



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Serván-Mori, Edson; Leyva-Flores, René; Heredia-Pi, Ileana; García-Cerde, Rodrigo
Infecciones de transmisión sexual. Perfil de atención en zonas fronterizas de Centroamérica (2007-
2010)

Salud Pública de México, vol. 55, núm. 1, 2013, pp. s47-s57

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628330008>

- 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

Infecciones de transmisión sexual. Perfil de atención en zonas fronterizas de Centroamérica (2007-2010)

Edson Serván-Mori, M en SC,⁽¹⁾ René Leyva-Flores, PhD,⁽²⁾ Ileana Heredia-Pi, PhD,⁽²⁾
Rodrigo García-Cerde, Lic en Antrop.⁽²⁾

Serván-Mori E, Leyva-Flores R, Heredia-Pi I, García-Cerde R.
Infecciones de transmisión sexual. Perfil de atención
en zonas fronterizas de Centroamérica (2007-2010).
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 1:S47-S57.

Resumen

Objetivo. Analizar el perfil de atención por infecciones de transmisión sexual (ITS) en centros de salud de zonas fronterizas de Centroamérica durante el periodo 2007-2010. **Material y métodos.** Estudio transversal en una muestra de 3 357 pacientes. Se capacitaron médicos y se suministraron medicamentos, condones y pruebas de VIH (paquete básico de atención [PBA]). Se analizaron las características sociodemográficas de los participantes y su asociación a la recepción del PBA. **Resultados.** De la muestra, 66.0% tuvo de 25 a 59 años, 93.2% era mujer. El síndrome más frecuente fue el flujo vaginal asociado con candidiasis, vaginosis bacteriana, trichomoniasis y gonorrea. De las prescripciones, 60% siguió recomendaciones internacionales. Sólo 10.2% recibió el PBA. La probabilidad de recibirlo fue menor en mujeres. **Conclusiones.** No basta con incrementar las capacidades de provisión de servicios para modificar las prácticas de atención. Éstas se encuentran enraizadas en el contexto sociocultural. Destacan prácticas médicas diferenciadas por género que influyen negativamente en la atención.

Palabras clave: infecciones sexualmente transmitidas; infecciones por VIH; prevención y control; migrantes; salud fronteriza; Centroamérica

Serván-Mori E, Leyva-Flores R, Heredia-Pi I, García-Cerde R.
Sexually transmitted infections. Profile of care
in border areas of Central America (2007-2010).
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 1:S47-S57.

Abstract

Objective. To analyze the profile of care for sexually transmitted infections (STIs) in health centers in border areas of Central America during 2007-2010. **Materials and methods.** Cross-sectional study in a sample of 3 357 patients. Doctors were trained and medicines, condoms and HIV testing (basic package of care [BPC]) were supplied. Sample was characterized according to sociodemographic variables. Factors associated with the probability of receiving the BPC were identified. **Results.** Sixty six percent were 25-59 years old, and 93.2% were women. The most frequently diagnosed syndrome was vaginal discharge associated with candidiasis, bacterial vaginosis, trichomoniasis and gonorrhea. Sixty six percent of prescriptions were adhered to the international recommendations. Only 10% received the complete BPC. The likelihood of receiving it was lower in women. **Conclusions.** It is not enough to increase service delivery capacity to change care practices. These are deeply rooted in the sociocultural context. Highlights gendered medical practices that adversely affect the profile of care.

Key words: sexually transmitted diseases; HIV infections; prevention and control; transients and migrants; border health; Central America

(1) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

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

Fecha de recibido: 3 de enero de 2012 • Fecha de aceptado: 16 de octubre de 2012

Autor de correspondencia: Dra. Ileana Heredia-Pi. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: ileana.heredia@insp.mx.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud con consecuencias potencialmente graves como infertilidad, enfermedad crónica y muerte.¹ Sin embargo, su importancia epidemiológica ha sido desplazada a un segundo término por la prioridad dada al VIH/sida. Se estima que cada año se producen más de 340 millones de nuevos casos causados por poco más de 30 agentes patógenos bacterianos, víricos y parasitarios transmitidos por vía sexual, en mujeres y hombres de entre 15 a 49 años.² La carga de morbilidad relacionada con las ITS es particularmente elevada en los países en desarrollo; la mayor proporción de casos se observa en Asia Meridional y Sudoriental, África Subsahariana y América Latina.^{2,3}

Un individuo infectado con una ITS es más propenso o susceptible de adquirir VIH; adicionalmente, una persona VIH positiva que padece una ITS es un transmisor por contacto sexual más efectivo que otra persona viviendo con VIH.⁴ A pesar de esta evidencia, estudios recientes⁵ sugieren que las intervenciones comunitarias para el control y prevención de las ITS no parecen ser estrategias efectivas de prevención del VIH/sida.⁵ Sin embargo, intervenciones encaminadas al control y prevención pueden servir como "trazadores" para identificar comportamientos sexuales de riesgo e implementar estrategias educativas (consejería y entrega gratuita de condones) que faciliten sus modificaciones, además de diagnosticar oportunamente el VIH (vía pruebas rápidas), lo cual permitiría mejorar el curso clínico de los casos tempranamente diagnosticados, a la vez que se previene la transmisión de las infecciones mediante su tratamiento específico.^{2,6}

La demanda de servicios de salud para la atención de ITS puede limitarse, entre otros factores, por el estigma preexistente asociado con estos problemas sanitarios.⁷⁻¹² Por ejemplo, en países como Uganda, 40% de los casos no busca atención médica debido a estos factores.¹ Se conoce que la frecuencia de automedicación es proporcionalmente mayor que en otros problemas de salud; "el estigma y el secretismo asociados pueden acentuar dicha dinámica".⁹⁻¹²

De esta forma, "no sólo los factores objetivos como falta de accesibilidad, sino también aquéllos sobre todo culturales" conducen a la población a buscar "orientaciones prescriptivas" con personal no calificado, en lo cual predominan relaciones basadas en el anonimato, la confidencialidad y la secrecía.¹²

Esta situación se agrava en contextos migratorios en los cuales las poblaciones móviles se enfrentan a riesgos contra su salud, propiciados por factores ambientales, estructurales y culturales.^{8,13} Adicionalmente, en estas situaciones existe una limitada respuesta de las unidades de atención, a las cuales les faltan capacidades para reali-

zar estudios de laboratorio que apoyen (complementen) el diagnóstico sindromático de las ITS y la prescripción adecuada de medicamentos para su tratamiento.¹⁴⁻¹⁹

Otros factores, como las características sociodemográficas de la población afectada, pueden funcionar como condicionantes de la práctica médica, aun contando con protocolos de práctica médica. El género, por ejemplo, representa uno de los elementos más significativos para explicar el uso de condón en las relaciones sexuales,^{20,21} debido a que es un medio de protección diseñado y adoptado socialmente para ser usado por decisión del hombre.^{12,14,20,22} Es de esperarse que la práctica médica, inscrita en este marco normativo social contribuya a reproducir tales lineamientos.

En las unidades fronterizas de atención médica, como en las de otra localización, se aconseja aplicar los protocolos de atención clínica, que incluyan acciones de promoción de la salud, prevención secundaria y tratamiento del problema, a través de un enfoque sindromático, como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1990 para el diagnóstico y tratamiento de las ITS. Específicamente, en relación con el manejo sindrómico, varios países latinoamericanos (Bolivia, Chile, Perú, Panamá, México, Guatemala, entre otros) se han adherido a las recomendaciones de la OMS y han elaborado sus propias guías de manejo y control de las ITS.²³⁻²⁷

Este enfoque utiliza diagramas de flujo para diagnosticar y tratar ITS, y se recomienda cuando no existen posibilidades de llegar a un diagnóstico etiológico o si se tiene certeza de que la persona que acude a consulta, no volverá a control,²⁶ por lo cual es una herramienta útil en contextos de gran movilidad poblacional, mucho más factible de implementarse y más costoefectivo^{3,6} que el diagnóstico etiológico convencional, basado en pruebas de laboratorio pocas veces disponibles o costosas. Pese a sus ventajas, el manejo sindrómico de ITS tiene limitaciones como la imposibilidad de detectar infecciones asintomáticas y su poca especificidad.⁶

Durante el periodo 2005-2010, se implementó el Proyecto Mesoamericano de Atención Integral de ITS/VIH/sida en Poblaciones Móviles de Centroamérica. Entre sus objetivos estuvo el fortalecer la capacidad de respuesta para la prevención y atención de ITS en unidades fronterizas de atención primaria, definidas como estaciones de tránsito por la alta movilidad poblacional observada en esas áreas. Como parte de las actividades para el manejo sindromático, en 2006 se impartieron talleres de capacitación y actualización a los médicos de unidades de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá.

A partir de 2007, se inició una estrategia de abasto de medicamentos para el tratamiento de ITS (de acuerdo con

las guías y protocolos de atención de los países), condones masculinos y pruebas de VIH, como mecanismos para contar con insumos suficientes de acuerdo con la demanda de atención. Así, se buscaba contar con profesionales capacitados y sensibilizados en el tema que brindaran un PBA a las personas afectadas que buscaran atención médica a libre demanda. Este proyecto no incluyó la adquisición de pruebas de ITS debido a su focalización en VIH. Sin embargo, durante toda la etapa de su ejecución se garantizó la disponibilidad de medicamentos y otros insumos requeridos para el manejo de estas infecciones, conforme a las guías internacionales.²⁸

Así, a partir de la implementación de este proyecto se esperaba que debido a la mejoría en las condiciones de operación de los servicios de salud se brindara el PBA a todas las personas afectadas por alguna ITS que acudieran en búsqueda de atención al centro de salud. El presente estudio analizó el perfil de atención a estas infecciones en centros de salud fronterizos de Centroamérica donde se redujeron obstáculos estructurales.

Material y métodos

Este análisis utilizó información del registro clínico-epidemiológico regular de la atención brindada para el manejo de pacientes con ITS en 13 centros de salud incluidos en el proyecto mesoamericano²⁸ de 2007 a 2010, el cual fue aprobado por las comisiones de Investigación, Bioseguridad y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México, y contó con el apoyo institucional y autorización de los programas nacionales de control del sida de los países participantes. La investigación no contempló la interacción directa del equipo de investigación con los pacientes que conformaron la muestra de estudio. Sin embargo, se obtuvo la autorización para revisar los registros clínicos en todas las unidades participantes, de los cuales se obtuvo la información analizada en esta investigación.

Los registros clínicos incluyeron información socio-demográfica básica, el diagnóstico clínico, tratamiento prescrito, dotación de condones y realización y resultados de la prueba rápida de VIH de 3 357 usuarios, por libre demanda, de alguna de las 13 estaciones de alta movilidad de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua o Panamá, y que recibieron atención por ITS.

Esta población se agrupó en móvil y residente. El grupo móvil incluyó a las personas que se desplazaban, temporal o definitivamente, de un lugar a otro de la frontera por diversas razones. Este grupo estuvo integrado por siete subgrupos de acuerdo con su ocupación: trabajadoras sexuales, migrantes, transportistas, comerciantes, trabajadores agrícolas, jóvenes fuera de las escuelas y otros (turistas, marineros y personal uniformado).

Las personas fueron diagnosticadas de acuerdo con los signos y síntomas (diagnóstico sindromático) presentados, mismos que se registraron en la hoja clínica. No se realizó la verificación sobre el diagnóstico, ya que, por sí mismo, el manejo con base en el diagnóstico sindromático expresa o describe la práctica de atención. Los síndromes identificados en la muestra analizada fueron lesiones ulcerativas genitales, descarga o flujo vaginal y descarga o flujo uretral.

Se caracterizó la muestra de acuerdo con sus características sociodemográficas (grupos de edad y sexo), tipo de población (móvil y residente) y se establecieron las principales diferencias entre estos grupos. La edad se dividió en cuatro categorías: adolescentes en el rango de edad de 10 a 14 años, jóvenes de 15 a 24 años, adultos de 25 a 59 años y adultos mayores de 60 años o más. Para los análisis de independencia se utilizaron pruebas de ji cuadrada.

Se describen los síndromes de ITS y las infecciones más frecuentes asociadas con los síndromes identificados, así como las prescripciones médicas más frecuentes cuya adecuación se analizó con base en las recomendaciones de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de los Estados Unidos.²⁹ Además, se analizaron las características de las actividades de prevención secundaria (distribución de condones y realización de pruebas rápidas de VIH) dirigidas a los pacientes. Para ello, se estimó la proporción de pacientes que se realizaron dicha prueba rápida y que recibieron condones, por tipo de población, sexo y lugar de atención.

Los resultados descriptivos se complementaron con el análisis de los factores asociados con la probabilidad de recibir pruebas rápidas y condones en las unidades de atención, a partir del cálculo de efectos marginales con errores estándar robustos provenientes de la estimación de modelos probit. Todos los análisis se realizaron utilizando Stata/SE 11.1.*

Resultados

De los 3 357 participantes del estudio, 93.2% era mujeres, 31.7% tenía de 15 a 24 años y 66.0% adultos de 25 a 59 años. Del total de individuos, 39.3% se atendió en Panamá, 21.1% en El Salvador, 16.4% en Honduras y 24.2% en Guatemala y Nicaragua; 92.7% era originario del país donde se ubicaban los centros de salud, 33.9% fue población móvil, de los cuales, 34.7% era trabajadoras sexual, 27.5% comerciante, 15.3% trabajadoras agrícolas y 12.4%

* Stata Corp LP. Stata Statistical Software for Windows XP 64 bits. Versión 11. Texas: College Station; 2009.

migrantes. Por tipo de población, destacan diferencias por sexo, país de atención de las ITS, grupos etarios y condición de residencia. Por sexo, las diferencias más importantes se registraron en el país de atención y en el tipo de población (cuadro I).

El síndrome más frecuentemente diagnosticado fue flujo o descarga vaginal asociado con los diagnósticos de candidiasis, vaginosis bacteriana, trichomoniasis y gonorrea. Para los casos diagnosticados como candidiasis, los medicamentos más prescritos fueron clotrimazol y fluconazol; para la vaginosis bacteriana, metronidazol y

clotrimazol. Por su parte, la mayoría de los tratamientos de la trichomoniasis se basaron en metronidazol y tinidazol; mientras que los casos de gonorrea se trataron en su mayoría con ceftriaxona, ciprofloxacina y doxiciclina. El diagnóstico de úlcera genital estuvo relacionado con casos de sífilis y se trató principalmente con penicilina benzatinica. Al comparar las prescripciones identificadas y las recomendadas por los CDC,²⁹ destaca una importante correspondencia con las recomendaciones internacionales de las guías de tratamiento y protocolos de atención (cuadro II).

Cuadro I

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ANÁLISIS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
CENTROS DE SALUD EN ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2007-2010**

	Total (N = 3 357)	Tipo de población			Sexo		
		Residente (N = 2 219)	Móvil (N = 1 138)	Valor p	Hombres (N = 229)	Mujeres (N = 3 128)	Valor p
		Porcentaje reportado					
Sexo							
Mujeres	93.2	97.2	85.3	0.000	–	100.0	
Hombres	6.8	2.8	14.7		100.0	–	
Grupo de edad (años)							
Adolescentes (10-14)	0.5	0.7	0.3	0.000	0.0	0.6	0.505
Jóvenes (15-24)	31.7	29.6	35.8		32.7	31.6	
Adultos (25-59)	66.0	67.5	62.9		64.6	66.0	
Adultos mayores (60 o más)	1.8	2.2	1.0		2.6	1.8	
País de atención							
Guatemala	15.4	3.8	38.1	0.000	39.7	13.6	0.000
Honduras	16.4	14.6	20.0		7.4	17.1	
Nicaragua	7.8	3.5	16.1		11.8	7.4	
Panamá	39.3	52.9	12.9		28.8	40.1	
El Salvador	21.1	25.3	12.8		12.2	21.7	
Condición de residencia							
Nacional	92.7	98.7	81.0	0.000	90.7	92.8	0.224
Extranjero	7.3	1.3	19.0		9.3	7.1	
Tipo de población							
Residente	66.1	100	–		27.1	69.0	0.000
Móvil							
Trabajador(a) sexual	11.8	–	34.7		5.7	12.2	
Migrante	4.2	–	12.4		14.0	3.5	
Comerciante	9.3	–	27.5		6.1	9.6	
Trabajador(a) agrícola	5.2	–	15.3		35.8	2.9	
Otro	3.4	–	10.1		11.3	2.8	

Nota: valor p calculado a partir del estadístico χ^2 a 95% de confianza

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de 2007 a 2010 en 13 centros de salud de estaciones de alta movilidad poblacional de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Referencia 28

Cuadro II
DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASOCIADAS Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA MÁS FRECUENTE.
CENTROS DE SALUD EN ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2007-2010

Síndrome identificado, ITS asociada y medicamento prescrito	Casos		Recomendaciones CDC ²⁹
	N	%	
Úlcera genital			
Sífilis	132	3.9	
Penicilina benzatinica	115	87.1	Mejor opción
Metronidazol	8	6.1	No se menciona
Clotrimazol	3	2.3	No se menciona
Doxiciclina	2	1.5	Mejor opción para pacientes alérgicos a la penicilina
Ceftriaxona		0.0	Mejor opción del régimen alternativo para pacientes alérgicos a la penicilina
Otro	2	0.1	
Penicilina benzatinica	1	50.0	Mejor opción
Metronidazol	1	50.0	No se menciona
Flujo vaginal (mujeres)			
Vaginosis bacteriana	804	25.7	
Metronidazol	345	42.9	Mejor opción
Clotrimazol	266	33.1	No se menciona
Tinidazol	29	3.6	Mejor opción del régimen alternativo*
Vagyl	25	3.1	No se menciona
Doxiciclina	19	2.4	No se menciona
Candidiasis	992	31.7	
Clotrimazol	574	57.9	Segunda mejor opción de agentes intravaginales over-the-counter [‡]
Fluconazol	178	17.9	Mejor opción como agente oral
Metronidazol	103	10.4	No se menciona
Vagyl	55	5.5	No se menciona
Doxiciclina	9	0.9	No se menciona
Gonorrea	97	3.1	
Ceftriaxona	53	54.6	Mejor opción
Ciprofloxacina	15	15.5	No se menciona
Doxiciclina	9	9.3	Tercera mejor opción
Metronidazol	4	4.1	No se menciona
Clotrimazol	4	4.1	No se menciona
Trichomoniasis	320	10.2	
Metronidazol	233	72.8	Mejor opción
Tinidazol	60	18.8	Segunda mejor opción
Clotrimazol	8	2.5	No se menciona
Fluconazol	4	1.3	No se menciona
Doxiciclina	3	0.9	No se menciona
Otro [§]	212	6.8	
Ciprofloxacina	107	50.5	No definido
Metronidazol	62	29.2	No definido
Clotrimazol	15	7.1	No definido
Doxiciclina	6	2.8	No definido
Penicilina benzatinica	4	1.9	No definido

(Continúa)

(Continuación)

Flujo uretral (Hombres)

Gonorrea	79	34.5	
Ceftriaxona	42	53.2	Mejor opción
Doxiciclina	9	11.4	No se menciona
Ciprofloxacina	7	8.9	Tercera mejor opción
Penicilina benzatinica	5	6.3	No se menciona
Metronidazol	4	5.1	No se menciona
Trichomoniasis	13	5.7	
Tinidazol	11	84.6	Segunda mejor opción
Metronidazol	1	7.7	Mejor opción
Ceftriaxona	1	7.7	No se menciona
Otro [§]	67	29.3	
Metronidazol	48	71.6	No definido
Ciprofloxacina	15	22.4	No definido
Doxiciclina	1	1.5	No definido
Ceftriaxona	1	1.5	No definido

Observaciones

Total	3 357	100.0
Mujeres	3 128	93.2
Hombres	229	6.8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de 2007 a 2010 en 13 centros de salud de estaciones de alta movilidad poblacional de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Referencia 28

* Régimen alternativo: son las opciones de tratamiento que podrían estar asociadas con más efectos secundarios o menos datos sobre su eficacia

‡ Over-the-counter: se refiere a medicamentos que pueden ser vendidos legalmente (en Estados Unidos) sin prescripción médica

§ Para estas categorías no fue posible evaluar la correspondencia del tratamiento otorgado con las recomendaciones de los CDC por lo inespecífico del diagnóstico registrado

ITS: Infección de transmisión sexual

CDC: Centers of Disease Control and Prevention, EUA

Sólo 10.2% de los usuarios recibieron el PBA completo (medicamentos, pruebas de VIH y condones). El grupo móvil recibió en mayor proporción dichos insumos; las mujeres recibieron condones y pruebas rápidas en menor proporción que los hombres; los adolescentes y jóvenes recibieron con mayor frecuencia el paquete. En Panamá y Honduras se entregaron con mayor frecuencia dichos insumos frente a El Salvador y Guatemala. No recibieron ni condones ni pruebas rápidas 54.6% de los adultos y 63.9% de los adultos mayores (cuadro III). En relación con la oferta del paquete de atención, de acuerdo con el síndrome diagnosticado se observó que sólo 27.6% de los pacientes con diagnóstico de lesiones ulcerativas en los genitales recibió el paquete completo, mientras que para el resto de los síndromes identificados estas cifras fueron: 16.4% para los pacientes con flujo uretral y 9.7% para las pacientes que acudieron por flujo vaginal.

Los resultados de los modelos probit corroboran las diferencias por sexo, lugar de atención, tipo de población y lugar origen. Ser mujer reduce 4% la probabilidad de

recibir ambos insumos (condones y pruebas rápidas). Tomando como referencia a Guatemala, ser atendido en Honduras o en El Salvador reduce dicha probabilidad 7.6 y 6.9% respectivamente, mientras que haberse atendido en Panamá la eleva 4.4%. Ser trabajador(a) sexual eleva 23.6% la probabilidad de haberse realizado al menos una prueba rápida y además recibir condones; dicha probabilidad es de 8.5% para los migrantes y 7.4% para los comerciantes. Para el resto de la población móvil no existieron diferencias. Finalmente, ser originario del país donde estuvo ubicado el centro de salud se asocia con una probabilidad 2.3% mayor de recibir atención médica.

Discusión

El presente análisis caracterizó a la población usuaria de servicios de salud fronterizos de Centroamérica por alguna ITS. Los resultados sugieren la existencia de heterogeneidad en la atención por país de localización del centro de salud, género, tipo de población y de acuerdo

Cuadro III
REALIZACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS DE DETECCIÓN DE VIH Y ENTREGA DE CONDONES POR GRUPO POBLACIONAL.
CENTROS DE SALUD EN ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2007-2010

	Recibieron medicamentos								Total
	Paquete básico incompleto						Paquete básico completo		
	Sólo medicamentos		Más prueba de VIH		Más condones		Prueba de VIH y condones		
	%	valor p	%	valor p	%	valor p	%	valor p	
Total (N = 3 357)	53.1		5.8		30.8		10.2		100
Tipo de población									
Residente (N = 2 219)	58.8	0.000	5.4	0.166	28.4	0.000	7.4	0.000	100
Móvil (N = 1 138)	42.1		6.6		35.6		15.7		100
Sexo									
Mujeres (N = 3 128)	53.7	0.016	5.2	0.000	31.3	0.030	9.8	0.001	100
Hombres (N = 229)	45.4		13.5		24.4		16.6		100
Grupo de edad (años)									
Adolescentes (10-14; N = 18)	38.9	0.008	16.7	0.000	33.3	0.332	11.1	0.007	100
Jóvenes (15-24; N = 1 064)	49.5		8.2		29.5		12.8		100
Adultos (25-59; N = 2 214)	54.6		4.5		31.7		9.2		100
Adultos mayores (60 o más; N = 61)	63.9		8.2		22.9		4.9		100
País de atención									
Guatemala (N = 518)	60.8	0.000	10.2	0.000	6.2	0.000	22.8	0.000	100
Honduras (N = 551)	41.0		0.4		57.0		1.6		100
Nicaragua (N = 260)	17.7		0.0		75.4		6.9		100
Panamá (N = 1 320)	52.2		9.3		24.2		14.2		100
El Salvador (N = 708)	71.6		2.4		24.4		1.5		100
Síndromes identificados									
Úlcera genital (N = 134)*	18.7	0.000	37.3	0.000	16.4	0.000	27.6	0.000	100
Flujo vaginal (Mujeres, N = 2 425)‡	54.0		4.5		31.8		9.7		100
Flujo uretral (Hombres, N = 159)§	47.8		11.3		24.5		16.4		100

* Incluye sífilis y otras enfermedades causantes de úlceras genitales

‡ Incluye vaginosis bacteriana, candidiasis, gonorrea, trichomoniasis y otras enfermedades causantes de flujo vaginal

§ Incluye gonorrea, trichomoniasis y otras enfermedades causantes de flujo uretral

Nota: Valor p calculado a partir del estadístico de ji cuadrada a 95% de confianza. Las diferencias estadísticas corresponden a cada servicio recibido y grupo poblacional reportado

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de 2007 a 2010 en 13 centros de salud de estaciones de alta movilidad poblacional de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Referencia 28

con la oferta de pruebas de diagnóstico rápido de VIH y entrega de condones. Son las mujeres, los adultos (de 25 a 59 años), los nacionales y la población residente en las localidades donde se ubican los centros de salud los principales utilizadores de servicios de prevención y tratamiento de ITS en estas zonas fronterizas.

La evidencia presentada sugiere que la cobertura de los diferentes componentes del PBA, propuesto como

parte del proyecto mesoamericano, es aún muy baja. Se documenta una elevada proporción de personas a quienes sólo se le ofreció medicamentos, sin medidas de prevención secundaria. En los escenarios en que sí se ofrecieron servicios preventivos, los niveles de cobertura con las pruebas de detección de VIH difieren según el país de ubicación del centro de salud (Panamá y Guatemala con mayor cobertura y Nicaragua con cobertura nula).

Cuadro IV
FACTORES ASOCIADOS CON LA PROBABILIDAD DE QUE LOS PACIENTES RECIBAN EL PAQUETE BÁSICO COMPLETO
DE ATENCIÓN DE ITS. CENTROS DE SALUD EN ZONAS FRONTERIZAS DE CENTROAMÉRICA, 2007-2010

	<i>Modelos probit, efectos marginales reportados</i>			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Mujer	-0.068* [0.025]	-0.020 [0.018]	-0.050‡ [0.024]	-0.041§ [0.023]
Grupo de edad (años) (Ref. adolescentes, 10-14 años)				
Joven (15-24)	0.010 [0.071]	0.016 [0.060]	0.009 [0.056]	0.004 [0.053]
Adulto (25-59)	-0.025 [0.073]	0.004 [0.056]	-0.002 [0.054]	-0.006 [0.053]
Adulto mayor (60 o más)	-0.061 [0.043]	-0.026 [0.049]	-0.023 [0.047]	-0.024 [0.044]
País de atención (Ref. Guatemala)				
Honduras		-0.104* [0.007]	-0.075* [0.008]	-0.076* [0.008]
Nicaragua		-0.063* [0.008]	-0.015 [0.018]	-0.021 [0.016]
Panamá		-0.040* [0.010]	0.061* [0.018]	0.044‡ [0.017]
El Salvador		-0.116* [0.008]	-0.067* [0.011]	-0.069* [0.011]
Tipo de población (Ref. residente)				
Trabajador(a) sexual			0.237* [0.037]	0.236* [0.038]
Migrante			0.076‡ [0.036]	0.085‡ [0.037]
Comerciante			0.079* [0.030]	0.074‡ [0.029]
Trabajador(a) agrícola			0.025 [0.029]	0.027 [0.029]
Otro			0.003 [0.024]	-0.022 [0.020]
Condición de origen: nacional				0.023‡ [0.011]
Observaciones	3 357	3 357	3 357	3 357
Pseudo R2	0.010	0.113	0.149	0.148
Log pseudolikelihood	-1 099	-984.4	-944.0	-914.7
AIC	2 207	1 987	1 916	1 859

§ $p < 0.01$ ‡ $p < 0.05$ § $p < 0.1$

Nota: Errores estándar robustos en corchetes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de 2007 a 2010 en 13 centros de salud de estaciones de alta movilidad poblacional de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Referencia 28

En relación con la entrega de condones (estrategia preventiva más utilizada), destacaron Nicaragua y Honduras por sus niveles superiores de cobertura. Ello refleja gran heterogeneidad en la práctica médica en los centros de salud incluidos en el estudio, a pesar de que contaron con los recursos e insumos necesarios para la atención integral a los pacientes, según el PBA propuesto. Igualmente, el presente análisis sugiere que, en general, las prescripciones realizadas en los centros fronterizos de salud corresponden con las recomendaciones internacionales de tratamiento y atención.

En la muestra analizada, son las mujeres las mayores usuarias de los servicios de salud fronterizos para la atención a las ITS. Pese a ello, el presente estudio documenta que son los hombres los que tienen mayor probabilidad de recibir el paquete de atención completo. Al contrastar los hallazgos con los encontrados en la Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la Frontera México-Guatemala, 2009-2010,³⁰ se identifica que las mujeres migrantes en tránsito por México reportan en mayor proporción antecedentes de haberse realizado la prueba de VIH previamente, lo cual se explica posiblemente por un marcado enfoque de género de los programas de prevención de VIH, en los lugares de origen, orientado quizás a la prevención de la transmisión vertical.^{30,31}

Los resultados de este análisis refuerzan la necesidad de insistir en estrategias que reconozcan la elevada vulnerabilidad de las mujeres en contextos de movilidad poblacional, al poder ser objeto de acoso, violencia sexual e incluso verse obligadas a incurrir en prácticas de "sexo transaccional".³¹⁻³⁵ De esta forma, las condiciones particulares en las que ocurren las relaciones sexuales en el grupo de poblaciones móviles también se ven influenciadas por nociones de desigualdad de género y por las normas sociales que colocan a las mujeres en situación de desventaja, limitando su capacidad para la negociación de relaciones sexuales protegidas, acceso a servicios de salud y a otras redes sociales que podrían reducir su vulnerabilidad.³⁶

Adicionalmente, el hallazgo que logra el presente análisis de coberturas tan bajas en la oferta de pruebas de detección de VIH y de condones, pese a las garantías de provisión por parte del proyecto, demuestra que los objetivos de reforzamiento de las capacidades de respuesta en los centros de salud están aún muy lejos de alcanzarse. Ello revela serias limitantes de la capacidad de respuesta oportuna y eficiente de los sistemas de salud para implementar exitosamente intervenciones de prevención y control de las ITS, incluyendo el VIH/sida, en poblaciones móviles. Esta realidad se vuelve

aún más preocupante al considerar que son los nuevos riesgos que enfrentan estas poblaciones los que definen la incidencia de estas enfermedades entre los grupos móviles y migrantes.^{30,37}

Esto no es lo único, pues la evidencia mostrada en este estudio sugiere que no basta con incrementar las capacidades de provisión de servicios para modificar las prácticas de atención; éstas se encuentran profundamente enraizadas en el contexto sociocultural del perfil de atención de ITS altamente relacionadas con nociones y prejuicios socioculturales, situación que se agrava en zonas de alta movilidad poblacional.

Por otra parte, si bien el manejo sindrómico utilizado para el diagnóstico clínico de las ITS en el presente estudio cuenta con múltiples ventajas (efectividad, eficiencia, facilidad para la estandarización del manejo de las ITS, aplicabilidad en todos los niveles de atención, contribución al uso racional de los antibióticos, retraso y reducción de la aparición de resistencia antimicrobiana, entre otras), tampoco está exento de limitaciones. Este estudio muestra, por ejemplo, la necesidad de fortalecer la evidencia sobre la verdadera utilidad de este abordaje en contextos de gran movilidad poblacional. Se requiere demostrar si en estos contextos el desempeño del método de diagnóstico sindrómico muestra mejores indicadores de sensibilidad y especificidad que en análisis desarrollados en población general y, adicionalmente, estimar la magnitud de las fallas diagnósticas por curso asintomático de algunas ITS (como infección por clamidias, trichomoniasis y gonorrea).

Estos hallazgos orientan a los tomadores de decisiones para fortalecer las estrategias de prevención y tratamiento de ITS en zonas fronterizas de Centroamérica. Se requiere de una mayor comprensión de los condicionantes de la práctica clínica diferenciada de acuerdo con género y tipo de población. Adicionalmente, se requieren desarrollar mecanismos efectivos para fortalecer la toma de decisiones, basados en un enfoque de género y un modelo integral de manejo que garanticen buenas prácticas de prescripción médica y prevención acorde con las recomendaciones internacionales. Finalmente, los gobiernos de la región deberán hacer esfuerzos extraordinarios para que, de forma articulada y eficiente, se garanticen los insumos necesarios para aumentar la cobertura de los servicios de prevención y tratamiento de las ITS en las zonas fronterizas de la región centroamericana.

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

Referencias

1. Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflictos [en internet]. Sin ciudad: RHSRC, Women's commission for Refugee Women and Children; 2004 [consultado 31 de octubre de 2011]. 134 pp. Disponible en: http://www.rhrc.org/resources/sti/sti_spanish.pdf
2. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. Romper la cadena de transmisión [en internet]. Ginebra: OMS; 2007 [consultado 1 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf
3. World Health Organization [sitio de internet]. Sexually transmitted infections, Fact sheet núm. 110. WHO, agosto de 2011 [consultado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en>
4. Centers for Disease Control and Prevention. The role of STD prevention and treatment in HIV prevention. Fact Sheet. Sin ciudad: CDC; diciembre de 2007 [consultado 1 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://www.cdc.gov/std/hiv/stds-and-hiv-fact-sheet.pdf>
5. Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW. Population-based biomedical sexually transmitted infection control interventions for reducing HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews marzo de 2011;(3):CD001220.
6. Reproductive Health Response in Conflict Consortium, Women's Refugee Commission on behalf. Guidelines for the care of sexually transmitted infections in conflict-affected settings [en internet]. RHRC; 2004 [consultado 1 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.rhrc.org/resources/sti/sti_guidelines_part1.pdf
7. Infante C, Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Cuadra SM, Bronfman M. VIH/sida y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. Migración y Desarrollo 2004;(2):45-53.
8. Leyva R, Caballero M. Contextos de vulnerabilidad: migración e ITS y VIH/sida. En: Leyva R, Caballero M, ed. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/sida en mujeres compañeras de migrantes. México: INSP; 2009:19-26.
9. Leyva R, Erviti J, Bronfman M, Gasman N. Consumo de medicamentos en farmacias privadas: los medicamentos inseguros. En: Bronfman M, Castro R, coord. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México: Edamex; 1999:493-508.
10. Van der Geest S, Whyte SR. The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht, Holanda: Kluwer Academic Publishers; 1988.
11. Igun UA. Why we seek treatment here: Retail pharmacy and clinical practice in Maiduguri, Nigeria. Soc Sci Med 1987; 24:689.
12. Leyva-Flores R, Bronfman M, Erviti-Erice J. Clientes ficticios en farmacias: conducta prescriptiva de los dependientes de farmacias. Fármacos 2002;5:60-69.
13. López-Torres Z, Ochoa-Marín SC, Alcaraz-López G, Leyva-Flores R, Ruiz-Rodríguez M. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y sida en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería 2010;28:11-22.
14. Caballero M, Leyva R. Los que se van y las que se quedan: sexualidad y vulnerabilidad a ITS y VIH/sida en la migración. En: Mendizábal-Bermúdez G, coor. La equidad de género en los derechos sociales. México: Fontamara, UAEM; 2010:177-197.
15. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: Research for action. AIDS 2002;16 suppl. 3:S42-S49.
16. Pan American Health Organization [sitio de internet]. Health Systems Strengthening. PAHO/WHO [actualizado 4 de junio de 2009] [consultado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=992&Itemid=909
17. 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.
18. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services. Reprod Health Matters 2001;9:170-183.
19. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. Rev Panam Salud Publica 2004;16:211-217.
20. Fosados R, Caballero-Hoyos R, Torres-López T, Valente TW. Condom use and migration in a sample of Mexican migrants: Potential for HIV/STI transmission. Salud Publica Mex 2006; 48:57-61.
21. Sánchez-Domínguez MS, Leyva-Flores R, Caballero-García M, Infante-Xibille C. Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centroamérica. Migración y Desarrollo 2010; 7:155-178.
22. Kendall T. La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el sida. En: Magis-Rodríguez C, Barrientos-Bárceñas H, editores. VIH/sida y Salud Pública Manual para persona de salud. México: Ssa, Censida, INSP; 2009.149-160.
23. Ministerio de Salud y Provisión Social de Bolivia. Guía del manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual [en internet]. Agosto de 2001 [consultado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/net17597.pdf>
24. Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Manual para abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sintomático [en internet]. Guatemala: Gobierno de la República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública; 2007. [consultado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://psynmi.org/portal.mspas.gob.gt/images/stories/proteccion_de_la_salud/vih-sida/Infecciones%20sexuales1.pdf
25. Secretaría de Salud. Manual para capacitadores en el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual [en internet]. México: Ssa, Censida; 2004. [consultado 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/atencion.html>
26. Ministerio de Salud de Chile, Comité Normas Infecciones de Transmisión Sexual. Normas de manejo y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Primera parte. Rev Chil Infect 2009;26:174-190.
27. Clark JL, Lescano AG, Konda KA, Leon SR, Jones FR et al. Syndromic management and STI control in urban Peru. PLoS ONE 2009;4:e7201.
28. Instituto Nacional de Salud Pública. Proyecto Mesoamericano de Atención Integral en Poblaciones Móviles: Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/sida en poblaciones móviles de Centroamérica. Informe técnico final. Cuernavaca, México: INSP; 2011.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. Atlanta: CDC; diciembre de 2010 [consultado 31 de octubre de 2011]; 59(RR-12). Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf>
30. Leyva-Flores R, Quintino F, Guerra G, Infante C, Cerón-Díaz M, Domínguez J. Migración y vulnerabilidad social en grupos móviles y migrantes: estrategias de atención en la frontera sur de México. En: Leyva-Flores R, Guerra Germán. Fronteras y salud en América Latina: migración, VIH/sida, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. INSP: Cuernavaca, México; 2011:151.
31. Leyva R, Caballero M, Dreser A, Cuadra SM, Hernández Rosete D, Bronfman M. Guatemala, Tecún Umán. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centro América. Cuernavaca, México: INSP; 2004:197.
32. Aráuz R, Ortellez P, Morales A, Guevara MA, Shedlin MG. Sexo inseguro. Investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al sida en Nicaragua. Managua: Fundación Nimehuatzin; 1997.
33. Gregorio GC. Migración femenina: su impacto en las relaciones de género. Madrid: Nancea; 1998:285.

34. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. Migration, gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico. En: Social Sciences. XIV International AIDS Conference. Barcelona: Monduzzi Editore, 2002:263-267.

35. Pastoral de Movilidad Humana (PMH) San Marcos y Misioneros de San Carlos Scalabrinianos con el apoyo de Catholic Relief Services. Para los que no llegaron... un sueño hecho cenizas. Migrantes deportados en la frontera Guatemala-México. Guatemala, Serviprensa.

36. Bronfman M, Leyva Flores R. Migración y sida en México. En: Córdova Villalobos JA, Ponce de León-Rosales S, Valdespino JL. 25 años de sida en México. Logros desiertos y retos. Cuernavaca, México: INSP, 2008:255.

37. Infante C, Rigoni FM, Velázquez J, Leyva-Flores R, Ramos U. Migrantes en tránsito por México: la casa del migrante en Tapachula, Chiapas. En Leyva-Flores R, Quintino Pérez F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Capítulo V. Cuernavaca, México: INSP, 2011:95.