



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Leyva-Flores, René; Quintino-Pérez, Frida; Figueroa-Lara, Alejandro; Cuadra, Magali; Smith, Dee;
García, Carmen

Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de
Centroamérica

Salud Pública de México, vol. 55, núm. 1, 2013, pp. s31-s38
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628330006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica

René Leyva-Flores, PhD,⁽¹⁾ Frida Quintino-Pérez, M en C,⁽²⁾ Alejandro Figueroa-Lara, M en C,⁽³⁾
Magali Cuadra, PhD,⁽¹⁾ Dee Smith, Lic.⁽⁴⁾ Carmen García, Lic.⁽⁵⁾

Leyva-Flores R, Quintino-Pérez F, Figueroa-Lara A,
Cuadra M, Smith D, García C.

Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica.
Salud Pública Mex 2013;55 suppl 1:S31-S38.

Leyva-Flores R, Quintino-Pérez F, Figueroa-Lara A,
Cuadra M, Smith D, García C.

STI and HIV prevention in female sex workers at border communities in Central America.
Salud Pública Mex 2013;55 suppl 1:S31-S38.

Resumen

Objetivo. Analizar el acceso a servicios preventivos de ITS/VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica. **Material y métodos.** Estudio cuasi experimental en una muestra no aleatoria de 558 trabajadoras sexuales, en zonas fronterizas de Centroamérica con y sin intervenciones relacionadas con información sobre derechos humanos, comportamiento sexual, acceso a información sobre prevención/transmisión, condones, pruebas de VIH, anticoncepción, atención médica y uso de condón. Se realizó un análisis descriptivo y se estimaron modelos de regresión logística para identificar factores asociados con el uso de condón. **Resultados.** Las trabajadoras sexuales de comunidades con intervención presentaron mayor acceso a información preventiva (99 vs 87%), condones (98 vs 75%), pruebas de VIH (89 vs 61%), anticonceptivos (74 vs 65%), servicios ginecológicos (83 vs 57%) y mayor posibilidad -3.9 (IC:1.2-12.7)– de usar condón con clientes respecto a las que no tuvieron intervención. **Conclusiones.** Las diferencias observadas deben considerarse en un marco relacionado con características socioculturales y de movilidad poblacional en contextos fronterizos, así como de organización de los servicios de salud.

Palabras clave: trabajadores sexuales;VIH; prevención y control; condón; migración internacional; áreas fronterizas

Abstract

Objective. To analyze access to STI and HIV prevention services for female sex workers in border communities of Central America. **Materials and methods.** A quasi-experimental study was carried out in a non-random sample of 558 sex workers, in border communities with and without prevention interventions related to information on human rights, sexual behavior and access to information on prevention/transmission, condoms, HIV testing, contraception, healthcare and condom use. A descriptive analysis of these variables was done and a logistic regression model was used, in order to identify factors associated with condom use. **Results.** Female sex workers of communities with intervention had greater access to information on prevention (99 vs 87%), condoms (98 vs 75%), HIV testing (89 vs 61%), contraception (74 vs 65%), gynecological services (83 vs 57%), and condom use with clients, 3.9 (IC:1.2-12.7), compared to workers in communities without intervention. **Conclusions.** The observed differences must be considered in a more general framework related to sociocultural characteristics and population mobility in border contexts, as well as to the organization of healthcare services.

Key words: sex workers; HIV; prevention and control; condom; international migration; border areas

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Universidad Autónoma de la Ciudad de México. México.

(3) Salud, Población y Economía SALPEC, AC.

(4) Proyecto Vida, Guatemala. Guatemala.

(5) Equipo Multidisciplinario para la Educación en Salud Sexual y Reproductiva (EMESSAR). Panamá.

Fecha de recibido: 22 de junio de 2011 • Fecha de aceptado: 12 de julio de 2012

Autor correspondiente: Dr. René Leyva-Flores. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México
Correo electrónico: rene.leyva@insp.mx

El trabajo sexual se encuentra estrechamente vinculado con la movilidad poblacional de mujeres y hombres que ejercen esta actividad fuera de sus comunidades o de sus países de origen.^{1,2} Este fenómeno de movilidad se encuentra condicionado por la forma en que se organiza la oferta de servicios sexuales en los diferentes espacios laborales,¹ que se caracteriza por una rápida incorporación y recambio de trabajadores de ambos性es que se insertan en distintas áreas y escalas laborales.^{3,4} En general, se considera al trabajo sexual como una ocupación que se caracteriza por la precariedad, desprotección social y de salud, riesgos y estigma sociocultural.^{5,6} Además, en diferentes países del mundo se ha definido como una actividad "ilegal",⁷ lo que reduce las posibilidades de exigibilidad de derechos. Esta situación de vulnerabilidad puede agravarse en contextos fronterizos, donde una parte importante de la población es de mujeres extranjeras, indocumentadas en una situación de estancia "ilegal", como ocurre en diferentes áreas de Centroamérica y México.^{6,8}

Los puertos, ciudades y fronteras representan áreas donde se ha hecho más visible el trabajo sexual, principalmente de extranjeros hombres y mujeres.⁹ Éste es el caso de la frontera Costa Rica-Nicaragua, donde la mayoría de las trabajadoras sexuales (TS) es de nacionalidad nicaragüense,⁸ la frontera México-Guatemala, donde predominan hondureñas, salvadoreñas y nicaragüenses,¹⁰ o de la frontera México-Estados Unidos, donde son mexicanas las que representan la mayor proporción.^{4,11}

En México, Centroamérica y el Caribe se han realizado estimaciones sobre la prevalencia de ITS y VIH en trabajadoras sexuales para diferentes regiones y años: en República Dominicana fue de 25-29% de ITS –sin diferenciar por tipo de ITS–¹² en Honduras, 3.3% –clamidia–¹³ Guatemala, 8.7% –VIH–¹⁴ en la frontera norte de México, gonorrea 4%, sífilis 10%, clamidia 13%, VIH 5%,¹¹ y en la frontera México-Guatemala, 86% –herpes genital–.¹⁵ Los datos epidemiológicos colocan a este grupo laboral como población en más alto riesgo de transmisión de ITS y VIH respecto a la población general.

En ese marco se desarrolló una estrategia de acción comunitaria en 15 estaciones de tránsito (comunidades) ubicadas en zonas fronterizas y puertos de Centroamérica para facilitar el acceso a servicios preventivos de ITS y VIH, como parte las actividades del Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en Poblaciones Móviles, 2005-2010. Las comunidades que participaron de las intervenciones del proyecto fueron seleccionadas por los responsables de los programas nacionales de VIH bajo el criterio de presentar alta movilidad poblacional. Las actividades comunitarias se desarrollaron en tres grandes áreas: promoción de

derechos humanos de los grupos móviles y migrantes, fortalecimiento de organizaciones sociales para el desarrollo de actividades de prevención de VIH e ITS, y capacitación de los recursos humanos en los centros de salud de las comunidades, enfocada a reducir el rechazo a la atención de los diferentes grupos móviles y a facilitar servicios ambulatorios, con especial atención en VIH e ITS. Las intervenciones se realizaron desde mediados del año 2005 hasta septiembre de 2010, y de acuerdo con los datos del sistema de monitoreo de desempeño del proyecto, durante este periodo se brindaron servicios de atención preventiva y clínica a 18 097 trabajadoras sexuales.* Se esperaba que las trabajadoras sexuales que laboraban en las comunidades donde se desarrolló el proyecto contaran con más y mejor información sobre prevención y transmisión de ITS y VIH, así como sobre sus derechos sexuales y reproductivos, mayor acceso a servicios de prevención (acceso a condones y pruebas de VIH) y servicios de atención ginecológica, y mayor uso de condón con sus clientes en comparación con las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) que laboran en comunidades de tránsito que no participaron en el proyecto. El propósito de este trabajo es analizar el acceso a los servicios de prevención de ITS y VIH por parte de trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica, tomando como referencia para el análisis a las comunidades donde se implementó el proyecto.

Material y métodos

Se diseñó un estudio cuasi experimental en seis estaciones de tránsito con intervenciones y seis estaciones sin intervenciones del proyecto, ubicadas en las siguientes fronteras: Costa Rica-Panamá, Nicaragua-Costa Rica, El Salvador-Nicaragua, Honduras-Guatemala y Guatemala-México. Las comunidades con intervención fueron seleccionadas debido a su ubicación en las principales comunidades de tránsito fronterizo, con alta movilidad poblacional. Las comunidades fronterizas que no participaron en el proyecto fueron seleccionadas por presentar similitud sociodemográfica y de movilidad respecto a la comunidad con intervención. En las comunidades se identificaron establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual y se solicitó su apoyo y consentimiento para participar en el estudio.

El diseño e implementación de las actividades se llevó a cabo con la participación de organizaciones de la sociedad civil que cuentan con experiencia en el tema

* Instituto Nacional de Salud Pública. Informe técnico final. Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en Poblaciones Móviles de Centroamérica, 2005-2010. MAM-405-G01-H. INSP, Cuernavaca, Morelos. Marzo, 2011.

de prevención de ITS y VIH, y de los servicios gubernamentales de salud (centros de salud ubicados en estas comunidades). Las intervenciones que se focalizaron en MTS incluyeron: a) distribución de información preventiva sobre ITS y VIH, promoción de derechos humanos, con especial atención en el acceso a servicios de salud; b) promoción del uso de condón (distribución de información y condones, y demostración de su uso adecuado); c) distribución de información sobre la importancia del diagnóstico oportuno de VIH y facilidades para realizarse la prueba rápida de VIH en los centros de salud, previa consejería personalizada siguiendo los lineamientos de cada uno de los países, y d) promoción del uso de los servicios médicos, con especial atención en el acceso a servicios de atención ginecológica (en todos los centros de salud se llevaron a cabo sesiones dirigidas a médicos y enfermeras para la actualización técnica sobre prevención, diagnóstico sindromático y tratamiento de ITS y VIH, los cuales fueron efectuados por los programas nacionales de VIH en cada país, siguiendo sus normas técnicas). De acuerdo con las normas técnicas de los países para diagnóstico y tratamiento de ITS, a través del proyecto se adquirieron insumos sanitarios (medicamentos para ITS, pruebas rápidas de VIH) y de material y equipo para brindar la atención clínica en condiciones adecuadas. Todos los casos reactivos de VIH fueron manejados según los protocolos y normas nacionales de cada uno de los países, y de acuerdo con ello se aseguró el acceso a tratamiento antirretroviral, independientemente del estatus migratorio, debido a cambios jurídico-legales en todos los programas de VIH en Centroamérica realizados como parte de los compromisos de desarrollo del proyecto.

Las actividades para brindar información preventiva de ITS y sobre derechos humanos se llevaron a cabo en pequeños grupos (máximo 10 personas) y encuentros interpersonales a través de charlas informativas y distribución de información impresa, cuyo contenido fue definido siguiendo los lineamientos de prevención de ITS y VIH recomendados por los programas nacionales de VIH y ajustados en su forma, por las organizaciones sociales participantes, a los contextos fronterizos de alta movilidad y diversidad de los grupos poblacionales, las trabajadoras sexuales entre ellos. La atención médica se proporcionó a libre demanda en los centros de salud; las usuarias no pagaron por el uso de estos servicios ni por los insumos (condones, pruebas de VIH y medicamentos) que se utilizaron para su atención.

La invitación a participar en el estudio se realizó a través de una charla grupal en los establecimientos o por referencia de otra trabajadora sexual para las que trabajan "en la calle" (fuera de los establecimientos). Se les explicó el objetivo del estudio y las características de

las preguntas, así como la libertad para no contestar o concluir la entrevista en el momento que consideraran adecuado. De las mujeres que aceptaron participar, se obtuvo su consentimiento informado para participar, de manera verbal, siguiendo los lineamientos del Comité de Ética del INSP.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre septiembre y octubre de 2009 en una muestra no aleatoria ($n=750$) de trabajadoras sexuales, distribuida de forma proporcional en cada una de las comunidades. La tasa de respuesta fue de 74% ($n=558$), cuyo 46% correspondió a trabajadoras sexuales que laboraban en estaciones de tránsito con intervención y 54% sin intervención.

La información obtenida incluye los siguientes aspectos vinculados con las estrategias puestas en práctica por el proyecto: acceso a información preventiva de VIH/SIDA (información general acerca del VIH, conocimientos de las vías de transmisión, estrategias para evitar la transmisión del virus y mitos relacionados con la transmisión); derechos humanos; comportamientos sexuales y uso de condón con clientes y pareja, y acceso a los servicios de salud (acceso a condones de manera gratuita, uso de servicios ginecológicos, utilización de métodos anticonceptivos y realización voluntaria de pruebas de diagnóstico de VIH). Además se obtuvo información sobre las características sociodemográficas y laborales de las MTS participantes. El cuestionario fue aplicado por personal técnico entrenado y sensibilizado en el tema de trabajo sexual.

Entre las mujeres que laboraban en comunidades con intervención y sin intervención se realizó un análisis estadístico bi-variado con pruebas de χ^2 (o exacta de Fisher) y de t de *student*, para explorar diferencias en características sociodemográficas, laborales y las relacionadas con las intervenciones del proyecto. A través de un modelo de regresión logística múltiple se identificaron variables asociadas con el uso del condón en la última relación sexual con un cliente. Esta variable fue considerada como un indicador de resumen que podría estar asociado con las estrategias implementadas; su selección para este análisis se basó en que corresponde al principal medio preventivo para evitar la transmisión de ITS y VIH por la vía sexual.¹⁶ Se corrigieron problemas de colinealidad, y la bondad de ajuste del modelo fue evaluada mediante el procedimiento de Hosmer y Lemeshow.¹⁷

Resultados

Las trabajadoras sexuales que participaron en el estudio de las comunidades con y sin intervenciones del proyecto no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de sus características so-

ciodemográficas, excepto en su país de origen, donde fue mayor la proporción de extranjeras en las comunidades con intervención (cuadro I). Respecto a la edad de inicio y condiciones del trabajo sexual se observaron las siguientes diferencias: las mujeres que laboraban en comunidades con intervención se iniciaron en el trabajo sexual más jóvenes, presentaban mayor movilidad interna (menor tiempo promedio de laborar en la comunidad) e internacional (han trabajado con mayor frecuencia en otro país), tenían mayor número de clientes por día y percibían rechazo y discriminación con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades sin intervención (cuadro II).

Respecto al acceso a información preventiva y a los servicios de salud, se observó que las mujeres que trabajaban en las comunidades con intervención contaban con mayor información sobre prevención y transmisión de ITS y VIH, tenían más acceso gratuito a condones y los usaban con mayor frecuencia con sus clientes. Asimismo, fue mayor el acceso a los servicios de salud para revisión ginecológica, la realización de la prueba de VIH y uso de anticonceptivos en relación con las mujeres que laboraban en comunidades sin intervención (cuadro III).

El cuadro IV presenta los resultados del análisis de regresión logística sobre el uso de condón en la última relación sexual con un cliente. Se observa que las trabajadoras sexuales que laboran en localidades con intervención presentan ($RM=3.96$, $IC 1.23-12.77$) veces mayor posibilidad de usar condón en su última relación sexual con un cliente respecto a las que trabajan en comunidades sin intervención. Hay una asociación positiva entre el uso de condón y haberse realizado la prueba de VIH ($RM=4.61$, $IC 1.41-15.07$).

Discusión

Los resultados del presente trabajo contribuyen a identificar algunas características de las trabajadoras sexuales y condiciones del trabajo sexual en zonas fronterizas, así como los niveles de acceso a información sobre prevención/transmisión de ITS y VIH, derechos sexuales y reproductivos, medios de prevención (condones) y pruebas de VIH, así como atención médica para diagnóstico y tratamiento oportuno de estos problemas de salud entre trabajadoras sexuales que laboraban en comunidades fronterizas de Centroamérica. Se pretendía mostrar que el desarrollo sostenido (periodo de cinco años) de las intervenciones podría contribuir a facilitar el acceso a información, medios de prevención, atención clínica y la adopción de medidas efectivas para la prevención de ITS y VIH (uso de condón y realizarse la prueba de VIH) en contextos fronterizos de alta movilidad poblacional.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES EN COMUNIDADES CON Y SIN INTERVENCIÓN. ZONAS FRONTERIZAS
DE CENTROAMÉRICA, 2005-2010

Variable	Total N=558	Con intervención n=257 (46%)	Sin intervención n=301 (54%)	Valor p
Edad				
Media	29.2	29.2	29.3	0.903
DS	7.6	7.4	7.8	
Mediana	28	28	28	
Grupos de edad				
18-23	25.3	27.2	23.6	0.383
24-28	28.5	24.9	31.6	
29-34	21.9	22.2	21.6	
35-55	24	24.9	23.3	
No responde	0.4	0.8	0	
Escolaridad (años)				
Media	5.5	5.7	5.3	0.175
DS	3.6	3.3	3.7	
Mediana	6	6	6	
Años de escolaridad				
0	12.4	9.7	14.6	0.019
1-3	18.6	17.9	19.3	
4-6	35.5	35	35.9	
7-8	12.4	17.1	8.3	
9-16	20.8	19.8	21.6	
No responde	0.4	0.4	0.3	
Estado civil				0.338
Con pareja regular	23.8	21.8	25.6	
Sin pareja regular	74.2	75.5	73.1	
No responde	2	2.7	1.3	
Número de hijos				
Media	2.7	2.5	2.8	0.298
DS	1.9	1.8	2	
Mediana	2	2	2	
Sin hijos	8.6	8.2	9	0.176
1-2	44.4	45.9	43.2	
3-4	33.5	35.4	31.9	
5-16	13.1	9.7	15.9	
No responde	0.4	0.8	0	
¿Usted nació en este país?				<0.01
No (extranjera)	39.6	51.8	29.2	
Sí (nacional)	60.4	48.2	70.6	

Fuente: Leyva R. Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en poblaciones móviles de Centroamérica. Cuernavaca; Instituto Nacional de Salud Pública: 2010.
DS = Desviación estándar

Cuadro II**CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES EN LOCALIDADES CON Y SIN INTERVENCIÓN. ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2005-2010**

Variable	Total N=558 (%)	Con intervención n=257 (46%)	Sin intervención n=301 (54%)	Valor p
Edad de inicio en el trabajo sexual				
Media	21.3	21.4	21.2	0.487
DS	6.1	6.6	5.7	
Mediana	20	19	19	
Grupos de edad				
8-17	31.4	35.8	27.6	0.028
18-20	24.4	21.8	26.6	
21-25	20.1	16.3	23.3	
26-42	21.5	24.1	19.3	
No responde	2.7	1.9	3.3	
Tiempo ejerciendo trabajo sexual en la localidad donde se encuestó (en meses)				
Media	29.7	22.5	35.9	0.01
DS	42.4	30	50	
Mediana	12	12	12	
1-120 días	26.6	27.2	25.9	0.002
5-12 meses	28.1	32.7	23.6	
2-3 años	22.4	24.1	20.6	
4-30 años	21	14.8	27.2	
No responde	1.9	1.2	2.7	
Número de localidades de este país donde ha trabajado, en el último año				
Media	2.1	2	2.1	0.581
DS	1.6	1.4	1.7	
Mediana	2	2	2	
0-1	42.8	42	43.5	0.264
2	28.1	30	26.6	
3 y más	24.9	21.4	27.9	
No responde	4.1	6.6	2	
¿Ha estado en otro país en el último año?				0.036
Sí	18.3	21.8	15.3	
No	80.8	76.3	84.7	
No responde	0.9	1.9	0	
Número de clientes en los últimos 15 días				
Media	37	40.3	34.3	0.094
DS	38.2	38.6	37.7	
Mediana	16	20	15	
0-5	25.1	23.7	26.2	0.329
6-16	24.9	23	26.6	
17 y más	24.4	24.1	24.6	
88-255	25.6	29.2	22.6	
¿Alguna vez se ha sentido maltratada, rechazada o excluida por su trabajo?				0.047
Sí	43.7	47.9	40.2	
No	54.3	49.4	58.5	
No responde	2	2.7	1.3	

Fuente: Leyva R. Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en poblaciones móviles de Centroamérica. Cuernavaca; Instituto Nacional de Salud Pública: 2010

DS = Desviación estándar

Cuadro III**USO DE CONDÓN, ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE VIH Y SERVICIOS DE SALUD PARA TRABAJADORAS SEXUALES EN COMUNIDADES CON Y SIN INTERVENCIÓN. ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2005-2010**

Variable	Total N=558	Con intervención n=257 (46%)	Sin intervención n=301 (54%)	Valor p
Uso de condón				
Usó condón en relación sexual con su último cliente				<0.01
Sí	79.4	89.1	71.1	
No	12	3.1	19.6	
No responde	8.6	7.8	9.3	
Acceso a información preventiva de VIH/SIDA				
¿El VIH se puede transmitir por jeringas o sangre contaminada?				<0.01
Sí	74.4	85.2	65.1	
No	18.3	14.4	21.6	
No responde	7.3	0.4	13.3	
¿Una mujer embarazada con SIDA puede transmitir el VIH a su bebé?				<0.01
Sí	63.8	73.9	55.1	
No	28.9	25.7	31.6	
No responde	7.3	0.4	13.3	
¿Madre con SIDA puede transmitir el VIH a su bebé a través de la lactancia?				0.038
Sí	56.3	65	48.8	
No	36.4	34.6	37.9	
No responde	7.3	0.4	13.3	
Acceso a servicios de salud				
¿Le han proporcionado condones de manera gratuita?				<0.01
Sí	85.7	98.1	75.1	
No	13.4	1.9	23.3	
No responde	0.9	0	1.7	
¿Acudió al centro de salud para revisión ginecológica en los últimos tres meses?				<0.01
Sí	69	83.3	56.8	
No	30.3	16.3	42.2	
No responde	0.7	0.4	1	
¿Utiliza algún método anticonceptivo?				0.035
Sí	69.5	74.3	65.4	
No	29.9	25.7	33.6	
No responde	0.5	0	1	
¿Se ha realizado la prueba de VIH?				<0.01
Sí	74	89.5	60.8	
No	13.6	8.2	18.3	
No responde	12.4	2.3	20.9	

Fuente: Encuesta sobre trabajo sexual en fronteras de Centroamérica. Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en Poblaciones Móviles de Centroamérica.

Cuadro IV

FACTORES ASOCIADOS AL USO DE CONDÓN ENTRE LAS TRABAJADORAS SEXUALES CON SUS CLIENTES, EN COMUNIDADES CON Y SIN INTERVENCIÓN. ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2005-2010

Variable	Razón de momios (IC 95%)	Valor p
Intervención		
No	1	
Sí	3.96 (1.23 - 12.77)	0.021
Edad	1.04 (0.94 - 1.15)	0.391
Escolaridad	1.14 (0.99 - 1.31)	0.064
Estado civil		
Sin pareja estable	1	
Con pareja estable	2.48 (0.63 - 9.71)	0.192
Número de hijos	0.90 (0.68 - 1.20)	0.494
Edad de inicio en el trabajo sexual		
8-17 años	1	
18-20 años	0.64 (0.18 - 2.24)	0.493
21-25 años	0.71 (0.17 - 3.05)	0.65
26-42 años	0.43 (0.09 - 2.14)	0.307
Tiempo ejerciendo trabajo sexual en la localidad	0.99 (0.99 - 1.01)	0.8
Número de localidades dentro del país donde ha trabajado en el último año	1.18 (0.76 - 1.85)	0.446
¿Ha estado en otro país en el último año?		
Sí	1	
No	0.49 (0.15 - 1.67)	0.256
¿Usted nació en este país?		
Extranjera	1	
Nacional	2.93 (0.95 - 8.99)	0.06
Número de clientes con quienes se tuvo relaciones sexuales en los últimos 15 días	0.99 (0.98 - 1.01)	0.21
¿Le han proporcionado condones de manera gratuita?		
No	1	
Sí	0.61 (0.14 - 2.62)	0.515
¿Acudió a la unidad médica para revisión ginecológica en los últimos tres meses?		
No	1	
Sí	0.97 (0.32 - 2.90)	0.952
¿Se ha realizado la prueba de VIH?		
No	1	
Sí	4.61 (1.41 - 15.07)	<0.01

Fuente: Encuesta para evaluación del Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en Poblaciones Móviles de Centroamérica.
IC = Intervalo de confianza

Las características sociodemográficas de las trabajadoras sexuales en contextos fronterizos corresponden a mujeres jóvenes, sin pareja, de baja escolaridad y en su mayoría con hijos, las cuales han sido descritas en otros estudios.^{18,19} Sin embargo, en las comunidades con intervención, casi todas las mujeres eran extranjeras, lo cual constituye un dato adicional de las condiciones de vulnerabilidad social de este grupo,^{20,21} las cuales no parecen haber cambiado de las descritas en los últimos 15 años.²² Otro aspecto muy relevante es que casi un tercio de ellas estaba constituido por menores de edad cuando iniciaron actividades como trabajadoras sexuales, lo cual corresponde a una grave violación de sus derechos humanos y se asocia con el delito de trata de personas.²³

En las comunidades con intervención del proyecto, la condición de vulnerabilidad y riesgo pareciera ser mayor debido a la elevada movilidad interna e internacional, la mayor presencia de trabajadoras extranjeras y el mayor número de clientes diarios por atender. La elevada movilidad y la condición de extranjera puede dificultar el desarrollo de redes sociales de apoyo para la atención de sus necesidades²⁴ y la exigencia de derechos, entre otros, los de salud.²⁵ A esto se suma una mayor exposición al riesgo de transmisión de ITS, relacionado con el mayor número de clientes diarios que tienen que atender,⁷ los cuales, en las zonas fronterizas, también pueden corresponder a personas de otros grupos móviles;¹⁰ esta situación requiere que se valore como un factor que puede incrementar el riesgo de transmisión y de diseminación del VIH y otras ITS.

Los resultados del estudio muestran de forma constante diferencias significativas en el acceso a información y medios preventivos de ITS/VIH, y el uso de servicios de salud, especialmente focalizado en atención ginecológica, entre las trabajadoras sexuales de comunidades con y sin intervenciones del proyecto. Asimismo se observa que, independientemente de algunas características sociodemográficas y laborales, las trabajadoras sexuales de las comunidades con intervención registran mayor uso del condón con sus clientes respecto a aquellas que laboran en comunidades sin intervención. En este último aspecto es necesario resaltar que la mayor escolaridad y haberse hecho la prueba de VIH son elementos que también se encuentran asociados con el mayor uso de condón, independientemente de las comunidades donde laboren (con y sin intervención). La escolaridad representa un indicador del capital social,²⁶ que expresa capacidades diferenciales de la población para comprender y manejar situaciones de riesgo, en este caso de la prevención de ITS,²⁷ a través de la búsqueda y movilización de apoyos sociales disponibles en la localidad. Por otra parte, el hecho de que las trabajadoras sexuales que

se realizan la prueba de VIH también presenten mayor posibilidad de utilizar condón puede ser interpretado como una medida de aceptación del riesgo laboral al que se exponen durante el ejercicio de su actividad, así como de su capacidad para el manejo apropiado.

Aun cuando se observan diferencias significativas respecto a la información sobre prevención y transmisión de ITS entre trabajadoras sexuales en las comunidades con y sin intervención del proyecto, de manera general casi 8 de cada 10 identifica el uso del condón como el medio efectivo y en la misma proporción se han realizado la prueba de VIH. Este tipo de comportamiento corresponde a una población sensibilizada de su condición laboral de alto riesgo de transmisión de ITS y VIH,²⁸ pero que también admite que no siempre se encuentra en condiciones laborales apropiadas para usar condón con sus clientes. Esta situación sugiere la necesidad de desarrollar estrategias sostenidas que faciliten la adopción de prácticas efectivas (uso de condón y realizarse la prueba de VIH) para la prevención de riesgos en salud,^{16,29} en este caso de las ITS y VIH, las cuales tienen que considerarse en un marco más amplio de atención integral que responda a las necesidades sociales y de salud de la población a la cual se pretende beneficiar.

Si bien las características del diseño del estudio cuasi experimental no permiten atribuir los resultados observados exclusivamente a las intervenciones, como una relación causa-efecto,³⁰ éstos sugieren la funcionalidad de las intervenciones para contribuir a incrementar el acceso a servicios de prevención y atención de ITS y VIH, y asimismo sugieren la adopción de prácticas efectivas de atención en grupos en más alto riesgo de transmisión de ITS y en espacios de alta movilidad poblacional. La identificación de otros factores sociales, culturales y económicos de los contextos fronterizos, así como de la organización de los servicios de salud, posiblemente contribuya a una mejor comprensión de los resultados observados, en un marco de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

La replicación de intervenciones comunitarias como las descritas requiere abordar factores estructurales (políticas de salud, disponibilidad de recursos e insumos sanitarios, migración, entre otros) bajo una perspectiva temporal de mediano plazo (cinco años) y con la participación de tomadores de decisiones,^{10,31} tal como fue el caso del Proyecto Mesoamericano, y no sólo focalizarlos en la población meta.²⁸

Agradecimientos

A Beverly Grajales, integrante de EMESSAR en Panamá; Kathia Castellón, Visión Mundial Costa Rica; Patricia Barrientos, consultora en salud sexual y reproductiva,

El Salvador; Rosario Cuadra, CEPS, Nicaragua; Rosibel Cruz, Cruz Roja Salvadoreña, y Dunia Varela, Cruz Roja Hondureña, por su compromiso y labor para llevar a cabo el trabajo de intervenciones comunitarias del Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH en Poblaciones Móviles de Centroamérica, apoyado financieramente por el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Wang H, Chen RY, Sharp GB, Brown K, Smith K, Ding G et al. Mobility, risk behavior and HIV/STI rates among female sex workers in Kaiyuan City, Yunnan Province, China. *BMC Infect Dis* 2010;10:198.
2. Wong WC, Holroyd E, Chan EY, Griffiths S, Bingham A. One country, two systems: Sociopolitical implications for female migrant sex workers in Hong Kong. *BMC Int Health Hum Rights* 2008;8:13.
3. Dandona R, Dandona L, Gutiérrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F et al. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health* 2005;5:87.
4. Sirotin N, Strathdee SA, Lozada R, Nguyen L, Gallardo M, Vera A et al. A comparison of registered and unregistered female sex workers in Tijuana, Mexico. *Public Health Rep* 2010;125 suppl 4: 101-109.
5. Ariza M. Obreras, sirvientas y prostitutas. Globalización, familia y mercados de trabajo en República Dominicana. *Estudios Sociológicos* 2004; 22:123-149.
6. Dreser A, Caballero M, Leyva R, Bronfman M. The vulnerability to HIV/AIDS of migrant sex workers in Central America and Mexico. *Research for Sex Work* [serie en internet] 2002 [consultado 2011 abril 11];5:15-16. Disponible en: http://www.childtrafficking.com/Docs/research_for_sex_work_no_5_.pdf.
7. ONUSIDA. Trabajo sexual y VIH/SIDA. Ginebra: Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, 2003.
8. Villalobos LB, Chamizo H, Piedra M, Mora S. Costa Rica: La Cruz-Peñas Blancas Guanacaste. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M, ed. *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Cuernavaca: INSP, 2004:81-116.
9. Leyva R, Quintino F. *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Cuernavaca: INSP, 2011.
10. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Cuernavaca: INSP, 2004.
11. Strathdee SA, Lozada R, Martínez G, Vera A, Rusch M, Nguyen et al. Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico-US border region. *PloS One* 2011;6(4):e19048 doi:10.1371/journal.pone.0019048
12. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gómez B, Jerez H, Barrington C, et al. Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *Am J Public Health* 2006;96(1):120-125.
13. Tinajeros F, Miller WVM, Castro L, Artiles N, Flores F, Evans JL, et al. Declining sexually transmitted infections among female sex workers: The results of an HIV and sexually transmitted infection prevention strategy in Honduras, 2006-08. *Int J STD AIDS* 2012;23(2):88-93.
14. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). Central American multi-site HIV/STI prevalence and behavior study. Guatemala: PASCA, 2003. [consultado 2011 mayo 10] Disponible en: <http://www.pasca.org>.

15. Uribe-Salas F, Conde-González CJ, Juárez-Figueroa L, Hernández-Castellanos A. Sociodemographic characteristics and sex practices related to herpes simplex virus type 2 infection in Mexican and Central American female sex workers. *Epidemiol Infect* 2003;131(2):859-865.
16. Gutiérrez JP, McPherson S, Fakoya A, Matheou A, Bertoza SM. Community-based prevention leads to an increase in condom use and a reduction in sexually transmitted infections among men who have sex with men and female sex workers: The Frontiers Prevention Project evaluation results. *BMC Public Health* 2010;10:497.
17. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2a. ed. Hoboken: Wiley, 2000.
18. Uribe-Salas F, Conde-González CJ, Juárez-Figueroa L, Hernández-Castellanos A. Sociodemographic dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers at the Mexican-Guatemalan border. *Sex Transm Dis* 2003;30(3):266-271.
19. Ojeda VD, Strathdee SA, Lozada R, Rusch ML, Fraga M, Orozovich P et al. Associations between migrant status and sexually transmitted infections among female sex workers in Tijuana, Mexico. *Sex Transm Infect* 2009;85(6):420-426.
20. Ragsdale K, Anders JT, Philippakos E. Migrant Latinas and brothel sex work in Belize: Sexual agency and sexual risk. *J Cult Divers* 2007;14(1):26-34.
21. Wilcox SS. Migration, "illegality," and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. *Soc Sci Med* 2012;74(6):805-811.
22. Madrigal-Pana J. En las trincheras de la confianza: Una encuesta sobre el condón en las trabajadoras comerciales del sexo de América Central. San José: Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, 1998;126.
23. Azaola E. Infancia robada. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México. México: DIF-UNICEF-CIESAS, 2000.
24. Quintino F, Leyva R, Chong F, López R, Gómez N, Alcalá P. Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: Vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En: Leyva R, Quintino F, ed. *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. México: INSP, 2011:107-126.
25. Yáñez RM, Infante C, López R, Gómez N, Leyva R, Quintino F. La reforma del reglamento municipal de sanidad en la frontera sur: Trabajo sexual y exigibilidad del derecho a la salud y no discriminación. En: Leyva R, Quintino F, ed. *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. México: INSP, 2011:127-142.
26. Gutiérrez JP, Molina D, Samuels F, Bertoza S. Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: Resultados de una encuesta de comportamientos. *Salud Pública Mex* 2006;48(2):104-112.
27. Busza J, Baker S. Protection and participation: An interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia. *AIDS Care* 2004;16(4):507-518.
28. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research. *AIDS* 2000;14 suppl 1:S22-S32.
29. Ebrahimi JT, Biradavolu M, Reed E, Burroway R, Blankenship KM. Trends in condom use among female sex workers in Andhra Pradesh, India: The impact of a community mobilisation intervention. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:Suppl 2:49-54.
30. Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. *Handbook of practical program evaluation*. 2a. ed. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1994.
31. Ramakrishnan L, Gautam A, Goswami P, Kallam S, Adhikary R, Mainkar MK, et al. Programme coverage, condom use and STI treatment among FSWS in a large-scale HIV prevention programme: Results from cross-sectional surveys in 22 districts in southern India. *Sex Transm Infect* 2010;86(1):i62-68.