

TIM

S

TRABAJADORES

MASCULINOS

DEL SEXO:

APROXIMACIÓN

A LA PROSTITUCIÓN

MASCULINA EN

MADRID

2006

TRABAJADORES
MASCULINOS
DEL SEXO:
APROXIMACIÓN
A LA PROSTITUCIÓN
MASCULINA EN
MADRID
2006

CRÉDITOS

Autores:

Iván Zaro Rosado
María Peláez Murciego
Alejandra Chacón García

Autores del capítulo 6:

Daniela Rojas
Jorge del Romero

Colaboradores:

Tomás Hernández

Patrocinadores:

Ministerio de Sanidad y Consumo
Comunidad de Madrid
Fundación Triángulo

Diseñadores:

jJA! - www.colectivo-ja.com

ÍNDICE

7 PRESENTACIÓN

8 INTRODUCCIÓN

12 ESPACIOS

24 CARACTERÍSTICAS

GENERALES

36 ANÁLISIS

CUANTITATIVO

50 ANÁLISIS

CUALITATIVO

92 TMS Y VIH:

UN COLECTIVO

VULNERABLE

100 CONCLUSIONES

E IMPLEMENTACIÓN

106 BIBLIOGRAFÍA

111 AGRADECIMIENTOS

A menudo cuando se habla de prostitución asalta a la mente la imagen estereotipada de la trabajadora sexual de calle o club, en las noticias, en el arte, en los debates sobre el trabajo sexual se ha venido abordando el tema centrado exclusivamente en las prostitutas. Es cierto, que un amplio sector del trabajo sexual está formado por mujeres pero dentro del mismo existe una diversidad que debe ser reconocida. Es el único modo de contemplar una realidad poliédrica, como es sin duda la prostitución y, de paso, evitar una mirada sesgada susceptible de manipulaciones.

Los Trabajadores Masculinos del Sexo (TMS) son quizá uno de los colectivos más invisibles y desconocidos dentro de la prostitución en España, esta característica pudimos comprobarla en la primera fase de este estudio debido a la escasez de literatura en castellano que versara sobre el tema. Este hecho al contrario de lo que cabría pensar resultó motivador para el equipo de investigación ya que reforzaba la necesidad de investigar en el colectivo y contribuir a la edición de material técnico.

Nuestro objetivo no ha perseguido mostrar una verdad absoluta, pues valoramos como imposible semejante misión, sino realizar una aproximación al ámbito de la prostitución masculina y a un grupo de trabajadores sexuales en la ciudad de Madrid. Las conclusiones de este estudio nos permitirán implementar mejoras en el programa de atención a TMS que promuevan desarrollar nuevas acciones dirigidas a la prevención del VIH/sida y otras ITS en este colectivo.

Para la realización del estudio se contó en todo momento con el equipo que integra el programa de atención a TMS y su experiencia fruto de constantes horas de trabajo en la calle mediante las Unidades Móviles de Prevención, a través de las cuales los profesionales establecemos un vínculo y una confianza con los trabajadores sexuales. Un indicador que nos avala como referentes entre el colectivo de trabajadores del sexo a tenor de la elevada confianza que depositan en nosotros. Esto permitió conocer los espacios donde se desarrolla la prostitución masculina en la ciudad de Madrid.

Esperamos haber contribuido en alguna medida a la publicación de material técnico sobre la prostitución masculina, el cual permita continuar investigando e implementando mejoras dirigidas a los distintos programas de atención social y sanitaria para el colectivo de trabajadores del sexo.

Iván Zaro Rosado

Coordinador del Programa de atención
a Trabajadores Masculinos del Sexo
Fundación Triángulo

INTRO- DUCCIÓN

Para comenzar lo más clarificador, sin duda, será establecer la definición de la actividad que supone nuestro objeto de estudio: trabajo del sexo o trabajo sexual.

“Proponemos como trabajo del sexo la negociación y ejercicio de servicios sexuales remunerados:

01. con o sin la intervención de una tercera persona.

02. cuando tales servicios son publicitados o reconocidos de forma general como disponibles en un lugar específico.

03. Cuando el precio de los servicios refleja las presiones de la oferta y la demanda.” (Osborne, 2004).

Por tanto entendemos como trabajador masculino del sexo (TMS) o bien trabajador sexual, aquel hombre que oferta servicios sexuales a personas, bien sean de distinto o mismo sexo, a cambio de una transacción económica. Mediante el pacto entre ambas partes se acuerda la relación sexual y la tarifa además de otras cuestiones como puede ser el consumo de sustancias.

En la comunidad de Madrid se trata del colectivo con mayor tasa de VIH positivo (19,8%) después de los usuarios de drogas por vía intravenosa, con unos porcentajes además crecientes en los últimos años.* Cabe destacar la diferencia existente con la prostitución femenina cuya prevalencia es del 0,8%. Además, a diferencia de las prostitutas, los TMS son individuos a los que por la estigmatización y la invisibilidad de su actividad es más difícil identificar como trabajadores sexuales, por eso, es bastante probable que las tasas puedan ser mayores ya que muchos son identificados como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o como heterosexuales.

La observación de este crecimiento en las tasas de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de la diferencia tan significativa que existe con otros colectivos, motiva la realización de un estudio que explique las causas de esta vulnerabilidad.

Si bien hasta el momento hay una amplia producción bibliográfica tanto de la prostitución como de temas referentes al VIH, nos encontramos con que en la primera se trata prácticamente en exclusiva de la prostitución femenina, y en la segunda, el VIH se pone en relación con multitud de temas: en países en vías de desarrollo, en HSH, en prostitutas, etc. pero nunca en TMS, con lo cual, la bibliografía referida a este colectivo queda reducida a estudios aislados llevados a cabo por unos pocos investigadores.

Haciendo una recopilación de la literatura existente sobre la prostitución masculina, Minichiello et al. (1996) encuentran un giro en los enfoques. Mientras que al principio los estudios se habían centrado en el trabajador sexual como individuo y

* Datos procedentes del centro médico Sandoval en el periodo comprendido entre 1986/2006.

en las razones que le habían llevado a dedicarse a la prostitución, después la atención se desvió hacia la industria del sexo. Sin embargo, el énfasis aún se sigue poniendo en el individuo desde la desviación más que desde una perspectiva de trabajo.

En el caso de la bibliografía existente en España también encontramos esta tendencia, primero una mayor focalización en el individuo desde perspectivas más psicológicas (Ballester et al., 1996). Y después una apertura mayor al TMS como trabajador, aunque no dentro de una industria sino que se ha centrado la atención en espacios en particular, sobre todo en la calle (Belza et al., 2001; Ambit Prevenció, 2003), olvidando otros lugares como las saunas u otros medios como Internet. Esto pone de manifiesto también lo rápido que se quedan obsoletos estos estudios, primero por la aparición de nuevos medios gracias a las nuevas tecnologías, segundo por el fenómeno de la inmigración que somete a la población de TMS a continuos cambios debido a los flujos migratorios, y tercero, por las propias características del colectivo que se desplaza con asiduidad. Todo esto impide la formación de grupos sólidos que mantengan unos comportamientos o actitudes estables.

Por otro lado, los estudios realizados en España siguen una metodología cuantitativa a través de cuestionarios más o menos cerrados. Se consiguen así respuestas propias de un discurso institucional, se trata de una información limitada, que no permite un análisis más profundo que muestre todas las dimensiones del fenómeno.

En otros países como en EEUU sí que han prestado atención a Internet (Koken et al., 2004), además también se ha utilizado la metodología cualitativa mediante entrevistas (Parsons et al., 2004; Uy et al., 2004; Joffe et al., 1995) e incluso, en Australia se ha experimentado con nuevas técnicas de recogida de datos (Minichello et al., 1999 y 2001). Sin embargo, el contexto de desarrollo de la prostitución es también importante, por eso era necesario hacer en España un estudio aplicando otras técnicas y cubriendo nuevos ámbitos para poder completar los estudios hasta ahora realizados.

Para intentar entender las altas tasas de VIH y teniendo en cuenta toda la producción bibliográfica anterior nos marcamos los siguientes objetivos:

Objetivo principal: conocer y describir qué factores influyen en las altas tasas de VIH y su relación con las prácticas de riesgo en el colectivo de TMS en Madrid.

Para llevarlo a cabo se plantea la necesidad de conocer y entender el contexto en el que se desarrollan estas prácticas al que pretendemos llegar a través de:

- 01. Las características de los espacios en los que se ejerce prostitución.**
- 02. Las características sociodemográficas de los TMS.**
- 03. Las características particulares del ejercicio de la prostitución masculina.**

Para obtener una respuesta a los objetivos planteados surge la necesidad de triangular datos procedentes de diferentes fuentes. Por un lado los obtenidos con metodología cualitativa y cuantitativa y por otro el análisis proporcionado por el centro médico Sandoval (centro de referencia en el diagnóstico de VIH/ITS). La puesta en relación de todos estos datos mostrará un panorama complejo sobre la realidad de la prevención en la prostitución masculina.

La estructura del estudio responde a esta multiplicidad de fuentes:

Los dos primeros capítulos pretenden explicar los espacios donde se desarrolla la prostitución masculina en Madrid y cuáles son las características generales de los TMS.

El tercer capítulo muestra los resultados sobre información sociodemográfica y sociosanitaria obtenidos a través de un cuestionario cerrado.

El cuarto capítulo presenta los resultados de un análisis cualitativo para comprender las prácticas de riesgo y los factores que en ellas influyen.

El quinto capítulo es una aproximación médica al tema a través del análisis de los datos sobre TMS seropositivos del año 2006 del centro médico Sandoval.

En el sexto capítulo se presentarán unas conclusiones fruto de la triangulación de información y algunas propuestas de implementación para los programas de prevención destinados al colectivo de TMS.

El equipo de investigación ha sido multidisciplinar y ha contado con una antropóloga, una socióloga y un trabajador social, además de la colaboración del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y del Centro de Salud Sandoval especialmente del doctor Jorge del Romero y Daniela Rojas responsables del capítulo sanitario de la población de TMS. Esto ha permitido la diversidad de enfoques lo que contribuye a un mayor enriquecimiento de los resultados gracias a los diferentes recursos que cada disciplina aporta.

La finalidad de este estudio no ha sido ambiciosa, sino más bien, ofrecer al lector una radiografía de la situación actual de la prostitución masculina en Madrid para poder conocer mejor las necesidades reales del colectivo e implementar mejoras en el programa de atención a TMS de Fundación Triángulo o de otros programas similares que se llevan a cabo en diversos puntos del país.

ESPA- CIOS

El ejercicio de la prostitución masculina en la ciudad de Madrid se desarrolla por un lado en ámbitos que pueden considerarse como históricos ya que se han establecido y asentado a lo largo de los años, otros, por el contrario, se han abierto camino a través de las nuevas tecnologías. Podemos dividir los ámbitos en una tipología clasificada por espacios caracterizados entre otras variables por el grado de accesibilidad al colectivo. Nos referimos a espacios institucionalizados donde existen códigos de conducta, de comunicación y relación entre los individuos que interactúan en dicho espacio. Junto a normas sobre negociación, así como aspectos económicos y tarifas, existen conceptos y formas del lenguaje que permite comunicarse dentro del espacio, bien sea entre TMS o entre estos y sus clientes. Son normas y códigos que no se encuentran escritos, y se adquieren por transmisión de información entre iguales y/o por observación.

Por espacio entendemos la extensión en la que se hayan los grupos de TMS caracterizada por variables físicas que influyen en las condiciones en las que se ejerce de la prostitución como pueden ser el horario de apertura de un local o el hecho de que para el acceso a las instalaciones sea necesario desnudarse previamente. Tipificamos los espacios en función de las variables físicas así como del grado de accesibilidad que se tiene al colectivo de trabajadores sexuales. De este modo establecemos la siguiente clasificación:

ESPACIOS ABIERTOS:
FÍSICOS Y/O VIRTUALES.
LO ACCESIBLE

Como introducción podemos establecer unas características básicas que determinan estos espacios como abiertos, y estas son:

- 01.** Son abiertos porque son espacios públicos de uso común para la ciudadanía (plazas, calles, o canales de comunicación generales como chats).
- 02.** Las personas que interactúan en dichos espacios tienen diferentes motivaciones o fines (caminar, punto de encuentro, conocer gente...), siendo la prostitución masculina una excepción. La prostitución es una actividad o un fin dentro de un espacio que ofrece múltiples alternativas. Es una minoría que forma parte en un todo, un subconjunto con códigos de interacción propios integrado en un conjunto más amplio.
- 03.** Los TMS en estos espacios son invisibles para el resto de la ciudadanía ya que esta no reconoce sus códigos. Son un colectivo expuesto y accesible, pero que carece de estereotipos que permita reconocerlos y clasificarlos.

ESPACIOS ABIERTOS FÍSICOS

Son espacios que se encuentran al aire libre, por tanto expuestos a todo tipo de inclemencias atmosféricas y accesibles a la ciudadanía. Hablamos de plazas y calles del casco antiguo de la ciudad, en concreto en Madrid estas zonas son la

Puerta del Sol situada en el kilómetro cero y la calle del Almirante enclavada en el conocido barrio de Chueca y próxima al paseo de Recoletos. Una de las principales características de este espacio es la invisibilidad del colectivo de trabajadores masculinos del sexo, ya que al contrario que las trabajadoras sexuales, los hombres que ejercen prostitución carecen de una imagen o rasgos estereotipados que les permitan ser identificados por la sociedad. Por ello los TMS de los espacios abiertos físicos (calles o plazas) pasan por lo general desapercibidos por los ciudadanos que pasean por estos lugares, siendo en ocasiones hasta confundidos con carteristas o pequeños traficantes de drogas.

01. Puerta del Sol:

Es una zona considerada histórica de la prostitución masculina en Madrid. Encontramos en ella el nivel socio-económico más bajo dentro de la prostitución masculina con un alto número de personas que carecen de los recursos mínimos para cubrir sus necesidades básicas. Según nuestra experiencia a través de intervenciones semanales mediante la Unidad Móvil de Prevención* (UMP) las demandas más generalizadas en este ámbito son los recursos sociales como albergues y comedores municipales, junto con la formación y búsqueda de empleo. A nivel sanitario es común la demanda de centros públicos a los que puedan acceder de forma gratuita para realizarse chequeos médicos para dolencias determinadas, por lo general infecciones de transmisión sexual (ITS), y consecuencias de la exposición al frío.

Aquí encontramos una mayor presencia de TMS de Europa del Este, en concreto rumanos, seguidos de árabes** y de forma puntual latinoamericanos y españoles. Lo habitual en esta zona es que la situación administrativa de las personas inmigrantes sea irregular, además de una clara dificultad en el manejo del castellano ya que suelen ser recién llegados al país. El acceso por tanto a esta actividad y al propio ámbito es a través de amigos y conocidos. El contacto entre parejas comerciales y trabajadores del sexo se da en el espacio de calle así como la negociación de los servicios que suelen llevarse a cabo en hostales próximos, en coches de los clientes, baños públicos de locales colindantes o en menor caso en el piso del trabajador sexual o del cliente.

* Unidad compuesta por dos o más profesionales de la intervención social, pueden ser trabajadores o educadores sociales. Realizan labores de educación de calle, cuentan con un equipamiento formado por material preventivo: preservativos y lubricantes, así como folletos con información socio sanitaria.

** Principalmente magrebíes pero también nos encontramos de otros países árabes como Pakistán y Turquía.

Una característica a tener en cuenta en esta zona es la relación de amistad que mantienen entre sí un numeroso grupo de clientes que utilizan la zona de calle como punto de encuentro diario. El perfil medio de estos clientes es el de un hombre jubilado que ha vivido su homosexualidad en una etapa histórica marcada por la clandestinidad y el azote franquista contra la diversidad sexual. Han vivido y continúan viviendo en algunos casos su sexualidad a través de la prostitución masculina.

02. Calles del barrio de Chueca:

Son calles situadas en el barrio de Chueca y próximas al paseo de Recoletos. Es también una zona histórica de prostitución masculina. En la década de los ochenta este espacio era poblado en su mayoría por trabajadores sexuales españoles, seguidos de magrebíes y portugueses. El consumo de drogas por vía intravenosa, entre otras, era habitual en esta población, que encontraba en la prostitución una vía para la obtención de dinero para sufragar su consumo.

En la actualidad la población que encontramos en este espacio se ha reducido considerablemente, influencia tal vez de la expansión del barrio de Chueca y de la apertura de numerosos locales de ocio y de sexo anónimo. La procedencia de los TMS en esta zona también ha variado, la presencia procedente de Europa del Este y Magreb, el número de españoles se ha reducido siendo estos quienes llevan varios años ejerciendo prostitución.

Los clientes en esta calle pasean con sus coches mientras que los trabajadores del sexo se sitúan en las aceras aledañas y establecen la negociación en la calle. Los servicios sexuales suelen llevarse a cabo en el propio coche o domicilio del cliente. La presencia de TMS en esta calle aumenta durante la primavera y el verano debido en parte a las condiciones climatológicas y a la mayor afluencia de público en el barrio de Chueca. Tanto la oferta como la demanda de servicios sexuales en esta calle se lleva a cabo en horario nocturno así como la que puede realizarse de forma puntual y ocasional en la plaza de Chueca.

ESPACIOS ABIERTOS VIRTUALES

Entendemos virtual cuando el cliente contacta con el trabajador sexual mediante un canal en el que no hay interacción física, teniendo que recurrir a conversaciones telefónicas, comunicación a través de chat, correo electrónico o videoconferencia para establecer una negociación previa al servicio sexual.

01. Sección de contactos:

De la prensa escrita al teletexto.

Este espacio ha existido desde hace años en las secciones de contactos de los principales periódicos a través de los cuales los trabajadores sexuales, siempre en menor número que las trabajadoras del sexo, publican mensajes ofertando servicios sexuales dejando como referencia un número de teléfono. A menudo estos mensajes ensalzan aspectos como el tamaño del pene o los roles sexuales del trabajador sexual quien en ocasiones se publicita como masajista.

Este espacio es accesible a toda persona que lea la prensa escrita en la que se incluya la sección de contactos, pero a menudo pasa desapercibida por los lectores que adquieren el periódico para estar informados de las noticias del día.

Con un funcionamiento similar encontramos otra vía de oferta y demanda de prostitución, incluida la masculina, a través del canal de teletexto. Mediante este canal los trabajadores del sexo publicitan mensajes cortos en los que hacen referencia a sus características físicas, así como roles sexuales, medidas o tarifas junto con un número de teléfono. El funcionamiento es similar al de prensa escrita solo que el canal de comunicación es la televisión.

Los clientes que optan por este espacio para contactar con los TMS utilizan bien el número de teléfono o bien la página web que publica el anuncio. Los servicios sexuales suelen llevarse a cabo en el piso del trabajador sexual, hoteles o donde el cliente establezca.

02. Internet: El nuevo mundo.

Las nuevas tecnologías han cambiado la forma en la que nos relacionamos los seres humanos. La industria del sexo ha sabido adaptarse a la era de Internet con el fin de llegar a más público con las consecuentes ganancias económicas. La prostitución masculina en la actualidad en España cuenta con diversas vías virtuales en las que ofertar, demandar, pactar e incluso mantener servicios sexuales.

En concreto nos referimos al espacio abierto virtual y por tanto a un ámbito accesible cuando en la zona virtual haya un elevado número de cibernautas conectados con diversas motivaciones, entre las cuales no se encuentra la de demanda u oferta de servicios sexuales. Es decir, espacio abierto virtual será aquel en el que los trabajadores del sexo así como los clientes estén integrados en un espacio más grande y ajeno a la prostitución. Este ámbito, a diferencia del que se da en espacios abiertos físicos, se caracteriza por la visibilidad del colectivo de TMS y la tolerancia del público hacia el mismo.

El ámbito accesible en un espacio abierto virtual se da en chats generales como con los que cuenta un potente y conocido portal de comunicación dirigido al colectivo LGTB (población lesbiana, gay, transexual y bisexual). Estas salas de chats se encuentran divididas por áreas, en concreto las que más afluencia tienen, y mayor presencia de TMS son las correspondientes a grandes ciudades españolas: canal gay Madrid, canal gay Barcelona, y Valencia entre otras.

Dentro de estos principales canales de chat es habitual ver a TMS conectados bajo *nicks* o apodos como pueden ser los siguientes ejemplos reales extraídos del canal Madrid: "Chapero24", "Chaperogym", "Chaperomulato" o "Chaplatino". La negociación se establece a través de una conversación privada entre el TMS y el cliente. Como herramientas con las que negociar con el cliente el trabajador del sexo cuenta con:

01. Fotografías personales que puede compartir con el cliente a través de esa conversación privada.

02. Enlaces a páginas de contactos donde el trabajador del sexo tenga un perfil con fotografías y datos de interés.

03. Enlaces a un portal específico con todo tipo de información sobre el trabajador sexual.

04. Establecer una videoconferencia con el cliente para establecer la negociación o incluso el servicio sexual.

Los TMS que se decantan por este espacio para el desarrollo de su actividad lo hacen por la comodidad que les reporta poder realizar la oferta de los servicios a través de un ordenador en su propio domicilio. Además la competencia no es tan directa como en otros espacios y ámbitos como por ejemplo la sauna.

Otra variable que determina el acceso de un trabajador del sexo al espacio abierto virtual son sus conocimientos de la lengua castellana tanto lectura como escritura así como conocimientos de Internet. Una persona ajena al mundo de la tecnología sin la posibilidad de escribir y leer castellano tiene este espacio restringido. Las tarifas que estipulan a través de los canales de chats y en general a través del espacio abierto virtual son más elevadas que el espacio abierto físico, girando en torno a 100 € la hora en Internet. Los contactos sexuales quedan pactados para ser llevados a cabo bien en el piso del trabajador sexual o de la pareja comercial así como en hoteles.

**ESPACIOS CERRADOS:
FÍSICOS Y/O VIRTUALES.
LO ESPECÍFICO**

Los rasgos básicos de los espacios cerrados podemos establecerlos en los siguientes puntos:

- 01. Son cerrados porque a pesar de ser de uso público, acceden las personas con motivaciones o fines más específicos.**
- 02. Son espacios cerrados física o virtualmente y con un público mayoritariamente homosexual o bisexual.**
- 03. Estos espacios casi en su totalidad cuentan con un horario de apertura y/o con derecho de admisión.**
- 04. En estos espacios es donde se da mayor visibilidad del colectivo de TMS así como de sus clientes. Existe mayor grado de tolerancia hacia ambos por parte del público que accede al espacio cerrado.**
- 05. En estos espacios la competitividad entre TMS es mayor que en los abiertos debido a la concentración de trabajadores sexuales en un espacio limitado. En el espacio cerrado virtual el colectivo es invisible pues al ser páginas específicas sólo son vistos por actores principales en la prostitución.**

ESPACIOS CERRADOS FÍSICOS

Estos espacios están compuestos por locales cerrados de acceso público (locales de copas o de ocio nocturno, saunas y pisos privados), por lo tanto cualquier ciudadano puede acceder a él, aunque en ocasiones el derecho de admisión restringe la entrada exclusivamente a hombres como es el caso de las saunas. El

público que acude a estos establecimientos tiene como motivación el ocio y la socialización dentro de un marco mayoritariamente homosexual.

El principal rasgo diferenciador de este ámbito es la visibilidad del colectivo de trabajadores masculinos del sexo y la tolerancia hacia el mismo por parte de los clientes que acuden al local. El hecho de que un trabajador sexual se encuentre en un espacio cerrado expuesto ante sus iguales y ante los clientes favorece:

01. La solidaridad: estos lazos a menudo se forjan entre personas que proceden del mismo país y cultura, sobre todo en aquellos casos de trabajadores del sexo que se introducen por primera vez en el ámbito de la prostitución o bien en el espacio cerrado físico. Asimismo existen en el grupo redes de solidaridad que incluyen desde el acompañamiento a urgencias hospitalarias en casos de emergencia hasta el préstamo de dinero en casos de necesidad.

02. La transmisión de la información: puede ser positiva, como el hecho de difundir dónde se encuentra el centro de Infecciones de transmisión sexual más cercano al local o aconsejar a los recién llegados a la sauna sobre las normas no escritas, así como habilidades para negociar con los clientes. La información también puede ser negativa, como la propagación de falsos rumores sobre prácticas preventivas, sesgada e incluso falsa como por ejemplo el juzgar a un cliente o compañero como enfermo por tener manchas en la piel con la consecuente estigmatización y discriminación.

03. La presión de grupo: esta presión hace por ejemplo que en la sauna esté mal visto que los TMS bajen de 30 € sus servicios ya que se consideraría competencia desleal y un modo de rebajarse ante el cliente. Este aspecto está relacionado de forma directa con la competitividad dentro del espacio cerrado en la prostitución masculina. Por otro lado la presión de grupo es patente con la consecuente competitividad en espacios cerrados físicos ya que se concentra un gran número de TMS en espacios reducidos siendo mayor el número de personas que ofertan servicios sexuales que las parejas comerciales.

Al ejercicio de la prostitución va unido el significado que cada trabajador sexual le otorga a su propio cuerpo como medio para la consecución de recursos económicos. En espacios físicos cerrados existe una presión grupal que favorece la competitividad y que fomenta el culto al cuerpo y a la imagen a través, por ejemplo, de vestimenta y complementos de firmas de alto coste.

En espacios como la sauna donde está prohibido el uso de ropa es más evidente la competencia en relación a cuerpos musculados y depilados mientras que en espacios como locales de copas y bares la competencia se manifiesta en ropa de firmas caras y siguiendo las tendencias en moda para proyectar una imagen ligada a un estatus alto. De este modo quedan fuera de la competencia aquellos TMS que carezcan de medios económicos para permitirse bien poseer un cuerpo fuerte y/o una vestimenta elitista.

En Madrid encontramos varios **locales** históricos en el barrio de Chueca, uno de ellos en concreto abierto desde 1980. Es conocida y tolerada la presencia y el ejercicio de la prostitución masculina dentro de los establecimientos. La apertura de los locales se realiza en torno a las 22:00 horas y el cierre se lleva a cabo de madrugada. El trabajador del sexo y la pareja comercial realizan la negociación de

los servicios sexual en el local, pudiendo llevar a cabo dicho servicio bien fuera del recinto o en los baños del propio local.

El origen de los TMS que deciden los locales de copas como ámbito de trabajo son en su mayoría de origen latinoamericano, en primer lugar de Brasil seguido de Venezuela; en segundo lugar Europa del Este, en concreto Bulgaria y por último de origen español y marroquí.*

En relación a las **saunas** en Madrid se encuentra una histórica, donde se concentra el colectivo de TMS, situada en pleno centro de la ciudad. El acceso queda restringido exclusivamente a hombres. Las instalaciones cuentan con un bar, una zona con sillones en la planta baja donde se establece la negociación entre trabajador sexual y cliente, así como un piso superior donde encontramos cabinas destinadas a los masajes donde se lleva a cabo el servicio sexual. La planta inferior del recinto queda reservada a las saunas húmeda y seca, las duchas, el baño y una sala donde se emite cine pornográfico. Es en este ámbito donde encontramos mayores lazos de solidaridad entre el grupo.

El origen de los TMS en las saunas es más ecléctico se encuentra mayor diversidad cultural, encabezan el grupo los brasileños, seguidos de búlgaros, marroquíes y por último españoles.*

Los **pisos privados** son las zonas más inaccesibles para las personas que no sean clientes de la prostitución. Existen dos tipos de pisos: los gestionados por un trabajador sexual que decide realizar los servicios sexuales en su propia casa o compartir con compañeros un piso alquilado para tal efecto ganando cada uno la totalidad del servicio llevado a cabo. O bien pisos gestionados por la figura de un tercero conocida como proxeneta, suele ser el propietario o el arrendatario del piso, por cada servicio sexual que un trabajador del sexo realice el proxeneta o gerente del piso recibe aproximadamente el 50 % de la cantidad que el cliente paga. Los TMS viven en los pisos sin necesidad de pagar alquiler alguno durante la estancia que pacten con el gerente o propietario. Se ha adoptado el mismo funcionamiento y denominación que en la prostitución femenina, los trabajadores del sexo dicen "hacer plaza" cuando acuden a un piso gestionado por un proxeneta durante un tiempo establecido en 21 días. Esta limitación temporal viene marcada en la prostitución femenina por el ciclo menstrual, y en la masculina se ha adoptado la misma temporalidad. En los casos en los que el trabajador sexual viva en la misma ciudad donde se encuentre el piso pueden acudir en un horario establecido con el proxeneta sin necesidad de vivir en él. Sin embargo, los TMS que viven durante el tiempo que "hacen plaza" en los pisos tienen un horario establecido para realizar salidas personales, suelen ser alrededor de 3 horas en horario de mañana. Esto dificulta que los trabajadores sexuales puedan tener acceso al mundo exterior ajeno a la prostitución, teniendo como únicas redes de apoyo sus propios compañeros.

* Datos extraídos de la encuesta realizada para este mismo estudio con datos recogidos entre junio y octubre de 2006.

El acceso a estos pisos es por tanto específico ya que el público que acude a los mismos es en su totalidad demandante de servicios sexuales con hombres. Los clientes por lo general conocen la existencia de los pisos bien por anuncios en la sección de contactos en periódicos de tirada nacional o municipal, así como páginas de Internet, chats o recomendación de algún amigo o conocido.

Relacionando países de origen en los pisos gestionados por un proxeneta, el primer grupo es procedente de Venezuela seguido de Brasil, Rumania, España y Marruecos.*

ESPACIOS CERRADOS VIRTUALES

Este espacio es desconocido para la amplia mayoría de la población ya que su finalidad es exclusivamente la oferta de servicios sexuales por parte de hombres a parejas comerciales. La principal característica por tanto en este ámbito específico virtual es la invisibilidad del colectivo de TMS ya que a pesar de encontrarse en una página de acceso gratuito son muy poco conocidas por el público en general siendo visitadas casi en su totalidad bien por trabajadores del sexo o bien por parejas comerciales. Este espacio cerrado virtual se manifiesta de diversas maneras como son:

01. Portales específicos:

Son portales donde sólo se publicitan los servicios sexuales de trabajadores masculinos del sexo, agrupados por ciudades españolas. En España nos encontramos con dos principales portales en los que el trabajador sexual aparece ofertando sus servicios sexuales con fotografías realizadas por profesionales, cuidando todo lo relacionado con su imagen. Junto a las galerías fotográficas encontramos información detallada relacionada con el nombre o apodo, ciudad en la que vive, teléfono personal y directo del trabajador sexual, medidas y peso corporal, roles sexuales, orientación sexual, tarifas, nacionalidad e idiomas que habla. En uno de estos portales, además se ofrece la posibilidad de que el usuario de la página pueda descargarse un video erótico del trabajador del sexo a su teléfono móvil a través de un MMS (Mensaje Multimedia) así como la posibilidad de poder verle a través de una videoconferencia.

Los clientes pueden llamar directamente a los trabajadores sexuales ya que no hay intermediarios. Estos portales son espacios donde los TMS publicitan sus servicios y por ello pagan el alquiler del espacio virtual mediante una suscripción por meses. Estos portales se dan a conocer a través de prensa escrita y en foros relacionados con prostitución masculina.

* Datos extraídos de la encuesta realizada para este mismo estudio con datos recogidos entre junio y octubre de 2006.

Existen portales específicos europeos donde los trabajadores sexuales de cada país a nivel mundial puede registrarse y publicitar sus servicios. En esta modalidad se incluyen no sólo las fotografías sino además las video conferencias para ponerse en contacto con el cliente.

02. Páginas de contactos generales:

Son portales donde los usuarios pueden registrarse con el fin de establecer contactos con otros usuarios con fines muy dispares, desde establecer lazos de amistad hasta contactos sexuales esporádicos. La información que se recoge del usuario es de acceso público para el resto de los usuarios y se denomina perfil. Este perfil es cumplimentado por el propio usuario siendo responsable de las fotografías que publica y de la información que vierte.

Es habitual que los trabajadores sexuales elaboren un perfil profesional y otro personal, el primero es el que utilizan como herramienta cuando ofertan servicios a través de los canales de chat. En este perfil profesional cuelgan fotografías eróticas realizadas por profesionales y en las cuales estudian y cuidan su imagen. La información que acompaña las imágenes está relacionada con roles sexuales, medidas y peso corporal así como tarifas y teléfono personal de contacto directo.

Existen varios portales de contactos gay en España, algunos de ellos internacionales y uno en concreto español. Este último no permite que haya perfiles que promuevan la prostitución y expulsa cualquiera que haga referencia a tarifas económicas.

03. Páginas de pisos:

Los espacios cerrados físicos también utilizan los canales virtuales para la publicidad de sus instalaciones, así los pisos privados gestionados por proxenetas son anunciados a través de prensa escrita y de páginas web. Estas páginas son idénticas independientemente del piso que publicite y cuenta con secciones como:

01. "Instalaciones": se muestran fotografías así como todo tipo de información referente a las instalaciones del piso, número de habitaciones, si cuentan con aire acondicionado o baño por ejemplo.

02. "Chicos": muestran fotografías de los trabajadores sexuales que se encuentren "haciendo plaza" en el piso, junto con información sobre medidas y peso corporal, roles sexuales y nacionalidad.

03. "Servicios": se especifica que servicios se realizan en función del tiempo y el servicio sexual, estableciendo una tarifa distinta en cada caso. Además publicitan un servicio 24 horas de desplazamiento a hotel o domicilio en el cual se cobra un plus por taxi y desplazamiento.

En todo momento aparece en la página un número de teléfono fijo y otro móvil, incluido en el apartado en el cual aparecen las fotografías y la información relacionada con los trabajadores del sexo. Esta forma de contacto es directa entre el gerente o el proxeneta y los clientes.

04. Foros:

Los foros sobre prostitución masculina son minoritarios en nuestro país, existen enmarcados dentro de portales de comunicación dirigidos a la población LGTB pero no son seguidos y actualizados con asiduidad. Los mensajes que suelen publicarse son puramente ofertas y demandas de servicios sexuales en diferentes ciudades españolas.

Se especifica qué servicios se ofrecen o cuales se demandan, junto con tarifas y correos electrónicos para establecer una conversación privada en la que abordar una posible negociación. Dentro del ámbito específico de la zona virtual los foros son tal vez los menos conocidos y utilizados.

CARAC- **TERÍSTI-** **CAS GE-** **NERALES** **DE LOS** **TMS**

Las características generales que presentamos a continuación no son universales para el colectivo de TMS sino unos rasgos que podemos explicar tras examinar los datos cualitativos, cuantitativos, la revisión bibliográfica sobre el tema, el informe descriptivo del Centro Médico Sandoval y el trabajo de campo realizado. Son aspectos transversales que hemos encontrado a lo largo de la investigación de los cuales destacamos:

INMIGRACIÓN

La inmigración es una variable importante cuando nos referimos a la prostitución masculina ya que un alto número de los hombres que ofertan servicios sexuales son extranjeros que deciden realizar esta actividad con un fin económico. Podemos agrupar los países de origen de los TMS según su procedencia en:

01. Latinoamericanos:

Se compone en su mayoría por hombres de origen brasileño seguidos de Venezuela, México y República Dominicana. Este grupo predomina en espacios abiertos virtuales (chat general en portales de comunicación LGTB en Internet) y espacios cerrados ya sean físicos o virtuales (saunas, locales de copas, pisos y portales específicos de prostitución masculina en Internet).

La diversidad cultural que existe entre los países latinoamericanos determina percepciones y construcciones sobre diversos aspectos. En relación a la sexualidad existe un modelo hegemónico*: el heterosexual, que influye en la construcción social y cultural de la identidad masculina.

De este modo la relación entre masculinidad y sexualidad da como resultado un mayor uso del preservativo como método anticonceptivo que como una vía de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a la homosexualidad dentro del modelo hegemónico es aceptada siempre y cuando se de fuera del grupo de pares, ya que exhibir una conducta que no sea la heterosexual es motivo de marginación al ser un ideal antisocial. Esta presión y castigo hacia la homosexualidad ejerce una presión sobre el resto de hombres para comportarse según dictan las normas del modelo hegemónico.

02. Europa del Este:

Los países de origen son Rumanía y Bulgaria. La población procedente de Rumanía se encuentra en su mayoría en espacios abiertos físicos (calle). Los TMS de este grupo también ejercen en espacios cerrados físicos (saunas y locales).

* "Prevención de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas". Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.

La construcción de su concepto de masculinidad, asigna al hombre atributos como la fortaleza, la competitividad o el rol activo en las relaciones sexuales. Los hombres homosexuales quedan fuera de este grupo al asociarlos con atributos femeninos como la debilidad y el rol pasivo en las relaciones sexuales. Su percepción y visión del VIH/sida está sesgada y relaciona la enfermedad sida con grupos de riesgo, entre los cuales se encuentran los homosexuales.

03. Magreb y otros países árabes:

Provenientes de Marruecos y Argelia este grupo solía ejercer prostitución en espacios abiertos físicos (calle) pero en la actualidad ha ido variando entrando en espacios cerrados físicos (saunas, locales y pisos privados) y virtuales (portales específicos de prostitución masculina). En menor número encontramos TMS procedentes de Pakistán o Turquía.

La prostitución en la cultura islámica, a pesar de ser ilegal en determinados países como Argelia, Marruecos y Túnez, es concebida como un medio para preservar el honor de las familias, ya que permite que los hombres satisfagan sus necesidades sexuales con el fin de proteger a las mujeres vírgenes.

La homosexualidad es entendida como una patología, algo clandestino que en muchos casos sólo puede ser vivida a través de la prostitución masculina sobre todo en aquellas ciudades grandes donde existe una mayor tolerancia. La cultura magrebí acepta la homosexualidad sólo como un sustitutivo hasta que el hombre contrae matrimonio. Es por ello que los TMS de origen magrebí no se identifican como tal, aunque sí se reafirman en su papel de activos en la relación sexual y por tanto refuerzan su masculinidad frente a los clientes (agentes pasivos relacionados con roles femeninos).

Es habitual que la situación administrativa del grupo de TMS de origen extranjero sea irregular, suelen entrar en España como turistas y permanecen más tiempo del permitido bajo esta condición. A pesar de este hecho, existen trabajadores sexuales que poseen el permiso de residencia y por tanto se encuentran en una situación regular en el país.

Frente a un alto número de TMS de origen extranjero encontramos un grupo de españoles que se decantan por el ejercicio de la prostitución como vía de obtención de ingresos extra y de forma puntual. Una parte de ellos eligen el espacio abierto y cerrado virtual para ofertar sus servicios sexuales, debido al anonimato, instantaneidad que reporta Internet así como un nivel mayor de ingresos de los que obtendrían en otro tipo de espacios no virtuales como la calle o locales. Además este grupo de españoles posee los conocimientos necesarios para poder navegar por Internet y comunicarse porque saben leer y escribir en castellano.

También hay españoles que resultan visibles en el resto de espacios donde se ejerce prostitución masculina aunque siempre en menor número que el resto de TMS de origen extranjero.

El hecho de que existan distintos países de origen en el colectivo de TMS en Madrid hace que cada uno de ellos tenga culturas y concepciones distintas sobre aspectos como el trabajo sexual, la sexualidad en general, la homosexualidad* en particular, el VIH/sida y el uso del preservativo. La multiculturalidad afecta al modo en el que cada grupo vive y se enfrenta al ejercicio de la prostitución. De este modo los latinoamericanos suelen solicitar preservativos y lubricantes independientemente de la orientación del trabajador sexual mientras que los hombres procedentes del Magreb y de Europa del Este son reacios a aceptar en público o entre su grupo de iguales un gel o lubricante ya que esto culturalmente supondría reconocer que es agente pasivo en las relaciones anales y parecer ante sus iguales como homosexual. Este hecho viene marcado por la homofobia generada por aspectos culturales y la presión que el grupo de iguales ejerce sobre el individuo.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Culturalmente se asocia unas determinadas prácticas sexuales a una orientación sexual como por ejemplo el sexo anal a la homosexualidad. Por este motivo la definición de chapero asocia el ejercicio de la prostitución masculina a una orientación sexual determinada. De este modo la Real Academia de la Lengua Española (RAE) define chapero como: "*m. jerg. Homosexual masculino que ejerce la prostitución*".

Hay diversidad de orientaciones sexuales en los TMS, algunos se definen como heterosexuales otros como bisexuales u homosexuales. La elección de ejercer prostitución, la mayoría de las veces, es puramente económica y no la satisfacción de necesidades sexuales o el disfrute.

Existe una diversidad en sus respectivas orientaciones sexuales lo cual pone de manifiesto lo erróneo de la definición del término chapero. Nosotros utilizamos el concepto trabajador masculino del sexo ya que ofrece un termino limpio de aspectos despectivos y moralistas que no prejuzga orientaciones sexuales permitiendo una mirada integradora y diversa

* En Rumanía la homosexualidad fue penada hasta que la ley 89/2001 del 14 de Enero del 2002 derogó el artículo 200, párrafo 5 del código penal que establecía penas comprendidas entre 1 y 5 años de prisión por este hecho. La sociedad rumana sigue manifestando un alto grado de intolerancia hacia la personas homosexuales como se publica en el estudio Open Society Foundation en el año 2000 en el cual un 59 % de los encuestados pensaba que los homosexuales no eran personas "normales".

EDAD Y TIEMPO DE EJERCICIO

El perfil del trabajador sexual en Madrid es el de un hombre joven que ejerce prostitución por un tiempo limitado, en torno a un año.

La gran mayoría de los TMS se encuentran entre los 20 y 30 años. Existen algunos casos de hombres que ejercen prostitución con una edad superior a los 35 años, además suelen ser estos los que llevan más tiempo en el ámbito de la prostitución.

En cuanto a la edad más temprana lo habitual es encontrar jóvenes de 18 años aunque es cierto que de forma puntual hay presencia de menores de edad en los espacios abiertos ya que los cerrados tienen que velar por el cumplimiento de la ley prohibiendo la entrada a menores de edad a sus establecimientos. En aquellos casos en los que se ha encontrado a menores por la UMP la edad de los mismos ha girado en torno a los 16 años y se ha emitido el consiguiente informe social al centro de Servicios Sociales de la zona correspondiente.

La prostitución masculina es una actividad temporal, es decir considerada por el colectivo de TMS, en su mayoría, como algo que no debe ser dilatado en el tiempo sino como algo con fecha de caducidad. Aunque hay casos puntuales que llevan más de cinco años ejerciendo prostitución dentro de los cuales encontramos a TMS tanto de origen español como extranjeros.

La elección de esta actividad, y no otra viene motivada por aspectos como la ganancia rápida de dinero y la ausencia de obligaciones respecto a horarios y superiores. El motivo que establecen para ejercer prostitución en muchos de los casos es ahorrar para la adquisición de una casa o establecer un negocio en sus respectivos países de origen. Estos motivos hacen de la prostitución una actividad que les permite ganar y ahorrar unas cantidades de dinero para la consecución de sus objetivos marcados y el poder desarrollar sus proyectos de vida.

MOVILIDAD

La movilidad en el colectivo de TMS es una de las características principales, entendemos esta como el flujo migratorio con un fin económico. Por tanto entendemos como movilidad los viajes realizados por los trabajadores sexuales por el territorio español, así como el europeo, para ejercer prostitución en los puntos de destino durante un tiempo establecido.

La finalidad de esta movilidad es la de evitar el *efecto cara quemada* tan común entre los trabajadores sexuales basado en la búsqueda de nuevos espacios donde poder ofertar servicios sexuales a parejas comerciales para ser siempre novedosos ante sus clientes. Ser una *cara quemada* supone que un TMS es conocido por los clientes habituales de un espacio no pudiendo competir en las mismas condiciones con trabajadores sexuales recién llegados.

A través de Internet se han creado nuevos canales de comunicación y servicios que han favorecido el ejercicio de la prostitución masculina en distintos puntos de Europa, y por tanto, la movilidad de este colectivo.

Los espacios donde mayor movilidad hemos encontrado es en los pisos donde existe una red de comunicación entre pares o iguales que transmiten datos referentes a la localización de los pisos, así como sus respectivos números de teléfono, las instalaciones, el trato con el gerente o proxeneta o el porcentaje económico que han de facilitarle por cada servicio sexual que realicen a lo largo de la "plaza" que estén llevando a cabo en el piso. De este modo hay trabajadores sexuales que viajan por todo el país realizando "plazas" sin apenas descansar con el consecuente desconocimiento de los recursos sociales y sanitarios con los que cuenta cada ciudad o comunidad autónoma. Viajan realizando "plazas" de 21 días a lo largo de toda la geografía española teniendo como únicas vías de transmisión de información así como redes de apoyo a sus compañeros trabajadores del sexo. En ocasiones apenas tienen contacto con el mundo exterior o ajeno a la prostitución.

Otro elemento que conlleva la movilidad viene motivado por etapas donde el número de clientes se reduce, por ejemplo a lo largo de los meses de verano en la ciudad de Madrid. Esto motiva a los TMS a viajar a zonas costeras donde el número de clientes se incrementa. Por tanto se desplazan de forma temporal a zonas donde haya mayor demanda de servicios sexuales.

DROGAS

Según estudios aparecidos recientemente España es uno de los países europeos junto con Reino Unido en los que se ha consumido más cocaína en el 2006.* A menudo en los espacios cerrados físicos donde se desarrolla la prostitución, es decir en saunas, locales de copas y pisos hay acceso a ciertos tipos de sustancias como el alcohol y la cocaína. Es habitual el consumo de sustancias con fines lúdicos para facilitar la socialización en espacios de ocio nocturno incluidos aquellos en los que se desarrolla la prostitución.

Las sustancias más consumidas en espacios físicos cerrados, en concreto en saunas y locales de copas, son alcohol y cocaína. A menudo son los propios clientes los que llevan consigo las sustancias e invitan al trabajador sexual a consumir a lo largo de la negociación o del servicio.

Otro tipo de sustancias como el éxtasis, cannabis o la ketamina también están presentes en espacios de ocio nocturno y bares de copas pero a penas se utilizan en el ámbito de la prostitución sino en tiempo de ocio de los trabajadores del sexo. Independientemente del espacio donde se desarrolle la prostitución masculina hay una parte de los clientes que demandan los servicios de un trabajador sexual para, de este modo, tener un acompañante para el consumo de sustancias. Es decir, que existe un perfil de cliente que su motivación principal la encuentra en el consumo de sustancias acompañado más que en la realización de servicios sexuales. En es-

* Información recogida en el Informe Anual del 2006 "El problema de la drogodependencia en Europa" del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

tos casos son los propios clientes los que compran o llevan consigo las drogas y las ofrecen a los trabajadores sexuales.

El consumo de heroína en TMS se ha reducido hasta casos anecdóticos, estos se han visto obligados a abandonar sus espacios habituales debido a las secuelas físicas que ha conllevado el consumo de heroína (pérdida de peso y masa muscular o problemas dentales entre otros). A lo largo de la década de los ochenta era común encontrar trabajadores del sexo usuarios de drogas por vía parenteral (UDV) en espacios abiertos físicos en concreto la calle del Almirante y la puerta del Sol. En la actualidad a penas hay trabajadores del sexo en espacios institucionalizados de la prostitución masculina consumidores de heroína.

Existen otro tipo de sustancias que van unidas a un nivel alto en la prostitución masculina que se lleva a cabo en espacios más específicos como pisos privados e Internet, estas son la viagra y el popper. La primera destinada a hombres que sufren disfunción eréctil, es utilizada por los TMS que tienen durante largas horas servicios sexuales. También es habitual en aquellos trabajadores sexuales que realizan apariciones en producciones pornográficas. El modo a través del cual acceden a esta sustancia es por la red o a través de contactos entre otros TMS. Aún así el uso de viagra no es algo generalizado entre los trabajadores del sexo, más bien puntual facilitando la erección y las relaciones sexuales con la comodidad que esto reporta. La segunda sustancia es el popper, un vasodilatador que relaja los esfínteres por lo cual fue conocida como droga gay ya que facilitaba la dilatación en relaciones anales. Es una droga que se inhala y cuyos efectos duran escasos minutos. El consumo de esta sustancia puede ser altamente peligroso para aquellas personas con dolencias cardiacas así como la combinación entre esta y la viagra puede producir paros cardiacos que pongan en grave peligro la vida de una persona.

La respuesta que el trabajador sexual da ante un cliente que solicita un servicio sexual en el cual haya consumo de sustancias es variado, encontrando desde quien se niega en rotundo el servicio, pasando por aquel que acepta y engaña a la pareja sexual en el momento del consumo como, por ejemplo, soplando la raya de cocaína o lamerse la palma de la mano para que se quede adherida. También hay TMS que deciden realizar el servicio sexual consumiendo las sustancias que ofrece el cliente ya que es consumidor habitual de las mismas.

La venta de estas y otras sustancias (éxtasis, cannabis, cocaína entre otras) están prohibidas dentro de los espacios cerrados, ya sean saunas o locales, aunque lo cierto es que existe el tráfico a pequeña escala de un modo velado y clandestino ajeno a los encargados y gerentes de los establecimientos.

IMAGEN CORPORAL

En espacios cerrados, ya sean virtuales como físicos, la imagen corporal juega un papel importante en el desarrollo de la prostitución masculina. El cuerpo es entendido en muchos casos como una herramienta de trabajo que prestándole los cuidados necesarios les dotará de mayor atractivo y, por tanto, les posibilitará competir en espacios cerrados. Un dato que es necesario resaltar es el hecho de que

en espacios abiertos el cuidado de la imagen no es algo relevante ya que la calle va unida a un nivel bajo de prostitución y a una serie de necesidades básicas que no están cubiertas. Es decir que el cuidado de la imagen corporal va ligado a menudo a una profesionalización del ejercicio de la prostitución masculina, así como a espacios cerrados donde hay una marcada competencia.

El espacio cerrado y la presión de grupo que se da en él tiene como resultado una competitividad al encontrarse un reducido número de clientes frente a un nutrido grupo de TMS. Tal vez el caso de las saunas sea el más evidente y explícito ya que todo cliente del local ha de despojarse de la ropa al entrar en el establecimiento vistiéndose tan solo con una pequeña toalla. Es en este espacio donde los trabajadores sexuales se muestran completamente desnudos ante las parejas comerciales incluso antes de realizar la negociación previa al servicio. Es decir que el cuerpo sin vestido es el primer reclamo para los clientes.

Es habitual en los TMS la dedicación constante en el cuidado de su cuerpo en aspectos como acudir con regularidad al gimnasio, la depilación, una correcta alimentación así como estar en conocimiento de los métodos sobre ciclos hormonales y anabolizantes que les permitan ganar masa muscular en un corto espacio de tiempo. Tanto la información como dichos productos los adquieren entre los TMS, en gimnasios y en foros de Internet. Encontramos casos en los que trabajadores sexuales seropositivos adquieren y utilizan anabolizantes para ganar masa muscular. El fin es proyectar una imagen saludable que no haga sospechar ni a compañeros ni a clientes su estatus serológico ya que esto podría suponer la exclusión y la pérdida de ingresos económicos.

En locales de copas la imagen corporal además se cubre de un determinado tipo de ropa y complementos que o bien sigan las tendencias en moda o bien pertenezcan a una firma de prestigio que conlleve un estatus alto. Es en estos locales donde a menudo vemos trabajadores sexuales vestidos con ropas elegantes y ceñidas que permitan resaltar su musculatura y una imagen estudiada.

En Internet la imagen corporal es vital ya que a diferencia de otros espacios el cliente no puede ver en persona al trabajador sexual ni existe una comunicación en persona cara a cara entre ambos ya que esta en el caso de darse queda relegada bien a conversaciones telefónicas o videoconferencias. La imagen cobra todo el protagonismo en Internet ya que es el medio a través del cual capta a sus clientes junto con información escrita que aparece de forma adicional. Los portales específicos de prostitución masculina cuentan con fotografías profesionales quienes cuidan hasta el último detalle las sesiones fotográficas que hacen a los trabajadores sexuales. La imagen lo es todo en la red, por ello tratan de realizar cambios en las fotografías cada cierto tiempo, incluso realizar sesiones periódicas para tener material nuevo que colgar en las páginas. El tratamiento de la imagen en este ámbito está ligado al del mundo de la pornografía, hasta el punto que algunos de los trabajadores sexuales que ofertan servicios por Internet lo compaginan con apariciones en películas pornográficas. El principal portal específico de prostitución masculina se encuentra en la actualidad preparando un proyecto para rodar películas pornográficas de producción española.

VOLUNTARIEDAD

En el ámbito de la prostitución masculina hay principalmente dos actores: uno correspondiente al hombre que oferta servicios sexuales conocido como trabajador del sexo y el otro correspondiente al demandante de los servicios sexuales denominado pareja comercial. A cambio del servicio hay una transacción económica que determina el ejercicio de prostitución en sí mismo.

Encontramos figuras cercanas a la prostitución masculina que no son ni clientes ni trabajadores del sexo, ambas suponen un delito tipificado por el código penal, estas son:

01. Rufián: l. m. Hombre que hace el infame tráfico de mujeres públicas.*

02. Proxeneta: l. com. Persona que obtiene beneficios de la prostitución de otra persona.**

La primera figura es la de rufián, conocido popularmente como chulo esta figura consistente en aquél hombre que trafica con seres humanos para su explotación sexual mediante coacción, amenazas e incluso privación de cualquier derecho humano incluido el de la libertad.

No hemos tenido constancia hasta la fecha de hombres que hayan sido víctima de redes de tráfico de personas para fines de explotación sexual, sin embargo hemos conocido casos de trabajadores sexuales de origen latinoamericano, en concreto brasileño, que se financian entre sí el viaje de llegada a España contrayendo una deuda a la que suman unos intereses determinados. Es sabido por parte de los hombres que deciden emigrar a España que sus conocidos o amigos ejercen prostitución. El contemplar los recursos económicos que les reporta les anima a introducirse en el mundo del trabajo sexual. Estas relaciones son entendidas por el grupo como de ayuda y solidaridad, no como redes de tráfico de personas ya que, en primer lugar los recién llegados no están obligados a ejercer prostitución para saldar la deuda contraída y en segundo lugar en el caso de que ejerzan prostitución, lo hacen bajo sus propias condiciones.

La segunda figura es la del proxeneta, individuo que se lucra de la prostitución de otra persona a pesar de que sea algo pactado y voluntario. Esta actividad está tipificada como delito según el código penal del 23 de noviembre del 1995 donde se contempla la prostitución en el Título VIII "delitos relativos a la prostitución" en concreto el artículo 188 que dictamina:

"El que determine, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, a persona mayor de edad a ejercer la prostitución o a mantenerse en ella, será castigado con las penas de prisión de dos a cuatro años y multa de 12 a 24 meses. En la misma pena incurrirá el que se lucre explotando la prostitución de otra persona, aún con el consentimiento de la misma".

* Definición según la Real Academia de la Lengua Española.

** Definición según la Real Academia de la Lengua Española.

En el ámbito de la prostitución masculina la primera de las figuras no se encuentra institucionalizada ni parece existir. En cambio la figura del proxeneta es la que encontramos en los pisos gestionados por terceros, quienes reciben un tanto por ciento de la recaudación de cada servicio que el trabajador sexual realiza dentro del domicilio del gerente

Autores como Ballester Arnal, R y Gil Lario, M^a (1996) incluyen una tercera figura, el locatario quien tras establecer un acuerdo con el trabajador sexual recibe un porcentaje bajo de sus ganancias a cambio de ofrecerle una habitación o de una cama. Dentro de este grupo entrarían aquellas personas propietarias de hostales o pensiones aledañas a espacios de prostitución masculina donde se realizan servicios sexuales con clientes.

En cuanto a las relaciones que se establecen entre los TMS y sus clientes se llevan a cabo desde la voluntariedad de ambas partes y desde el principio básico de la autodeterminación del primero quien decide y/o elige ejercer prostitución. Lo cual no conlleva que en todos los casos haya entre ambas partes una relación equitativa puesto que la escasez de recursos y el consumo de sustancias pueden situar al trabajador sexual en un nivel de vulnerabilidad ante el cliente.

ESTIGMA

El estigma es un término que define “un atributo profundamente desacreditador” (Goffman, 1963) pero no sólo es un atributo, también implica una serie de relaciones entre el individuo estigmatizado y los demás. Estas relaciones ponen en funcionamiento mecanismos estigmatizadores (discriminación, rechazo, aislamiento, etc.) y a su vez activan estrategias que permiten al individuo manejar el estigma intentando reducir sus efectos negativos.

El grupo de los TMS se encuentra doblemente estigmatizado. Por un lado, por su actividad: la prostitución, en una sociedad donde el sexo comercial no es considerado legítimo (el estigma alcanza en este caso tanto a TMS como a usuarios de prostitución) y por otro, por tratarse de sexo entre hombres cuando la norma imperante es la heterosexualidad (Villamil et al., 2006).

El grado de vivencia del estigma de la homosexualidad difiere en función del TMS, su cultura de origen y su proceso de socialización, pero, sin duda, el de la prostitución es vivido con verdadera angustia por la mayoría de ellos. Su invisibilidad es una de las estrategias que utilizan para protegerse del rechazo social. Si muestran públicamente a qué actividad se dedican se verán expuestos al descrédito, por eso la ocultación de la prostitución se convierte en una característica totalmente asumida y mantenida, creando, en ocasiones, verdaderos traumas por las mentiras y engaños que puede conllevar una doble vida. De esta manera gestionan el estigma de cara a la vida pública, sobre todo en lo referente a sus familiares más próximos, ante los que en ningún caso se reconocerá su actividad y es que como expresó Goffman (1963) “es precisamente a los más allegados a quienes el individuo puede querer ocultar con más celo algo vergonzoso”.

Los sujetos de este colectivo no son individuos pasivos ante la realidad que viven. Los TMS construyen desde cada uno de sus ámbitos diferentes estrategias con las que luchan y se defienden del estigma. Según Link&Phelan (2001) “la gente de los grupos estigmatizados usa activamente los recursos disponibles para resistir las tendencias estigmatizadoras de los grupos más poderosos”*, es decir, para defenderse del rechazo o la humillación que pueden sufrir por parte de los demás construyen una legitimación de su actividad, controlan sus prácticas y a sus clientes, intentan controlar al máximo la información que de ellos se desprende para evitar dar a conocer su condición de TMS, etc. Las estrategias que emplean varían en función del lugar donde ejercen y lo expuesta que esté su actividad a la vista de los demás. En la calle, por ejemplo, intentarán pasar desapercibidos como cualquier viandante que está esperando a alguien, en la sauna, por el contrario, no corren peligro de identificación porque al ser un espacio específico de prostitución tanto el TMS como el cliente están en situación estigmatizadora, esto crea un pacto tácito de silencio fuera de ese ambiente. Frente a los demás se encuentran en constante situación de descrédito por lo que intentan evitar al máximo las situaciones en las que tengan que desenmascarar su ocupación.

Pero el mecanismo de la estigmatización es muy amplio (puede abarcar varios ámbitos como las relaciones personales, las relaciones institucionales, etc.) por eso no sólo intentan proteger su posición de desacreditables frente a los amigos o familiares, sino también frente a los servicios médicos. Mantener su invisibilidad en estos casos puede a la larga plantear un problema ya que impide una mejor adecuación de las instituciones médicas a sus necesidades específicas y no sólo en los tratamientos, sino también en la prevención.

En estudios previos sobre TMS que trabajaban a través de Internet (Morrison et al., 2005) se identificaron como estrategias de resistencia al estigma cuatro argumentos: la voluntariedad del ejercicio de la prostitución, el considerarla una profesión y por lo tanto las relaciones con los clientes como algo puramente comercial, el control que el TMS tiene durante los intercambios sexuales y que ejercer la prostitución a través de Internet es una forma distinguida de prostitución que no tiene nada que ver con la prostitución de calle. Algunas de estas estrategias son corroboradas por otros estudios (Koken et al., 2004) en los que también se añade el encubrimiento o la aprobación en términos de Goffman (1963). Gracias a ellas revierten el estigma de forma que pueden luchar contra sus efectos tales como la baja autoestima o la ansiedad que produce la ocultación constante de su actividad.

Sin embargo, no es el objeto de este estudio desenmascarar las estrategias que utilizan los TMS para luchar contra estos estigmas pero en cualquier caso sí creemos conveniente apuntarlo pues la estigmatización y la discriminación puede suponer grandes obstáculos para la participación de los miembros de un grupo social en programas de intervención (Cornish, 2006).

* Adaptación al castellano por los autores.

ANÁ- **LISIS** **CUAN-** **TITA-** **TIVO**

Los TMS en Madrid son una población dispersa y de difícil acceso y hasta el momento muy poco estudiada. En España son escasas las investigaciones cuyo objeto de estudio han sido los TMS (Fundación Triángulo, 2001, Ambit Prevenció, 2003) y en concreto en Madrid la única existente se centraba en la prostitución de calle (Belza, 2001). Por eso, nuestro objetivo era presentar un panorama que abarcase todos los espacios de prostitución en Madrid.

Como la prostitución es un fenómeno tan complejo nos planteamos la necesidad de enfocar el estudio desde distintas metodologías, por un lado la cualitativa y por otro la cuantitativa. La elaboración de un cuestionario nos iba a permitir obtener unos datos que la metodología cualitativa no iba a conseguir. Además, tendríamos la posibilidad de acceder a un mayor número de TMS aunque fuese de una forma somera, pudiendo así cuantificar determinadas variables difícilmente medibles con una metodología cualitativa.

El objetivo de la encuesta era obtener unas características sociodemográficas, sanitarias y referentes a la prostitución masculina en todos los espacios donde se ejerce en Madrid. Por ello se realizaron una serie breve de preguntas que nos permitieron tener unos conocimientos básicos de esta población.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante un trabajo de campo en forma de encuesta realizado a hombres que ejercían la prostitución en el momento de ser entrevistados.

El diseño de la encuesta estuvo supervisado por un experto en el tema de la prostitución masculina, con altos conocimientos teóricos y prácticos.

Como la encuesta se iba a realizar en los lugares y tiempo de trabajo de los TMS, se pensó elaborar un cuestionario breve y de fácil comprensión con preguntas sencillas y claras.

Por no disponer de un marco muestral adecuado se optó por una muestra de conveniencia que respondía a todos aquellos hombres que visiblemente ejercían la prostitución en espacios de encuentro para este propósito (saunas, calle, locales de ambiente, pisos) y aquellos hombres que anunciaban sus servicios a través de Internet. No se hizo la encuesta a aquellos TMS cuyo nivel de castellano imposibilitara su correcta realización.

El trabajo de campo se realizó entre julio y octubre de 2006. El encuestador fue siempre el mismo y se identificó a sí mismo como miembro de una ONG dentro de un programa de prevención de la infección por VIH/sida. Las encuestas se realizaron cara a cara, excepto aquellas que se contestaron por Internet a través de chats específicos.

La colaboración con las encuestas por parte de los TMS fue no retribuida y desinteresada. Antes de hacerla se pidió su consentimiento verbal, informándoles del objetivo de la encuesta y del estudio en el que se enmarca.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron ser hombre y ejercer abiertamente la prostitución en los lugares de captación en el momento de responder a la encuesta.

Las variables del estudio incluían aspectos sociodemográficos como la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estar empadronado, el tener permiso de residencia, tarjeta sanitaria y el tener o no otra actividad laboral a parte de la prostitución; aspectos relacionados con el ejercicio de la prostitución como el tiempo que llevaba ejerciendo, el número de ciudades en las que lo había hecho, el lugar donde se desarrolla la actividad en Madrid; por último, aspectos relacionados con la prevención del VIH tales como el uso del preservativo y la prueba de VIH.

RESULTADOS

Se reclutó un total de 101 hombres que respondieron el cuestionario por lo que todos fueron incluidos en el análisis de los datos.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS (TABLA 1 Y 2)

A. De los 101 hombres encuestados el 12,9% eran españoles y el 87,1% inmigrantes. De estos últimos el mayor número proviene de Brasil (55,4%), seguido de Venezuela (6,9%) y Bulgaria (5%). Un alto porcentaje de los inmigrantes no europeos carecen de permiso de residencia (56,4% versus el 22,8% que sí lo tienen). El porcentaje de individuos empadronados fue del 68,3% versus el 39,7% que no lo estaban. Respecto a la tarjeta sanitaria un 57,4% declaraba poseerla frente al 40,6% que no la tenía.

B. La edad media de los encuestados fue de 25,43 (SD 4,54) años siendo la mediana 25 años.

C. En cuanto a la orientación sexual el 46,5% se declaró homosexual, un 30,7% heterosexual y un 22,8% bisexual.

D. El 50,5% de los encuestados afirmó haber compaginado la prostitución con otra actividad en los últimos seis meses, frente al 49,5% que solo se dedicaba a la prostitución.

E. En la tabla 2 podemos ver por nacionalidades como se distribuyen las características sociodemográficas de los TMS encuestados.

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS HOMBRES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID (JULIO-OCTUBRE 2006)

EDAD / N=101

<25	5 _ 5,0%
20-24	33 _ 32,7%
25-29	41 _ 40,6%
30-34	14 _ 13,9%
>35	6 _ 5,9%
NS/NC	2 _ 2,0%

OTRA ACTIVIDAD PROF. / N=101

Sí	51 _ 50,5%
No	50 _ 49,5%

PERMISO DE RESIDENCIA / N=101

No lo necesita. UE	17 _ 16,8%
Sí	23 _ 22,8%
No	57 _ 56,4%
NS/NC	4 _ 4,0%

EMPADRONAMIENTO / N=101

Sí	69 _ 68,3%
No	31 _ 30,7%
NS/NC	1 _ 1,0%

NACIONALIDAD / N=101

Brasileño	56 _ 55,4%
Español	13 _ 12,9%
Venezolano	7 _ 6,9%
Búlgaro	5 _ 5,0%
Marroquí	3 _ 3,0%
Portugués	3 _ 3,0%
Rumano	2 _ 2,0%
Colombiano	2 _ 2,0%
Dominicano	2 _ 2,0%
Mexicano	2 _ 2,0%
Italiano	1 _ 1,0%
Chino	1 _ 1,0%
NS/NC	4 _ 4,0%

TARJETA SANITARIA / N=101

Sí	58 _ 57,4%
No	41 _ 40,6%
NS/NC	2 _ 2,0%

ORIENTACIÓN SEXUAL / N=101

Heterosexual	31 _ 30,7%
Homosexual	47 _ 46,5%
Bisexual	23 _ 22,8%

EMPADRONAMIENTO / N=101

Sí	69 _ 68,3%
No	31 _ 30,7%
NS/NC	1 _ 1,0%

ORIENTACIÓN SEXUAL / N=101

Heterosexual	31 _ 30,7%
Homosexual	47 _ 46,5%
Bisexual	23 _ 22,8%

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR NACIONALIDADES DE LOS HOMBRES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID (JULIO-OCTUBRE 2006)

NACIONALIDAD	N=97	PERMISO DE RESIDENCIA	EMPADRONAMIENTO	TARJETA SANITARIA
Brasileño	56	13 _ 23,2%	35 _ 62,5%	30 _ 53,6%
Marroquí	3	3 _ 100%	3 _ 100%	3 _ 100%
Español	13		12 _ 92,3%	7 _ 6,9%
Búlgaro	5	0 _ 0,0%	4 _ 80,0%	12 _ 92,3%
Portugués	3		2 _ 66,7%	1 _ 33,3%
Rumano	2	1 _ 50,0%	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%
Colombiano	2	2 _ 100,0%	2 _ 100,0%	2 _ 100,0%
Italiano	1		1 _ 100,0%	0 _ 0,0%
Venezolano	7	1 _ 14,3%	5 _ 71,4%	4 _ 57,1%
Dominicano	2	2 _ 100,0%	2 _ 100,0%	2 _ 100,0%
Chino	1	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%
Mexicano	2	1 _ 50,0%	1 _ 50,0%	1 _ 50,0%

NAC. _ N=97	OTRA ACTIVIDAD	ORIENTACIÓN SEXUAL		
		Heterosexual	Homosexual	Bisexual
Brasileño _ 56	30 _ 53,6%	20 _ 35,7%	24 _ 42,9%	12 _ 21,4%
Marroquí _ 3	1 _ 33,3%	1 _ 33,3%	0 _ 0,0%	2 _ 66,7%
Español _ 13	8 _ 61,5%	1 _ 7,7%	10 _ 76,9%	2 _ 15,4%
Búlgaro _ 5	0 _ 0,0%	3 _ 60,0%	0 _ 0,0%	2 _ 40,0%
Portugués _ 3	1 _ 33,3%	0 _ 0,0%	2 _ 66,7%	1 _ 33,3%
Rumano _ 2	1 _ 50,0%	2 _ 100,0%	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%
Colombiano _ 2	1 _ 50,0%	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%	2 _ 100,0%
Italiano _ 1	1 _ 100,0%	0 _ 0,0%	1 _ 100,0%	0 _ 0,0%
Venezolano _ 7	4 _ 57,1%	0 _ 0,0%	7 _ 100,0%	0 _ 0,0%
Dominicano _ 2	1 _ 50,0%	2 _ 100,0%	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%
Chino _ 1	0 _ 0,0%	1 _ 100,0%	0 _ 0,0%	0 _ 0,0%
Mexicano _ 2	2 _ 100,0%	1 _ 50,0%	1 _ 50,0%	0 _ 0,0%

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO
DE LA PROSTITUCIÓN (TABLA 3)

- A.** El número de meses medio durante los cuales llevaban ejerciendo la prostitución fue de 19,4 (SD 31,01) con una mediana de 12 meses.
- B.** El número de ciudades en las que se había ejercido la prostitución en los últimos seis meses tuvo una media de 2,7 (SD 4,39). Suponiendo más de la mitad (50,6%) aquellos que han ejercido en dos ciudades o más en los últimos seis meses.
- C.** Entre los encuestados un 39,6% había ejercido en un solo espacio de los cuales un 40% exclusivamente prestaba sus servicios en sauna, un 25% a través de Internet, un 17,5% en pisos, un 10% en calle y un 7,5% en locales específicos.
- D.** Un 59,4% de los encuestados ofrecían sus servicios en dos o más espacios de forma habitual.
- E.** El espacio elegido por la mayoría de los TMS (de forma no exclusiva necesariamente) fue la sauna en un 61,4%, seguido de Internet en un 49,5%, pisos privados 43,6%, locales 35,6%, calle 9,9% y prensa 1%.

TABLA 3. DATOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN DE LOS HOMBRES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID (JULIO-OCTUBRE 2006)

LUGAR DE EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN EN MADRID / N=101

Sol	10 _ 9,90%
Sauna	62 _ 61,40%
Local	36 _ 35,60%
Pisos privados	44 _ 43,60%
Internet	50 _ 49,50%
Otros/Prensa	1 _ 1,00%

Nº DE ESPACIOS DONDE SE EJERCE LA PROSTITUCIÓN EN MADRID / N=101

1	40 _ 39,00%
2	30 _ 29,70%
3	18 _ 17,82%
4	12 _ 11,88%
NS/NC	1 _ 0,99%

TIEMPO PROSTITUYÉNDOSE (MESES) / N=96

Mínimo	1
Máximo	192
Media	19,32
Desv. estandar	30,414
Mediana	12

PROSTITUCIÓN EN ESPACIO ÚNICO / N=40

Sauna	16 _ 40,00%
Internet	10 _ 25,00%
Pisos	7 _ 17,50%
Sol	4 _ 10,00%
Local	3 _ 7,50%

Nº DE CIUDADES EN LAS QUE SE HA EJERCIDO LA PROSTITUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES / N=101

1	40 _ 39,00%
2	23 _ 22,77%
3	9 _ 8,91%
4	9 _ 8,91%
5	5 _ 4,95%
7	3 _ 2,97%
10 o más	2 _ 1,98%
NS/NC	10 _ 9,90%

Nº CIUDADES PROSTITUCIÓN / N=91

Mínimo	1
Máximo	40
Media	2,69
Desv. estandar	4,307
Mediana	2

ASPECTOS SANITARIOS (TABLA 4)

- A.** El 97% de los encuestados manifestaron utilizar siempre el preservativo en los servicios con sus clientes, un 2% a veces y un 1% nunca.
- B.** Respecto a la prueba del VIH el 58,4% afirmó habérsela realizado en los últimos seis meses versus un 39,6% que reconoció no haberla hecho.

TABLA 4. DATOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN DE LOS HOMBRES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID (JULIO-OCTUBRE 2006)

USO DE PRESERVATIVO / N=101

Sí	98 _ 97,0%
No	1 _ 1,0%
NS/NC	2 _ 2,0%

TEST VIH / N=101

Sí	59 _ 58,4%
No	40 _ 39,6%
NS/NC	2 _ 2,0%

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que los TMS que ejercen prostitución en Madrid son hombres jóvenes, en su mayoría inmigrantes de países sudamericanos, de Europa del Este y Marruecos. Una gran parte se encuentra en situación irregular aunque hay un alto porcentaje que está empadronado. Esto sugiere que aunque no dispongan de los recursos necesarios para obtener el permiso de residencia sí están informados sobre la importancia del empadronamiento. Sin embargo, no hay correlación entre este trámite administrativo y la tarjeta sanitaria, pues el porcentaje de personas que la poseen es menor. Creemos que el empadronamiento está directamente relacionado con la obtención del permiso de residencia y de ahí el interés por él. En cuanto a la tarjeta sanitaria es posible que no la soliciten debido a la ausencia de información. El dato de la falta de tarjeta sanitaria es importante porque esta relacionado con la realización de la prueba de VIH. Los individuos que tienen tarjeta sanitaria se hacen las pruebas del VIH en mayor porcentaje que los que no la tienen (gráfico 1).

Otro de los factores que influyen a la hora de realizarse la prueba del VIH es la orientación sexual. Más de la mitad de los TMS encuestados se declara heterosexual o bisexual y esto se presenta en clara relación con la prueba del VIH pues son los heterosexuales los que menos se la hacen (gráfico 2). Creemos que este dato debe tomarse en cuenta a la hora de desarrollar programas de prevención. Durante

mucho tiempo el sida ha aparecido circunscrito a la población homosexual, por lo que en cierto modo los heterosexuales se sienten inmunes ante esta enfermedad. De ahí, que sean los heterosexuales los que menos se realizan la prueba por tener una percepción del riesgo mas baja. En el caso de los bisexuales no encontramos un patrón de conducta claro.

Por nacionalidades también podemos observar esta tendencia (gráficos 3 y 4). En la mayoría de los casos hay una relación entre la orientación sexual y la prueba como por ejemplo, entre los marroquíes y los ciudadanos de países del Este que al declararse heterosexuales o bisexuales no se realizan la prueba. En cuanto a los sudamericanos si bien no encontramos un patrón en cuanto a orientación sexual y prueba lo cierto es que en algunos casos como en el de los brasileños ambas variables aparecen relacionadas.

Entre los menores de 20 años y los mayores de 35 es donde se concentra el mayor número de individuos que no se realizan la prueba del VIH (gráfico 5). Podemos aventurar que los menores de 20 eran demasiado jóvenes a finales de los 80 y durante los años 90, cuando la aparición del sida hizo que las instituciones se volcaran en campañas de concienciación de gran difusión. El hecho de no haber vivido el sida como una enfermedad mortal haría relativizar su percepción de riesgo hacia la misma. En cuanto a los mayores de 35 precisamente por haber vivido esa época es posible que estigmaticen mucho más a los enfermos de sida y relacionen la enfermedad con la muerte.

Mientras que según los datos sí existe una pauta entre la edad y la realización de la prueba del VIH no es así en relación al tiempo de ejercicio de la prostitución. Durante la elaboración del cuestionario se pensó en la posible relación entre estas dos variables, creyendo que una influiría sobre la otra. Sin embargo, los datos nos muestran que no existe una tendencia entre tiempo de ejercicio y realización de la prueba del VIH (gráfico 6).

Una de las características del ejercicio de la prostitución que se desprende de los resultados de esta encuesta es su carácter temporal. La mediana de tiempo que los TMS permanecen en esta actividad es de 12 meses como ya han mostrado otros estudios (Fundación Triángulo, 2001). Además no se trata de una ocupación única pues la compaginan con otras fuentes de ingresos (Belza et al., 2001).

En cuanto a la movilidad prácticamente la mitad de los encuestados manifestó ejercer la prostitución en más de una ciudad en los últimos seis meses. Esto indica que hay un porcentaje importante de movilidad entre los TMS (Fundación Triángulo, 2001; Prevención del VIH/sida y otras ITS en hombres que ejercen la prostitución, 2001). Esta es una característica que hay que tener en cuenta a la hora de implementar programas de prevención ya que esta movilidad dificulta la permanencia de los TMS en estos y el seguimiento de las ONG.

La movilidad no solo se produce a nivel geográfico sino también a nivel espacial. Más de la mitad de los TMS ejercen en dos espacios o más, siendo sauna e Internet los preferidos. También lo son entre los que ejercen en un solo espacio. No hemos encontrado ningún estudio específico sobre TMS que ejercieran ni en sauna ni en Internet en España. Los estudios que se han realizado han puesto su atención sobre todo en aquellos TMS que ejercían en la calle (Belza et al, 2001). Es en EEUU

donde sí se ha prestado atención al uso de Internet para la prostitución masculina (Parsons et al., 2004; Jude et al., 2004). Creemos que los datos nos muestran que es un recurso importante para los TMS y que debiera ser estudiado en profundidad.

El uso de preservativo entre los TMS es un tema complejo. Los datos nos muestran que prácticamente todos lo utilizan en su relación con los clientes (Minichiello et al., 2001), sin embargo, no sabemos si este uso se extiende a todas sus prácticas o solo a algunas. Por eso creemos que habría que profundizar más en su uso en función de estas. Por otro lado, hay que tener en cuenta que las encuestas fueron realizadas por un miembro del programa de atención a TMS de la ONG Fundación Triángulo que es el mismo que les reparte el material preventivo (preservativos y lubricantes). Por todo ello creemos que las respuestas a la pregunta sobre uso del preservativo pueden estar condicionadas como ya ha ocurrido en estudios previos (Belza et al., 2001).

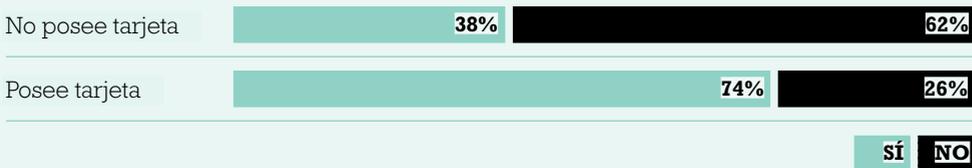
Consideramos esta encuesta como un primer acercamiento a una población escasamente estudiada en España. Estudios futuros deberán ser más detallados en temas aquí aparecidos como las posibles relaciones entre la prueba del VIH y otras variables (edad, orientación sexual, situación administrativa, etc.). También se debería profundizar en el uso del preservativo en función de las prácticas (distinguir sobre todo entre sexo oral y sexo anal) y el tipo de sexo (comercial o privado).

GRÁFICOS

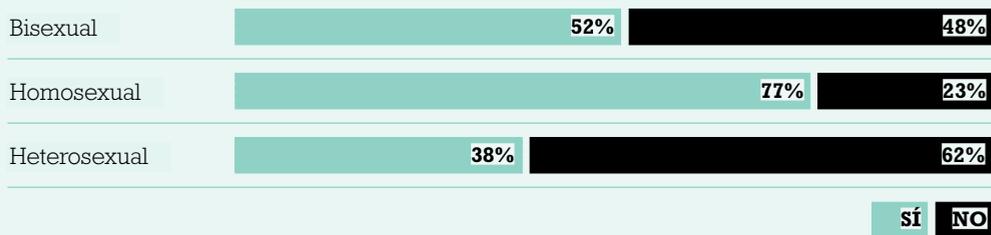
SÍ SÍ SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH

NO NO SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH

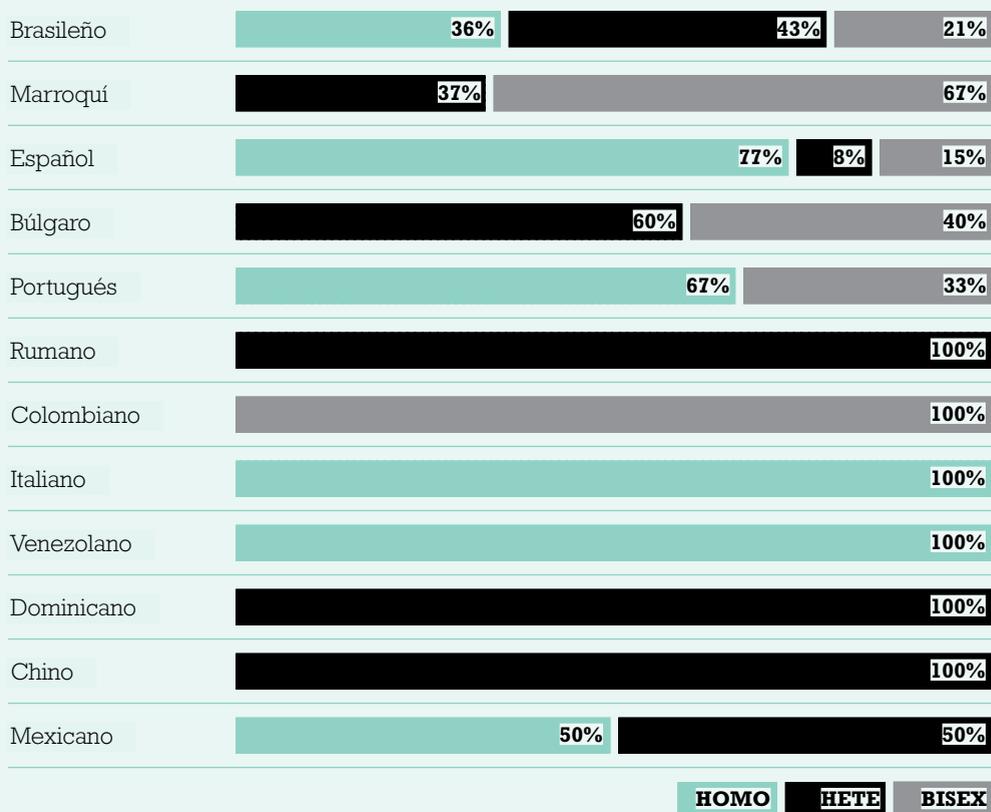
01. PRUEBA DE VIH / TARJETA SANITARIA



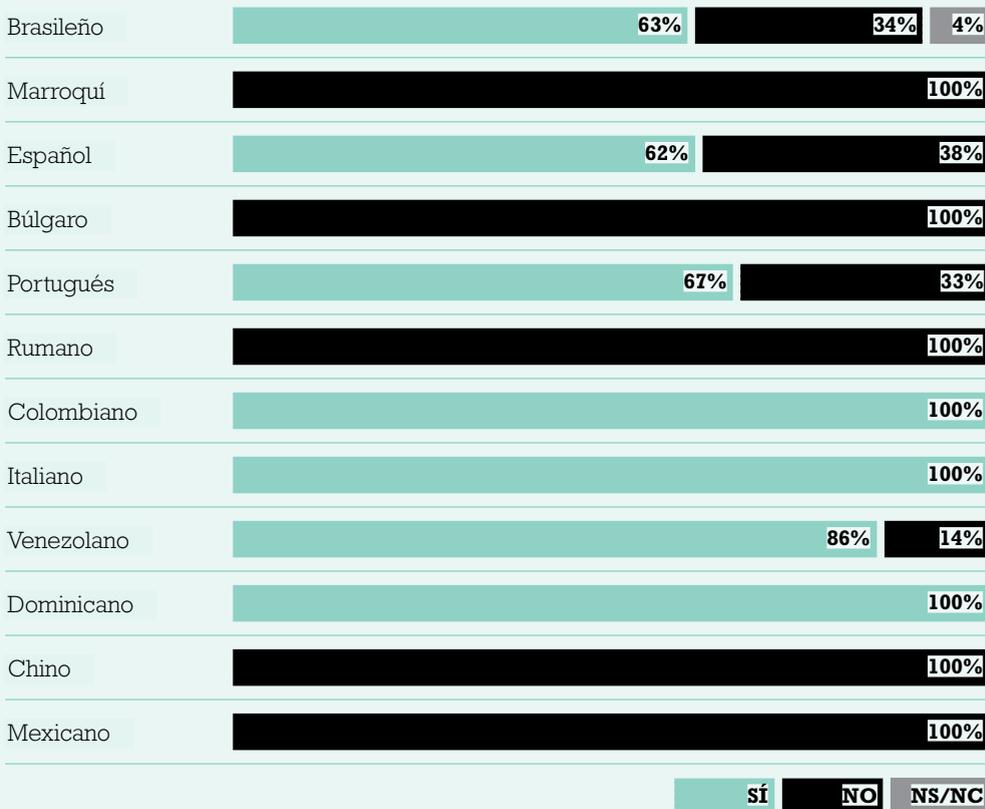
02. PRUEBA DE VIH / ORIENTACIÓN SEXUAL



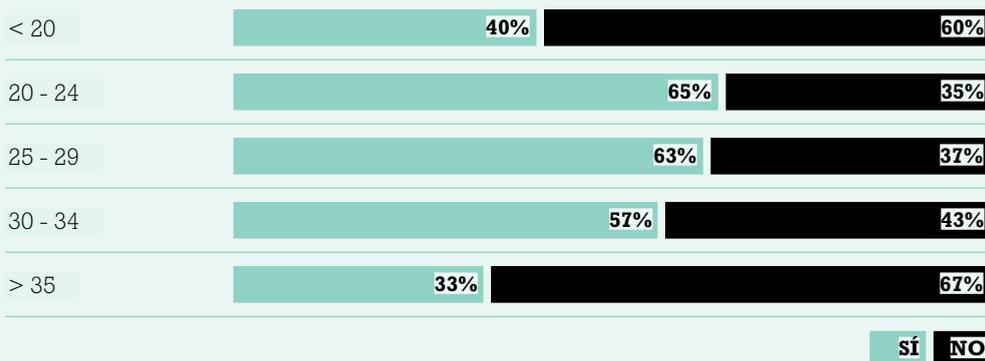
03. ORIENTACIÓN SEXUAL / NACIONALIDADES



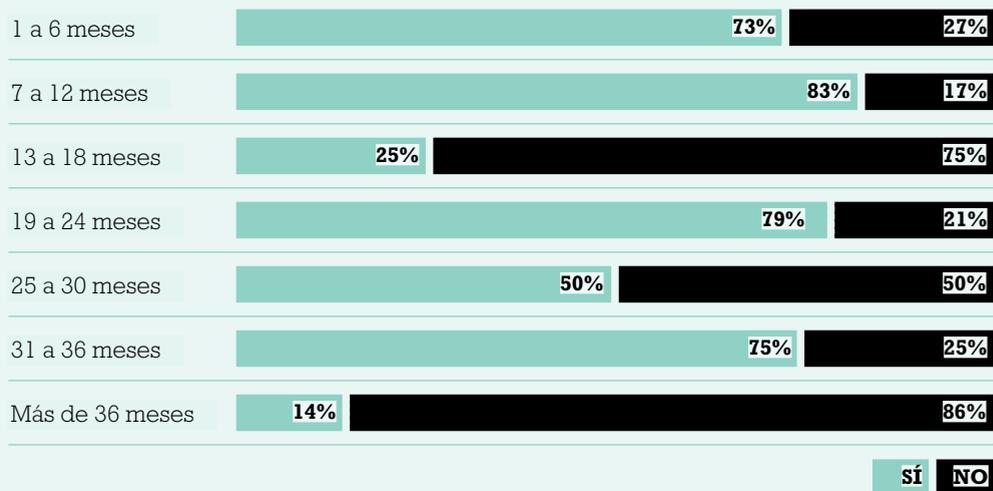
04. NACIONALIDADES / PRUEBA VIH



05. PRUEBA DE VIH / EDAD



O6. PRUEBA DE VIH / TIEMPO EJERCIENDO



ANÁ- **LISIS** **CUA-** **LITA-** **TIVO**

Los TMS son considerados desde el punto de vista sanitario un colectivo vulnerable dado el gran número de contactos sexuales que tienen y el tipo de prácticas que realizan. Desde las instituciones se intenta fomentar que usen el preservativo como medio preventivo, así como que se realicen pruebas médicas de VIH y otras ITS cada seis meses. Sin embargo, se ignora en estas recomendaciones la heterogeneidad del colectivo al que van dirigidas.

Todos los TMS manejan el discurso que desde las instituciones se les comunica en el que el preservativo es la principal herramienta de prevención y debe ser siempre utilizado. Sobre todo lo verbalizan al referirse a sus relaciones con los clientes a las que consideran un riesgo sanitario del que hay que protegerse. Sin embargo, este discurso oficial se va desmontando a medida que se profundiza en sus prácticas. Parece haber un conocimiento suficiente de las infecciones que se pueden transmitir por vía sexual y por eso todos los TMS aseguran usar el preservativo para protegerse, pero al investigar sus hábitos sanitarios se pone de manifiesto que existe una gran variedad de conductas y de explicaciones (continuas legitimaciones ante el discurso normativo). No todos actúan de la misma manera, se podría ver como un péndulo que recorre todos los grados de prevención desde aquellos TMS que utilizan el preservativo en todas sus prácticas y en todos los ámbitos de su vida, pasando por los que lo utilizan en ocasiones hasta aquellos que no lo utilizan nunca.

La heterogeneidad del colectivo no solo viene marcada por sus características sociodemográficas (nacionalidad, etc.), sino también por esta variedad de prácticas preventivas.

Hasta ahora el preservativo había sido tratado desde perspectivas casi conductistas, en las que se creía que a través de la información se fomentaría su uso sin entender las connotaciones simbólicas que conlleva. Creemos que es fundamental conocer estas connotaciones para poder deconstruirlas y hacer efectivos los mensajes.

Para intentar entender las razones subyacentes que influyen en el uso del preservativo y siguiendo la idea del péndulo hemos agrupado a los TMS en función del uso que hacen de este.

Pero a pesar de que esta haya sido la variable que estructura los grupos es importante tener en cuenta que no es la única y que existen otras que se relacionan con ella y que la retroalimentan. Las principales que se han considerado son: la percepción del riesgo, la información sanitaria que manejan los TMS y sus expectativas de futuro. Todas son variables que van conformando unos marcos de sentido diferentes en cada grupo y van dotando al preservativo de una carga simbólica específica.

Puesto que el preservativo es entendido desde el ámbito médico como una herramienta de prevención creímos que era necesario para comprender en qué momentos se usaba saber cuándo el TMS se consideraba en riesgo y ver así si realmente se establecía una relación entre los riesgos sanitarios percibidos y el uso del preservativo. De cualquier forma hay que tener en cuenta que todos nos protegemos de aquello que consideramos un peligro y esta es una percepción subjetiva y construida en función de nuestros intereses y de nuestro sistema de valores sociales

y culturales (Douglas, 1996). Además puede que el preservativo no aparezca como la única manera de protección, los TMS han desarrollado numerosas estrategias tanto prácticas como discursivas para eliminar el riesgo. En caso de no aparecer directamente en sus discursos el uso del preservativo como protección se intentó averiguar cuáles eran las posibles variables que sí intervenían.

La información sobre VIH/TTS es una variable que en la literatura sobre el tema siempre se ha considerado como relevante aunque hasta el momento no hay una comprobación clara de que sea un factor válido de influencia (Minichiello et al., 2001). Aún así nosotros la hemos querido incluir para constatar en este colectivo cómo y para qué utilizan la información, pues al igual que la percepción de riesgo cada sujeto adapta y selecciona los datos que respaldan sus prácticas.

Por último se han considerado las expectativas de futuro de los TMS y se han puesto en relación con el uso que hacen del preservativo para intentar crear un marco contextual en el que las prácticas preventivas cobren un sentido más amplio y puedan ser mejor entendidas.

Otra de las herramientas de prevención que se divulga desde las instituciones médicas y ONG es la prueba del VIH por eso era importante conocer también cuál era la relación que establecen los TMS con ella. Para ello una de las variables consideradas al igual que otros estudios previos (Flowers, 2003; Villaamil, 2004) es la imagen que manejan de la seropositividad. El estigma asociado a un seroestatus positivo no solo se encuentra en relación directa con la realización de la prueba, sino que también influye, entre otros aspectos, en las ideas relativas a la responsabilidad de practicar sexo seguro (Flowers, 2003).

En un principio se pensó que una variable que influía notoriamente en el uso del preservativo era el consumo de drogas, no obstante, tras el análisis se detectó que en realidad se trata más de una excusa legitimadora de prácticas de riesgo que de una variable que incida directamente. A pesar de eso hemos decidido incluirla porque creemos que es un factor interesante que no hay que dejar de considerar, sobre todo si se tiene en cuenta la frecuencia con la que aparece en los discursos de los TMS.

La categorización en grupos no quiere decir que estos sean estancos. Los marcos de sentido que rodean las prácticas preventivas pueden variar favoreciendo una mayor prevención o por el contrario permitiendo que estas se relajen. Estos cambios nunca van a producirse en grupos que resulten antagónicos, sino en aquellos que manejan situaciones intermedias.

METODOLOGÍA

Nuestro objeto de estudio es una realidad difícilmente aprehensible por métodos cuantitativos, por eso hemos creído imprescindible un acercamiento a través de un paradigma cualitativo. La prostitución es un fenómeno en el que intervienen multitud de variables y aunque en este estudio mantengamos un interés particular por el ámbito sociosanitario no podemos dejar apartados otros aspectos que indudablemente ayudan a conformar un sistema complejo de actitudes y toma de

decisiones. Por eso pensamos que a través de la metodología cualitativa podríamos profundizar más en este entramado de relaciones consiguiendo llegar así a un mejor cumplimiento de nuestros objetivos.

El carácter tan íntimo de las cuestiones a investigar (hábitos sexuales, prácticas de riesgo, etc.) hacía necesario también el empleo de métodos cualitativos que permitieran profundizar en estos temas ya que con una encuesta corríamos el riesgo de no recoger más que el discurso institucional/oficial y no el trasfondo de las conductas.

Nuestra población objeto de estudio es, por lo general, complicada de localizar, se trata de un colectivo desconocido que a diferencia de la prostitución femenina carece de estereotipos que permitan su fácil identificación. No existe para el público general una imagen con la que relacionarlos, por eso son una población que permanece invisible ante la mirada de los demás. Además, la prostitución masculina utiliza una gran cantidad de canales, no todos ellos siempre presenciales como la calle o la sauna, sino también virtuales. Internet era una vía que no queríamos descartar y eso implicaba dificultades añadidas pues debíamos contactar con ellos sin poder establecer vínculos visuales. Esto impedía en muchas ocasiones que los TMS confiaran en nosotros y se prestaran a ofrecer su tiempo. Además los lugares presenciales no siempre estaban abiertos a todos los miembros del equipo, espacios como la sauna, por ejemplo, quedaban restringidos a las investigadoras.

Cuándo contactar con ellos era también un problema añadido pues la mejor forma de localizarlos era durante su tiempo de trabajo, que la mayoría de las veces era por la noche. Tener que adaptar los horarios tanto para la captación de participantes en el estudio como para la realización de entrevistas y grupos de discusión no siempre fue fácil. Además como el reclutamiento de entrevistados tuvo lugar durante el verano fue una época especialmente difícil pues como nos dimos cuenta más tarde es un periodo en el que no hay mucho trabajo en Madrid y los TMS suelen desplazarse a ciudades de costa.

Para facilitar esta labor de acercamiento y contacto contamos con la ayuda del miembro del equipo, trabajador social del programa de atención a TMS de la Fundación Triángulo. Su conocimiento de los espacios de ejercicio de la prostitución masculina, su conocimiento previo de algunos TMS, así como la confianza que había establecido con algunos de ellos fueron una herramienta de gran utilidad para conseguir no sólo que participaran en el estudio sino que además compartieran información con nosotros que de otra manera hubiera sido complicada de obtener a causa de los tabúes sexuales o el miedo por la situación de irregularidad administrativa.

Sin embargo, somos conscientes de que esta ayuda debe ser examinada también pues la vinculación del equipo de investigación con la ONG puede sesgar determinadas respuestas y propiciar la omisión de ciertos datos por parte de los TMS participantes. Por eso intentamos ser especialmente cuidadosos al abordar temas que fueran propicios a esta influencia tales como el uso de alcohol y drogas o las prácticas de riesgo (temas sobre los que existe un discurso oficial muy fuerte), intentando insistir y retomarlas en momentos diferentes para conseguir un mayor acercamiento.

También hemos examinado determinadas preconiciones desde las que partió el equipo investigador, algunas fomentadas por la bibliografía, otras por la experiencia del trabajador social y por el imaginario popular. Estas comenzaron dirigiendo nuestras entrevistas, algunas fueron corregidas durante el transcurso de la investigación como la visión de la prostitución masculina como último recurso de supervivencia, la homosexualidad de los TMS, la separación entre sexo comercial y privado, y otras se han detectado al analizar el conjunto de los datos como la relación entre dinero y prácticas de riesgo.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La recogida de información tuvo lugar durante los meses de julio y octubre de 2006 y las técnicas que se emplearon fueron fundamentalmente:

01. Bibliografía.

Se intentó profundizar a través de la bibliografía existente tanto en temas generales referentes a la salud, riesgo, estigma, VIH, prostitución, etc. como a la prostitución masculina en concreto. La escasez de trabajos previos en España hizo que tuviéramos que abrirnos a bibliografía específica de otros países como Estados Unidos y Australia donde lleva más tiempo abordándose el tema.

02. Entrevistas semiestructuradas.

Se realizaron a diez TMS elegidos en función de su nacionalidad y de los espacios principales en los que ejercían. Partíamos de una hipótesis inicial de diversidad de actitudes preventivas en función de los espacios fomentada en parte por la bibliografía existente, por un lado la específica de cada espacio (Parsons, 2004; Minichiello, 2003; Belza, 2001; Joffe, 1995) y por otro la que marca divisiones entre grupos culturales (Prevención del VIH/sida y otras ITS en hombres que ejercen la prostitución, 2004).

Los nombres de los participantes han sido codificados para garantizar su anonimato.

Nombre edad / nacionalidad / espacio:

Guillermo 26 años / española / calle, **Carlos** 27 años / española / Internet,

Fernando 28 años / brasileña / sauna, **Antonio** 24 años / brasileña / sauna,

Tomás 31 años / brasileña / Internet, **Felipe** 26 años / brasileña / Internet,

Alberto 20 años / española / calle, **Paco** 37 años / búlgara / sauna,

Damián 34 años / dominicana / calle, **Manolo** 21 años / mexicana / sauna-local.

Se consideró un número mínimo de entrevistas que debía realizarse para poder abarcar una selección de nacionalidades y de espacios y además ajustarnos al calendario previsto. Los participantes fueron captados por el trabajador social en sus lugares de trabajo (sauna, locales y calle) y a través de chats específicos por Internet.

Todos los TMS que fueron entrevistados participaron de forma voluntaria sin ningún tipo de remuneración.

Excepto la primera entrevista que se realizó en el piso del entrevistado, el resto tuvo lugar en la sede de la ONG y aunque contemplamos los inconvenientes y las limitaciones intentamos en todo momento crear un clima de confianza y libre expresión, en el que los sujetos no se vieran cohibidos ni coaccionados por el entorno. Al ver que las primeras entrevistas se desarrollaban con fluidez porque se conseguía el clima de confianza necesario continuamos haciendo el resto en el mismo lugar, así como los grupos de discusión.

La entrevista duraba entre una hora y media y dos horas y abarcaba temas como: trayectoria personal (para inmigrantes), trayectoria como trabajador del sexo, lugares de prostitución, prácticas sexuales y límites, percepciones de la seropositividad, prueba de VIH, información sobre prevención. Al tratarse de preguntas abiertas esto permitía que los entrevistados reflexionaran sobre sus experiencias y mostraran sus pensamientos y sentimientos.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por miembros del propio equipo de investigación evitando así al máximo la pérdida de información por mala interpretación o ininteligibilidad.

03. Entrevistas colectivas.

Se realizaron tres entrevistas colectivas. Aunque la intención era en un principio realizar grupos de discusión nos dimos cuenta que en la práctica era imposible pues dado el reducido ámbito de la prostitución masculina es bastante habitual que los TMS se conozcan entre ellos. Sin embargo, no quisimos renunciar a la confrontación de distintos discursos, por eso ideamos dinámicas de participación grupal en temas relacionados con las prácticas de riesgo, el uso del preservativo, el VIH y su imaginario, la realización de la prueba, las fuentes de información sanitaria y preventiva así como la relación que establecían con las instituciones médicas. La captación de los sujetos fue también organizada por el trabajador social a través del contacto directo en los lugares de trabajo (sauna, calle y locales). El número de participantes en los grupos osciló entre seis y ocho individuos.

No siempre se pudo contar con la puntualidad de los participantes con lo que a veces se interrumpía el clima de conversación y fue imposible conseguir que apagaran los teléfonos móviles (algo comprensible si valoramos el perjuicio económico que esto puede suponerles) lo que en ocasiones rompía las dinámicas de participación y provocó algún abandono en mitad de la entrevista grupal.

Otra de las dificultades añadidas fue los problemas con el idioma (no todos manejaban el castellano con la misma fluidez) que algunas veces hacía complicada la comprensión de la conversación para los investigadores presentes y que supuso un esfuerzo extra a la hora de transcribir los datos grabados.

04. Observación participante.

La observación participante tuvo lugar en dos fases: una primera durante la recogida de información llevada a cabo por los tres miembros del equipo investigador y una segunda fase en la que sólo continuó el investigador que formaba parte de la UMP. Esta labor de observación fue complementada y ampliada por su experiencia previa y su trabajo continuado en los lugares de prostitución masculina.

El análisis de los datos tuvo lugar principalmente durante los meses de octubre a enero. Para ello se siguió una aproximación teórica básica (Strauss y Corbin, 1990). Se compaginó el trabajo individual y en equipo durante todas las fases de la investigación para ir corrigiendo sesgos detectados y recuperar temas que iban surgiendo en las entrevistas.

RESULTADOS

01. GRUPO DE USO DE PRESERVATIVO CONSTANTE

Dentro de este grupo englobamos a aquellos sujetos que racionalizan el uso del preservativo principalmente como medio de protección para su salud.

Los sujetos entrevistados de este grupo son todos inmigrantes en situación irregular, sin embargo, esto no descarta que haya españoles que sigan estas mismas pautas de prevención y percepción de riesgo. No creemos que la situación administrativa en España sea importante para comprender este tipo de comportamiento preventivo.

Estamos ante un grupo de TMS con un alto grado de profesionalización ya que durante el tiempo que se han dedicado a la prostitución han ido cambiando de ámbitos para su ejercicio, siempre buscando una mayor rentabilidad y una mayor comodidad para ellos.

□ Tomás: "entonces he empezado, no quería trabajar en piso de chicos, quería sólo para mí, entonces yo fui a un bar de Chueca, un bar de chaperos y he empezado, después que trabajaba todos los días en el bar, empecé a descubrir Internet, (...) he puesto fotos, después de un tiempo busqué un fotógrafo profesional que me ha hecho unas fotos muy buenas y con esas fotos, yo he pagado por ellas y trabajo muy bien con ellas"

Dentro de este grupo encontramos varios niveles de profesionalización, llegando a ser el más alto aquel en el que los TMS tienen una implicación con este mundo tan alta que ya no solo realizan contactos sexuales por dinero, sino que su actividad se diversifica a otras ramas del sector del sexo comercial tales como las películas pornográficas, shows en festivales eróticos, modelos de fotografía pornográfica, etc.

Se trata de su trabajo y como tal lo consideran, por eso buscan las mejores condiciones para realizarlo. Esta concepción de la prostitución va unida a una visión concreta del cliente al que le vinculan ciertas obligaciones profesionales, como que

quede satisfecho con el servicio. Dentro de este entorno laboral los TMS consideran de forma más o menos estricta ciertas reglas, como el uso del preservativo, teniendo en cuenta valores personales y profesionales. Esta profesionalización hace imposible la compatibilidad de este trabajo con otras actividades, se requiere una dedicación plena que abarca muchos otros aspectos de la vida del TMS.

Aquellos sujetos que están dedicados plenamente a este trabajo hacen inevitablemente referencia a la necesidad de una inversión en su cuerpo. La prostitución masculina es una actividad muy competitiva en la que no hay mucho mercado, por eso es necesario tener una buena imagen. El concepto de apariencia que usan estos TMS viene unido frecuentemente al de salud. Tener una buena imagen es transmitir una imagen saludable, para ello hay que cuidar la alimentación, ir al gimnasio y llevar ciertos horarios. Se trata de una inversión en el cuerpo que luego revertirá en negocio.

□ Tomás: *“la vida esta que llevo, si invierto en mí, si tomo... si hago como tengo que hacer la vida: vivir sano, ir al gimnasio... eso todo me da un dinero.”*

□ Felipe: *“Cuando ahora son vacaciones aquí, no hay nada que hacer... dedícate al gimnasio para cuando empieza el trabajo otra vez... estés un poquito mejor...”*

□ Fernando: *“tengo buena calidad de vida, porque trabajamos con la imagen, entonces si tú no te cuidas... los hay que se cuidan en un gimnasio, se quedan dos horas en un gimnasio, otros se cuidan con la alimentación, yo procuro tener una vida muy... por lo menos con la alimentación, no fumar, no beber.”*

□ Juan, GD3*: *“No me gusta trabajar por la noche. (...) Por la noche me gusta estar en casa viendo una película, comiendo palomitas. (...) si trabajo por la noche claro que (ininteligible) entonces por la mañana yo tengo que dormir, si duermo me voy a despertar como a las seis de la tarde, y así se pierde todo el día, prefiero disfrutar del día, y por la noche dormir. Dormir temprano y despertarme y así hago lo que tengo que hacer.”*

* En el caso de la información que proviene de las entrevistas grupales se ha citado con el nombre del informante codificado y la referencia al grupo en el que interviene: GD1, GD2 o GD3.

En contra de esta imagen saludable está el consumo de drogas, por eso lo rechazan ya que dificultaría lograr sus planes de futuro. Las drogas van inevitablemente unidas a un deterioro corporal y a unos hábitos horarios poco saludables que serían contraproducentes con toda la inversión que por otro lado se está haciendo. Además, su uso puede incapacitar para futuros servicios, lo que repercutiría en su profesionalidad.

□ Felipe: *"Y estábamos sentados en el sofá, tomamos una copa, vale, no sé qué, '¿quieres [coca]?' 'No, eso no quiero'. '¿Por qué, hombre?' 'Porque tengo un compromiso después y quiero estar a la altura, si me meto eso no valgo más para nada.'"*

□ Fernando: *[Preguntándole sobre su consumo de drogas]"no me gusta nada que me altera, que altera mi psicológico, me gusta saber qué estoy haciendo ¿sabes? y yo no me quiero de quedar porque yo lo sé que los chicos que hacen así se quedan con la cabeza (ininteligible), se acaba, yo tengo 28 años ya, si yo quiero continuar, ¿te imaginas yo con 30, 35? Ya tengo 28, me tengo que cuidar ¿sabes? Mejor tener una buena alimentación, dormir bien, no me gusta mucho quedarme en la noche."*

□ Tomás: *"¿quieres seguir trabajando como un prostituto? Pues te digo tú tienes que mantener tu imagen y la droga te destruye y se nota mucho una persona que mete coca y una persona que no. Se ve, cuanto más sano aparentes con el cliente más coges trabajo."*

□ Tomás: *"Pero no me gusta, que si hago esto [tomar drogas] estoy perjudicando mi cuerpo y esto me corta todo lo que estoy planteando, ¿entiendes?"*

Sin embargo, en aquellos niveles en los que hay mayor grado de profesionalización y de diversificación de la actividad encontramos el uso de determinadas sustancias que no encontramos en el resto de ámbitos de la prostitución. Se trata de la viagra y el poppers. Su uso es legitimado por sus consumidores pues no afecta al control que el sujeto puede tener de sus actos y en determinadas prácticas se presenta como imprescindible. Su uso viene asociado también al deseo de satisfacción del cliente que no siempre se puede conseguir por cuestiones meramente físicas.

□ Tomás: *"ahora no tengo problema con eso porque si hoy no me apetece mucho tener esfuerzo voy allí, cojo un viagra, cojo un trocito y ya está [se ríe], y el tío queda fenomenal."*

□ Fernando: *"el poppers dura cinco minutos, una cosa así, son cinco minutos que eso se queda así, pero no cambia mucho la personalidad, ¿no? Solamente que el popper es un dilatante genital, entonces generalmente los clientes lo utilizan para eso."*

El consumo de viagra tiene lugar sobre todo en la grabación de películas pornográficas que exigen mucho tiempo de erección, en estos casos no sólo se encuentran comprimidos sino también otro tipo de medicamentos inyectables. También se utiliza en servicios con varias personas a la vez en los que hay que tener gran número de relaciones. El poppers es habitual en aquellas prácticas que exigen una amplia dilatación anal (doble penetración, fist fucking, etc.).

En relación al uso del preservativo los TMS de este grupo lo tienen interiorizado como un hábito de prevención, forma parte de sus rutinas sexuales y no conciben estas sin protección.

Se trata de una barrera que les protege del posible contagio de ITS. La confianza en esta protección es tal que no sienten temor a la hora de tener relaciones sexuales con personas seropositivas.

□ Felipe: *"yo nunca lo he hecho sin condón, ni con novios ni con nada, en toda mi vida. (...) Y vino un chico que me gustaba mucho siempre (...) 'oye, ¿los preliminares no podemos hacer alguna tontería, pero luego lo ponemos?' No, más que todo ¿y si a mí me gusta y empiezo a hacerlo? Ya que no sé cómo es no tengo tentaciones ningunas. Nunca lo he hecho sin, porque no, porque cuando empecé a salir de casa para eso, esas cosas de ligar y todo eso, ya estaba en la televisión: te vas a morir!"*

□ Fernando: *"hoy en día es una cosa como si fuera tomar agua, es una cosa tan... no sé porqué las personas hablan: 'ah, no que mi pareja...' Yo miro como voy, como si fuera tomar agua, tú tienes que utilizar, yo me lo pongo normal."*

□ Felipe: *"Yo ya he tenido tres novios seropositivos y si voy con la tontería del enamoramiento del no sé qué cómo estaría ahora, ¿no? (...), yo sé que eso no pasa por la goma del preservativo."*

Otro de los ejes de su discurso es el de la responsabilidad, cada sujeto es responsable de su propia protección. Este colectivo realiza una evaluación cognitiva del riesgo con la que consideran cada una de las oportunidades que tienen en sus prácticas sexuales de contraer algún tipo de ITS. Solo se concibe el sexo seguro y los que no lo practican son tachados de locos o asesinos.

□ Tomás: *"Yo veo así, cada uno cuida de su salud, yo cuido de la mía, tú cuidas de la tuya y cada uno cuida de la suya y..."*

□ Alberto, GD3: *"Le digo 'tú estás loco', una persona que hace eso [pedir una relación sin preservativo] está enfermo (...) una vez ha pasado eso conmigo, está enfermo."*

□ Tomás: *"Nunca he tenido un cliente que diga: 'ah no, yo quiero sin goma!' y tener un mal rollo así. [Se ríe], que no, nunca he tenido, y si tengo yo le digo a él: 'Tú estás muerto y me quieres matar, ¿tú me quieres matar?' [se ríe] yo digo lo mismo, '¿tío, quieres matarme?, ¿qué he hecho contigo?, no he hecho nada!' [se ríe]."*

Evitar el riesgo aparece como algo sobre lo que el sujeto tiene capacidad de acción y que no deja en manos de nadie más, ni siquiera de la pareja y mucho menos de los clientes.

□ Tomás: *“Yo me cuido mucho y tampoco dejo a la gente hacer conmigo lo que quiera, sabes? Y ah! vamos a follar sin condón, no, no, no.”*

□ Fernando: *“Porque es una persona que quiere hacerlo sin condón ¿quién tiene que tener miedo, él o yo? Él, ¿no? No yo, porque quién (ininteligible) soy yo, porque yo me acuesto con muchos, pero generalmente los clientes que buscan chaperos son peores que nosotros, son peores, si nosotros nos acostamos con diez ellos se acuestan con treinta.”*

□ Felipe: *“Pues se inventan un montón de excusas [los clientes para hacerlo sin preservativo]: Porque yo soy joven, ves como estoy de bueno, es que yo con mi mujer no estoy acostumbrado a eso, y es que no sé qué, cuánto quieres, que ya nos conocemos, ya estuvimos juntos tantas veces, hace no sé cuanto tiempo que te conozco, tú no te fías de mí... mira, tío, yo no me fío de mi novio. Yo he vivido dos años con un hombre y nunca he hecho con él [sin preservativo], ¿tú crees que voy a hacer esto contigo?”*

Encontramos dentro de este grupo y a pesar de compartir la misma lógica diferentes grados de protección:

Los hay que realizan todas sus prácticas con protección bien de preservativo en el caso de sexo anal u oral, bien con guantes para fist fucking, evitan contacto con el semen, etc. Expresan un discurso de prevención universal que se extiende a todo el mundo, pareja incluida. No hay ningún tipo de diferencia en el riesgo asumido en relaciones sexuales comerciales o privadas, este no existe en ningún caso.

□ Juan, GD3: *“Yo no me fío de nadie, me fío de mi madre y mi padre, eso sí, pero los demás... (...) siempre utilizo, yo no sé que pasa, yo no quiero morir de sida.”*

□ Fernando: *“Porque por más que sea pareja yo no me fío, me fío de mí, pero de los demás, por más que me guste que yo tenga tres, cuatro años [de relación] no me fío porque sabes...yo no convivo 24 horas con él, yo no sé qué es lo que él está pensando, qué está haciendo. Yo me fío de mí, en mí yo confío, pero en él no.”*

En otro nivel de protección encontramos a aquellos que siguiendo la misma lógica preventiva y siendo conscientes de los riesgos que toman eligen practicar el sexo oral sin preservativo, aduciendo al disfrute como única razón.

□ Fernando: *“Pero con mi pareja yo hacía con condón, pero el sexo oral yo hago sin, yo no voy a mentir, y yo se lo he dicho al médico, yo hago sin, entonces... [Pregunta: ¿Pero con él o con los clientes también?] No, con los clientes... bueno, depende, yo no voy a mentir, en clientes que a veces me da mucho morbo que yo hago sin, y es*

lo normal, yo no voy a hablar que hago con todos porque sexo oral... penetración sí, siempre, pero sexo oral a veces sí, a veces no."

La elección de realizar sexo oral protegido o no, no viene determinada por el tipo de relación que se establece (privada o comercial), sino por el morbo que se puede generar. Sin embargo, la percepción del riesgo sigue existiendo y este es asumido. Se trata de un colectivo que maneja mucha y buena información en materia de prevención, esto les permite minimizar el riesgo de contagio de VIH/sida por sexo oral. El riesgo es valorado y confrontado con una opinión médica que les permite conocer el alcance del riesgo que corren.

El par pareja/cliente sí es efectivo en otros sujetos en el que el discurso de minimización de riesgos a través de la protección desaparece al referirse a sus parejas. Es este par el que marca distintos hábitos de protección.

Con el cliente se toman todo tipo de precauciones tanto en el sexo anal como en el sexo oral. El hecho de tener pareja les sitúa además en una posición en la que no sólo son responsables de su propia salud sino también de la de su compañero.

□ Federico, GD3: *"Yo siempre... porque nunca sé... por mi seguridad, por mi salud y porque me da asco. (...) Yo mi protección también la hago por mí porque yo tengo pareja. O sea que tengo que cuidarlo, él ya sabe que yo hago esto y ya no sólo por mí sino también por él. Por mí principalmente, pero también por él que está conmigo."*

Todas las precauciones tomadas con el cliente desaparecen cuando se trata de relaciones sexuales con parejas estables. En estos casos el abandono del uso del preservativo se ve como signo de confianza. Pero no por ello dejan de lado la lógica preventiva pues para dar este paso es necesario que ambos se realicen las pruebas de VIH. Este no es el único requisito ya que necesita estar acompañado de un pacto de confianza. Esto significa que el abandono del uso del preservativo se pone en práctica con las debidas precauciones pero que además son conscientes del riesgo que están tomando a pesar de intentar minimizarlo al máximo y lo asumen.

□ Tomás: *"Yo cuando tengo mi pareja, tuve una pareja hace tiempo que con él tuve sexo sin condón. (...) pero antes de hacerlo nos hicimos las pruebas los dos y todo."*

□ Tomás: *"Si tienes confianza con la pareja sí, vamos, yo por ahora voy a hacer un año la prueba y se la voy a enseñar a mi novio que viene el día 6. No quiere decir: mira, no tengo nada y a partir de ese momento voy a follar sin condón, no, yo primero tengo que tener confianza con él y si de repente toca pues te toca ¿entiendes? Pero tienes que saber primero como está..."*

Pero la evaluación cognitiva de los riesgos asumidos no sólo se reduce al ámbito sanitario. Hay también una valoración de riesgos que atentan contra su integridad física y que intentan evitar tomando las medidas pertinentes. Aunque ninguno

ha tenido ninguna experiencia negativa en este sentido todos han escuchado historias que les han ocurrido a otros compañeros. La actividad que realizan conlleva la relación con desconocidos en sus casas o en otros lugares ajenos que en muchas ocasiones les sitúan en una posición de vulnerabilidad, sin embargo, no expresan ningún miedo porque considerando todos los riesgos a los que se exponen toman las precauciones necesarias.

□ Felipe: "Tío, que no se toma una cerveza que te den abierta, no se toma una cosa que ya te den preparada, si tú no conoces a la persona. Tú pides una Coca-Cola y tú la abres delante de ti, y otra, si tú vas al baño deja así, así tocando [hace la demostración con una botella de agua que hay encima de la mesa] si tú vuelves y está movido no la tomas más."

□ Tomás: "Cobrar antes de cualquier cosa porque si pasa algún mal rollo tú... vete (sonríe), sabes y ya está, tú ya tienes tu dinero."

□ Tomás: "Cuando llegan a mi casa, y mi casa no tengo portero así para abrir el portal abajo, entonces tengo que bajar. Y si tengo algún problema en casa y el tío se va pues queda preso ahí abajo porque tienes que abrir la puerta."

□ Felipe: "Cuando me voy a casa de un cliente que es nuevo yo dejo la dirección apuntada que tal, que mi amigo cuando llegue a casa, antes me hacía eso el novio, pero mi amigo me lo hace. Si antes del horario previsto yo no estoy en casa, ese me llama, si yo no contesto, ese viene a por mí, y yo igual con él. Porque... uf, hay unas historias."

La información que poseen estos TMS sobre las formas de transmisión de VIH y otras ITS es alto y además se preocupan constantemente de mantenerse informados, lo que les proporciona seguridad respecto a su salud, aunque no por ello descuidan hacerse la prueba del VIH cada seis meses como parte de sus hábitos de prevención.

Los sujetos de este grupos se relacionan en su mayor parte con otros TMS esto permite que se creen flujos de información entre ellos.

□ Tomás: "Yo conozco el centro Sandoval donde hago siempre mis exámenes, hago cada seis meses, es gratuito y cualquier persona puede ir, no hace falta identificarse, ni dar un nombre... (...) y hago todas mis pruebas. Tanto de... cualquier tipo de enfermedades, tanto de... lo que sea, enfermedades sexualmente transmisibles. He llevado a muchos amigos allí también."

□ Felipe: "yo hago preguntas muy absurdas [al médico]... pues que yo no lo sabía... cosas... 'si no me pongo un guante para hacer alguna cosa'... 'hombre, no debería pasarte nada, pero mejor que te lo pongas'. 'No, no voy a hacer sin los guantes, pero te pregunto'. 'Sigue con los guantes'. Y se ríe."

El hecho de dedicarse a la prostitución les hace considerar que el alto número de contactos sexuales que mantienen cada día puede ser una fuente de riesgo y por eso están más concienciados en la búsqueda de información para la prevención: detección de enfermedades, formas de protección, soluciones ante posibles problemas como rotura de preservativo, etc.

□ Federico, GD3: *“Averiguo muchísimo sobre todo ese tema, ya que estoy en este mundo supongo que debo estar prevenido para todo, porque a todos nos puede pasar, que se haya roto un condón o lo que sea. Prefiero estar prevenido. (...) Y aprovecho también algunas veces cuando tengo clientes médicos con ellos mismo hablo y les pregunto. Claro, les pregunto, hay que sacarles algún provecho.”*

Todos tienen experiencias con personas con VIH que les han mostrado el lado más duro del virus, lo que les hace no pensar en ella como algo dramático, pero tampoco deseable. En cada uno está la responsabilidad de su salud y contraer el VIH. Normalizan el virus como algo que existe pero que se puede evitar siendo responsable.

□ Felipe: *[Hablando de un amigo suyo que se contagió de VIH.] “Sabemos exactamente con quién ha sido, porque era un amigo mío, y yo siempre lo supe que ese tenía y no sé por qué [lo hizo sin preservativo], para saber... no sé para... no sé por qué, y lo hizo a propósito y yo digo: mira, la culpa no es de él, vosotros estabais juntos en eso, y tú ¿estabas atado, tenías una pistola en la cabeza? Pues entonces, hijo, y tú me dices que ha sido sólo con él, pero tú vas a discotecas que tienen cuartos oscuros, y bares leather, tú te metes tus cositas y te pones loquito, ahora tú quieres apuntar a una persona como me ha matado. No, hijo, eso no es así, eso no es así.”*

□ Tomás: *“Tener eso hoy tampoco es una cosa... se puede vivir con eso... si te cuidas, pero si tienes una vida, me corro en la cara, en las drogas y esas cosas, que tengo un amigo que hace así entonces... felizmente en un futuro todo sale. Intento abrir la cabeza de la gente que conozco, que tiene de verdad conmigo y hablar sobre el tema que ya sé cosas, que tengo informaciones concretas en mi cabeza que puedo hablar sobre ellas, sobre ese tema: ‘oye, tú tienes algo así, entonces, por favor, cuídate vete...’ ¿sabes?”*

Consideran el sida como una enfermedad crónica y asumen que no tiene porqué cambiar tu vida contraerla.

□ Fernando: *“Es una enfermedad como otra, tú tienes que tomar una medicina para siempre, hay personas que... mira, yo tengo dolores de cabeza constantes, llevo tomando pastillas desde los siete años, por eso cuando yo tengo un dolor de cabeza tomo una pastilla y ya está, yo creo que esto es lo mismo, pero ahora que estás tú te tienes que cuidar más, ¿sabes? Te tienes que cuidar más, comer bien, (ininteligible), es otro tipo de vida, tú vas a vivir bien, por muchos años, pero es otro tipo de vida. No se puede beber, no se puede usar drogas.”*

Como hemos visto no todos tienen prácticas seguras siempre. Cuando incurren en algún riesgo, por pequeño que sea son conscientes de las posibles consecuencias ya que son un grupo con un alto nivel de información. Por ello establecen una relación con la prueba de VIH de cierto miedo y estrés. El TMS tiende a racionalizar y legitimar su posible infección. Esta legitimación viene explicada por la actividad que realizan. El riesgo es percibido por el hecho de tener un gran número de contactos sexuales diarios, lo que puede aumentar su índice de probabilidades de riesgo de transmisión.

□ *Fernando: "Depende de lo que pase con el resultado yo no me quiero asustar con nada, porque yo estoy en esta vida, entonces un precio que hay que pagar. Ahora, si yo tuviese una vida normal como los otros chicos y yo hubiese dado positivo ahí sí me sentaría mal, pero como yo estoy así, soy consciente que yo corro riesgos, cualquier cosa, yo soy muy consciente. Y yo continuo, entonces..."*

□ *Federico, GD3: "Pero puede ser más temible, yo pienso, un mismo chico que trabaja que una persona que va una vez al mes o dos veces a la semana a buscar a un chico, en cambio uno que está trabajando y está todos los días constantemente con uno, dos o tres hombres, tiene más probabilidades."*

Todos tienen planes de futuro más o menos definidos y esto hace que encaren su actividad con cierto distanciamiento emocional pues se trata de un medio que justifica sus aspiraciones.

□ *Tomás: "Yo sé que es un trabajo temporal, una fase, que luego... quiero juntar el dinero, quiero montar una cosa en Brasil y volver a Brasil para administrar mis cosas allí y es que pienso mirando al frente, sabes? Estoy en la fase de trabajar."*

□ *Fernando: "Yo pensé que a ver si aparece una persona que, no sé, que me guste, sino tipo contrato [de matrimonio], ¿sabes? yo pago... ya está. Y ahí yo cojo mi documentación, me quedo un mes en mi país y volver como si nada hubiese pasado, y ahí empezar una nueva vida aquí, trabajando y eso, buscando trabajo. (...) Me gustaría trabajar en una tienda, me gusta trabajar con moda, en una tienda, ¿sabes? trabajar normal, despertar por la mañana, trabajar, cumplir su horario, llegar a casa, ¿sabes? tranquilo, sin tenerme que preocupar de que tengo que trabajar hacer eso en un día, tú sabes que estás trabajando que tú tienes un valor mensual para todos los días y ya está."*

□ *Felipe: "Ahora yo ya tengo planes. Siempre he tenido y ahora tengo que pagar a un maquillador que es muy bueno que da cursos una vez al año sólo para cuatro personas, pero cobra lo que le da la gana, sabes?"*

Tener planes a medio y largo plazo es una de las razones que motivan sus prácticas seguras. Protegerse y cuidarse es garantizar que puedan cumplir sus expectativas de futuro.

02. GRUPO DE USO DE PRESERVATIVO DUAL

El grupo de los duales se caracteriza por una clara separación entre el sexo comercial y el sexo privado. Mientras que el sexo comercial es siempre protegido no ocurre lo mismo con el que se lleva a cabo en el ámbito privado. En ellos más que en ningún otro grupo queda clara la barrera simbólica que supone el preservativo en sus relaciones sexuales con clientes. Sin embargo, no encontramos la misma unanimidad en el sexo privado, dentro de este último podemos distinguir diferentes situaciones:

- A.** que el sexo privado sea con mujeres (Dual de género).
- B.** que el sexo privado sea homosexual y esporádico (Dual de ocio).
- C.** que el sexo privado sea homosexual con una pareja estable (Dual de pareja).

A. Grupo dual de género

El hecho de que un TMS tenga relaciones sexuales con hombres no significa que necesariamente se declare homosexual, dentro de este colectivo los hay también que se definen como heterosexuales.

En este grupo hemos incluido a aquellos TMS que solo tenían relaciones sexuales con hombres mediante transacción económica pactada, y el resto de sus relaciones sexuales privadas son con mujeres. No hemos incluido a aquellos TMS que se definen como heterosexuales y tienen relaciones sexuales privadas con hombres.

Los TMS que componen este grupo son en su mayoría inmigrantes, ya que la población española heterosexual que trabajan como TMS es escasa.

La razón de este grupo para ejercer la prostitución viene motivada por cuestiones puramente económicas, como una vía de ahorro rápido con el cual regresar a su país de origen y mejorar la calidad de vida que tenían previamente.

En las relaciones sexuales con los clientes los límites que se imponen y las prácticas que realizan vienen condicionados por su orientación sexual. Ambos están relacionados con los prejuicios que tienen sobre la homosexualidad, y sobre la propia heterosexualidad. Tenemos que tener en cuenta que existe un crisol de nacionalidades con sus propios estereotipos y prejuicios. Los TMS provenientes de países del Este no tienen el mismo imaginario heterosexual u homosexual que pueden tener los TMS de Latinoamérica. Son estos prejuicios los que en parte van a limitar sus prácticas.

En este grupo son muy importantes los límites y las prácticas para mantener la imagen sobre su propia identidad sexual. Al ser hombres heterosexuales que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, el no realizar ciertas prácticas les permite mantener su sexualidad a salvo ya que tienen ideas estereotipadas sobre la homosexualidad y en sus países de origen nunca han mantenido relaciones sexuales con hombres.

□ Paco: "Aunque me río porque yo nunca tenía ninguna experiencia con ningún gay ni nada antes en [país de origen], ni una vez me ha pasado, ni sabía que existen... yo pensaba que todos eran gays con plumas, así disfrazados con barbas."

El elemento que perturba su identidad no es el hecho de prostituirse, sino el hecho de hacerlo con hombres. Reafirman su masculinidad en el discurso de que si fuera con mujeres no tendrían ningún problema.

□ Paco: "...vamos a ser sinceros que no es tan duro, si es tan duro, sobre todo si yo fuera gay no veo nada de duro en eso porque ellos entre ellos eso es... me parece un encanto, si yo trabajara en una sauna con mujeres ¡qué duro! [Risas] Entre ellos, ellos ligan y eso, los chicos."

Son dos las razones principales que sirven de justificación para mantener ciertos límites en las prácticas sexuales. Por un lado, preservar su identidad heterosexual y por otro las limitaciones físicas.

El mantenimiento de su identidad se consigue no realizando prácticas que se consideran homosexuales y esta es, por encima de todas, el sexo anal receptivo que ninguno de los componentes de este grupo realiza. Para ellos el homosexual es el que es penetrado, por lo que al no realizar esta práctica mantienen su identidad sexual intacta, ya que lo que ellos hacen no lo consideran un comportamiento homosexual.

□ Paco: "Antes decía que soy hetero, pero me di cuenta pronto que si digo eso no tendré ningún cliente. Empecé a decir soy activo solo, y de verdad que es lo que hago, solo soy activo, yo no voy a chupar una polla, no, y mucho menos que me penetren a mí, no me puedo imaginar que va a pasar. Lo que hago, yo tampoco les penetro mucho porque no es tan fácil, ¿eh?"

□ Raúl, GD3: "... pasa también encontrarte con gente que diga: yo no soy pasivo, eso que me vayas tocar o... no. Y entonces llega un momento que dicen: no es que a mí lo que me da morbo es que tú te dejes. ¿Oye, vamos a aclararnos aquí'. Son cosas que son un poco chocantes, que son como... Es como si fuera una humillación, que les crea morbo y se aprovechan de la situación."

En el caso del sexo oral no encontramos unanimidad como en el caso de sexo anal receptivo. Esto se debe a que las prácticas consideradas homosexuales son una construcción propia. Cada TMS elabora un mapa de prácticas que no amenazan su identidad sexual. Por ello encontramos para quien realizar activamente sexo oral denota un comportamiento homosexual y para quien no supone un problema. Esto no ocurre cuando son receptores de sexo oral, que es una de las prácticas que normalmente realizan. Estas diferencias se establecen en relación con los prejuicios que tienen los sujetos respecto a las prácticas que consideran que son homosexuales y las que no lo son.

Existen también límites físicos a la hora de realizar las prácticas, seguramente aparejados a los límites socioculturales de los que hablamos antes.

□ Paco: “Al principio tenía eso porque yo no hacía nada, nada. Bueno, ahora también sigo con mis límites, solo beso y no he hecho nada que lo considero como, para mí como una vergüenza, porque aquí los brasileños aquí lo he descubierto, los brasileños, la gente de América del Sur y la gente de Europa del Este son distintos, no son, no sé, ellos se lo toman más fácil, todos son más cariñosos, nosotros no somos tan, tenemos un sentido de... que es un insulto que... bueno, pero me he acostumbrado, lo he elegido yo solo este trabajo, lo he elegido solo, no me quejo porque tengo mis límites, hago unas cosas y otras no, por nada, y...”

□ Paco: “Son heterosexuales [algunos de sus compatriotas que ejercen como TMS] aunque alguno tal vez cuando están en una cabina chupan y eso.”

Los TMS heterosexuales encuentran difícil en ocasiones realizar su trabajo, ya que el abanico de prácticas que realizan no es muy amplio y en ocasiones les resulta difícil tener una erección o eyacular.

□ Manolo: “una vez lo intenté [que le penetrasen] y fue muy doloroso y... no me agradó nada.”

□ Paco: “No, yo lo que hacía era conseguir la erección y nada más, y no... Me ponía muy incómodo si alguien me toca, pero después que tengo que aprender un poco más porque sino... no podía trabajar en la sauna. Porque al principio tenían una curiosidad los clientes por estar conmigo, pero cuando descubren que tú no haces nada, nada, nada, ya no quieren repetirlo, bueno, lo repiten una vez y tal vez por tercera pero cuando ven que tú no avanzas no... Bueno, afortunadamente existen muchos gustos y algunos.... Yo soy un tipo para algunos, hetero, les da morbo que estoy casado que tengo... les da morbo eso que soy hetero, pero no son muchos, ese tipo de clientes, no son la mayoría, la mayoría quieren todo.”

El uso del preservativo en los TMS heterosexuales de este grupo está íntimamente ligado a su concepto del sexo y su identidad sexual.

El preservativo es una herramienta de trabajo que está profundamente unida a mantener relaciones sexuales con hombres. Representa una barrera entre el cliente y el TMS. Hay que puntualizar que como en casi todos los casos, el uso del preservativo se utiliza en la penetración. Pero a la hora de tener sexo oral, al ser receptores no lo usan, y en ocasiones al ser activos en sexo oral tampoco.

Con el cliente el uso del preservativo es algo que tienen claro y que no es negociable. Sin embargo en el sexo con mujeres, ya sea con sus parejas estables o con relaciones puntuales o bien no usan el preservativo o el uso es muy bajo. Es en estas relaciones en las que se alude al disfrute, y a ese disfrute como la causa de no estar pendiente del uso del preservativo. En su relación con el cliente los TMS son conscientes de que son ellos los que tienen que protegerse de posibles enfermeda-

des, sin embargo, en sus relaciones privadas relajan esta protección y en ocasiones la relegan o a la otra persona o a la situación.

□ Paco: "Sí, sí, yo te entiendo, porque yo cuando estoy en la sauna.... cuando estoy trabajando estoy en la sauna y ahí los condones están por todos lados, los puedes encontrar fácilmente y siempre tú estás ahí muy pensativo, estás reaccionando con tu cerebro, todo para ti es un trabajo, no es placer y piensas... claro, es lógico que tú pienses y tomes todas las medidas, haces todo...lo correcto y una de las cosas es protegerte, claro, protegerte de la enfermedad, de la mierda y de todo. Luego cuando ya estás en una fiesta ya no estás trabajado ya no estás pensando de la misma manera, estás disfrutando y esperando que no te va a pasar nada y además, si hay preservativos... pero tal vez no lo tuviera o si alguien tiene y me lo pasa lo usaría, pero normalmente no hay."

□ Manolo: [Pregunta: Y con relaciones con chicas antes de venir aquí a España, o aquí estando en España, ¿había también condón en las relaciones?] "No, eso no. [Pregunta: ¿Pero con los clientes?] No, ahí siempre, como reglamento que tienes tú mismo, siempre."

Además en ocasiones ni siquiera se plantean que haya que usarlo, se da por hecho que con mujeres no se usa.

□ Manolo: [Pregunta: ¿A ti te ha pasado con tu pareja por ejemplo que no utilices preservativo? ¿O conocéis a alguien que con su pareja no utilice preservativo?] "Yo no utilizo, pero mi pareja es mujer."

Para este grupo preservativo significa cliente- homosexualidad. Y es del cliente de quien se tienen que proteger, ya que este grupo tiene la creencia de que el VIH solo afecta a los homosexuales.

En sus relaciones heterosexuales no tienen esa percepción de riesgo, a pesar de que en algún caso han contraído ITS con mujeres.

□ Paco: "Yo trabajando sí [usa el preservativo], pero una vez cogí gonorrea en un contacto con una chica, no he usado preservativo, yo no entiendo porque es una enfermedad que te das cuenta que la tienes al día siguiente cuando vas a hacer pipí, y ella lo sabía pero no me ha dicho nada."

A pesar de que hayan tenido alguna ITS al único sujeto de riesgo que reconocen es al cliente, y de ahí que sea con quien usan el preservativo.

□ Paco: "Cuando estás borracho y cuando estás ligando en una discoteca... en tu caso con chicos, en el mío con chicas puede volver a suceder esa situación. A mí no me va a pasar eso, no me va a ocurrir más [contraer una ITS]. No, pero por trabajo, no creo que haya alguien que no use preservativo, tiene que ser muy tonto..."

A pesar de haber tenido alguna ITS, no varían sus conductas preventivas ni muestran interés por estar informados respecto a ITS o VIH. Creen que los conocimientos que adquirieron en sus países de origen son suficientes y además adaptan los nuevos conocimientos de forma que no interfieran en sus prácticas, tanto en el sexo comercial como en el privado.

□ Paco: "No, en general no, no he aprendido más aquí, de otras cosas sí que he aprendido más en España, si se trata de las enfermedades no. Las cosas que se tengan que saber no son muchas, cómo protegerte con un preservativo, eso es lo más importante, claro"

□ Manolo: "Yo como estaba en la universidad, ahí hay un programa de que se cuiden y todo, de preservativos, sí que dan mucha información."

Al ser una actividad que les avergüenza y que mantienen en secreto ante sus familiares y amigos, intentan no relacionarse con el mundo de la prostitución masculina. De ahí que no establezcan vínculos con otros TMS, por lo que no están dentro de las redes de información que manejan sus compañeros.

□ Manolo: "No, no tengo mucha relación con los demás compañeros. No conozco a muchos, de vista pero de..."

En caso de tener algún problema sanitario como no tienen permiso de residencia y desconocen que este no es necesario para ser atendidos por un médico, recurren a consultas en sus países de origen o a remedios propios.

□ Paco: "Sí. Me costó mucho después cuidarme [de una gonorrea transmitida por una mujer] porque no fui al médico y llamé a un amigo en [país de origen] para decirme el nombre de las pastillas que tengo que tomar, lo que pasa es que aquí en España tienen otro nombre, fui a un médico [se refiere a un farmacéutico] con el nombre apuntado de las pastillas y él me dijo que eso aquí no existe, yo le dije que me estaba pasando y si me podía recomendar unas pastillas y él que trabaja en... En la farmacia, sí, me dijo que fuera a un médico, pregunta a él yo no te puedo ayudar porque yo no sé si tú tienes una receta sí, pero si no tienes... y al final logré encontrar las pastillas correctas. [Pregunta: ¿Y por qué no fuiste al médico?] Porque no sabía dónde, no tengo tarjeta sanitaria."

La información que este grupo posee sobre VIH e ITS considera que es suficiente, lo que hace que no tengan interés por tener más información. Asimismo cuando tienen un problema no acuden a centros especializados, sino que intentan solucionarlo de forma individual. A todo esto hay que sumar que al no tener mucho contacto con otros TMS que puedan servir de red de apoyo, la información que tengan sea muy limitada y particular.

No tienen amigos ni conocidos cercanos que tengan VIH, por lo que tienen una idea muy estigmatizada de las personas portadora de VIH, lo que está en relación a la hora de no querer hacerse la prueba.

□ *Manolo: "¿Con VIH? A nadie. (...) No sé, por ejemplo, si está en la sauna hay uno con VIH pues peligrosísimo, sabes porque puede estar con una persona que tú estés también, mucho riesgo de contagiarse, y si alguien que esté en [nombre del local] tiene VIH pues también, hay que estar más atento a las cosas, todavía más."*

A pesar de decir que tienen muchos conocimientos sobre enfermedades, lo cierto es que las ideas que tienen sobre prevención y transmisión de VIH son muy precarias. El imaginario sobre los portadores de VIH está íntimamente relacionado con su idea de sexualidad y sobre el sida como enfermedad homosexual.

Los heterosexuales son los TMS que menos se realizan la prueba de VIH, esto indica que la orientación sexual es una variable que incide a la hora de hacérsela.

Los TMS que pertenecen a este grupo, al no considerar un riesgo el sexo con mujeres sin preservativo no consideran que sea necesario hacerse las pruebas del VIH, ya que con los clientes sí utilizan el preservativo en sus relaciones. En el caso de las ITS al tener interiorizado que son curables, no las ven como un riesgo.

□ *Paco: "Yo estoy convencido de que si me pasara algo así, si tuviera un temor o una sospecha o algo sí iría, pero como no hay nada de eso, por eso estoy tranquilo. Claro que hasta que no me hagan una prueba no puedo estar seguro 100% pero no, un 95% seguro que no lo tengo."*

□ *Manolo: "...lo que he hecho siempre lo he hecho así como con seguridad y... no sé, creo que no tengo VIH."*

Además las relaciones que consideran de riesgo son las que mantienen con los hombres/cliente, por lo que al tomar precauciones en estas relaciones no tienen por qué preocuparse. A las relaciones con mujeres no les atribuyen ningún riesgo, como si el sida fuera una enfermedad exclusivamente homosexual.

Por todo esto, este grupo no cree necesario hacerse la prueba y no consideran sus contactos heterosexuales un riesgo.

Los integrantes de este grupo suelen ser consumidores de droga, sobre todo de cocaína. No queremos decir que todos los TMS heterosexuales consuman drogas, pero los que hemos entrevistado que pertenecen a este grupo sí lo hacen. Lo que cabe destacar en este grupo respecto a las drogas es que no hace uso de las llamadas "drogas profesionales" como son el poppers y la viagra. El poppers no es consumido porque es un vasodilatador y este grupo no tienen relaciones de penetración receptiva.

La viagra solo la hemos encontrado en un nivel de profesionalización mayor.

No hay unanimidad en el consumo, ya que encontramos quien consume solo en su tiempo de ocio y quien lo hace si le invitan los clientes.

□ Manolo: [Pregunta: ¿Consumes algún tipo de droga?] “Sí, a veces, pero con un cliente no, seguro que no porque ya estás más vulnerable, ¿sabes? y no, solo lo que hay que hacer y hasta luego.”

□ Paco: [Pregunta: ¿Con los clientes consumías?] “Sí, sí, con los clientes, sí, sobre todo, nunca había comprado, yo no compro, solo cuando me invitan los clientes y algunos en el [nombre del local] que conozco gente me invitan solamente a una raya sin pretextos, no para... irme luego con él, solamente como amigos. Yo tampoco tomaba mucho, como mucho en una noche solo medio gramo o así, la cantidad máxima. [Pregunta: ¿Y cuando tomas coca estás más desinhibido, haces más cosas con los clientes?] No, no hago más cosas pero no sé cómo funciona con la mujer, pero con los hombres le dan ganas... deseo sexual ¿sabes?”

En algunos casos el uso de drogas puede ser utilizado para aumentar un deseo sexual por los clientes que a priori no tienen, y para hacer la situación más agradable para ellos. No obstante el uso lúdico de las drogas prima sobre el posible uso profesional.

En cuanto a sus expectativas de futuro, los TMS de este grupo tienen como meta principal regresar a su país. Se trata de sujetos inmigrantes y en situación irregular en España. Los casos entrevistados habían desarrollado otra actividad profesional antes de dedicarse a la prostitución pero lo dejaron porque no les proporcionaba los recursos económicos esperados.

El desempeño de la prostitución es un trabajo temporal, solo para conseguir ahorrar lo suficiente para volver a sus países de origen y empezar de nuevo.

□ Manolo: “Ah, vine a coger un poco de dinero y regresar a mi país otra vez porque aquí es más... vale más el dinero si lo llevas de aquí a [país de origen].”

□ Manolo: “Sí, llegué y yo creo que pasé todos los bares de Madrid para encontrar trabajo y todos pedían papeles, papeles, papeles en todos los lugares, entonces, no sé, llegué a Chueca, enfrente del [nombre] hay un restaurante que se llama [nombre] y ahí me empezaron a dar fines de semana. Esto fue a la semana, llegué y en una semana no tuve trabajo, a la semana me empezaron a dar fines de semana y tal y después ya me contrataron de fijo, pero pagaban poco, ochocientos euros y ahí conocí a un chico que trabajaba antes, que era chaperero me dijo: ‘mira, tal, a la gente mayor le gustan los chicos jóvenes así’, pues sí, lo intenté, fui y me fue superbien.”

□ Paco: “En algún momento pero no dura mucho, lo desagradable, en otros casos me resulta... los primeros días cuando yo entraba en la sauna yo con los mariquitas, pero en diez minutos me acostumbro porque en realidad podría tener un trabajo mucho más duro que me muera en una construcción con cuarenta grados aquí [señala la nuca] por 800 o 900€.”

Las expectativas económicas son muy altas, y los sujetos, al alcanzar un nivel económico a través de la prostitución no están dispuestos a desarrollar otra actividad profesional que requiera más esfuerzo y menos ingresos. Aluden al tema de su situación irregular, pero al no tener expectativas de permanencia en España tampoco tienen interés en legalizar su situación.

B. Grupo dual de ocio:

Gusto por lo que se hace

La voluntariedad del ejercicio de la prostitución de los TMS facilita que en ciertos casos algunos disfruten con el ejercicio de su profesión. Los individuos de este grupo son españoles, y como veremos más adelante, han elegido el ejercer como TMS por motivos no puramente económicos o de necesidad, sino por razones de deseo o gusto.

Manejan el estigma de la prostitución a través de la legitimación de su elección aludiendo al disfrute sexual. Por eso, demuestran que viven la prostitución como algo que no les avergüenza, sin embargo, no dan a conocer su actividad en el ámbito familiar.

□ Carlos: "...esto lo hago porque a mí me da la gana, tampoco soy una puta de lujo ni muchísimo menos, pero a mí nadie me extorsiona, ni me obliga, lo hago porque me gusta, porque me da la gana y porque es una opción que me apetece coger y ya está."

□ Carlos: "Yo es que a ver, sino todos mis amigos un buen porcentaje de mis amigos lo saben y no me han discriminado, también es que si me hubieran discriminado directamente no serían amigos míos, ¿sabes? quiero decir, cuando haga daño a alguien que me digan algo, pero mientras no haga daño a alguien, sino más bien todo lo contrario [se ríe] entonces, pues bueno, que un amigo siempre tiene que aceptar tu modo de vida tal y como es. A ver, yo creo que mi familia son las únicas personas que no lo saben."

□ Guillermo, GD2: "Ah, pues yo se lo digo a todo el mundo ¿qué estás haciendo?, digo: 'la carrera'."

□ Carlos: "Tampoco es que esté de chaperero por vocación, es algo que simplemente no me desagrada, que está bien pagado, y no tengo jefes, y qué coño que me lo paso bien."

Se produce una relación entre dos variables que se influyen mutuamente, el control y el gusto. El control está relacionado con el hecho de poder decidir cuando se trabaja, con quien y por cuánto. Es decir, son dueños de sus horarios, eligen los clientes con los que quieren realizar un servicio, qué tipo de servicio quieren realizar y cuánto quieren cobrar por el servicio.

Trabajan en espacios que no ejerzan un control sobre ellos, ni económico (teniendo que dar una parte de lo que ganan) ni grupal (espacios con presión de grupo y mayor competitividad).

El gusto está relacionado con el control de las situaciones (el TMS domina los códigos y los espacios de interacción y no le gusta que otros le impongan normas), satisfacción de deseos sexuales, hedonismo (sentirse deseado), y el placer de ganar dinero a través de la actividad que ellos han elegido.

□ Guillermo: *"Es que a mí pues 'venga, vente que tengo un piso que no sé qué', entonces yo he aguantado igual un cliente, pero yo he visto... no me ha gustado porque no soy yo el que manda ni nada y a mí eso no me gusta."*

□ Carlos: *"Hombre, cuando estoy con un cliente, lo que pasa es que... la única diferencia yo creo es que tengo en mente que voy a lo que voy, tampoco... voy también a, desde luego te lo digo, a pasármelo lo mejor que pueda, aunque el tío sea un callo y tal, a mí me gusta el sexo y si es con un top model mejor que con un callo, pero vamos, que tampoco... tengo la manga muy ancha, y... la única diferencia así es que cuando eso tengo en la cabeza a lo que voy."*

□ Guillermo: *"Porque los que nos dedicamos a esto solemos ser bastante presumidos, bastante coquetos, somos un poco vanidosos y tal. No por los clientes, por uno mismo."*

□ Guillermo: *"Hay una frase Oscar Wilde que dice: 'el placer debería ser nuestro único objetivo en la vida' y estoy totalmente de acuerdo, entonces pues bueno. Esa es una de las máximas de mi vida."*

El ejercicio de la prostitución masculina es en la mayoría de los casos una decisión libre. Para este grupo la importancia de la retribución económica es alta, pero no es la justificación al trabajo que desempeñan, sino que existen también motivaciones de satisfacción del placer y hedonismo. De hecho, tanto las expectativas económicas como el disfrute sexual son razones que les han motivado a ejercer la prostitución.

□ Guillermo: *"No, las zonas es que... si es que se aprenden por sí solas, yo creo, yo empecé a salir a discotecas y tal y claro, parecía más mayor, y ahí conocí al chico este y me dijo la zona y tal, que podía ganar dinero, y bueno, así empecé, de todas formas a mí ya antes de eso yo creo que ya lo pensaba que quería hacerlo, que no porque me lo dijera ese chico, sino porque yo ya lo sabía."*

□ Guillermo: *"O bien por morbo, o bien por no sé, pero a mí me gustaba y cuando sacaban alguna película... no sé, de estas así de... españolas así de los ochenta, de estas así que estaban los chavales en la calle, de esas que ponían antes me daba morbo verlas, me gustaba, no sé."*

□ Carlos: "Así, no sé, dije un buen día como no me gusta trabajar, porque es algo que odio, porque soy así de hedonista y follar me encanta, pues me meto a sacarle partido a lo que más me gusta, no es lo que más me gusta, pero, algo que me gusta."

Ejercer como TMS les proporciona una imagen de sí mismos y de la situación que no están dispuestos a perder. Mientras actúan como TMS su imagen del yo cambia, y los límites que establecen no vienen marcados por las prácticas sino por el mantenimiento de la imagen que se han creado. Cuando desempeñan el rol de TMS son ellos quienes establecen las normas. Por ello no aceptan a los clientes que quieran invertir esta distribución de poderes.

Esta imagen tiene distintas complejidades, desde la elaboración de una imagen visual, a través de la ropa o las fotografías hasta los pseudónimos, o incluso un cambio en la personalidad.

□ Carlos: "Yo soy muy cagueta y... que me llega un tío por la calle me dice tres cosas y me achanto, pero cuando estoy aquí... digamos como que el terreno es mío y no me achanto para nada, no sé, me cambia un poco la personalidad, no sé."

□ Carlos: "Si se ponen muy pesados o en plan... irrespetuosos, eso no se lo consiento a nadie."

□ Guillermo, GD2: "Yo no cojo a los groseros. Los groseros no los cojo, los que yo vea que vienen a humillarme desde un principio y a imponerme sus normas desde un principio, nada, se acabó, desde un principio se acabó. 'Que te vengas que no sé qué' [con tono despótico] 'ag, ey'. No. Y de esos hay unos cuantos."

Las diferencias entre los roles que desempeñan se muestran también a la hora de usar el preservativo. El uso del preservativo para los individuos de este grupo viene determinado por el par cliente/ocio. Al ser el preservativo una herramienta de trabajo, su uso está relacionado con sexo comercial, y su no uso con relaciones sexuales privadas. Aunque esta relación con el preservativo se da en otros grupos la particularidad de este es que su no uso no está condicionado por razones de género ni de confianza, sino de morbo o pérdida de control.

Los TMS de este grupo tienen un alto uso del preservativo en sus relaciones con el cliente, sin embargo en sus relaciones sexuales privadas lo utiliza esporádicamente. Este uso esporádico viene determinado por el morbo que le produzca la otra persona, la situación o el consumo de drogas (sobre todo la cocaína).

Con respecto a los clientes, los TMS de este grupo establecen una actitud preventiva mediante la interiorización de que todos los clientes están enfermos. Sin embargo esta situación de control solo la perciben en su relación con los clientes.

□ Guillermo: “Cuando me lo piden es porque son ignorantes que no saben lo que están haciendo o lo que están diciendo, porque por ejemplo antes de ayer uno me dice, se me habían acabado y tenía que ir a... estaba la sauna de [dirección], y se me habían acabado ‘ay, pues no te preocupes, métemela así y no te corras’, me dice. ‘no, perdona, voy en un momento a la caja cojo preservativos y ahora vengo, y eres un inconsciente porque así también se pega, si es que también se pega’, ¿o no?”

□ Guillermo, GD2 : “Ahora, lo que has dicho tú antes, es verdad que a veces, con los clientes siempre lo usamos pero cuando no lo podemos llegar a usar algunos es cuando nos ligamos a alguien que nos gusta, ahí está el problema.”

Existe una doble percepción del riesgo y de sus consecuencias. Por un lado en sus relaciones de sexo comercial los TMS toman precauciones, se protegen del cliente y son concientes que mediante esta protección evitan contraer ITS y VIH. Es en sus relaciones de sexo no comercial, donde no siempre toman precauciones, y donde la percepción de riesgo de transmisión de ITS o VIH es más alta y menos controlada. No toman precauciones por motivos de morbo o aluden haber consumido alcohol o algún tipo de droga. Ambas razones pueden hacer que pierdan el control de la situación y de sí mismos, ya que como no son clientes, no se posicionan en el rol de TMS y en sus relaciones de ocio no tienen interiorizada ninguna conducta preventiva, como ocurre con los clientes.

□ Guillermo: “Hombre, miedo porque aunque yo siempre en el trabajo he usado preservativo con alguna relación que he tenido yo de algún chaval que me he ligado y tal pues al final lo hemos hecho sin preservativo, entonces... que tampoco es que yo crea que lo tenga ni nada pero vamos, no sé, ahora prefiero estar en el mundo y pensar que no existe y tal [risas]. Aunque luego claro, para el trabajo siempre lo he usado.”

El consumo de drogas o alcohol es una forma de justificar las pérdidas de control y de responsabilidad sobre sus actos.

No hay un uso de drogas profesional, sino que su consumo se relaciona principalmente con el ocio. Aunque los TMS de este grupo asocian las drogas a lo lúdico, también las usan algunas veces en sus servicios. Sin embargo, en estas ocasiones las drogas no son una excusa para no usar el preservativo, por el contrario sí lo son para no usarlo en sus relaciones privadas.

□ Carlos: “Con los clientes, si lleva coca y me dice y se dan las circunstancias apropiadas, que al día siguiente no tengo que ir a currar ni nada por el estilo, pues por mí bien. Si luego no voy a tener que trabajar ni hacer nada que requiera de mi concentración.”

□ Carlos: “La chupo sin condón, pero penetración y eso no, me niego. Yo cuando, por ejemplo, cuando bebo o me drogo se me va mucho la cabeza y siempre acabo en la sauna [de cruising], y entonces sí que se me va la cabeza y alguna vez sí que...”

más de una vez he follado sin condón, pero luego es que siempre lo paso tan mal, me arrepiento tanto. No es algo, que desde luego no es algo que haga por... cuando follo sin condón no ha sido por... soy prudente, y no soy idiota, o sea que no quiero pillar nada... he pillado ladillas, y ya con eso tengo bastante."

El preservativo para este grupo también es una forma de poner una barrera con los clientes. Es utilizado tanto para protegerse de lo que el cliente les puede transmitir como del propio cliente como persona que no les atrae.

□ Guillermo: *"Hombre, si es el sexo oral según como sea el cliente claro, si a mí me da mucho asco pues le pongo el preservativo y se la chupo. Normalmente para chupármela a mí, no lo suelo poner, la verdad, pero para follar siempre, claro."*

□ Guillermo, GD2: *"Pero también es una barrera para cuando el tío te da mucho asco, ponérselo, pumba y ya está, y entonces es un plástico y entonces es mejor, para tí mismo."*

La información que maneja este grupo sobre ITS y VIH es amplia, sin embargo, no hay un efecto sobre el uso del preservativo motivado por el conocimiento sobre ITS o VIH (Minichello et al., 1998). Las personas que hemos incluido en esta tipología creen tener amplios conocimientos sobre las vías de transmisión y cómo protegerse. Este conocimiento les puede proporcionar cierta sensación de seguridad que propicie el relajamiento en la prevención en ciertas prácticas. De ahí que corran ciertos riesgos bajo la creencia de que controlan la situación.

□ Guillermo, GD2: *"Ah, yo sí, usando el preservativo sabes muy bien cómo se pilla y cómo no. Es que sabiendo cómo tienes que hacer las cosas no tienes que pillar nada. Yo puedo ir con un terminal que yo sé muy bien lo que tengo que hacer, no lo voy a hacer sin preservativo... bueno, sin preservativo no lo hago con ninguno, pero ya con ese menos todavía, 'chúpamela', porque igual tú sabes que, entre nosotros, a los clientes se la chupamos a veces sin preservativo y es [ininteligible] para nosotros, las cosas como son."*

Por lo que nos encontramos por un lado que su percepción de control ante la transmisión de enfermedades se da solo en su relación con los clientes, ya que en sus relaciones privadas no tienen la misma percepción de control. Y por otro lado, racionalizan sus prácticas como seguras por los límites que ponen al realizar éstas. El riesgo no está en las prácticas que ellos realizan, sino en las que realizan otros, que además son consideradas extremas. Como la practicas que ellos realizan no las consideran extremas, no perciben que tengan tanto riesgo como otros.

□ Carlos: [Pregunta: ¿y tienes algún amigo que sea seropositivo? ¿o conoces a alguien, o un caso cercano?] *"Sí, amigos de... unos chicos de Barcelona, pero bueno, estos son lethearones y tal, entonces claro, esos, esos las prácticas que tienen son de rollo eagle o darco, en plan llegan allí... me trago todas las pollas que pueda, me trago*

toda la leche, que me meen y todo, entonces claro, haciendo ese tipo de prácticas es imposible tío, por cojones toca."

La información que tienen los TMS sobre ITS y VIH no motiva la decisión de hacerse la prueba del VIH. El hecho de que los TMS tengan información sobre cómo se tienen que cuidar no implica que implementen este conocimiento. Además un resultado positivo implicaría un cambio en su vida que no quieren aceptar. La realización de la prueba es percibida como el fin la vida que han tenido hasta el momento.

□ *Guillermo, GD2: "Pues por eso hay que hacerse una analítica cada seis meses como mínimo. Aunque yo no la haga. [Pregunta: ¿Por qué no?] No sé, porque me da miedo, esas pruebas tan... tú imagínate que me dicen que sí..."*

No encontramos unas pautas comunes en este grupo a la hora de realizarse la prueba. Algunos concedores del riesgo que han corrido optan por no hacerse la prueba por miedo. Otros, establecen un doble juego en su percepción de riesgo. Por un lado, los clientes son un riesgo, se protegen de ellos, y no se hacen la prueba ya que no consideran que hayan tenido relaciones de riesgo. Por otro, en sus relaciones no comerciales, usan menos el preservativo porque al no ser clientes no los perciben como posible fuente de infección, a pesar de que son estas relaciones las que les motivan a hacerse la prueba.

□ *Guillermo: "No, porque me ha dado un poco de... no sé, como de miedo, no me la he hecho, pero vamos, yo me encuentro bien, no sé tampoco si... [Pregunta: ¿Y miedo qué miedo? Cuéntame un poquito, miedo...] Hombre, miedo porque aunque yo siempre en el trabajo he usado preservativo con alguna relación que he tenido yo de algún chaval que me he ligado y tal pues al final lo hemos hecho sin preservativo, entonces... que tampoco es que yo crea que lo tenga ni nada pero vamos, no sé, ahora prefiero estar en el mundo y pensar que no existe y tal [risas]. Aunque luego claro, para el trabajo siempre lo he usado."*

□ *Carlos: "Sí, me las quiero hacer ahora... porque hace poco me emborraché (se ríe). Así que eso, pero ya te digo que en cualquier caso yo... con los clientes siempre, siempre, siempre todo con condón. Todo, si me lo piden, que te pago más... pero no, además yo para hacerme una chapa tengo que estar sobrio."*

Las expectativas de este grupo son ejercer como TMS durante un periodo de tiempo, ya sea para ahorrar o tener un dinero extra, ya sea para vivir nuevas experiencias. Establecen una separación clara entre lo que es sexo comercial y lo que es sexo privado. En función de esta separación establecen un discurso preventivo ad hoc. Los mismos comportamientos tienen diferentes resultados según el ámbito en el que desarrollan. El discurso dual de este grupo en particular se reproduce en distintos aspectos de su vida, desde la justificación del ejercicio de la prostitución, hasta el uso del preservativo pasando por el consumo de drogas y lleva a contra-

dicciones como que a pesar de su discurso preventivo al final los que se realizan la prueba lo hagan motivados por sus relaciones no comerciales, aquellas de las que no se protegen.

C. Grupo dual de pareja

Algunos estudios han puesto de relieve el aumento del VIH debido a prácticas sexuales de riesgo dentro de parejas estables. La tendencia a PANP (penetración anal no protegida) dentro de parejas estables homosexuales está incrementándose desde los 90, del mismo modo que aumenta la población de parejas homosexuales estables que desconocen el estadio serológico de su pareja y tienen relaciones no protegidas (Folch et al., 2005).

A pesar del reducido número de casos que tenemos para ilustrar este grupo, creemos que es necesario hablar de él, aunque sea para dar una primera aproximación y tenerlo en cuenta en futuros estudios.

Este grupo lo conformarían aquellos TMS homosexuales/bisexuales que utilizan el preservativo con sus clientes o en sus relaciones privadas esporádicas, pero con sus parejas sentimentales no. Se diferenciaría del grupo de uso de preservativo constante en que dejan de usar el preservativo con sus parejas únicamente en base a la confianza, sin establecer pruebas previas.

Este grupo es relevante más allá del hecho de que sus individuos ejerzan como TMS. Forma parte de la tendencia al no uso del preservativo sin la realización de pruebas. Por eso trataremos a este grupo desde un espectro más grande y no ciñéndolo solo al ámbito de la prostitución.

Para muchos homosexuales/bisexuales, la prevención está relacionado con el par confianza/desconfianza. El ser conscientes que no usar el preservativo con sus parejas estables es una conducta de riesgo, afianza la sensación de dejar de usar el preservativo como un acto de amor (Villamil et al., 2004).

□ Ángel, GD2: *"Es costumbre [usar el preservativo], yo ya estoy acostumbrado, si estoy borracho o con drogas. [Pregunta: ¿Con la pareja también lo utilizas?] No tengo pareja pero sí lo hecho, pero hay veces que lo he hecho, he follado sin preservativo. Pero ahora no. [Pregunta: ¿Y por qué con la pareja sí?] Porque confiaba en él."*

Esta conducta la encontramos también en el ámbito de la prostitución masculina, chicos que con los clientes toman precauciones y con sus parejas estables no, a pesar del riesgo.

□ Antonio: *[Pregunta: ¿Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?] Sí, yo tengo VIH. [Pregunta: ¿Pero no... no fue a través de la prostitución?] No, seguramente fue... porque yo siempre usé preservativo con los clientes. Yo sé que fue con un novio mío de Brasil, yo creo que yo he venido ya infectado. (...) Sí, un amigo mío me llamó de Brasil: 'mira, Antonio, tu novio ha muerto, está hablando de VIH', él era muy mayor que yo, 33, 34 años, yo pensaba: 'fíjate, fibrado, cachas, no...' yo tuve con él una relación de un año, pero no estaba mal cuando yo me vine, no estábamos juntos, pero*

el año que estuvimos juntos por supuesto que te quitas los condones, yo estoy con un chico, pero yo no sé que tiene VIH, yo estoy en una relación con una persona tú al tiempo te quitas los condones ¿sabes? quitas los condones.”

A pesar de ser conscientes del riesgo no conciben una relación de pareja en el que en un determinado momento no se eliminen los preservativos, ya que se vive como una parte necesaria de una relación que se pretende duradera.

En el caso de ser portador de VIH, la pareja se ve como inalcanzable, precisamente por la imposibilidad, llegado el momento, de quitar los preservativos.

□ Antonio: *“Si tú hablas que quieres condón para una pareja... seguramente se romperá la relación contigo porque no lo va a aceptar, yo tengo este miedo, yo quería un chico pero yo me quedo pensando ¿cómo voy a tener un chico teniendo que tomar pastillas?, tengo que esconder las pastillas. Si voy a viajar por ejemplo, para salir... porque tú puedes mentir, pero la mentira no tardas mucho... y eso por mí yo tengo miedo, arreglar con una persona y hablar que yo tengo VIH. Y esa persona que hace sexo sin condón... o hacernos el test de VIH juntos para quitarnos los condones, yo no voy a poder hablar ahí, llegará un momento que yo tenga que hablar ‘mira, yo tengo VIH’.”*

“Un resultado positivo amenaza no solo a la calificación de la pareja, sino también a la totalidad de la identidad social [...], incluso aunque reconocen que sería incorrecto discriminar a un seropositivo, significativamente no tendrían relaciones sexuales con él, y menos aún, lo considerarían una posible pareja” (Villamil et al., 2004).

□ Antonio: *“Sí, pero hay mucho preconcepto, es muy fácil tener... por ejemplo, en una primera cita ‘hola, qué tal’, voy a quedar con un chico ‘vamos a tener una relación seria, podemos ser una pareja, pero yo tengo VIH, ¿vale?’, si yo le hablo a un chico así la primera semana él va a decir: ‘sal de mi vida’, ¿sabes? no me coge el teléfono... es algo que yo entiendo porque no es fácil para una persona, si yo pienso eso... si vas con una persona que tiene VIH, yo también... yo lo pensaría muy bien antes de tener un rollo con una persona con VIH, eso tú te quedas un poco con miedo ¿no?”*

03. GRUPO DE USO DE PRESERVATIVO INTERMITENTE

En este grupo clasificamos a aquellos TMS que no siguen unos hábitos fijos de prevención en sus relaciones sexuales. No existe para ellos diferenciación entre el sexo comercial o el sexo privado a la hora de plantearse prácticas seguras. Estas vienen dadas por otro tipo de causas como el morbo, la disposición del momento, el consumo de sustancias, etc. No expresan seguir una actitud pautada ni que atienda a criterios claramente definidos en materia de prevención.

No podemos establecer dentro de este grupo un perfil diferenciado entre TMS españoles e inmigrantes. Según los casos estudiados la nacionalidad no es una

variable a tener en cuenta a la hora de analizar este grupo. Hemos detectado este comportamiento de intermitencia en el uso del preservativo tanto en TMS españoles como inmigrantes. Tampoco es relevante la orientación sexual con la que estos sujetos se identifican por eso se incluyen en este grupo homosexuales, heterosexuales (aquellos que aún definiéndose como heterosexuales mantienen relaciones no comerciales con hombres), y bisexuales.

Se trata en su mayoría de TMS que aunque llevan mucho tiempo en este mundo no lo hacen con dedicación absoluta, lo convierten en un medio para adquirir más ingresos o un recurso para momentos de apuros económicos, por lo general, su vida no depende en exclusiva del dinero conseguido por los servicios realizados, y en caso de que así sea es una situación temporal. Puede tratarse de una actividad esporádica o que lo hagan con regularidad, pero nunca de una manera muy profesionalizada. Lo pueden compaginar con otros trabajos remunerados (hostelería, etc.), con otras fuentes de ingresos o con la manutención constante de un cliente. La prostitución les permite en unos casos obtener ingresos si los necesitan y en otros cumplir las altas expectativas económicas que se han creado y a las que no es fácil renunciar.

□ *Damián: [Preguntándole si no ha pensado anunciarse en prensa] "Si me hubiera gustado mucho este mundillo sí lo hubiera hecho, pero como te digo, como salgo a la calle y si apareció, apareció, sino, no. Como tengo este señor que me da apartamento, me compra ropa, me da dinero, como te digo, si salgo a la calle si apareció uno, dos, tres clientes los cojo, y sino, lo hago sin mucho apuro."*

□ *Alberto: "He estado un tiempo, lo he dejado, ahora lo he retomado. Es un poco difícil de dejarlo, una vez que sabes que en diez minutos te haces 40, 50 o 30€ o lo que sea, pues ya como que dices, voy a dar una vuelta de media hora y ya está, es un dinero fácil. Entonces no es fácil dejarlo."*

Las relaciones sexuales de estos TMS no se estructuran en función del par sexo comercial/sexo privado como en el grupo de los duales sino que todas sus relaciones se mezclan, en espacios y en tiempos, diferenciándose únicamente por el pago de unas y no de otras. Este continuum queda en evidencia si examinamos su movilidad. Esta no debe entenderse en términos de profesionalización pues estos viajes no son buscados específicamente para reducir el "efecto cara quemada" o para evitar temporadas en las que escasean los clientes en las grandes ciudades sino para conseguir ingresos extras o por encontrarse circunstancialmente en otra ciudad (por turismo, por ejemplo).

En cualquier caso que el TMS esté asentado en Madrid no significa que no se prostituya en otras ciudades.

□ *Damián: "Mira, he estado en Canarias, he estado en Tenerife, he estado en Barcelona (...) Porque ahora mismo salí mucho porque, mayor veces la persona se iba para la playa de vacaciones e invitaban a uno."*

□ Alberto: “Cuando fui a Valencia yo ya había cobrado, ¿sabes? Lo que pasa es que me gasté todo el dinero, ¿no? Y fue ahí es cuando fui a putear, pero yo cuando estuve de vacaciones en la playa, iba al hotel, claro, estaba de vacaciones, no... luego iba al [nombre de bar], a buscar gordos, por ahí, de vicios andas mal de dinero. Luego se me acabó el dinero y ya empecé a putear.”

□ Alberto: “En Tánger también, me quedé sin dinero y me puse a putear también y además saqué dinero, eh??”

Su lugar principal de ejercicio se encuentra en espacios abiertos, tanto físicos como virtuales. Se trata de espacios a los que se puede acceder con facilidad, sin mucha preparación previa y que se pueden abandonar con la misma facilidad. Intentando rentabilizar el tiempo al máximo.

□ Alberto: “Yo prefiero la calle porque es más rápido, no tengo que estar que si me tomo una copa, que si que si espérate un poco más tarde (...) por eso lo que mejor veo es la calle.”

Además estos espacios proporcionan invisibilidad y anonimato y por lo tanto protección ante el doble estigma que conlleva la prostitución masculina.

□ Damián: “La Puerta del Sol como es muy grande hay mucha gente que quizá tú vas y no conoces el mundillo, quizá tú piensas que todo el mundo está esperando a un amigo, o su novia o algo, porque la Puerta del Sol es un sitio que tú quedas con una persona.”

Pero también los espacios abiertos favorecen una libertad plena a la hora de realizar cualquier tipo de prácticas. Se trata de espacios en los que los TMS suelen estar aislados, con poca relación entre ellos. Lo mismo ocurre con los clientes, pues aunque puede haber un cierto grupo fijo, es frecuente que se trate de personas de paso, en el caso de la calle o de visitantes esporádicos, en el caso de los chats. Por eso, la información no fluye y no existe ningún control ejercido por la presión grupal que marque las prácticas legítimas (determinadas por el discurso normativo que todos manejan). La toma de decisión del TMS queda entonces relegada al plano personal diluyéndose la intervención del entorno. No existe la presión de grupo, ni el miedo a que los demás sepan, ni compañeros ni clientes.

□ Alberto: “En Madrid yo los que me hago son de paso, extranjeros..... el corrillo de abonados no...ya te conocen y nada.”

□ Alberto: *“Intento que se corran lo más rápido posible, si quedan mal a mí me da igual quedar mal. Me da igual que no repita porque siempre hay novedades y más en Madrid. Si te vas al club ese que estuve en Valencia el otro día y haces el cuadro, pues entonces ya se corre mucho la voz y ya no haces nada, pero... los hay más asiduos, aún así hay novedades también, pero aquí en Sol, es que da igual.”*

“Cuanto más aislada está una persona, cuanto más débil y dispersa es su red social, menos sujetas están sus decisiones al escrutinio público y más define el mismo sus propias normas de riesgo razonable” (Douglas, 1996). En esta situación se encuentran este grupo de TMS que construye una percepción de riesgo basada en la satisfacción inmediata y no en la toma de decisión racional. Además se trata de un grupo que lleva más de un año ejerciendo la prostitución, por lo que se consideran gente experimentada, con una fuerte sensación de control, y esto influye a la hora de tener relaciones sexuales de riesgo (Wit et al., 1993b, Janssen et al., 2000).

□ Damián: *“Si yo hice algo bueno, algo malo, nadie hay comentarios, yo solo.”*

Podemos concluir que estos TMS tienen una percepción de riesgo baja en las relaciones sexuales comerciales o privadas que mantienen.

No se producen las mismas circunstancias en los espacios cerrados pero también en estos encontramos TMS que tienen una conducta preventiva intermitente. En estos, al contrario de lo que ocurre en la calle o a través del chat, las prácticas de riesgo están sancionadas por el grupo, por eso se intentan ocultar aunque al final todo el mundo maneja la información pues esta fluye en todos los sentidos entre TMS y clientes. El hecho de que no sean consideradas como prácticas legítimas ha impedido que podamos recoger testimonios en primera persona de sexo desprotegido, sin embargo, son frecuentes las alusiones a terceros, especialmente dentro de la sauna.

□ Arturo: *“En la sauna hay más gente que lo hace sin condón, pero lo esconden y si les preguntas si utilizan te dicen que sí, pero la verdad es que mucha gente lo hacen sin condón.”*

□ Antonio: *[En la sauna] “Ese chico que folla sin condón por supuesto que no habla, pero tú acabas conociendo con el tiempo, acabas viendo por la situación, porque sabes que si está folla sin condón.”*

Como hemos apuntado antes, los TMS que incluimos en este grupo toman precauciones solo en algunas ocasiones. Para establecer cuando evitan tener prácticas de riesgo y cuando no debemos entender sus relaciones sexuales desde el par asco/morbo. Para los TMS de los grupos duales los clientes son un ente colectivo que supone una amenaza para su salud y además se inscriben en un contexto laboral en el que el preservativo siempre está presente. Sin embargo, para los TMS que presentan prácticas de prevención de manera intermitente no todos los clientes son iguales. Las diferencias las marcan la edad y la apariencia física principalmente.

Estas dos características son factores que influyen en el deseo o asco que el TMS puede sentir al tener relaciones sexuales con el cliente. El asco se hace patente cuando se refieren a sus clientes más mayores y son siempre estos los que les recuerdan que dedicarse a la prostitución no es algo agradable.

□ Alberto: *“Pero siendo gay no me gusta hacerlo con los viejos, aún siéndolo, a mí me da mucho asco.”*

□ Nacho, GD1: *“Pero si yo quiero placer me voy a otro sitio y bien, y hago por placer lo que me da la gana pero yo estoy con los viejos ahí cobrando, no estoy por placer.”*

La edad del cliente es una variable importante a la hora de considerar el rechazo hacia determinados tipos de prácticas (besar, sexo oral activo o sexo anal receptivo). El asco juega aquí un papel fundamental. Cuanto más asco, menos prácticas (y por lo tanto menos riesgo) y más prevención.

□ Damián: *[Preguntándole sobre el sexo oral] “Porque no te voy a decir, en ocasiones que uno lo ha hecho, pero ya con personas jóvenes, pero con una persona mayor, es duro [risas].”*

□ Damián: *“Hay muchos clientes que yo pongo mis condiciones, yo voy a que me la chupen y follar, solamente, que ni de besar ni nada de eso (...) no te voy a decir que no lo he hecho, que con personas jóvenes quizás me he besado, pero directamente de un 90% voy a lo que voy, a que me la chupe y...”*

□ Damián, GD2: *“Hay muchos que quieren besar y yo no. Si yo me voy con un viejo ¡cómo voy a besar a un viejo!”*

□ Damián: *“Chupar viejos [con voz y cara de asco]. Chupar no te voy a decir que no lo haga, pero a un viejo...”*

El morbo es el otro término de la dicotomía y es el principal motivador para realizar determinadas prácticas, independientemente de que sea en sexo comercial o en sexo privado. Estos TMS se refieren al morbo en términos de atracción y deseo/apetencia sexual (no en términos de disfrute) y este va asociado a la juventud y al gusto personal. Que la pareja sexual sea joven y atraiga al TMS puede suponer que abra su abanico de prácticas y que se desproteja para hacerlas (aumentando el riesgo de transmisión de una ITS/VIH).

□ Alberto: *“Vamos, intento no hacer nada... a menos que esté bueno, oye que hay alguno que está bueno, entonces ahí si funciona... mejor.”*

□ Alberto: "A mí un tío que no me gusta no me jode. Me da igual lo que me pague, me lo han ofrecido, pero a mí no. Ahora, un tío que me gusta sí. Si es gratis me da igual. Pero ya si no me gusta no, porque me duele, si no estás excitado te duele."

□ Alberto: "Cuando me la chupan también [uso preservativo]. A no ser que sea que me gusta y me caliente..."

□ Damián, GD2: "Muchas personas que se van con gente joven y sí les gusta su rollo quizá lo hacen sin nada [sin preservativo]."

□ Nacho, GD1: "A ver, si me sale un chico guapísimo, guapísimo, guapísimo... [lo hago sin preservativo]."

Hay veces que el alcohol o las drogas se pueden utilizar como excusa ante comportamientos que se reconocen como inadecuados por el discurso institucional (por suponer un riesgo para la salud), discurso que por otro lado todos manejan. Con estos razonamientos lo que el TMS consigue es eliminar todo tipo de responsabilidad sobre las prácticas que ejerce. Puesto que conoce los riesgos que corre, estos no pueden ser asumidos racionalmente sino que se achacan a factores no controlables por el sujeto como puede suceder en las ocasiones en las que su conciencia se ve turbada por la ingesta de drogas o alcohol.

□ Damián: [Al explicar una práctica sexual sin preservativo con un cliente] "No, no me pidió nada [hacerlo sin preservativo], lo que te digo que a veces, uno 'trabiado' [borracho] hace cosas que después que está sano, que se le va el rumbo, que lo piensa..."

El morbo/asco es fundamental para entender como estos TMS se posicionan ante el cliente y para ver cómo la relación que establecen con el cliente incide en su toma de decisión a la hora de poner en práctica sus habilidades preventivas. Pero cuando no se trata de clientes hay otro factor a tener en cuenta: la condición de TMS del otro. En muchas ocasiones los clientes piden formar parte de tríos (o con más de dos) o simplemente ver como otros chicos (dos o más) mantienen relaciones. En estos casos es frecuente encontrar testimonios de sexo desprotegido con los otros TMS.

□ Arturo, GD1: "Ayer, por ejemplo (...) que ha hecho un trío con dos chicos y el otro lo mira y entonces lo hacen sin condón."

□ Nacho, GD1: "Eso sí, chico-chico, que son jóvenes y otro tiene morbo del otro."

□ Nacho GD1: "tú eres gay, gay, gay, por ejemplo, con qué me lo vas a hacer, el cliente va con condón, pero conmigo cómo la vas a meter."

□ Nacho, GDI: "Ahora, si me gusta alguien, un chico guapo, por ejemplo, me llama o yo lo llamo, hacemos un trío, por ejemplo estoy hablando, lo hago [sin preservativo], pero además lo hacen los chicos ahí."

Sin embargo, vemos que las razones que se aduce siguen siendo las mismas que con los clientes: el morbo que produce la juventud y la belleza.

El uso del preservativo en las relaciones sexuales de estos TMS tiene un carácter circunstancial basado en la apetencia y el deseo que se despierte en él.

Encontramos en este grupo además de una baja percepción de riesgo de transmisión de enfermedades, una baja percepción de riesgo de su integridad física. Y esta percepción viene ligada a la idea de control. Al tratarse de un colectivo que lleva más tiempo que la media habitual (estimada en un año) la experiencia les proporciona tranquilidad. Los más veteranos tienen una gran confianza en su selección visual. En ningún caso se trata de seguir unas pautas concretas para preservar la seguridad ni se basa en ningún criterio racional, sino en la intuición y la experiencia. No en todos los casos el dinero es excusa para correr un peligro. El "bueno ojo" es la mejor defensa ante los problemas y es el que dictará que clientes convienen y cuales no.

□ Alberto: "Y yo como tengo buen ojo nunca tengo ningún problema."

□ Alberto: "yo tengo una cosa muy buena y es que los huelo, pero muy... o sea, ya sé de qué van, pero antes de que me hablen, o sea, es una cosa buena que tengo yo, que de la gente sé de todo, no sé si me explico."

Estos TMS corren riesgos muy importantes que jamás entran en el proceso de toma de decisión porque no son percibidos o aunque lo sean no cuentan como objeto sobre el que cabe decidir. La ausencia de experiencias negativas tanto en temas de salud como de seguridad puede suponer un factor importante en este aspecto.

La misma racionalidad limitada que opera a la hora de introducir técnicas de reducción de riesgos a nivel sanitario, opera a la hora de tomar precauciones que aseguren la integridad física, es decir, desaparece la percepción de peligro cuando la relación se considera morbosa, por el contrario, cuando "da asco" se desarrollan todas las habilidades de prevención adquiridas.

Realizar la prueba del VIH no forma parte de sus rutinas sanitarias. No hay un reconocimiento claro a haber estado expuesto a un posible contagio. Ni siquiera por las características de su actividad se asume un posible riesgo.

□ Nacho, GDI: "Porque yo sé cómo me cuido. Porque yo sé cómo me cuido, ahora, de otra gente yo no sé nada, pero por mí... por mí sí. De los ocho, nueve años que estoy aquí no fui, nunca, [a hacerme las pruebas] porque sé cómo me cuido."

Cuando se expresa miedo ante un posible resultado positivo no se hace asumiendo una cierta responsabilidad sobre prácticas de riesgo, sino achacando las probabilidades a accidentes, es decir, a acontecimientos fuera del control del propio sujeto. Este miedo es causado también por la incertidumbre de no saber con seguridad si se ha realizado alguna práctica de riesgo, lo que contradice el conocimiento que aseguran tener en temas de transmisión de ITS. Es también significativo cómo se aferran a la ausencia de síntomas físicos para asegurar su buen estado de salud, mostrando así su desconocimiento sobre transmisión de VIH.

□ Alberto: *"No he hecho muchas prácticas raras, ¿sabes? Pero a lo mejor me da un poco de... siempre tienes la curiosidad de... porque se me ha roto alguna vez el condón."*

□ Alberto: *"yo tomo precauciones, pero ya te he dicho que se me han roto preservativos, yo también que he hecho alguna paja, yo qué sé, me ha podido... yo qué sé. Puede ser de muchas formas. Yo creo que no, porque no tengo ninguna cosa rara ni... ni los síntomas que he visto... de momento no tengo ningún síntoma."*

Únicamente unos pocos TMS pertenecientes a este grupo se han hecho la prueba del VIH porque han reconocido haber tenido prácticas de riesgo, pero sin admitir responsabilidad sobre el suceso aduciendo excusas como el alcohol o las drogas. Sin embargo, esto no significa que el comportamiento habitual del sujeto se vuelva más preventivo o consciente, sus rutinas siguen invariables y mientras el resultado de la prueba sea negativo el haber reconocido una imprudencia no implica un cambio hacia prácticas más seguras.

□ Damián: *"A veces uno se pasa de copas, y como te digo, no sabe lo que hace, es igual que si tú te drogas. Si tú te pasas de drogas no sabes lo que haces, después... (...) en esta ocasión estuve con un chico sin preservativo, y como te digo... [Pregunta: ¿Y era un cliente?] Sí, pero que en las otras [pruebas también realizadas por la misma razón] salió bien, [espero] que en esta..."*

Ningún TMS de este grupo ha tenido experiencias directas con gente que sea portadora del virus o que lo haya desarrollado, solo conocidos. Tienen una visión muy negativa del enfermo al que ven como una persona con graves síntomas de deterioro físico. Además marcan una gran diferencia entre el VIH y otras ITS porque algunas de estas últimas tienen cura y el VIH no.

□ Damián: *"Anterior en [lugar de origen] se usaba poco el preservativo, antes de salir esta enfermedad [sida], porque anterior la gente se llevaba de que... una gonorrea tú vas al médico y te pone tratamiento y te la quita, o cualquier otra enfermedad, pero de que salió esta del sida, que aún no ha llegado la cura, todo el mundo usa preservativo."*

□ Alberto: *“Pues mal, veo que están cagando todo el día, no sé, cosas... tienen bultos... en fin. Claro, de todas formas yo sé que teniendo el VIH no se nota, es cuando se desarrolla el sida.”*

El sujeto seropositivo se ve como un excluido social, y se asume su invisibilidad. No sería posible un reconocimiento público de la enfermedad. Y cuanto más mitificada se tiene la figura del seropositivo más fuerte es la asociación entre seropositividad y ostracismo (Villaamil et al., 2005).

□ Damián: *“Vamos a suponer, si tú tienes sida tú no vas a decir a un amigo yo tengo el sida, quizá se lo puedes decir a tu madre que es más cercano a ti, o lo que sea, pero a un particular tú no le vas a decir yo tengo el sida cuando... o vas a tener un letrero aquí ‘yo tengo el sida’.”*

Esto deriva en que la herramienta principal para poder seguir sobreviviendo es este mundo sea ignorar la realidad. Asumir la enfermedad puede ser demasiado doloroso y la única vía de escape que puede garantizar seguir trabajando en el mundo de la prostitución en volverle la espalda.

□ Damián: *“Te voy a decir la verdad, si a mí por alguna ley del destino me pegan una jodienda de esas, yo me hago cuenta de que no tengo nada y sigo disfrutando mi vida normalmente.”*

Los TMS que pertenecen a este grupo muestran un especial desinterés hacia la información sobre ITS, se escudan en la autoconvicción de que saben suficiente. Sin embargo, es frecuente encontrar errores o preguntas básicas en sus discursos, el más grave es posiblemente el pensar que todas las enfermedades tienen síntomas reconocibles.

□ Alberto: *“Bueno yo es que también como la mayoría de las cosas que han explicado [en los talleres de FT] ya las sabía... tengo que decirlo.”*

□ Damián: *“¿No son todas [las enfermedades] que se notan?”*

□ Nacho, GD1: *“Nunca he mirado esas cosas, si es que vamos... si tengo una cosa si voy, por ejemplo, si me sale una cosa si voy al médico porque puedo asustarme, de cualquier cosa, pero gracias a Dios, nunca, nunca.”*

En cuanto a su relación con los centros especializados podemos decir que es prácticamente inexistente. En los sujetos aquí analizados coincide que todos en caso de necesitar asistencia médica por cualquier motivo recurren al médico de cabecera o a los servicios de urgencia, sin tener que hacer específica su condición de TMS.

Para entender las redes de información en las que se insertan es necesario conocer el lugar donde ejercen la prostitución principalmente. Los TMS que ejercen en lugares abiertos no suelen tener relación con otros TMS. Se trata de TMS aislados cuyo entorno no es necesariamente de prostitución. Aunque sí conocen a otros compañeros que ejercen en el mismo lugar y entablan conversaciones con ellos no son su fuente de información principal ni para la adquisición de códigos de interacción con los clientes ni para otro tipo de cuestiones como las referentes a la salud o a temas administrativos.

□ *Damián: "Para mí era difícil [al principio] porque todavía no sabía bien cómo tenía que hablar con la persona, no sabía cuánto se cobraba ni nada, no sabía dónde la persona iba a tener sexo, si era él que te llevaba a su casa, no sabía que ahí al lado en la Puerta del Sol hay un hostel que cobra económicamente, no sabía nada de eso y a través del tiempo fui aprendiendo [P: ¿quién te iba contando?] fui yo mismo aprendiendo todos los pasos que tenía que dar..."*

En el caso de los TMS que ejercen en lugares cerrados es más frecuente que se formen grupos y que se conozcan entre ellos. De esta manera se facilitan las redes de información tanto sanitaria como de otro tipo. Este hecho que en principio puede resultar positivo se puede volver peligroso pues fomenta la desinformación y los falsos mitos. Los rumores, los diagnósticos y remedios que se presentan como verdades absolutas pueden fomentar la falsa creencia de estar bien informado y favorecer el desinterés por recurrir a otras fuentes de información ante las que habría que destapar su vinculación con el mundo de la prostitución.

Es posible que este desinterés por adquirir información sanitaria o corroborar la que ya tienen sea una estrategia para poder gestionar su percepción del riesgo de modo que puedan seguir desarrollando su actividad sin que les genere ningún tipo de ansiedad.

Las principales drogas a las que se alude son el alcohol, el cannabis y la cocaína, drogas que por otra parte forman parte de los ambientes de bares y discotecas durante la noche en España y que no son exclusivas del ámbito de la prostitución.

No tienen un consumo con pautas definidas, consumen tanto en su tiempo de ocio como con los clientes. También cabe la posibilidad de que coincidan el momento de diversión y el encuentro sexual comercial. En el tiempo de ocio del TMS si se encuentra un posible cliente no lo va a rechazar. Incluso pueden utilizarse como forma de evasión al realizar un servicio.

□ *Damián: "Cuando yo ya me voy de marcha o mayor veces cuando voy de marcha, muy, muy de marcha es que un cliente me llama, me paga todo y después me paga mi servicio."*

□ *Damián, GD2: "Cuando salgo de mi casa a las siete estoy disponible y también si sale algo en el medio, esa es la realidad. Si me tomo cinco copas con lo mío y sale un cliente que veo parte que me pueda ganar..."*

□ Alberto: “A mí los que más me gustan son los que toman coca, los clientes, son los que más pagan y no tienes que hacer nada, (...) morbo de él de verte desnudo, de tocarte un poco, ni se empalman ni te empalman tú... (...) luego el tiempo te pasa muy rápido, no estás tan a disgusto, no te aburres tanto.”

□ Alberto: [Pregunta: ¿tú consumes con el cliente] “yo sí, si me da asco un cliente y es buena [la cocaína], sí, sino no me gusta, pero para aguantarle ya, para aguantarle su rollo porque sino no hay quien le aguante.”

Estos TMS se caracterizan por no tener ningún plan de futuro, ni en el caso de los españoles ni de los inmigrantes. Llevan ejerciendo la prostitución un tiempo superior a la media y no declaran ningún plan para abandonar esta actividad ni a largo ni a corto plazo. La prostitución se convierte para ellos en un recurso al que siempre pueden recurrir para satisfacer sus expectativas económicas.

Grupo de uso intermitente de preservativo: Puerta del Sol

A lo largo de nuestra investigación hemos encontrado otro perfil que encajaría con este uso del preservativo de manera aleatoria. Se trata de un grupo en particular de inmigrantes que ejercen en la calle, especialmente en la Puerta del Sol. Nos ha resultado imposible conseguir entrevistar a alguno de ellos, sin embargo, tenemos información primero, de manera indirecta a través de los comentarios que otros compañeros han hecho en las entrevistas y segundo, de manera directa a través de la experiencia del trabajador social que interviene en la investigación. Con esta información hemos elaborado un esbozo de las principales características de este segmento de TMS. Creemos necesario incluirlos, aunque sea brevemente, ya que consideramos que es una población a tener en cuenta en posibles programas de intervención.

La Puerta del Sol es uno de los lugares históricos de prostitución masculina, ahí se acercan jóvenes inmigrantes a los que otros compatriotas dan a conocer este mundo como fuente de ingresos. En los últimos años eran marroquíes los que más abundaban y poco a poco estos han ido desapareciendo para dejar paso a chicos provenientes de Europa del Este. La movilidad es una tendencia recurrente en este espacio, por eso es bastante habitual que fluctúen las nacionalidades, aunque la presencia de latinoamericanos o españoles es muy reducida. Las corrientes migratorias explican estos movimientos, por ejemplo, en los últimos meses los grupos habituales han empezado a cambiar: están aumentando los magrebíes, al igual que los rumanos, mientras que cada vez hay menos búlgaros, por otro lado están empezando a aparecer TMS provenientes del África Subsahariana, en lo que creemos será una tendencia que probablemente aumente a medio plazo.

La movilidad se debe a la búsqueda constante de empleo que hace que se desplacen a otras ciudades donde consiguen un trabajo (camareros en verano en ciudades de costa, recolección agrícola durante las cosechas, etc.). En los intervalos en lo que carecen de este, recurren a la prostitución como fuente de recursos económicos.

Muchos de estos TMS rozan la indigencia, acuden a comedores municipales y duermen en albergues aunque también hay casos en los que pagan la entrada a las saunas para poder pernoctar en las cabinas. En algunos casos tienen dificultades para integrarse en el ámbito laboral normalizado. Son personas que se encuentran en una situación desestructurada, algunos con antecedentes penales y que viven al día en mayor o menos grado.

Su situación de precariedad les hace vulnerables ante las peticiones de los clientes y no se encuentran en situación de negociar ni siquiera las tarifas, ya que tienen que aceptar lo que el cliente les ofrece.

□ Felipe: "Son gente que van por 20€, 15€, porque no tienen que comer, como gente casi del Este o alguna gente de Marruecos, por tener que comer, y la gente se aprovecha mucho de eso, eh? Tú dices 20 y el otro dice 10 y tú te tocas la tripa y dice: uf, qué hambre tengo, sí que voy. Eso pasa."

□ Manolo, GD1: [Hablando del precio del servicio] "Y en [local] es más por ejemplo, es 100, 150. (Guillermo, GD1) -Sí, y en la calle también, por la calle de noche también, en Sol no porque en Sol hay mucho barateo. Porque es que yo a Sol he dejado de ir ya por eso, 'ay, 20, 30, 35 más el hotel' ¡Anda!"

Lo mismo ocurre en cuanto al uso del preservativo, la necesidad y el desconocimiento consiguen que no tengan ningún control sobre la actividad que realizan cediendo ante las peticiones de los clientes. Los incentivos económicos son en muchas ocasiones el mejor de los reclamos para realizar prácticas no seguras.

□ Alberto: "Conozco a gente que hace de todo, la mayoría hace de todo, sobre todo si son los rumanos y de por ahí, sin preservativo y sin nada. Porque yo lo he visto. Los rumanos porque están acostumbrados a hacerlo sin preservativo, no todos, no te estoy diciendo con esto que todos lo hagan. (...) vamos, es lo que yo he visto, porque muchos quieren tríos, entonces en un trío tú ves lo que hace el otro. Y lo hace así para que le den luego más a él, a mí que me den lo que me han dicho y ya está."

□ Alberto: "Es que a los españoles se cortan mucho de pedir [sin preservativo] porque saben que les contestamos mal, pero a los rumanos yo escucho que se lo piden mucho."

□ *Damián, GD1: [En la Puerta del Sol] “Hay muchos que ofrecen más [dinero], hay mucho que ofrecen lo mismo para tener sexo sin preservativo.(...) Hay mucha gente que lo hace sin preservativo.”*

A la aceptación de estas prácticas de riesgo pueden contribuir las falsas ideas que manejan sobre el VIH/sida y el escaso hábito del uso del preservativo. Pero a esto se le añade que cuando sí se practica sexo seguro no siempre se toman todas las precauciones, la mayoría no utiliza lubricantes adecuados para evitar la rotura del preservativo (Belza et al., 2001). Aún así y teniendo todos estos factores en cuenta no debemos olvidar la situación de precariedad en la que se encuentran estos TMS y que hace que el incentivo económico sea la variable que más pese en todas sus prácticas (Belza et al., 2001), su vulnerabilidad y desconocimiento, frente a la necesidad hace que cuando se ofrece más dinero acepten tener prácticas de riesgo.

TRABAJA-
DORES
MASCULI-
NOS DEL
SEXO Y
VIH: UN
COLECTIVO
VULNERA-
BLE

En el presente capítulo se presentan datos provenientes del Centro Sanitario Sandoval de Madrid, que en colaboración con la Fundación Triángulo ha impulsado durante este último año el screening y despistaje para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en aquellas personas que han sido captadas a través del “Programa de atención a trabajadores masculinos del sexo” de dicha Fundación.

El Centro Sanitario Sandoval es una unidad asistencial ambulatoria orientada monográficamente, desde su inauguración en 1928, a la atención a personas con sospecha de presentar ITS. Sus peculiares características asistenciales: gratuidad, gran accesibilidad (“consultas a demanda”), posibilidad de mantener el anonimato, sin limitaciones de adscripción de los pacientes a áreas sanitarias determinadas y dotado de recursos humanos (personal altamente cualificado) y de medios técnicos adecuados (laboratorio propio que cuenta con apropiadas técnicas diagnósticas y de monitorización de las ITS), facilitan notablemente la incorporación al sistema sanitario de personas con dificultades para acudir a la red asistencial normalizada. Quizás, el colectivo de personas que ejercen la prostitución, y especialmente los trabajadores masculinos del sexo, debido al estigma asociado a la prostitución, a la homosexualidad, y a que muchos de ellos son inmigrantes, sea un ejemplo paradigmático de colectivo con dificultades de acceso al sistema sanitario.

La clínica se encuentra ubicada en el centro de Madrid, calle Sandoval, número 7, distrito municipal de Chamberí. El horario de recepción de pacientes, a demanda, es de lunes a viernes, de 8:45 a 12:00 horas, aunque también existen consultas programadas (pacientes VIH+ y parejas serodiscordantes en seguimiento, psicología, ginecología, dermatología). Su cercana ubicación al barrio de Chueca y sus particulares características asistenciales en el ámbito de las ITS, hacen de este dispositivo un lugar especialmente adecuado para la atención a personas que precisan o prefieren una vía alternativa de atención sanitaria (personas que ejercen la prostitución, homo/bisexuales...).

Para ejemplificar la población que es habitualmente analizada en el C. S. Sandoval, indicar que durante el 2006 se practicaron 4.876 serologías del VIH, de las cuales un 41% correspondían a HSH, un 32% a hombres y mujeres heterosexuales, un 26% a mujeres que ejercen la prostitución (MEP) y un 1% a usuarios o ex-usuarios de drogas inyectadas.

(EX) UDI	HTX	MEP	HSH
41%	38%	26%	1%

LA INFECCIÓN POR EL VIH. UNA PRIMERA APROXIMACIÓN.

Antes de proceder a describir las características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los trabajadores masculinos del sexo (TMS) que han obtenido una serología positiva para el VIH, se comentarán brevemente los principales resultados relativos a las tasas de infección por el VIH en el Centro Sanitario Sandoval. Se pretende así proveer de un marco de referencia que encuadre los datos obtenidos en el colectivo que nos ocupa la importancia que merecen.

En el periodo comprendido entre 1986 y 2006, se analizaron en primera visita, 17.769 hombres y mujeres heterosexuales (HTX), 12.618 HSH, 8.514 mujeres que ejercen la prostitución (MEP), 4.592 (ex)usuarios de drogas inyectadas (UDI), y 173 TMS. La prevalencia media de VIH en estos colectivos durante este periodo fue la siguiente:

% de VIH positivos en la primera visita al C.S. Sandoval (1986-2006)

(EX) UDI	TMS	HSH	HTX	MEP
51,1%	19,8%	14,1%	2,7%	0,8%

Tal y como puede apreciarse en la gráfica anterior, el colectivo de TMS analizado en el C. S. Sandoval es el que obtiene una mayor prevalencia de VIH en primera visita después de los usuarios o ex-usuarios de drogas inyectadas. Es especialmente llamativa la diferencia existente en la prevalencia de VIH entre hombres y mujeres no usuarios de drogas inyectadas que ejercen la prostitución. De hecho, la seroprevalencia del VIH es 25 veces mayor en hombres que en mujeres que ejercen la prostitución.

LA INFECCIÓN POR EL VIH EN TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO.

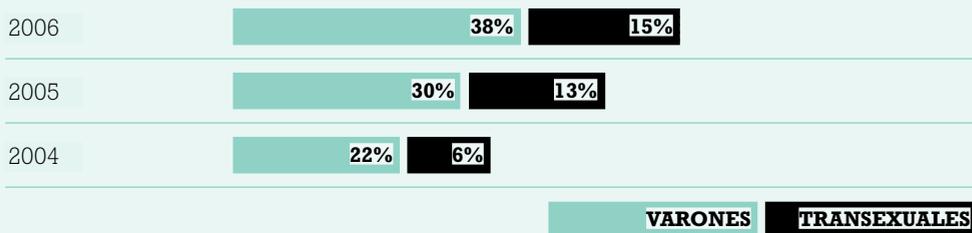
Durante el periodo comprendido entre 2004 y 2006, un total de 127 trabajadores masculinos del sexo han solicitado realizarse la prueba de detección de anticuerpos para el VIH en el Centro Sanitario Sandoval, observándose un aumento de la demanda en los últimos años. Dicho aumento se debe en parte a las derivaciones y acompañamientos realizados desde el "Programa de atención a trabajadores masculinos del sexo".

TMS que solicitan la prueba del VIH en el C.S. Sandoval



Si desglosamos estos datos en función de que los TMS sean transexuales o varones, encontramos lo siguiente:

TMS que solicitan la prueba del VIH en el C.S. Sandoval en función del sexo



Del total de TMS sin antecedentes de consumo de drogas inyectadas analizados durante el periodo 2004-2006, encontramos que la prevalencia media de infección por el VIH en la primera visita al centro fue del 19.7%.

CARACTERIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES MASCULINOS DEL SEXO VIH+ EN 2006.

Durante el año 2006, un total de 11 trabajadores masculinos del sexo han sido diagnosticados de infección por el VIH en la primera consulta al C. S. Sandoval. Todos ellos contestaron un cuestionario epidemiológico estructurado que permitía evaluar los riesgos para las ITS y el VIH, así como ofrecer consejo preventivo individualizado.

A partir de los datos extraídos de dicho cuestionario, se realizará a continuación una descripción sociodemográfica, conductual y clínica de los TMS diagnosticados de infección por el VIH con objeto de conocer en mayor profundidad cuáles son algunos de los factores asociados a la especial vulnerabilidad que presenta este colectivo frente a la infección por el VIH y otras ITS

01. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

La edad media de los pacientes fue de 30 años [rango 21-35; Mediana: 30]. Cuatro de ellos eran transexuales y siete eran varones.

Con relación al país de procedencia, encontramos que todos ellos eran latinoamericanos, concretamente, 4 procedían de Brasil, 3 de Colombia, 1 de Argentina, 1 de Cuba, 1 de Ecuador y 1 de Venezuela. La gran mayoría llegó a España recientemente, concretamente, el tiempo medio de residencia es de 3 años. Todos ellos residían en Madrid.

Una diferencia fundamental con el resto de pacientes HSH VIH+ del centro es el nivel de estudios. Concretamente, mientras que en los seroconvertidores recientes al VIH (2000-2005) encontramos un 49.6% de universitarios, el 77.8% de los TMS posee estudios primarios y el 22.2% estudios medios.

En cuanto al estado civil, el 100% eran solteros. Uno de ellos informó tener un hijo. Por último, indicar que sólo dos pacientes refirieron tener una actividad laboral distinta del ejercicio de la prostitución.

02. HISTORIA SEXUAL.

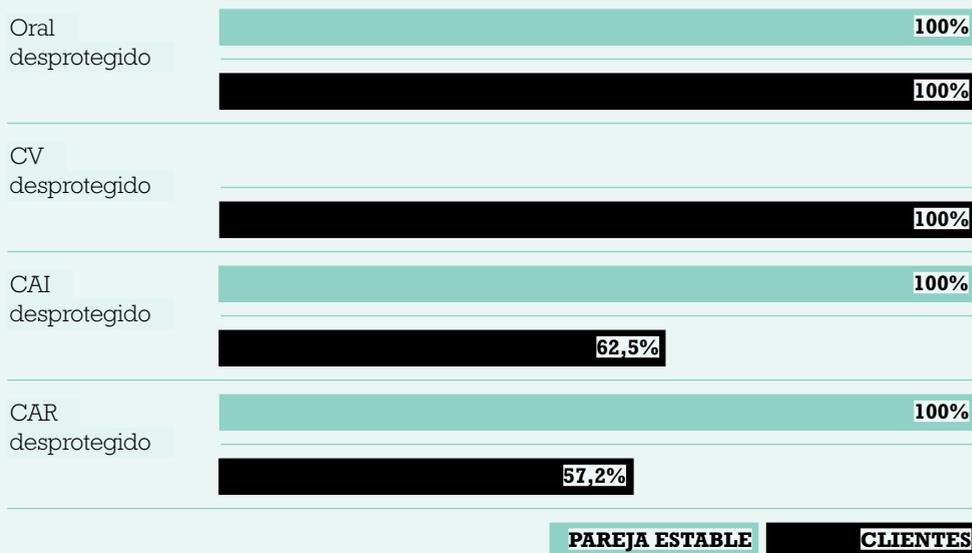
Cuando se indagó por la historia sexual de los pacientes, encontramos que la edad media para la primera relación sexual fue de 14.4 años [rango 8-18; Mediana: 15], y que el número medio de parejas sexuales a lo largo de la vida era de 4.444 [rango 100-30.000; Mediana 800].

Durante el último año, el número medio de parejas sexuales informado por los pacientes fue de 294 [rango 5-1100; Mediana: 70]. El tiempo medio de ejercicio de la prostitución fue de 5.2 años [rango 1-15; Mediana: 4]. Un solo paciente informó mantener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

03. CARACTERIZACIÓN DE LAS PAREJAS Y DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES.

La gran mayoría de TMS que obtuvieron un diagnóstico de infección por el VIH no tenían pareja estable, de hecho, sólo tres pacientes (30%) dijeron mantener una relación sexual y afectiva estable. De estas parejas, 3 hombres, uno era seropositivo, 1 seronegativo y otro serodesconocido.

En cuanto a las prácticas sexuales en función del tipo de pareja (pareja estable vs. cliente) encontramos que con las parejas estables no se utiliza el preservativo de manera consistente en ninguna práctica sexual. Cuando se indaga sobre el uso sistemático del preservativo con los clientes, encontramos que no se utiliza nunca en el sexo oral, y que en el 62.5% de los coitos anales insertivos (CAI) y en el 57.2% de los coitos anales receptivos (CAR) no se utiliza el preservativo de manera consistente.



Resulta llamativo, que a semejanza de lo observado en otros colectivos, tales como el de las mujeres que ejercen la prostitución y el de hombres que practican el sexo con hombres, se asumen mayores riesgos con las parejas estables que con los clientes. Sin embargo, el porcentaje de coitos anales desprotegidos con los clientes es muy elevado, por lo que resulta muy difícil identificar si el transmisor es la pareja o el cliente.

04. HÁBITOS TÓXICOS.

Dada la importante asociación establecida por la literatura científica entre el consumo de drogas y la realización de prácticas sexuales de riesgo, consideramos relevante preguntar a los pacientes por sus hábitos tóxicos. Es decir, por el consumo de alcohol y drogas.

Los resultados mostraron que un 50% refirió consumir drogas, de estos, un 60% consumía cocaína, un 20% cocaína y éxtasis, y el restante 20% cocaína y poppers. Por otra parte, un 30% refirió un consumo excesivo de alcohol. Finalmente, un 75% dijo mantener relaciones sexuales bajo el efecto de estas sustancias.

Ninguno de ellos había consumido o consumía en la actualidad drogas por vía parenteral.

05. DATOS CLÍNICOS.

Uno de los pacientes refirió alergias medicamentosas conocidas, y dos refirieron antecedentes clínicos de importancia (malaria y neumonía). Un 77.8% se había realizado anteriormente determinaciones del VIH, concretamente, el número medio de pruebas previas fue de 1.6 [rango 1-3]. Además, dos de ellos ya conocían su estatus serológico, de hecho, habían obtenido una serología positiva en 2001 y 2004. Ninguno de ellos había sido donante de sangre.

Sólo un paciente dijo haber sido diagnosticado de hepatitis B y ninguno había sido vacunado frente a la hepatitis B o hepatitis A. Una vez realizadas las serologías pertinentes, observamos que, de hecho, 7 pacientes habían pasado una hepatitis B, los cuatro restantes fueron vacunados en el propio C. S. Sandoval.

Se preguntó por los antecedentes de ITS a lo largo de la vida, y se halló que un 60% de los pacientes analizados habían sido diagnosticados previamente de una infección de transmisión sexual, concretamente de Gonorrea, Sífilis y Pediculosis Pubis. En el momento del diagnóstico del VIH, 4 pacientes (36.7%) fueron diagnosticados de otra ITS concomitante. Dos de ellos padecían una sífilis secundaria, uno faringitis por *Neisseria Gonorrhoeae*, y otro presentaba infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo.

En el momento de ser diagnosticados de infección por el VIH, la mediana de la carga viral fue de 18.668 copias, mientras que la mediana para el recuento de CD4 fue de 529. Uno de los pacientes tuvo que ser derivado al hospital inmediatamente para recibir tratamiento antirretroviral. Por último, indicar que un paciente (9%) obtuvo una serología positiva para el VHC y ocho (72.7%) obtuvieron una serología positiva para VHA (IgG). Aquellos que obtuvieron una serología negativa para VHA fueron vacunados, siempre y cuando su situación inmunológica no estuviera muy deteriorada.

CONCLUSIONES

Los datos presentados en este capítulo muestran la enorme importancia de desarrollar programas específicos para trabajadores masculinos del sexo. Es remarkable que en la primera visita al centro un 0.8% de las mujeres que ejercen la prostitución resultan VIH positivas frente a un 19.8% de los hombres que ejercen la prostitución. Asimismo, creemos pertinente destacar el hecho de que, a diferencia de que se observa en el contexto hospitalario, la mayoría de los diagnósticos fueron precoces.

Recibir el diagnóstico de infección por el VIH produce siempre un enorme impacto emocional. La infección altera las expectativas y los planes de vida en cualquier paciente, lo que hace fundamental proporcionar a estas personas un espacio en el que puedan compartirse temores y dudas relacionadas con la nueva situación de seropositividad, así como proporcionar información sobre aspectos difícilmente abarcables desde el contexto sanitario.

Estas necesidades se hacen particularmente más prioritarias en el colectivo de trabajadores masculinos del sexo, donde a la seropositividad se une el ejercicio de la prostitución, la homosexualidad, la reciente inmigración y, en muchos casos, la situación de ilegalidad. Se requieren, por tanto, servicios capaces de atender demandas de carácter psicosocial. La colaboración entre asociaciones y servicios sanitarios puede resultar de gran provecho a la hora de ofrecer un servicio integral a las personas seropositivas, particularmente en el colectivo de TMS. Los hombres que ejercen la prostitución difícilmente llegan al sistema sanitario y en muchas ocasiones no son identificados, dificultando la posibilidad de recibir un consejo preventivo más conveniente y adaptado a su situación y características. Con relación a este hecho, el acompañamiento de los trabajadores de la Fundación Triángulo a los TMS al C. S. Sandoval, ha posibilitado un incremento del número de TMS analizados, así como el desarrollo de un counseling pre y post-test específico para ellos. Debe destacarse que la presencia de transexuales, con unas características y necesidades diferentes al del resto de TMS justificaría plenamente el desarrollo de un programa específico.

Como sucede en otros colectivos, parece más que necesaria la adquisición o potenciación de las habilidades de negociación del sexo seguro dentro de la pareja así como habilidades encaminadas a normalizar y automatizar la conducta sexual protegida con parejas y clientes.

Creemos que sería de gran interés desarrollar acciones encaminadas a la prevención terciaria, especialmente en centros clínicos. Establecer una Unidad de Intervención en Crisis que actuara cuando un sujeto recibiera un resultado positivo, sería altamente efectiva, pues redundaría en menor riesgo de infección para el propio paciente (superinfección, otras ITS...) y para futuras parejas sexuales, así como una mayor calidad de vida para el paciente seropositivo. Asimismo, la posibilidad de que clínicas como el C. S. Sandoval pudieran ofrecer sus servicios en horario de tarde sería altamente conveniente. De este modo, se ajustaría la oferta sanitaria a la demanda de algunos colectivos, cuyos horarios resultan incompatibles con los actuales.

Por último, nos parece importante señalar la gran eficacia y complementariedad de desarrollar estrategias de intervención comunitarias, la utilización de profesionales y la implementación de programas preventivos en asociaciones, centros de ocio y lugares de reunión. Estrategias que han tenido por objeto promover normas cotidianas e implícitas favorables al uso del preservativo y generar una norma individual y comunitaria.

CONCLU- **SIONES** **E IMPLE-** **MENTA-** **CIÓN**

Los TMS son un colectivo desconocido para la gran mayoría, tanto para la comunidad científica como para la ciudadanía en general. Forma un grupo complejo, heterogéneo y poco visible ya que no existe un arquetipo conocido del chapero.

Los datos existentes sobre este colectivo en el ámbito sanitario muestran una prevalencia del VIH muy elevada (19.8%) en comparación con otros colectivo como las mujeres que ejerce prostitución (0.8%) y solo superada por los consumidores de droga por vía intravenosa (ver capítulo 6).

Sin embargo, ante la pregunta “¿utilizas el preservativo con tus clientes?”, el 97% de los encuestados respondió “siempre” (ver capítulo 3). Este resultado no apoyaría las altas tasas de VIH por lo que es necesario un análisis más profundo para comprender estos datos.

Los TMS manejan un discurso institucional en el que el preservativo se utiliza de una forma habitual con los clientes. Pero cuando se deconstruye su discurso encontramos que este uso del preservativo con el cliente, aunque sí frecuente, no es tan habitual como los TMS manifiestan.

Al profundizar en las prácticas que realizan se descubre que en el sexo oral el uso del preservativo es prácticamente inexistente. En cuanto al sexo anal aunque su uso es más elevado, no se utiliza en todos los casos.

El uso del preservativo viene motivado no únicamente por razones preventivas sino que tiene una carga simbólica. Se trata de una barrera que establece el TMS con el cliente.

Dada la heterogeneidad del colectivo los motivos por los que se establece esa barrera no son siempre los mismos. En general el preservativo “protege” del cliente que provoca desagrado (“asco”), ya sea por la edad, por falta de higiene, ausencia de deseo, etc.

Pero también hay que tener en cuenta que las estrategias de prevención que los TMS establecen en sus relaciones comerciales están relacionadas con aquellas que establecen en sus relaciones privadas. El preservativo en muchos casos es una barrera que permite hacer una distinción entre las relaciones sexuales comerciales y las privadas.

En algunos casos esta barrera viene motivada por la orientación sexual del TMS, que al definirse como heterosexual, posiciona el preservativo en el ámbito de las relaciones homosexuales, y por ende solo en la esfera comercial. El preservativo es una forma de mantener intacta su identidad sexual. Permite establecer una separación entre las relaciones comerciales con hombres y aquellas que mantienen en su vida privada con mujeres.

En otros, sin embargo, el preservativo es utilizado para establecer una distinción entre el sexo privado y comercial. Las relaciones sexuales comerciales vienen marcadas por una sensación de control de la situación, que incluye el preservativo como herramienta de trabajo. En este ámbito el TMS se posiciona como responsable y aunque pueda existir el disfrute con el cliente, este no es una excusa para perder el control. Por el contrario, en las relaciones privadas el control no se percibe como necesario y el disfrute justifica la ausencia de responsabilidad sobre la situación. Por lo tanto, en estos casos, el preservativo no se utiliza de una manera constante. Sin embargo, la separación entre sexo comercial y privado en estos TMS

aunque pretendidamente clara puede diluirse fácilmente y hacer que el uso del preservativo se convierta en algo intermitente con el cliente, aludiendo a cuestiones de morbo o disfrute.

La confianza/amor es otro motivo al que se recurre para no utilizar el preservativo. El dejar de usarlo es una demostración de amor y confianza hacia la pareja estable ya que se es consciente de la desprotección que supone este acto. La ausencia de uso de preservativo con la pareja estable permite establecer una división clara entre el sexo privado y el comercial, donde sí se utiliza habitualmente.

Para algunos TMS el uso del preservativo no viene marcado por una separación entre sexo privado y sexo comercial sino que son otros factores los que lo dotan de significado. El uso del preservativo se convierte en algo aleatorio, sin ninguna pauta clara que determine su uso. Se convierte en una barrera en aquellas relaciones que provocan "asco" y desaparece en aquellas que resultan morbosas o provocan deseo, ya sean comerciales o privadas. Por otro lado, la confianza juega un papel importante a la hora de no usar el preservativo. Hay clientes con los que se establecen determinados lazos afectivos de amistad o cariño, otros que se convierten en habituales, se trata de clientes con los que es más fácil descuidar su uso. No se trata de una desprotección consciente como en el caso de los que dejan de usar el preservativo con sus parejas, sino que se trata de una reducción de la percepción de riesgo que tienen de estos clientes, bien sea por su historial familiar (están casados), su carácter (son amables), o la rutina (son clientes habituales).

Otro de los factores que puede relajar el uso del preservativo es el hecho de que la relación sexual se establezca con otro TMS. Este tipo de relaciones que se denominan "vicio" suelen ser desprotegidas tanto en los casos en los que se establece entre dos TMS o en tríos en los que con el cliente se utiliza y con el otro TMS no.

En cualquier caso, el uso del preservativo no responde en estos TMS a unas pautas claras sino a estas u otras variables.

No es posible cuantificar de una forma fiable el uso que los TMS hacen del preservativo, sin embargo, un indicador que nos permite conocer las existencias de prácticas de riesgo son las tasas de VIH. Hay que tener en cuenta que no todos los TMS que se realizan la prueba se identifican como trabajadores del sexo y pueden quedar englobados como HSH o incluso como heterosexuales. Este sesgo puede sugerir que las cifras sean aún más altas. Excepto aquellos TMS que enmarcan la prueba del VIH dentro de un conjunto de estrategias preventivas, el resto que se la realizan lo hacen sólo cuando han tenido alguna práctica de riesgo, bien sea con clientes o con relaciones privadas.

Pero no todos los TMS se realizan la prueba de VIH. Alguna de las variables que pueden influir en este hecho serían:

A. La inmigración y su relación con la posible situación de irregularidad administrativa, ya que aquellos que no cuentan con la tarjeta sanitaria se hacen las pruebas de VIH en menor porcentaje que aquellos que sí la poseen.

B. Las diferentes nacionalidades porque pueden influir en el concepto del sexo y de la sexualidad que los individuos traigan de sus países de origen, así como en las estrategias de prevención que manejen los sujetos. Los individuos provenientes de zonas geográficas como países del Este o Marruecos se declaran bisexuales

o heterosexuales mayoritariamente, y estas orientaciones están en relación con una menor realización de la prueba del VIH.

Sin embargo, ninguna de estas variables puede explicar por sí sola la realización o no de la prueba de VIH de este colectivo. Hay que tener en cuenta factores más cualitativos como puede ser la percepción de seropositividad que los TMS manejan. Tener una imagen negativa de la seropositividad y del sida como una enfermedad mortal repercute a la hora de hacerse las pruebas y/o de enfrentarse a ellas ya que la idea de una posible estigmatización, de rechazo, de dolor, etc. genera miedo y ansiedad favoreciendo que se prefiera vivir con la incertidumbre antes que enfrentarse a un diagnóstico positivo.

En el caso de que se las realicen un diagnóstico negativo no generaría un cambio en las prácticas aunque estas sean de riesgo, ya que este comportamiento no ha tenido ninguna consecuencia a nivel sanitario. Sin embargo, también existen casos, tal y como relatan los datos aportados por el centro médico Sandoval en los que a pesar de un resultado positivo bien en VIH o en ITS, tampoco se produce una mayor protección en las prácticas.

En función de esta información podríamos inferir que como los comportamientos no varían, unas altas tasas de ITS podrían generar a la larga un incremento de las tasas de VIH, ya que el padecer una ITS multiplica por diez el riesgo de transmisión de VIH.*

Otro dato a tener en cuenta es que dada la aleatoriedad en el uso del preservativo no es posible determinar si la transmisión de VIH se ha producido por causa del cliente o por causa de la pareja.

Todas estas variables muestran una multitud de comportamientos y de actitudes que reflejan una heterogeneidad dentro de esta población. Los TMS carecen de una conciencia grupal que les permita identificarse dentro de un colectivo con unas características comunes. Esto incide en la percepción del riesgo que cada uno construye en función de sus intereses pues las decisiones se toman individualmente al no tener ningún tipo de cohesión grupal. Aunque la gran mayoría considera al cliente como un factor de riesgo, es cierto que no todos toman las mismas precauciones ante él. Su percepción no deja de ser adaptada a su sistema de creencias y valores. Esta heterogeneidad dentro de un colectivo que desde fuera se ve como una unidad homogénea puede provocar que los mensajes que desde las instituciones se les intenta hacer llegar no sean efectivos ya que los sujetos no se sienten aludidos en muchos casos.

* Prevención de VIH/sida y otras ITS en personas que ejercen la prostitución. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por otro lado, el estigma que recae sobre ellos unido a su invisibilidad hace que desde las instituciones sanitarias no se les pueda detectar y por lo tanto no se les pueda proporcionar un trato diferencial y específico que favorezca sus estrategias preventivas. No solo es necesaria la información sino la detección de las estrategias que utilizan los TMS para protegerse y que no siempre son correctas como, por ejemplo, la selección y análisis visual del cliente (no aceptar clientes con manchas en la piel, aceptar clientes con aspecto saludable, etc.).

Otra de las características que favorecen la vulnerabilidad de este colectivo es su movilidad unido a la inmigración. El hecho de que ejerzan en diferentes lugares dificulta que los TMS conozcan en cada ciudad dónde están los centros médicos especializados a los que se pueden dirigir en caso de necesitarlos. Por otro lado también complica su seguimiento médico por parte de las instituciones. Además que sean inmigrantes supone que puedan tener problemas con el idioma o si están en situación administrativa irregular que no conozcan los servicios sanitarios a los que pueden acceder.

También las expectativas de futuro están en relación con las prácticas preventivas. Aquellos TMS que tienen planes de futuro a corto y medio plazo son los que muestran una conciencia preventiva mayor, mientras que los que no manifiestan ninguna perspectiva no se cuidan tanto en sus prácticas.

Con todo esto se ve que los TMS configuran un grupo heterogéneo con una gran variedad de conductas y de contextos a los que hay que prestar atención si se quiere implementar programas específicos que favorezcan prácticas seguras para poder ayudar a descender las altas tasas de VIH hasta ahora detectadas. Por todo ello recomendamos que para el diseño y la gestión de futuros programas de intervención se tenga en cuenta la heterogeneidad del colectivo y sus características particulares.

Creemos necesario que para fomentar el uso del preservativo los posibles programas debieran ir dirigidos en función de los grupos que hemos señalado en este estudio:

01. Para aquellos TMS que tienen actitudes preventivas no es necesario un programa específico aunque no deber ser olvidados y sus prácticas deben ser reforzadas.

02. Creemos necesario desmontar pares enraizados en relación al uso del preservativo:

Homosexual/heterosexual. Se refiere a aquellos TMS heterosexuales que unen el preservativo a relaciones homosexuales y se desprotegen con mujeres. En este caso habría que incidir en la necesidad de usar preservativo también con mujeres.

Cliente/ocio. El uso del preservativo es asociado al cliente, siendo necesario transmitir que la protección debe producirse tanto en el ámbito comercial como en el personal.

Cliente/pareja. Se establece la necesidad de promover prácticas preventivas en el ámbito de la pareja estable, desmontando la relación entre confianza y ausencia de preservativo. Habría que proponer acciones dirigidas a conocer las pautas correctas para el abandono del uso del preservativo entre miembros de pareja estable, transmitir la idea clara de que el amor no nos protege del sida y romper la concepción de que la confianza conlleva prácticas de riesgo.

03. En el grupo que presenta una conducta intermitente en el uso del preservativo habría que considerar varios factores:

Morbo/asco. Acciones dirigidas a la interiorización del uso del preservativo no sólo como barrera de protección ante el asco que puede producir un cliente sino como vía de protección y cuidado de la propia salud. De este modo se rompería la barrera que supone el morbo para realizar prácticas seguras. La protección debe existir también cuando el otro produce deseo.

Confianza. Desmontar la idea de que aquellos clientes habituales o que ya se conocen no suponen ningún riesgo.

Vicio. Ampliar el uso del preservativo no solo con el cliente sino también a las relaciones que tienen entre los propios TMS. No solo el cliente puede suponer un riesgo, el resto de las relaciones, incluso con otros TMS, no están exentas si se realizan sin prevención.

Además se recomiendan acciones más generales en función de las características particulares de este colectivo como por ejemplo:

01. Elaboración de más investigaciones y estudios sobre los TMS que sigan profundizando en sus lógicas preventivas y en la gestión que realizan de la información sanitaria que poseen. Sería de especial interés los dirigidos a los TMS de calle, sector de la población diana más vulnerable.

02. Intensificar las labores de educación de calle en espacios abiertos, sobre todo en aquellos en los que las necesidades de la población sean más acuciantes.

03. Establecer canales de coordinación, comunicación y derivación entre las entidades dirigidas a la prevención de VIH/sida y atención social al colectivo de TMS a nivel estatal.

04. Establecer los mecanismos adecuados para que se pongan en marcha programas dirigidos a la prevención del VIH/sida a TMS en otras Comunidades Autónomas.

05. Integrar un apartado en los folletos que cada entidad realice dirigidos al colectivo de TMS en el que aparezcan las ciudades en las que se desarrollan programas similares así como formas de contacto, dirección física, e-mail y teléfono.

06. Se aconseja la apertura de los centros de ITS en horario de tarde para facilitar el acceso a la población compuesta por personas trabajadoras del sexo.

07. La puesta en marcha de un servicio integral de atención a personas trabajadoras del sexo en el cual tengan cabida servicios de emergencia para este colectivo en ciudades como Madrid.

08. Establecer convenios de colaboración y coordinación entre las entidades con programas de atención al colectivo TMS y los distintos centros de ITS.

09. Hacer especial hincapié en los acompañamientos a la realización de pruebas diagnósticas de VIH/sida e ITS así como la recogida de sus resultados.

BI- BLIO- GRA- FÍA

ALLMAN, D.

A Pour ACTES, M pour MUTUELS. Le travail du sexe au masculin et le sida au Canada / Santé Canada, Aids Vancouver, la HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit de l'Université de Toronto y la Sex Workers Alliance of Vancouver, 1999. [Online: http://walnet.org/members/dan_allman/actesmutuels/]

AMBIT PREVENCIÓ.

Estudi sobre treball sexual masculí / Barcelona, 2003.

BALLESTER, R.; GIL, M. D.

Prostitución masculina: Estudio Psicosocial en nuestro contexto / Valencia: Promolibro, 1996.

BELZA, M. J.; LLÁCER, A.;

MORA, R. [et al.].

"Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain". *Aids Care* (2001), vol. 13, n.º 5, pp. 677-682.

BREWER, N.T.; WENSTEIN, N. D.;

CUITE, C.L. [et al.].

"Risk Perception and their relation to risk behavior". *Annals of Behavioral Medicine* (2004), vol. 27, n.º 2, pp. 125-130.

BROWN, S. L.

"Relationships between risk-taking behaviour and subsequent risk perceptions". *British Journal of Psychology* (2005), vol. 96, pp. 155-164.

BROWNE J.; MINICHELLO V.

"Research directions in male sex work". *J Homosex.* (1996); vol. 31, n.º 4, pp. 29-56.

CORNISH, F.

"Challenging the stigma of sex work in India: Material context and symbolic change". *Journal of Community and Applied Sociology* (nov-dic 2006), vol. 16, n.º 6, pp. 462-471.

DOUGLAS, M.

La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales / Barcelona: Paidós, 1996.

FLOWERS, P; KNUSSSEN, C.;

CHURCH, S.

"Psychosocial factors associated with HIV testing amongst scottish gay men". *Psychology and Health* (Diciembre 2003), vol. 18, n.º 6, pp. 739-752.

FOLCHA, C.; CASABONA, J.;

MUÑOZ, R. [et al].

"Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales". *Gac. Sanit.* (2005), vol. 19, n.º 4, pp. 294-301.

GOFFMAN, E.

Estigma. La identidad deteriorada / Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

HOFFE, H.; DOCKRELL, J. E.

"Safer Sex: Lessons from the Male Sex Industry".
Journal of Community and Applied Social Psychology (1995),
vol. 5, pp. 333-346.

Informe Anual .El problema de la drogodependencia en Europa /
Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006.

JANSSEN, M.; DEWIT, J.; HOSPERS, H. J.; VAN GRIENSVEN, F.

"Educational status and young Dutch gay men's beliefs about using condoms".
Aids Care (2001), vol. 13, n° 1,
pp. 41-56.

KOKEN, J. A., BIMBI, D. S., PARSONS, J. T. [et al.].

"The Experience of Stigma in the Lives of Male Internet Escorts".
Journal of Psychology & Human Sexuality (2004), Vol. 16, n° 1, pp. 13-32.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C.

"Conceptualizing stigma".
Annual Reviews of Sociology (2001),
vol. 27, pp. 363-85.

MINICHELLO V.; MARIÑO R.; BROWNE J.

"Knowledge, risk perceptions and condom usage in male sex workers from three Australian cities".
Aids Care (2001), vol. 13, n° 3,
pp. 387-402.

MINICHELLO, V.; MARIÑO, R.; BROWNE, J. [et al.].

"Commercial Sex Between Men: A Prospective Diary-Based Study".
The Journal of Sex Research (May 2000), vol. 37, n° 2, pp. 151-160.

MINICHELLO, V.; MARIÑO, R.; KHAN M. A.

"Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter".
Aids Care (August 2003), vol. 15, n° 4,
pp. 549-561.

MORRISON, T. G.; WHITEHEAD B. W.

"Strategies of stigma resistance among Canadian Gay-identified sex workers".
Journal of Psychology & Human Sexuality (2005), vol. 17, n° ½ , pp. 167-179.

OSBORNE, R.

Trabajador@s del sexo: Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI /
Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2004.

PARSONS, J. T.; KOKEN, J. A.; BIMBI, D. S.

"The use of the Internet by gay and bisexual male escorts: sex workers as sex educators".
Aids Care (November 2004), vol. 16,
n° 8, pp. 1021-1035.

Prevención del VIH/sida y otras ITS en hombres que ejercen la prostitución / Elementos claves para el desarrollo de programas, 2005.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Prevención del VIH/sida y otras ITS en personas que ejercen la prostitución /
Ministerio de Sanidad y Consumo..

STRAUSS, A. y CORBIN, J.
Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques /
Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

UY J. M.; PARSONS J. T.; BIMBI, D. S. [et al.].
"Gay and Bisexual Male Escorts Who Advertise on the Internet: Understanding Reasons for and Effects of Involvement in Commercial Sex".
International Journal of Men's Health (Spring 2004), vol. 3, n°. 1, pp. 11-26.

VALLES, M.
Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional /
Madrid: Síntesis, 2003.

VILLAAMIL, F.; JOCILES, M.; LORES, F.
La prueba del VIH en hombres que tiene relaciones sexuales con hombres (HSH) /
Documentos técnicos de salud pública de la Comunidad de Madrid, n° 100, 2004.

VINCKE, J. BOLTON, R.; DE VLEESCHOUWER, P.
"The cognitive structure of the domain of safe and unsafe gay sexual behaviour in Belgium".
Aids Care (2001), vol. 13, n°. 1, pp. 57-70.

