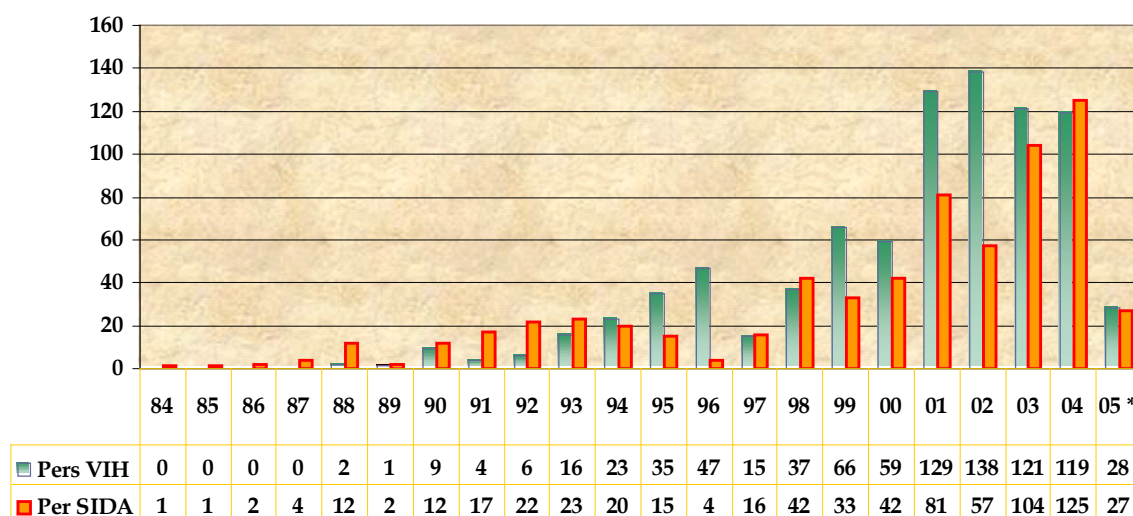
Resultados Vigilancia Centinela del VIH. Según Sitios Centinela. Bolivia. Periodo 2000-2004

Sitio Centinela	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nº	Prev.	Nº	Prev.	Nº	Prev.	Nº	Prev.	Nº	Prev.
Hosp. Holandés, El Alto	784	0,26	799	0,13	780	0	800	0,25	795	0,25
E. Salud, Cochabamba	784	0,13	799	0,13	780	0	607	0,16	780	0
Mat. P. Boland, Santa Cruz	784	0	799	0,87	780	0	800	0,25	795	0,24
H. Mat.inf. CNS, La Paz	N/R	N/R	784	0,13	780	0	800	0	695	0
Hosp. de Yacuiba, Tarija	N/R	N/R	N/R	N/R	780	0	777	0,13	S/D	S/D
Hosp. de Guayaramerin	N/R	N/R	N/R	N/R	784	0	500	0	S/D	S/D
Hosp. R. Galindo, Pando	N/R	N/R	N/R	N/R	784	0	783	1,02	780	0,38

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, USAID Bolivia

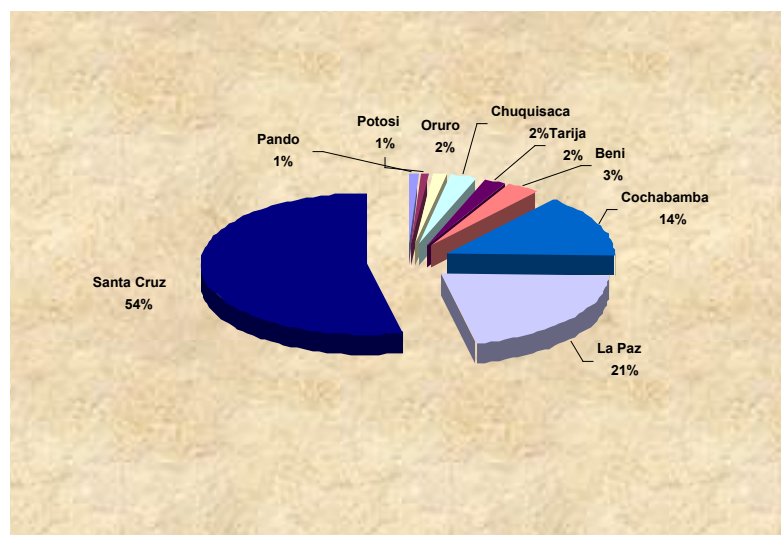
Grafico No.4

Notificación de Casos VIH y SIDA 1984 – Marzo 2005 (parcial) Bolivia



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, USAID Bolivia
Grafico No 5

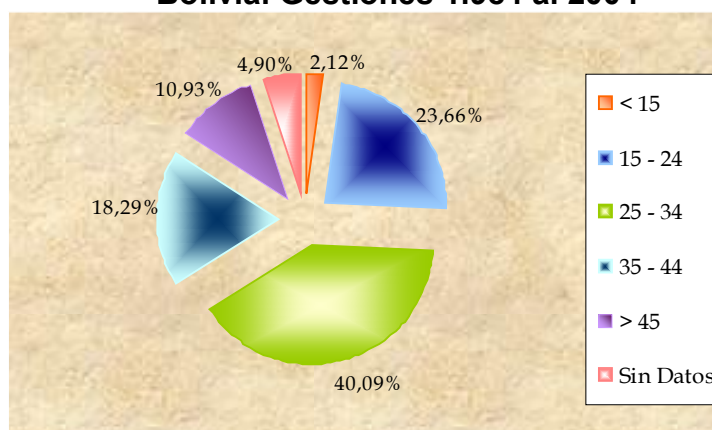
**Distribución de casos de VIH y SIDA
 Por Departamento
 Bolivia. Gestión 2004**



Fuente: Programa de ITS/VIH/SIDA

Grafico No.6

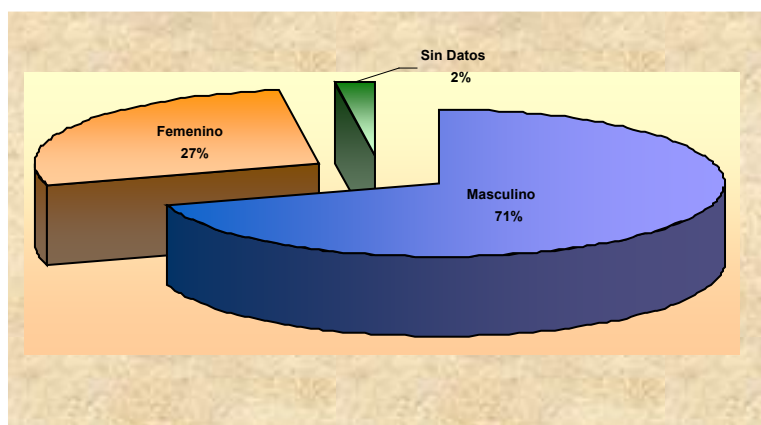
**Distribución de casos de VIH y SIDA
 Por Grupo Etáreo
 Bolivia. Gestiones 1.984 al 2004**



Fuente: Programa de ITS/VIH/SIDA

Grafico No. 7

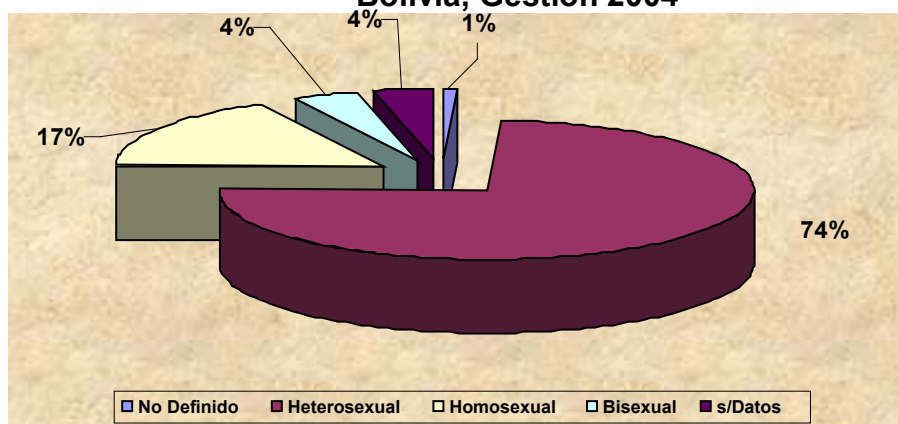
**Distribución de casos de VIH y SIDA
Notificados Por Sexo
Bolivia. Gestiones 1.984 al 2004**



Fuente: Programa de ITS/VIH/SIDA

Grafico No. 8

**Preferencia sexual de los casos VIH/SIDA notificados
Bolivia, Gestión 2004**



Fuente: Programa de ITS/VIHS/IDA

CUADRO No. 4

Prevalencia Casos VIH-SIDA Notificados
Expresado en Tasa x 1.000.000
Gestion 2004

DEPARTAMENTO	N° de Casos VIH/SIDA	N° de Casos VIH	N° de Casos SIDA	Pob. Riesgo	Prevalencia VIH/SIDA	Prevalencia VIH	Prevalencia SIDA
La Paz	26	15	11	2.587.732	10,05	5,80	4,25
Cochabamba	46	28	18	1.633.984	28,15	17,14	11,02
Santa Cruz	142	57	85	2.310.449	61,46	24,67	36,79
Pando	5	3	2	63.840	78,32	46,99	31,33
Beni	4	3	1	399.054	10,02	7,52	2,51
Chuquisaca	8	8	0	591.833	13,52	13,52	0,00
Potosi	3	2	1	763.406	3,93	2,62	1,31
Tarija	8	3	5	446.508	17,92	6,72	11,20
Oruro	2	0	2	429.705	4,65	0,00	4,65
BOLIVIA	244	119	125	9.226.511	26,45	12,90	13,55

Porcentajes

DEPARTAMENTO	N° de Casos VIH/SIDA	N° de Casos VIH	N° de Casos SIDA	VIH/SIDA %	VIH %	SIDA %
La Paz	26	15	11	10,66%	12,61%	8,80%
Cochabamba	46	28	18	18,85%	23,53%	14,40%
Santa Cruz	142	57	85	58,20%	47,90%	68,00%
Pando	5	3	2	2,05%	2,52%	1,60%
Beni	4	3	1	1,64%	2,52%	0,80%
Chuquisaca	8	8	0	3,28%	6,72%	0,00%
Potosi	3	2	1	1,23%	1,68%	0,80%
Tarija	8	3	5	3,28%	2,52%	4,00%
Oruro	2	0	2	0,82%	0,00%	1,60%
BOLIVIA	244	119	125	100,00%	100,00%	100,00%

	Pando	Santa Cruz	Cochabamba	Tarija	Chuquisaca	La Paz	Beni	Oruro	Potosi	BOLIVIA
N° de Casos VIH/SIDA	5	142	46	8	8	26	4	2	3	244
% Casos VIH/SIDA	2,05%	58,20%	18,85%	3,28%	3,28%	10,66%	1,64%	0,82%	1,23%	100,00%
Prevalencia VIH/SIDA	78,32	61,46	28,15	17,92	13,52	10,05	10,02	4,65	3,93	26,45

	Pando	Santa Cruz	Cochabamba	Chuquisaca	Beni	Tarija	La Paz	Potosi	Oruro	BOLIVIA
N° de Casos VIH	3	57	28	8	3	3	15	2	0	119
% Casos VIH	2,52%	47,90%	23,53%	6,72%	2,52%	2,52%	12,61%	1,68%	0,00%	100,00%
Prevalencia VIH	46,99	24,67	17,75	13,52	7,52	6,72	5,80	2,62	0,00	12,90

	Santa Cruz	Pando	Tarija	Cochabamba	Oruro	La Paz	Beni	Potosi	Chuquisaca	BOLIVIA
N° de Casos SIDA	85	2	5	18	2	11	1	1	0	125
% Casos SIDA	68,00%	1,60%	4,00%	14,40%	1,60%	8,80%	0,80%	0,80%	0,00%	100,00%
Prevalencia SIDA	36,79	31,33	11,20	10,40	4,65	4,25	2,51	1,31	0,00	13,55

CUADRO NO. 5

MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS DE PVVS SEGÚN GRUPO ETAREO DEPARTAMENTO LA PAZ GESTION 2004

Departamento	Mes	Grupo Etáreo						Total
		< 15	15 - 24	25 - 34	35 - 44	>= 45	s/Datos	
La Paz	Enero				1			1
	Febrero		2	3	1			6
	Marzo					1		1
	Abril							0
	Mayo							0
	Junio		1					1
	Julio			2				2
	Agosto					1		1
	Septiembre							0
	Octubre		1	1	2			4
	Noviembre				4	1		5
	Diciembre		1		3		1	5
Total		1	4	13	5	3	0	26

Fuente Programa de ITS/ VIH/SIDA

MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS DE PVVS SEGÚN GRUPO ETAREO DEPARTAMENTO SANTA CRUZ GESTION 2004

Departamento	Mes	Grupo Etáreo						Total
		< 15	15 - 24	25 - 34	35 - 44	>= 45	s/Datos	
Santa Cruz	Enero		3	4	3	2		12
	Febrero		1	2	2	1		6
	Marzo		2	5	3			10
	Abril		3	2	3			8
	Mayo		4	0	2	2		8
	Junio		1	4	3			8
	Julio		3	4	2	2		11
	Agosto		4	4	2			10
	Septiembre		3	9	3			15
	Octubre		5	8	4	2	3	22
	Noviembre		3	8	2	4		17
	Diciembre		7	3	1	3	1	15
Total		0	39	53	30	16	4	142

Fuente Programa de ITS/ VIH/SIDA

ANEXO 4
ENCUESTA A PVV
TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS AL VIH/SIDA

No. De la encuesta.....

Ciudad/Fecha.....

En pleno uso de mis facultades, doy mi consentimiento para usar la información que brindo en esta encuesta, para el trabajo de investigación sobre factores relacionados al VIH/ SIDA.

Firma

Por favor, escribe la respuesta correcta

1. De donde eres?

Ciudad (escribir).....

Provincia o Localidad (escribir).....

Otro país (escribir).....

2. Que actividad realizas?

.....

3. Sabías que era el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida? (SIDA)

1. Si

2. No

Nota : Si respondes **si**, explicar en pocas palabras

.....

4. Sabias cómo se transmitía el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) ?

1. Si

2. No

Nota : Si respondes **si**, explicar cómo

.....

5. Utilizabas preservativo (condón) en tus relaciones sexuales?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

Por favor marca la respuesta que consideres correcta

6. Acostumbrabas con tus amigos o tu pareja ingerir alguna bebida alcohólica?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

7. Acostumbrabas utilizar preservativo (condón) en tus relaciones sexuales, cuando ingerías alguna bebida alcohólica?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

8. Alguna vez utilizaste algún tipo de droga?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

9. Acostumbrabas utilizar preservativo (condón) en tus relaciones sexuales, cuando usaste algún tipo de droga?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

10. Alguna vez tuviste una Enfermedad de Transmisión Sexual?

1. Si

2. No

11. Si tuviste una Enfermedad de Transmisión Sexual, usaste preservativo (condón) en tus relaciones sexuales?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

12. Cuando no utilizabas el preservativo (condón)?

.....
Tienes algún comentario u observación?

.....
Gracias, por tu colaboración

ANEXO 4

ENCUESTA A TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS AL VIH/SIDA

No. De la encuesta.....

Ciudad/Fecha.....

En pleno uso de mis facultades, doy mi consentimiento para usar la información que brindo en esta encuesta, para el trabajo de investigación sobre factores relacionados al VIH/ SIDA .

Firma

Por favor, escribe la respuesta correcta

1. De donde eres?

Ciudad (escribir).....

Provincia o Localidad (escribir).....

Otro país (escribir).....

2. Que actividad realizas?

.....

3. Sabes que es el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida? (SIDA)

1. Si
2. No

Nota : Si respondes **si**, explicar en pocas palabras

.....

4. Sabes cómo se transmite el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) ?

1. Si
2. No

Nota : Si respondes **si**, explicar cómo

.....

5. Utilizas preservativo (condón) en tus relaciones sexuales?
1. Regularmente
 2. A veces
 3. Siempre
 4. Nunca

Por favor marca la respuesta que consideres correcta

6. Acostumbras con tus amigos o tu pareja ingerir alguna bebida alcohólica?
1. Regularmente
 - 2 A veces
 3. Siempre
 4. Nunca

7. Acostumbras utilizar preservativo (condón) en tus relaciones sexuales, habiendo ingerido alguna bebida alcohólica?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

8 .Alguna vez utilizaste algún tipo de droga?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

9. Acostumbras a utilizar preservativo (condón) en tus relaciones sexuales, habiendo utilizado algún tipo de droga?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

10. Alguna vez tuviste una Enfermedad de Transmisión Sexual?

1. Si

2. No

11. Si tuviste una Enfermedad de Transmisión Sexual, usaste preservativo (condón) en tus relaciones sexuales?

1. Regularmente
2. A veces
3. Siempre
4. Nunca

12. Cuando no utilizas el preservativo (condón)?

.....

Tienes algún comentario u observación?

.....

Gracias, por tu colaboración

ANEXO 5

Diario de campo

Se nota que la persona entrevistada se siente frustrada, pues está segura que su pareja tiene otras relaciones, considera que ser portadora del virus de VIH es una vergüenza para ella, se culpa de muchas acciones ocurridas no se siente apoyada por su pareja, es muy difícil conversar sobre la percepción de su infección, esta persona, busca apoyo psicológico, no solo necesita ayuda material.

Tiempo de la entrevista 30 minutos.

La Paz, noviembre, 2004

La PVV entrevistada es profesional, extranjera, trabaja en una oficina, viene a prestar apoyo a las personas que lo necesitan, ella tiene el apoyo familiar, conversa sobre su experiencia de una manera resignada, con la esperanza de seguir adelante sin deprimirse, el empeño que pone al conversar con otras personas que tiene VIH hace que éstas se sientan con esperanzas de seguir adelante.

Tiempo de entrevista 20 min

La Paz, Septiembre 2004

La situación social y económica de muchas mujeres en Santa Cruz es crítica, son madres solteras desde muy jóvenes por lo que ven en la necesidad de ser Trabajadoras Sexuales

Esta trabajadora sexual tiene 21 años y dos niños que mantener, vino a Santa Cruz como empleada de una casa cuando tenía 17 años, se embarazó y tuvo que dejar su empleo, ella dice que con niños ya nadie quiere emplearla y que una amiga la contactó para que se dedique al oficio de ser TSC.

Esta persona esta conciente de que se tiene que cuidar en sus relaciones sexuales, y lo hace por sus niños. Sabe lo que es el SIDA por lo que vió en la calle, parece que se enteran de sus compañeras que tienen el problema y que se encuentran en condiciones poco favorables.

Tiempo de la entrevista 20 minutos

Santa Cruz, Octubre, 2004

Una gran parte de las TSC saben que deberían protegerse en sus relaciones sexuales, sin embargo no lo hacen, creen que no están en situación de riesgo, especialmente esta mujer entrevistada no utiliza el preservativo con sus "clientes de confianza" tampoco desea explicarme el porque.

Entre ellas mencionan, que saben en quien confiar y en quien no.

Tiempo de la entrevista 20 minutos

La Paz, Octubre 2004

ANEXO 6

PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA

Percepción de las PVV del sexo femenino

- * ¿Como te contagiaste con VIH/SIDA?
- * ¿Cual fue la razón de consultar a un doctor?
- * ¿Cuando te iniciaste sexualmente o a que edad?
- * ¿Quien comparte contigo tu problema, tu familia? amigos?
- * ¿Como crees que se debe luchar contra la enfermedad?

Medidas de Prevención

- * ¿En tus relaciones sexuales te protegías ya sea con condón o que otro método usaste? Cual fue el otro método que utilizaste para no contagiarte con el VIH?

Factores asociados al VIH

- * Siempre utilizaste el condón en tus relaciones sexuales?
- * alguna vez tuviste una enfermedad de Transmisión sexual? Te protegiste en tus relaciones sexuales mediante el uso del condón?
- * Con tu pareja oficial, con tu esposo, te protegías en tus relaciones sexuales mediante el uso del condón, porque no? Porque si?

Circunstancias específicas

- * ¿Cuándo no utilizaste el condón?

PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA

PREGUNTAS A TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES

Con las Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) se plantearon preguntas similares:

1. ¿Cual es la percepción de las TSC del sexo femenino sobre la transmisión del VIH?
2. ¿Que medidas de prevención adoptaron las mujeres para no infectarse con el VIH?
3. ¿Cuales son los factores asociados a la transmisión del VIH en las mujeres TSC de los municipios de La Paz y Santa Cruz?
4. ¿Que circunstancias específicas hicieron que las TSC del sexo femenino se infectaran con el VIH?

Percepción de las TSC del sexo femenino

- * ¿Sabes lo que es el SIDA? ¿Sabes como se transmite?
- * ¿Como crees que se debe luchar contra la enfermedad?

Medidas de Prevención

- * ¿En tus relaciones sexuales te proteges con condón o que otro método utilizas?

Factores asociados al VIH

- * Siempre utilizas el condón en tus relaciones sexuales?
- * Alguna vez tuviste una enfermedad de Transmisión sexual? Te proteges en tus relaciones sexuales mediante el uso del condón?
- * Con tu pareja oficial, con tu esposo, te proteges en tus relaciones sexuales mediante el uso del condón, porque no? Porque si?
- * Cuando tomas alguna bebida alcohólica utilizas el condón en tus relaciones sexuales?
- * Si usas algún tipo de droga, te proteges mediante el uso del condón en tus relaciones sexuales?

Circunstancias específicas

- * ¿Cuando no utilizas el condón?

ANEXO 7 CODIFICACION DE ENTREVISTADAS

(S,S,20,E)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		20 =Edad	E= Estudiante	
(S,LP,35,P)	S= Algún nombre	LP= La Paz		35= Edad	P= Profesional	
(S,LP,30,P)	S= Algún nombre	LP= La Paz		30= Edad	P= Profesional	
(S.LP, A,37,A)	S= Algún nombre	LP= La Paz	A= Argentina	37=Edad	A= Ama de casa	
(S.S,27, A)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		27= Edad	A= Ama de casa	
(S.S, 38,P)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		38= Edad	P= Profesional	
(S,LP, 24,A)	S= Algún nombre	LP= La Paz		24=Edad	A= Ama de casa	
(S,LP,35,P)	S= Algún nombre	LP= La Paz		35= Edad	P= Profesional	
(S.LP 29,P)	S= Algún nombre	LP= La Paz		38=Edad	P= Profesional	
S.S,A, 38,P)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz	A= Argentina	38= Edad	P= Profesional	
(S.S,28,E)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		28=Edad	E= Estudiante	
(S,LP, 27,A)	S= Algún nombre	LP= La Paz		27= Edad	A= Ama de casa	
(S.S, 27,A)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		27= Edad	A= Ama de casa	
(S,LP 30,P)	S= Algún nombre	LP= La Paz		30= Edad	P= Profesional	
(S.LP.26,E)	S= Algún nombre	LP= La Paz		26= Edad	E= Estudiante	
(S.S,29,A)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		29= Edad	A= Ama de casa	
(S,S 29,A)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		29= Edad	A= Ama de casa	
(S.S,26,T,E)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		26= Edad	T= TSC	E= Estudiante
(S.S,25,T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		25= Edad	T= TSC	
(S.S, 25, T,E)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		25= Edad	T= TSC	E= Estudiante
(S.S, 28, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		28 = Edad	T= TSC	
(S.LP,30T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		30= Edad	T= TSC	
(S.S 25,TC).	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		25= Edad	T= TSC	C= comerciant
(S.S29, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		29= Edad	T= TSC	
(S.LP,26, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		26 = Edad	T= TSC	
(S.LP 28T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		28= Edad	T= TSC	
(S.S. 33T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		33= Edad	T= TSC	
(SS 28T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		28= Edad	T= TSC	
(S,LP, 30, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		30= Edad	T= TSC	
(S.LP.30, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		30 = Edad	T= TSC	
(S.LP 25, T).	S= Algún nombre	LP= La Paz		25= Edad	T= TSC	
(SLP, 27, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		27= Edad	T= TSC	
(S .LP, 21T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		21= Edad	T= TSC	
(S.LP,34T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		34= Edad	T= TSC	
(S.S,25, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		25= Edad	T= TSC	
(S.LP,30, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		25= Edad	T= TSC	
(S.S,34, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz	A= Argentina	30= Edad	T= TSC	
(S.S,A24 T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		34= Edad	T= TSC	
(SS,28, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		24 = Edad	T= TSC	
(S. LP, 36, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		36= Edad	T= TSC	
(S.S,34, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		34= Edad	T= TSC	
(S. LP, 28, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		28= Edad	T= TSC	
(S .LP, 28, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		28= Edad	T= TSC	
(S.LP, 36, C)	S= Algún nombre	LP= La Paz		36= Edad	C= comerciante	
(S.S, 27,E)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		27= Edad	E= Estudiante	
(S,S,27,TP)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		27= Edad	T= TSC	P= Profesional
(S.LP,34 T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		34= Edad	T= TSC	
(S.S26, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		26= Edad	T= TSC	
(S.S, 31, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		31= Edad	T= TSC	
(S,LP27T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		27= Edad	T= TSC	
(S,LP,27, T)	S= Algún nombre	LP= La Paz		27=Edad	T= TSC	
(S.S.36T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		38= Edad	T= TSC	
(S.S.28, T)	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		28= Edad	T= TSC	
S.S.27. T	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		27= Años	T= TSC	
S.LP 28 TC	S= Algún nombre	LP= La Paz		28= Años	T= TSC	C= comerciant
S.S.27. T	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		27= años	T= TSC	
S.S 34 E	S= Algún nombre	S= Santa Cruz		28= años	E= Estudiante	

ANEXO 8

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS Y VALORES	INSTRUMENTOS
Estado Civil	Condición de un individuo respecto a sus relaciones con la sociedad	Cantidad de mujeres PVV y TSC en un Estado civil determinado	Variable Independiente Nominal, Categórica	1. Casada 2. Soltera. 3. Divorciada 4. Concubina	Encuesta / entrevista a PVV registradas en el Centro epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA
Lugar de origen	Originario(a) de un lugar geográfico	Cantidad de PVV del sexo femenino originarias de algún lugar geográfico	Variable independiente Nominal, Categórica	1. Urbano (La Paz o Santa Cruz) 2. Rural 3. Extranjera	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz y , que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA.
Actividad actual	Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona	Cantidad de PVV del sexo femenino que tienen una actividad diaria	Variable dependiente, nominal Categórica	5. Ama de casa 6. Comerciante 7. Profesional 8. Estudiante 9. TSC	Encuesta y entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz y , que asisten a Redes Voluntarias de VIH SIDA.
Uso de Preservativo	Utilización de preservativo como barrera de protección en las relaciones sexuales	Cantidad de PVV del sexo femenino que utilizaron preservativo en forma regular o esporádica durante una relación sexual	Variable, Categórica, Ordinal Dependiente	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, y que asisten a Redes voluntarias VIH SIDA.
Enfermedades de Transmision Sexual (ITS)	Infección que se transmite por vía sexual, y que genera un determinado número de síndromes	Cantidad de PVV sexo femenino que tuvieron ITS	Variable Independiente ordinal Dicotómica	1. Si 2. No	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA.
Uso del condón e ITS	Utilización de preservativo como barrera de protección en relaciones sexuales en PVV tuvieron ITS	Cantidad de PVV sexo femenino que tuvieron ITS y se protegen regularmente y/o esporádicamente durante una relación sexuales	Variable Independiente ordinal Categórica	1.Regularmente 2.A veces 3.Siempre 4.Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA.

Ingesta de Alcohol	Ingerir bebidas con cierto grado de alcohol	Cantidad de PVV del sexo femenino con ingesta de bebidas alcohólicas	Variable independiente, Ordinal Categórica	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA.
Uso de Condón e ingesta de Alcohol	Utilización de preservativo como barrera de protección en relaciones sexuales en PVV que ingirieron una bebida alcohólica	Cantidad de PVV del sexo femenino con ingesta de bebidas alcohólicas y que se protegieron regular o esporádicamente durante una relación sexual	Variable independiente, Ordinal Categórica	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA
Uso de Drogas	Utilización de sustancias de efecto estimulante	Cantidad de PVV del sexo femenino que utilizan drogas	Variable independiente, Ordinal Categórica	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamentales de La Paz y Santa Cruz y, que asisten a Redes voluntaria VIH SIDA.
Uso de condón y uso de drogas	Utilización de preservativo como barrera de protección en relaciones sexuales en PVV que utilizaron algún tipo de droga	Cantidad de PVV del sexo femenino que utilizaron droga y se protegieron regularmente y/o esporádicamente durante una relación sexual	Variable independiente, Ordinal Categórica	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamentales de La Paz y Santa Cruz y, que asisten a Redes voluntaria VIH SIDA.
Conocimiento	Estado de entendimiento sobre algún fenómeno o cosa	Cantidad de PVV del sexo femenino que conocen y entienden como se transmite el VIH SIDA	Variable Dependiente Dicotómica Nominal	1. Si 2. No	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, y que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA.
Persona que vive con VIH	Persona que vive con el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y que no presenta síntomas clínicos ni signos de enfermedad.	Cantidad de PVV del sexo femenino dispuestas a colaborar voluntariamente en la investigación. Municipios de La Paz y Santa Cruz	Variable dependiente		Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz y, que asisten a Redes voluntarias de VIH SIDA

VARIABLES PARA TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS Y VALORES	INSTRUMENTOS
Estado Civil	Condición de un individuo respecto a sus relaciones con la sociedad	Cantidad de mujeres TSC en una Estado civil determinado	Variable Independiente Nominal, Categórica	1. Casada 2. Soltera. 3. Divorciada 4. Concubina	Encuesta / entrevista a TSC registradas en el Centro epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz
Lugar de origen	Originario(a) de un lugar geográfico	Cantidad de mujeres TSC originarias de algún lugar geográfico	Variable independiente Nominal, Categórica	1.Urbano 2.Rural 3.Extranjera	Encuesta a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz
Actividad actual	Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona	Cantidad de mujeres TSC que tienen una actividad diaria	Variable dependiente, nominal Categórica	1 Ama de casa 2 Comerciante 3 Profesional 4 Estudiante 5. TSC	Encuesta a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz.
Uso de Preservativo	Utilización de preservativo como barrera de protección en las relaciones sexuales	Cantidad de TSC del sexo femenino que utilizaron preservativo en forma regular o esporádica durante una relación sexual	Variable, Categórica, Ordinal Dependiente	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta/Entrevista a TSC registradas en el Centro epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz,
Enfermedades de Transmision Sexual (ITS)	Infección que se transmite por vía sexual, y que genera un determinado número de síndromes	Cantidad de TSC que tuvieron ITS	Variable Independiente Nominal Categórica	1 Regularmente 2 A veces 3 Siempre 4 Nunca	Encuesta a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz
Uso del condón e ITS	Utilización de preservativo como barrera de protección en relaciones sexuales en TSC que tuvieron ITS	Cantidad de TSC sexo femenino que tuvieron ITS y se protegen regularmente y/o esporádicamente durante una relación sexuales	Variable Independiente ordinal Categórica	1.Regularmente 2.A veces 3.Siempre 4.Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz.
Ingesta de Alcohol	Ingerir bebidas con cierto grado de alcohol	Cantidad de mujeres TSC con ingesta de bebidas alcohólicas	Variable independiente, Nominal Categórica	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz.
Uso del condón e ingesta de alcohol	Utilización de preservativo como barrera de protección en relaciones sexuales en TSC con ingesta de alguna bebida alcohólica	Cantidad de TSC sexo femenino que habiendo ingerido alguna bebida alcohólica se protegen regularmente y/o esporádicamente durante una relación sexuales	Variable Independiente ordinal Categórica	1.Regularmente 2.A veces 3.Siempre 4.Nunca	Encuesta/Entrevista a PVV registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz.

Uso de Drogas	Utilización de sustancias de efecto estimulante	Cantidad de mujeres TSC que utilizan algún tipo de droga	Variable independiente, Nominal Categórica	1 Regularmente 2 A veces 3 Siempre 4 Nunca	Encuesta a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamentales de La Paz y Santa Cruz.
Uso de condón y utilización de droga	Utilización de preservativo como barrera de protección en las relaciones sexuales en TSC que utilizan droga	Cantidad de mujeres TSC que utilizaron drogas y se protegen regularmente y/o esporádicamente durante una relación sexuales	Variable independiente, Nominal Categórica	1. Regularmente 2. A veces 3. Siempre 4. Nunca	Encuesta a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamentales de La Paz y Santa Cruz.
Conocimiento	Estado de entendimiento sobre algún fenómeno o cosa	Cantidad de TSC del sexo femenino que conocen y entienden como se transmite el VIH SIDA	Variable Dependiente Dicotómica Nominal	1. Si 2. No	Encuesta/Entrevista a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamental de La Paz y Santa Cruz, SIDA.
TSC			Dependiente		Encuesta a TSC registradas en el Centro Epidemiológico Departamentales de La Paz y Santa Cruz.

