

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FASE IV, DIRECCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE
PROFILAXIS SEXUAL MEJORADO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
EN LA REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO.**

**Estudio transversal prospectivo en trabajadoras del sexo realizado en
cuatro Centros de Salud de la Ciudad Capital, enero a junio del 2004.**

Miriam Lucrecia Castillo Morales

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Medicina / Maestría de Salud Pública
Para obtener el grado de**

Maestra en Salud Pública con énfasis en Epidemiología

Marzo, 2005

Dr. Joel Eleazar Sical Flores
Revisor

Dra. Lucrecia Méndez Pérez
Asesora

Agradecimientos

Al Grupo Técnico integrado por Licda. Annelise de Salazar, Licda. Ilcia García y Dr. Rembert Díaz del Programa Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA; Dra. Zonia Pinzón, directora de clínica de ITS de la zona 3; Dra. Nicté Pérez de Rojas, directora Clínica de Primero de Julio; Dra. Carmen Rodríguez de Cardona, directora de la clínica de zona 1; Dr. Carlos Salazar y Dra. Mercedes Noemí Moscoso del Centro de Salud de zona 6; así como representantes del Programa Nacional de Salud Reproductiva, Dr. Mario Aguilar de FNUAP y Anabella Sánchez de USAID, quienes aportaron su experiencia técnica para enriquecer el análisis de los datos obtenidos.

A la Dra. Lucrecia Méndez por su asesoría para esta tesis.

Equipo de Campo:

Rosalinda H. de Lucero –supervisora de campo-

Alesty Solís – entrevistadora,

Mónica Corzo- entrevistadora,

quienes trabajaron con profesionalismo y responsabilidad en la etapa de recolección de datos.

Abreviaturas

CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
FHI	Family Health International
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para asuntos de Población
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
ITS	Infección de Transmisión Sexual
ITR	Infecciones del tracto reproductivo
IV	Intravenoso
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no-gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASCA	Proyecto Acción SIDA para Centroamérica
PASMO	Panamerican Social Marketing Organization
PVC	Pruebas voluntaria con Consejería
PNS	Programa Nacional de VIH/SIDA
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PS	Profilaxis sexual
PVVS	Persona que vive con el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadora del Sexo
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VCT	<i>Voluntary counseling and testing</i> (véase PVC Pruebas Voluntarias con Consejería)
VPH	Virus del Papiloma humano
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
Resumen	
I. Introducción	1
II. Antecedentes	4
III. Objetivos	36
IV. Material y métodos	37
V. Resultados	48
Discusión	76
Conclusiones	91
Recomendaciones	93
Referencias bibliográficas	95
Anexos	99

Índice de cuadros

No.	Descripción	Página
Cuadro 1	Descripción de las Clínicas de Profilaxis Sexual incluidas en el estudio	49
Cuadro 2	<i>Número y proporción de trabajadoras del sexo que refirieron haber recibido cada uno de los siguientes temas de la consejería.</i>	55
Cuadro 3	Número y proporción de trabajadoras del sexo que opinaron acerca de la consejería recibida en los centros de salud.	56
Cuadro 4	Número y proporción de trabajadoras del sexo que refirieron conocer cómo prevenir el SIDA	57
Cuadro 5	Proporción de trabajadoras del sexo que respondieron que una ITS puede facilitar la infección por el VIH, desglosado por clínica	61
Cuadro 6	Proporción de trabajadoras del sexo que pudieron mencionar la razón correcta por lo que una ITS aumenta la vulnerabilidad al VIH desglosado por clínica.	62
Cuadro 7	Número y proporción de trabajadoras del sexo que refieren el tiempo transcurrido desde que tuvo su última ITS.	63
Cuadro 8	Uso de condones que las trabajadoras del sexo dan con los clientes y parejas fijas.	64
Cuadro 9	Proporción de trabajadoras del sexo que responden sobre el uso del condón con su pareja, desglosado por clínica	66
Cuadro 10	Número de trabajadoras del sexo que indican razones por las cuales NO son suficientes los condones recibidos en el Centro de Salud.	68
Cuadro 11	Proporción de trabajadoras del sexo que realizaron, adecuadamente, cada uno de los pasos en la colocación del condón	69
Cuadro 12	Proporción de trabajadoras del sexo que realizan todos los pasos para la colocación adecuada del condón, total y desglosado por clínica	70
Cuadro 13	Proporción de trabajadoras del sexo que realizan la revisión de fecha de vencimiento del condón, por clínica.	71

Cuadro 14	Número y proporción de trabajadoras del sexo que comentan al menos tres recomendaciones sobre el cuidado de los condones por clínica	72
Cuadro 15	Total y promedio de número de clientes, número de condones usados y número de condones recibidos en el Centro de Salud	73
Cuadro 16	Total y Promedio de clientes, condones utilizados y condones recibidos en quince días por las trabajadoras del sexo desglosado por clínica.	74
Cuadro 17	Total y Promedio de clientes, condones utilizados y condones recibidos en quince días por las trabajadoras del sexo desglosado por clínica.	75

Índice de gráficos

No.	Descripción	Pagina
Gráfica 1	Incidencia de Secreción Vaginal, por clínica de Profilaxis Sexual	51
Gráfica 2	Incidencia de Sífilis, por clínica de Profilaxis Sexual	52
Gráfica 3	Incidencia de úlcera genital, por clínica de Profilaxis Sexual.	53
Gráfica 4	Incidencia de VIH, por clínica de Profilaxis Sexual.	54
Gráfica 5	Porcentaje de formas de prevención de ITS/VIH/SIDA mencionadas por las trabajadoras del sexo	58
Gráfica 6	Proporción de trabajadoras del sexo que respondieron sobre riesgo aumentado de contraer el VIH si se tiene una ITS.	59
Gráfica 7	Proporción de trabajadoras del sexo que respondieron sobre las razones de tener un riesgo aumentado de contraer el VIH si se tiene una ITS.	60
Gráfica 8	Proporción de trabajadoras del sexo que respondieron sobre las razones por las cuales no usan condón con su pareja	65
Gráfica 9	Proporción de trabajadoras del sexo que respondieron sobre si fueron o no suficientes los condones recibidos en el Centro de Salud	67

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH representan un grave problema de salud pública, no sólo para los grupos de población con comportamiento riesgoso, sino, para sus contactos, quienes se exponen al contagio y a las consecuentes secuelas temporales o permanentes de las ITS. En Guatemala el Ministerio de Salud desarrolla un programa piloto de profilaxis sexual que incluye tres componentes: consejería mejorada, actualización del manejo sintomático de las ITS y una entrega gratuita de suficiente número de condones para asegurar la demanda de las trabajadoras del sexo –TS- que asisten a los centros de salud en la Zona 1, Zona 3, Zona 6 y Primero de Julio.

La presente investigación fue realizada con la finalidad determinar si el programa piloto era eficaz para reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual. Para esto se analizó información epidemiológica, el abastecimiento de insumos y contenidos de la consejería de los centros de salud mencionados; se pasó un cuestionario a 110 usuarias seleccionadas aleatoriamente y se realizó una evaluación de destrezas en la colocación del condón en un dildo. Los datos fueron comparados con los datos de la línea basal realizada por el Ministerio de Salud al inicio de la intervención.

Los resultados del estudio indican que las condiciones de las clínicas, necesitan ser mejoradas para permitir una consejería con mayor privacidad; las TS opinan que el servicio que se les brinda es adecuado. El abastecimiento de reactivos para pruebas de sífilis y VIH, así como los insumos para la implementación del manejo sintomático no fue constante y la incidencia de las ITS no varió significativamente. Sin embargo, hubo un incremento significativo en la proporción de TS que refirieron haber recibido todos los temas de la consejería 95.46% ($p = 0.000$). La calidad de la consejería, medida a través de la comprensión de los temas de consejería, la posibilidad de hacer preguntas y si

resolvieron sus dudas, hubo una mejora significativa en las dos primeras preguntas (99% $p=0.012$ y 94% $p=0.007$) y no hubo cambios en la última. Hubo una caída significativa en el conocimiento relativo a formas de prevención: uso del condón de 96.7% a 90% ($p=0.000$). La relación entre una ITS y el VIH, como un elemento de vulnerabilidad mejoró significativamente de 80% a 94% ($p=0.000$). Finalmente, hubo una mejora de 73% a 91% ($p=0.0009$) los cuales referían que el número de condones recibido era suficiente; así como, que en promedio recibían 6.4 condones por servicio.

A través de la evaluación realizada, se identificaron los elementos que necesitan ser reforzados, éstos son: el uso del condón con la pareja fija, otras formas de prevención además del uso del condón, las destrezas en el uso del condón relacionadas con la revisión de la fecha de vencimiento y recomendaciones de cuidado.

El estudio permitió identificar los componentes exitosos de la Intervención, así como aquellos que necesitan ser mejorados, tomando en cuenta que para implementar una estrategia de salud como lo es la profilaxis sexual, es necesario que ésta se acompañe de un sistema de suministros de insumos y reactivos constantes y suficientes, para permitir el tamizaje regular y sistemático de las usuarias, así como el tratamiento efectivo de las ITS. La consejería es una herramienta importante en el cambio de conocimientos y prácticas positivas en las TS, por lo que debe continuar y ser fortalecida en los aspectos que no mejoraron. Se debe evaluar, cuidadosamente, el número de condones que se está entregando, ya que se documentó que hay un sobre-abastecimiento del mismo a las TS.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Las ITS representan un alto riesgo para quienes la sufren, no solamente por los efectos a su salud, sino, son también, una condición de vulnerabilidad ante el Virus de la Inmunodeficiencia Humana –VIH-. En Guatemala, a pesar de que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica tiene deficiencias, se han podido detectar Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- en todos los departamentos del país, en población ladina e indígena, en áreas rurales y urbanas y de todos los niveles socioeconómicos. (35) Cuando las ITS se presentan en trabajadoras del sexo –TS-, debido al alto número de contactos sexuales que estas personas tienen (clientes), se establecen puentes de transmisión de ITS incluyendo el VIH entre población que practican conductas de alto riesgo y la población general.

En repetidos estudios se ha encontrado que persiste una alta incidencia de ITS en la población de mujeres trabajadoras del sexo. Por ejemplo, en la Clínica de profilaxis sexual de la zona 3, consistentemente, se observa una prevalencia de sífilis de 7 y 12%; de secreción vaginal del 7-11%, herpes virus del 7-9%. (35) El estudio Multicéntrico de prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en mujeres trabajadoras del sexo, se encontró una prevalencia de 10.3% de sífilis, 7.6% de tricomoniasis y de 4% de VIH.(48) La detección temprana y el tratamiento oportuno de las ITS, así como la promoción y provisión de condones, representan dos de las principales estrategias para prevenir la transmisión de ITS, incluyendo el–VIH-. (11)

En Guatemala, el Ministerio de Salud está desarrollando un programa piloto de profilaxis sexual mejorada que incluye tres componentes: consejería renovada, actualización del manejo sindrómico de las ITS y la entrega gratuita de suficiente número de condones para asegurar la demanda de las trabajadoras del sexo

que asisten a los centros de salud en la Zona 1, Zona 3, Zona 6 y Primero de Julio. De resultar adecuada la estrategia, se lograría no sólo proteger a la población meta, sino también, evitar que sirvan de puente para transmitir las ITS a otras poblaciones. Además, el Ministerio podría considerar ampliar esta iniciativa a otras clínicas del país con el propósito de lograr reducir, significativamente, la incidencia de ITS en esta población de alto riesgo.

La presente investigación fue realizada con el objetivo de evaluar la eficacia de este programa piloto en reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual en la población de trabajadoras del sexo, así como medir cambios en el nivel de conocimientos en la prevención de ITS y de destrezas en la colocación adecuada del condón.

La metodología incluye entrevistas al personal de salud, visitas de observación a los centros de salud de zona 1, zona 3, zona 6 y Primero de Julio, un cuestionario dirigido a las trabajadoras del sexo para evaluar su satisfacción con los servicios, sus conocimientos sobre prevención de ITS y una guía de observación para evaluar las destrezas en la colocación del condón en un dildo. A todo esto se suma la recopilación de datos epidemiológicos provenientes de las clínicas y de la Dirección de Área de Salud del departamento de Guatemala.

Los resultados indican que las condiciones de las clínicas deben ser mejoradas y el abastecimiento de reactivos para sífilis y VIH necesitan ser constantes, así como los insumos para la implementación del manejo sintomático de manera adecuada. Hubo un incremento significativo en la proporción de TS que refirieron haber recibido todos los temas de la consejería 95.46% ($p = 0.000$). La calidad de la consejería, tuvo también una mejora significativa en la comprensión de los temas de consejería, la posibilidad de hacer preguntas (99% $p = 0.012$ y 94% $p = 0.007$). La relación entre una ITS y el VIH, como un elemento de vulnerabilidad, mejoró significativamente de 80% a 94% ($p = 0.000$). Finalmente, hubo una mejora de 73% a 91% ($p = 0.0009$) las cuales referían que el número

de condones recibido era suficiente, así como que en promedio recibían 6.4 condones por servicio.

Los elementos identificados que necesitan reforzarse son, el conocimiento relativo a formas de prevención: uso del condón que tuvo una baja significativa de 96.7% a 90% ($p= 0.000$), otras formas de prevención como la que se realiza de madre a hijo durante el embarazo y el uso del condón con la pareja fija, otras formas de prevención además del uso del condón, las destrezas en el uso del condón relacionados con la revisión de la fecha de vencimiento y recomendaciones de cuidado.

Se espera que los resultados del presente estudio ayuden a visualizar las acciones que han sido efectivas, así como señalar las áreas que necesitan ser mejoradas, para que el programa de profilaxis sexual cumpla su cometido en beneficio de las usuarias de los programas, sus clientes y la población general.

Capítulo II

Antecedentes

A. Las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS–

Las siglas ITS se emplean para referirse a las infecciones de transmisión sexual, las cuales, como indica su nombre, se propagan por medio de las relaciones sexuales. Se habla de infecciones (ITS) y no de enfermedades de transmisión sexual (ETS) ya que muchas de ellas están presentes en forma asintomática en 8 de cada 10 mujeres y en 5 de cada 10 hombres.

A través de la historia, las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS– por mucho tiempo llamadas: “enfermedades venéreas”, han sido conocidas ampliamente. Los textos refieren casos en personajes ilustres como Enrique VIII, Iván "El Terrible" de Rusia, Franz Liszt, Federico Nietzsche, Vicente Van Gogh, Francisco de Goya y el dictador Benito Mussolini, entre otros. Incluso se han reportado epidemias de Sífilis que han dejado huella en la historia del ser humano, como la ocurrida durante los siglos XV y XVI que arrasó Europa y dió como resultado miles de muertos (33). Por su parte, el SIDA, es una entidad nueva y mortal (el primer caso fue declarado en 1981), aunque ahora se sabe de numerosos casos desde el inicio del Siglo XX.

Las ITS causadas por más de 30 diferentes agentes, continúan siendo un problema de salud pública en el mundo; son más frecuentes en adultos jóvenes, solteros y del área urbana, pero nadie con vida sexual activa está exento de sufrirlas si no toma medidas preventivas. Además, las ITS pueden producir complicaciones o secuelas tanto en hombres, como en mujeres y niños, siendo algunas de ellas: enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad en ambos sexos, cáncer de pene o de cérvix, complicaciones del embarazo y del parto, malformaciones congénitas y mayor riesgo de transmitir o infectarse por el VIH como ya lo han demostrado varios estudios (25).

Estimaciones de la OMS (41) indican que, todos los años ocurren en el mundo 340 millones de nuevos casos de ITS consideradas curables (Sífilis, gonorrea, Clamidia y tricomoniasis, las más frecuentes), de éstas, 38 millones ocurren en Latinoamérica y El Caribe, correspondiendo 2.2 millones a Centro América. El Cuadro No. 1, presenta el porcentaje de incidencia en las diferentes regiones del mundo. (42)

Cuadro 1

Incidencia mundial estimada de ITS en personas de 15 a 49 años. 1995

Región	Porcentaje
Norteamérica	2-3
América Latina y El Caribe	7-14
Europa Occidental	1-2
Europa Oriental y Asia Central	3-8
Asia Oriental y el Pacífico	1-2
Australia	1-4
África del Norte y Medio Oriente	4-7
África del Sur del Sahara	11-35

De las ITS no curables, a nivel mundial se ha documentado que el 25% de la población está infectada con el Virus del Papiloma Humano –VPH-. En Centro América se estiman 140,000 nuevas infecciones, lo que provocará alrededor de 5,000 nuevos casos de cáncer Cérvico-uterino y 1,500 muertes anuales. Del virus del Herpes, se estiman 140,000 nuevos casos al año, de los cuales solamente el 10% presenta síntomas. Por su parte, el virus del VIH, reporta para la región centroamericana 40,926 casos SIDA (2004) y un poco más de 190,000 personas infectadas con el VIH, con una incidencia acumulada de 97 personas por cada 100,000 habitantes. (46)

En el departamento de Guatemala se reportaron para el año 2003 11 casos de Chancro blando, 565 Tricomoniasis, 91 papilomatosis, y 1474 casos de Herpes; no registra casos VIH, únicamente casos SIDA, que para ese año reportaron 77 casos (5). En 2002 se registraron 327 casos de sífilis.

Las ITS se manejan principalmente, a través de los programas de profilaxis sexual dirigidos a la población de TS. Los registros de incidencia son reportados dentro de reporte de morbilidad prioritaria.

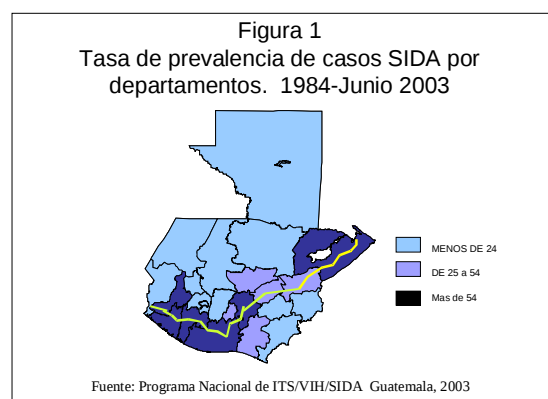
Existe solamente una clínica en todo el país especializada en el tratamiento de las ITS. La clínica utiliza el enfoque sindrómico y utiliza algoritmos desarrollados y validados en Honduras y adaptados al país (2002). Más del 90 por ciento de sus clientes son TS y atienden un promedio de 70 personas al día. Algunos otros centros de salud (unos 40 en todo el país) ofrecen servicios de profilaxis a las TS, el resto no atiende esta población.

Cada centro sanitario decide los medicamentos para el tratamiento de las ITS que desean solicitar. Algunos no solicitan ningún medicamento porque no han descubierto evidencias de la presencia de ITS en su zona. Otros no han podido adquirir fármacos suficientes como para cubrir la demanda local (49).

El Programa de Vigilancia Epidemiológica reconoce que el reporte de ITS tiene un alto subregistro, debido en parte a que algunos centros de atención reportan el diagnóstico sindrómico y otros el etiológico. En el año 2,002, el Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en TS reportó una prevalencia de Sífilis en TS de la capital de 10.4% y de 7.6 para tricomoniasis (48).

Para junio del 2004 la prevalencia de SIDA era de 7,054 casos y su distribución se ve claramente en el mapa adjunto (Figura 1) en donde se observa que se han reportado casos de SIDA en todo el país y cuáles son los departamentos más afectados.

La mayor presencia de casos sigue el curso de las dos rutas de transporte más importantes del país: desde la frontera con



México, siguiendo el litoral del Pacífico hasta la frontera con El Salvador en el Sudeste, y desde la costa del Pacífico hasta la costa del Atlántico en el Noreste.

Hasta ahora, la epidemia del SIDA en Guatemala se ha centrado en varones jóvenes de las ciudades urbanas. En el departamento de Guatemala se contabiliza el 42 por ciento de todos los casos. El índice de casos entre varones y mujeres es de 2.2:1. En el 86 por ciento de los casos, es atribuido a la transmisión por contacto sexual (35).

Guatemala ocupa el segundo lugar de Centroamérica en número de casos de SIDA (después de Honduras). El Programa Nacional del SIDA reconoce un subregistro de hasta el 50%, por lo que el número real de casos es, probablemente el doble. Aunque el primer caso de SIDA se descubrió hace 20 años, el 51 por ciento de todos los casos hasta la fecha, han sido notificados durante los tres últimos años. En el año 2002, se realizó un estudio de proyecciones, para tratar de cuantificar el número de personas infectadas, calculando que en Guatemala hay aproximadamente, 45,000 VIH positivas (44).

B. Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA

Los elementos básicos para la lucha contra las ITS y el VIH/SIDA se deben basar en la existencia de sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan proporcionar información necesaria en el momento y el lugar oportuno para ejecutar las medidas recomendadas. La vigilancia epidemiológica de segunda generación es un sistema que adiciona la vigilancia de comportamientos a la tradicional vigilancia serológica del SIDA y las ITS e incorpora a la vigilancia biológica otras fuentes de información (notificación de casos de SIDA, notificación de casos de VIH, notificación de casos de ITS, y certificados de defunción).

En Guatemala, la vigilancia epidemiológica de las ITS, básicamente está reglamentada para la Sífilis congénita (notificación obligatoria). Las otras ITS no son reportadas de manera regular y, cuando se hace, los diagnósticos son mixtos derivados del manejo sindrómico (la mayoría) y en otros casos etiológicos (donde cuentan con laboratorio y recursos para hacerlo). El sistema de vigilancia de las ITS no está sistematizado en términos de definiciones, variables, formularios y flujo de información.

La definición de caso SIDA utilizada en Guatemala, es la de CDC (modificada para el país en el 2002), la vigilancia de los casos de SIDA e infectados por el VIH se desarrolla de manera pasiva, la notificación es obligatoria y el registro de los casos se realiza de manera manual en los niveles locales y regionales hacia una base de datos computarizada en el nivel central, que a la fecha se encuentra actualizada. En el 2003 se validó un algoritmo diagnóstico utilizando pruebas rápidas para el diagnóstico, y para confirmación, un ELISA de tercera generación; sin embargo, éste no se ha implementado a nivel nacional. Los controles de calidad se realizan en el Laboratorio Nacional de Referencia del MSPAS.

Recientemente, en un estudio dirigido por el Banco Mundial, se identificaron como de mayor riesgo en la cadena de transmisión del VIH: las poblaciones de Hombres que tienen sexo con hombres –HSH-, y trabajadoras del sexo –TS-, personas privadas de la libertad, jóvenes en riesgo de exclusión o en la calle, y personas mayores de 15 años con antecedentes de ITS y aunque la población indígena supera el 45% de la población del país, no se ha demostrado un riesgo mayor que el establecido para la población general. (3)

La diversidad de condiciones y contextos del país hace necesaria la realización de estudios especiales que permitan medir, entre otras cosas: la relación del VIH con las ITS, identificar a las poblaciones que están sirviendo como puente de las ITS a la población general, estudios en sub-poblaciones específicas p.e.

Garífuna, si existe o no una feminización de la epidemia, poblaciones móviles y poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad. También se ha cuestionado, si en los últimos años está habiendo una ruralización de la epidemia.

C. ITS como problema de Salud Pública

Las actividades para el control de ITS están limitadas por varios factores y en prácticamente, todos los países, es urgente un abordaje de salud pública más amplio para su control efectivo y, sobre todo, para el control de la infección por el VIH, la principal y más devastadora ITS.

La experiencia en programas de control de ITS enseña que para reducir los altos índices de ITS se requiere de una estrategia integral que incluya prevención y tratamiento. Dicha estrategia comprende elementos como, asegurar diagnóstico y tratamiento efectivo, alentar la adherencia al tratamiento y el tratamiento de las parejas, y evitar la re-infección. Sin embargo, es igualmente importante evaluar el acceso a los servicios, ya que un servicio tecnológicamente avanzado, tendrá muy poco impacto sobre la prevalencia de ITS, si a éste no llegan los y las afectadas, sobre todo, aquellos usuarios que tienen mayor probabilidad de adquirir la infección y transmitirla a otras personas. (2)

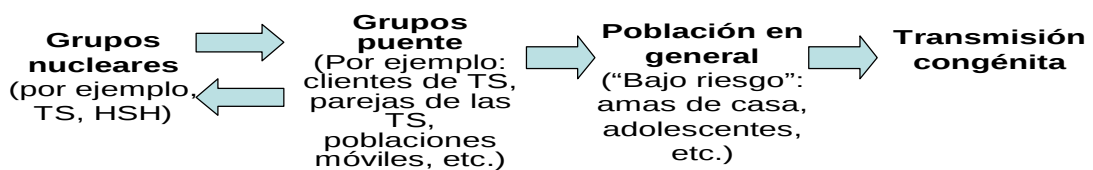
En la figura 2, se muestra un modelo de la dinámica de transmisión de ITS que se utilizó con éxito para guiar los esfuerzos de control de ITS en Tailandia a finales de la década de los 80'. (16)

Según estos análisis, la mayoría de las ITS se transmitieron en encuentros sexuales comerciales en burdeles. Aunque los clientes masculinos de las TS también actuaron como puentes de infección para la población en general, se sostuvo que tales infecciones secundarias podrían decrecer si los esfuerzos de

control se concentraban en reducir la transmisión de ITS en los encuentros sexuales comerciales.

Figura No. 2

Modelo de la dinámica de transmisión de ITS



Fuente: FHI/IMPACT, ITS: un marco de trabajo estratégico. Jun.2002

La tasa de ITS en ese país decreció dramáticamente, tras la implementación de dos años de un programa que fortalecía la prevención y el tratamiento de ITS entre las TS y sus clientes.

Otros programas comienzan desde la perspectiva de la población con ITS y analizan las barreras para un tratamiento efectivo. Como modelo, plantea que es más útil indicar las áreas en las que los servicios mejorados podrían maximizar la proporción de casos de ITS manejadas efectivamente (Cuadro 2).

Existe también la propuesta de un abordaje a “comportamientos” en lugar del abordaje “biomédico”, en donde se plantean tres áreas de trabajo: a) prevenir la exposición a las ITS (retrasando el inicio de la actividad sexual, promoviendo menos parejas, fidelidad, entre otros); b) reducir la eficiencia de la transmisión (prácticas de sexo más seguro, uso de condones, microbicidas e inmunización para la Hepatitis B, por ejemplo); y c) reducir la duración del periodo de infecciosidad (con servicios accesibles, aceptables y efectivos para el diagnóstico precoz y oportuno de las ITS). (2)

Cuadro 2 Modelo para la provisión de servicios de ITS

Barreras para el control de ITS ▪ La mayoría de las personas con ITS son asintomáticas o desconocen su riesgo ▪ La mayoría de las personas con síntomas se niegan a buscar atención o consultar fuentes calificadas ▪ La mayoría de las ITS no se diagnostican en las instalaciones de atención en salud ▪ Las ITS diagnosticadas pueden no ser tratadas correctamente ▪ La re-infección es posible si la pareja no recibe prevención y tratamiento.	Objetivos del Programa ▪ Incrementar la toma de conciencia de síntomas y riesgos ▪ Mejorar el comportamiento de búsqueda de atención a la salud ▪ Detección efectiva de las ITS ▪ Manejo efectivo de los casos ▪ Promoción de tratamiento a la pareja y prevención de re-infección
--	--

D. El manejo de casos de ITS

El tratamiento oportuno y efectivo de las ITS es un componente esencial de los programas de salud. Las metas del manejo de casos es la curación de la enfermedad, la prevención de secuelas y complicaciones, la prevención de la transmisión a otras personas, así como la reducción de la transmisión del VIH. Esto incluye el diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir una mayor diseminación y el desarrollo de complicaciones. Un estudio realizado en Perú mostró que la toma periódica de muestras y el tratamiento confirmado de las ITS, así como la promoción y provisión de condones representa, una factible y efectiva intervención en TS para el control de las ITS. (55)

Sin embargo, en muchos países existen factores limitantes que hacen difícil un manejo efectivo de las ITS, entre estos factores están: el gran número de

infecciones asintomáticas en mujeres, personal de salud no capacitado, falta de medios apropiados para el diagnóstico y la falta de medicamentos efectivos.

Por lo anterior, la OMS ha impulsado el Manejo Sindrómico de las ITS, lo cual, si se implementa de manera adecuada, es una estrategia que pretende lograr un manejo eficaz, accesible, seguro, adaptable a las condiciones particulares de cada región, simple, barato, que disminuye la automedicación, que permite la consejería de los pacientes y el uso racional de los recursos, de tal forma que los pacientes con una ITS recuperan la confianza y encuentran en los servicios de salud la satisfacción a sus expectativas. Este modelo fue acogido por el Ministerio de Salud de Guatemala desde el 2,000 en su Guía de Atención de las ITS. (36)

El Manejo Sindrómico rompe con el paradigma médico del manejo etiológico de las enfermedades, que sin desmeritarlo, en las ITS no estaba funcionando, ya que no tienen cuadros clínicos patognomónicos, las coinfecciones son muy frecuentes y las pruebas de laboratorio para tratar de definir el agente etiológico de cada ITS, generalmente, tienen una sensibilidad insuficiente, son costosas y requieren tecnología que no siempre está disponible y que reduce la accesibilidad a la atención, lo que retarda los diagnósticos, los tratamientos y el control de dichas infecciones.

Este esquema de manejo agrupa las ITS sintomáticas por síndromes, utiliza flujogramas y aplica tratamientos para los patógenos causales más frecuentes conocidos o estimados en cada región, con medicamentos con una eficacia mayor del 95% y preferiblemente en monodosis para garantizar su cumplimiento. El Cuadro 3, indica los pasos básicos para la implementación de este modelo.

Cuadro 3
Pasos para la aplicación del manejo sindrómico

En un paciente que consulta por una ITS la aplicación del Manejo Sindrómico es la siguiente
▪ Elaboración de la historia clínica, identificando la presencia de comportamiento sexual de riesgo ▪ Examen físico ▪ Diagnóstico del síndrome ▪ Tratamiento para el paciente y su(s) contacto(s) sexual(es) ▪ Consejería en reducción de riesgos ▪ Promoción del uso del preservativo ▪ Solicitud de serología para sífilis y ELISA para VIH bajo consentimiento informado.

Las desventajas en la implementación del Manejo Sindrómico de las ITS pueden ser las siguientes: requiere entrenamiento, motivación y validación periódica, no incluye ITS asintomáticas, necesita disponibilidad de medicamentos y puede haber sobre-tratamiento que, teóricamente, aceleraría la resistencia microbiana, aunque los estudios después de varios años han mostrado que no es así.

También se reconoce que en poblaciones con alta prevalencia de ITS (como son las TS) se debe incorporar tamizaje para algunas ITS que suplementen el abordaje sindrómico, debido a la poca descarga vaginal que muchas TS presentan y la alta probabilidad de falsos negativos. Por lo que se recomienda hacer tamizaje con pruebas rápidas de laboratorio, realizadas con una frecuencia a determinar según costos, prevalencia de las ITS, regulación nacional para consultas de las TS etc. Todo esto con el fin de evitar perder falsas negativas para estas enfermedades. (16)

E. El manejo de contactos

El tratamiento de las parejas y otros contactos sexuales de la persona con ITS es un punto fundamental en el manejo adecuado de las ITS. Sin embargo, es difícil realizar la notificación de parejas, debido al estigma asociado con estas infecciones, los costos sociales relacionados y la falta de establecimiento de sistemas que respondan a las necesidades de los usuarios.

Hay que hacer notar que las poblaciones migrantes y la industria del sexo comercial resultan en contactos sexuales anónimos que disminuyen el éxito de los esfuerzos de notificación de contactos.

F. El Condón

La ilustración más antigua que se conoce de un hombre usando un condón durante el acto sexual se halla pintada en la pared de una cueva en Francia, de hace 12,000 a 15,000 años (Parisot, 1987). Sabemos que se han usado los condones como protección contra las infecciones por transmisión sexual desde el Siglo XVI y para prevenir embarazos no deseados desde el Siglo XVIII. (50)

En el estudio realizado por Davis (1999) en parejas heretosexuales serodiscordantes para VIH, con el objeto de evaluar la eficacia del condón en la prevención del VIH, se pudo demostrar que en aquellas parejas que siempre usaron el condón la incidencia era de 0.9% por cada 100 personas al año. Mientras que para aquellas parejas que no usaban el condón siempre, la incidencia era de 6.9% persona/año. La transmisión de hombre a mujer fue de 5.9% y de mujer a hombre de 6.7%. La conclusión a la que llegaron es que el buen uso del condón puede llegar a tener un nivel de protección hasta un 87%, con un rango variable dependiendo de qué tan bien se utilice. (12)

En otra revisión amplia de estudios, se estableció la efectividad de los condones contra los embarazos no deseados y las infecciones por transmisión sexual. Además, se ha demostrado que la información acerca de, y el acceso a los condones, claramente no aumentan la actividad sexual entre los adolescentes (Kirby, 1997; Schuster, et. al., 1998). Un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre 19 estudios, dice que no se halló evidencia de que los programas de educación de la sexualidad resulta en actividad sexual a una edad más temprana o en mayor actividad sexual entre los adolescentes (NCHSTP, 1996). Al contrario, el fácil acceso a los condones anima al uso de ellos entre los jóvenes que ya son, sexualmente activos (Schuster et al., 1998).

En otro estudio realizado en México sobre la prostitución y el SIDA en esa ciudad, encontraron que los factores relacionados con el mayor uso del condón fueron: nivel de escolaridad, no tener hijos, mayor experiencia en el comercio sexual y menor edad. También otro estudio mostró que los condones de látex han demostrado ser efectivos para impedir el paso del gonococo y otros agentes como Clamidia, Treponema, virus del Herpes y el VIH. Para el caso de la gonorrea, la evidencia de la utilidad del condón para proteger de la bacteria se tiene desde finales de los años setenta y principios de los ochenta. (14, 58)

Los condones son eficaces porque bloquean el contacto con los fluidos del cuerpo que causan el embarazo y las infecciones por transmisión sexual. La mayoría de los informes sobre el fracaso del condón es el resultado del uso inconsistente o incorrecto, no su rotura (Macaluso, et. al., 1999). En los EEUU, la verdadera tasa de rotura es de dos por cada 100 condones (CDC, 1998).

Las tasas elevadas de rotura en algunos estudios ocurren porque no se sigue el procedimiento correcto para su colocación. También se ha documentado que muchas personas mienten acerca del uso del anticonceptivo para culpar a un condón "defectuoso" por su falta de responsabilidad. Tales excesos en los reportes aumentan artificialmente las tasas de rotura (Trussell, 1998).

La efectividad del condón en prevenir las infecciones de ITS ha sido demostrado en muchos estudios, sin embargo, hay que hacer notar que su uso debe ser consistente, esto es, siempre y bien utilizado para que sea efectivo. Un estudio realizado en Uganda, demostró que el uso consistente del condón era más frecuente entre hombres jóvenes solteros, con mejor educación y que reportaban múltiples parejas sexuales. Hubo diferencias significativas en la prevalencia de todas las ITS estudiadas (VIH/ Sífilis, gonorrea, Clamidia) en aquellos que lo usaron consistentemente comparado con quienes lo usaban de manera irregular. La conclusión del estudio es que debe enfatizarse el uso consistente del condón para la prevención de ITS incluido el VIH. (29)

En respuesta a la preocupación sobre la calidad de los condones, a nivel mundial se ha establecido la norma COGUANOR NGO 53 010 (para condones masculinos), la cual establece las normas mínimas de calidad que un condón de látex debe tener para que sea efectivo en la prevención de ITS.

Desde hace algunos años está disponible el condón femenino, el cual ha tenido un limitado uso debido principalmente al costo elevado del mismo. Sin embargo, un estudio realizado en Guatemala con TS, demostró una aceptación favorable a su uso y ventajas adicionales respecto de su utilización cuando el cliente no acepta usar un condón masculino y se quiere proteger. (40)

1) Los condones y las infecciones bacteriales

Los condones ofrecen buena protección contra las infecciones bacteriales transmitidas sexualmente como Clamidia, gonorrea, tricomoniasis, y Sífilis (Stone et al., 1999; Judson et al. 1989). Durante la década de los 80, la Clamidia genital se convirtió en la infección bacterial transmitida sexualmente más prevalente en los EEUU, y en 1996 hubo, aproximadamente, 3 millones de casos nuevos, esto hizo de la Clamidia la infección que más se reportó en el país (KFF, 1998).

2) Los condones y las infecciones por virus

Los condones son efectivos contra las infecciones por virus, tales como VIH, Hepatitis B, Citomegalovirus, y el virus del Herpes simple tipo 2, que se transmiten por el semen, los fluidos uretrales y las llagas genitales. (66)

Dadas las serias consecuencias de la infección VIH, gran parte de la investigación de la eficacia del condón se ha enfocado en la transmisión del VIH contra el cual se reconoce que el condón es una barrera altamente efectiva.

En un reciente estudio de parejas en las que uno de los compañeros era VIH positivo, solamente un caso de infección (2 por ciento) ocurrió entre los que permanecieron activos sexualmente y usaron condones consistentemente y de manera correcta. En contraste, la incidencia de la infección del VIH fue 14 por ciento con el uso inconstante (Deschamps et al., 1996). Un estudio similar mostró una tasa de infección del 10 por ciento sin el uso consistente del condón (de Vincenzi, 1994). Un metanálisis de 25 estudios sobre la transmisión del VIH y los condones determinó que las tasas de eficacia variaban entre el 87 y el 96 por ciento contra la infección del VIH (Dais & Weller, 1999).

3) El VPH y el Herpes

Los condones no son tan efectivos para proteger contra virus tales como el Virus del Papiloma humano (VPH) y el virus del Herpes simple (VHS), que infectan el área genital general (CDC, 1998). Aún así, el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades recomienda el uso del condón como una forma de prevenir ambas infecciones (CDC, 1998), ya que los virus del VPH y del Herpes "mudan" más allá del área cubierta y los condones podrían ofrecer una protección parcial y disminuir el riesgo de la infección.

Su uso estuvo directamente relacionado con un más bajo riesgo de contraer la infección del Herpes entre mujeres costarricenses cuyos compañeros usaron condones (Oberle, et al., 1989). Y el no usar condones ha probado ser uno de los factores de riesgo más significativos para condiciones precancerosas relacionadas con el VPH (Wang & Lin, 1996).

G. Relación entre ITS - VIH

Está confirmado que la presencia de otras infecciones de transmisión sexual facilita considerablemente la transmisión y contagio del VIH entre parejas, vía el contacto sexual.

Las ITS que producen úlceras genitales aumentan significativamente las posibilidades de inoculación del VIH cada vez que se tienen relaciones sexuales. Sin embargo, otras ITS aumentan asimismo, el riesgo de transmisión de VIH por contacto sexual, especialmente, si originan inflamación en el tracto genital. En el Cuadro 4, puede verse un resumen de las maneras en las que se facilita la transmisión y contagio por VIH debido a la presencia de una infección: (51)

Cuadro 4
Formas facilitantes de VIH cuando existe una ITS

Tipos de ITS	Incremento del riesgo de transmisión de VIH	Maneras en las que se facilita la transmisión del VIH
ITS que producen úlceras Sífilis Chancroide	De 3 a 9 veces	Como el VIH se transmite y adquiere a través del contacto directo con fluidos corporales, la presencia de llagas abiertas y ampollas/úlceras permite que dicho contacto sea mucho mayor y facilita el acceso del virus al torrente sanguíneo
Virus del Herpes Simple	El doble (del anterior: 5 a 18 veces)	
ITS que producen inflamación Gonorrea Clamidia Tricomoniasis	De 3 a 5 veces	Estas infecciones aumentan el número de células infectadas por VIH que derraman los genitales. Además, las infecciones endocervicales y de la uretra que ocasionan inflamación promueven un intercambio más eficiente de partículas infecciosas
Vaginosis bacterial	De 1.5 a 2 veces	

Valdespino describe una encuesta realizada en población de trabajadoras del sexo, clientes de éstas y hombres con prácticas homosexuales y bisexuales, acompañado de pruebas serológicas para varias ITS. Los hallazgos más importantes se refieren a la gran diferencia que existe entre la incidencia de ITS en estas dos poblaciones. Caracteriza muchas de las prácticas y conductas de riesgo en estas dos poblaciones, que hacen que haya una mayor vulnerabilidad y riesgo a adquirir el VIH. Refuerza el conocimiento de que las ITS favorecen una mayor carga viral de VIH. (61)

En el estudio realizado por Campos y otros autores en el Perú (2003), evaluaron cómo el impacto que los servicios de profilaxis sexual periódicos y técnicamente mejorados y el uso consistente del condón reduce la incidencia de ITS. Los resultados muestran cómo, luego de una intervención de mejora de servicios y la promoción sobre el uso y entrega gratuita de condones, incrementa su uso consistente y también cómo la prevalencia de gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis y vaginosis bacteriana disminuyeron significativamente. (55)

En otro estudio realizado en hombres a quienes les realizaron un examen médico previo a obtener un empleo en Perú, se mostró la presencia de anticuerpos contra gérmenes que producen ITS en aquellos hombres que tenían asociado el antecedente de haber tenido sexo desprotegido con trabajadoras del sexo, estos mismos hombres reportaron también un mayor número de otras parejas sexuales femeninas, representando un “puente” importante para la diseminación de la infección entre las TS y otras mujeres. (55)

Finalmente, Dallabetta (2003) señala la importancia de las ITS asintomáticas como responsables de la extensión en la diseminación de otras ITS como el VIH, así como el rol de las clínicas de ITS en la búsqueda, detección, tratamiento y prevención de las ITS. Especifica los elementos que un monitoreo de servicios de ITS debe contemplar, como son el control de calidad, la presencia de

insumos necesarios, la calidad técnica y humana de los proveedores y el acceso a los servicios (11).

Círculo vicioso de la infección

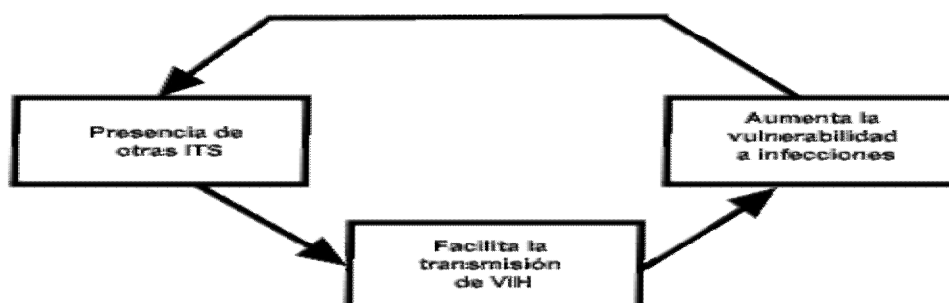
La relación entre el VIH y otras ITS va más allá del aumento en el riesgo de transmisión del VIH. Una persona infectada con VIH, eventualmente, sufre daños en su sistema inmunológico, haciéndole más susceptible a contraer otras infecciones, entre ellas las ITS.

Más aún, en el cliente infectado por VIH, las ITS son más difíciles de tratar y de curar. Por ejemplo, las lesiones ocasionadas por la Sífilis pueden durar más y en el caso del Chancroide, se ha descubierto que el tratamiento de dosis única tiene menos probabilidades de éxito entre los que padecen de inmunosupresión. Los episodios recurrentes de virus de Herpes simple son también más frecuentes y finalmente, las infecciones endógenas por hongos como Cándida, son comunes y difíciles de curar.

Como resultado de la presencia de otras ITS no tratadas y de algunas ITS endógenas, la persona infectada por VIH tiene mayores posibilidades de transmitir este virus por contacto sexual, si no utiliza protección.

En la figura 3 se presenta el círculo vicioso del VIH y de la coinfección de ITS:

Figura 3



En el documento producido por AIDSCAP/Family Health International (1997) hace ver que la tasa de transmisión de la ITS, incluyendo al VIH, está determinada por tres factores (2):

- 1) la tasa promedio de exposición de las personas susceptibles a las personas infectadas;
- 2) la probabilidad promedio de que una persona susceptible adquiriera la infección (la eficiencia media de transmisión), y;
- 3) el tiempo promedio que las personas con infección reciente permanecen infecciosas y hábiles para continuar transmitiendo la infección.

H. Manejo de las ITS como medida para prevenir el contagio por VIH

Con el fin de limitar la morbilidad y mortalidad derivadas de las ITS y del VIH, la prevención es un aspecto crucial. Las estrategias primarias para prevenir la transmisión de las ITS son las mismas que para VIH/SIDA.

Sin embargo, una vez que se ha establecido el contagio, muchas de las demás infecciones de transmisión sexual son curables, mientras que el VIH no lo es. Por lo tanto, el manejo oportuno y adecuado de otras ITS puede ayudar a limitar la pandemia de VIH.

Un ejemplo de la manera en la que el manejo de las ITS más comunes ha disminuido el impacto de la pandemia de VIH es el caso observado en la región Mwanza de Tanzania, en el que el manejo sindrómico de ITS sintomáticas, durante un periodo de dos años, dio como resultado una reducción del 42% en la incidencia de VIH (23).

Rehle resalta la importancia del enfoque de los servicios de atención de ITS en países con limitados recursos y epidemias concentradas como la de Guatemala. Aclara que estos servicios deben ir enfocados a poblaciones de alto riesgo y

vulnerabilidad, especialmente, aquellas que tienen mayores posibilidades de servir de población “puente” para la transmisión de ITS a la población general.

Añade Rehle, que el énfasis debe hacerse en que los programas de atención de ITS se adapten a responder a la heterogeneidad de las ITS y las dinámicas de transmisión, así como a lo limitado de los recursos, infraestructura y personal.
(53)

En el Cuadro 5, se describen las tres etapas en la prevención del VIH, desde la perspectiva del manejo de ITS, que aplican tanto a individuos como a estrategias de políticas de salud.

Cuadro 5

Etapas en la prevención del VIH, desde la perspectiva del manejo de ITS

	Reducir la exposición	Reducir la eficiencia de la transmisión	Reducir la duración del periodo infeccioso
Comportamiento individual	Abstenerse de tener relaciones sexuales Limitar el número de compañeros(as) sexuales. Mantener relaciones monógamas mutuas.	Sustituir prácticas sexuales riesgosas con sexo seguro. Utilizar condones	Solicitar tratamiento inmediato ante la aparición de síntomas de ITS Abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tratamiento. Referir al compañero(a) a tratamiento Apegarse a la terapia recomendada
Política de salud	Limitar la prevalencia de ITS en la población Enfocar en grupos de riesgo Concientizar a la población sobre los métodos de autoprotección	Promover el sexo seguro a través de campañas informativas activas, de alta calidad y con perspectiva de género Aumentar la disponibilidad de condones (p.e. a través de mercadeo social)	Proporcionar servicios accesibles para ITS (p.e. introducir el manejo sintromico para casos sintomáticos) Motivar al compañero(a) a que busque atención médica y tratamiento.

I. El trabajo sexual comercial

La prostitución se define como "la actividad en la que alguien intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien" (43). Es un fenómeno complejo, en el cual está involucrado un grupo heterogéneo de individuos –trabajadores/as sexuales, clientes, dueños o administradores del local, cónyuge, familiares y autoridades- que se organizan en diferentes niveles de acuerdo con el nivel socioeconómico, el sistema social y el manejo de la sexualidad en cada país o región.

El término prostitución se utiliza como sinónimo de trabajo sexual e incluye desde situaciones en las cuales no existe un contacto físico directo con el cliente como sucede con las bailarinas o sujetos dedicados al strip-tease; actividades en las cuales, usualmente, no hay relaciones sexuales con el cliente como es el caso de las "ficheras"; hasta la contratación específica de un servicio sexual en un prostíbulo. Resulta evidente que el riesgo no es homogéneo y que cada una de estas actividades implica un mayor o menor riesgo de infección por las ITS y el VIH. (58)

Ante el surgimiento de la infección por VIH/SIDA como problema de salud pública, se ha discutido el papel de los individuos que ejercen la prostitución en su diseminación. Las mujeres trabajadoras del sexo –TS- están en alto riesgo de infección por VIH, y sus clientes pueden actuar como un "puente" entre poblaciones diseminando la infección del VIH a la población general. La vigilancia epidemiológica debe tener fuertes vínculos con intervenciones de prevención dirigidas a TS, así como la atención de las ITS y la re-educación para promover prácticas sexuales más seguras. (22)

En Guatemala está vigente el sistema reglamentarista de control de la prostitución, su reglamento data de 1986, y a juicio de la autora de este estudio, pone en evidencia el refuerzo a actitudes moralistas contra las

prostitutas, donde les obliga a registrarse, a usar un carné como constancia de su control, someterse a exámenes ginecológicos periódicos y mostrar su carné de control a toda autoridad que se la requiera (artículo 18); además de ser discriminatoria, ya que no incluye dentro de sus regulaciones de control de profilaxis sexual, a los hombres trabajadores sexuales, mujeres casadas, mujeres con impedimentos físicos (artículo 21). Por otro lado, en el artículo 23, somete a este control a toda aquella mujer que trabaje en bares, cantinas, como meseras, artistas, bailarinas o en baños saunas (entre otros) asumiendo que todas ejercen la prostitución. Todos estos elementos atentan contra el respeto a los Derechos Humanos. (38)

Existen diversos factores que podrían favorecer la infección por VIH/SIDA en el grupo de TS, los cuales se describen en el Cuadro 6. (24)

Cuadro 6	
<i>Factores que favorecen la infección por el VIH/SIDA en trabajadoras del sexo</i>	
▪ El nivel de oferta y demanda que tiene la prostitución en cada país o zona. ▪ La tasa de seroprevalencia de VIH en el área de procedencia y residencia de las Trabajadoras del Sexo Comercial (TS) y clientes. ▪ La eficiencia de transmisión del VIH en esa población. ▪ Mayor número de parejas sexuales. ▪ Tipo de prácticas sexuales. ▪ Nivel socioeconómico bajo. ▪ Mayor número de embarazos. ▪ Uso de anticonceptivos hormonales. ▪ Bajo nivel de información sobre salud y enfermedades. ▪ Estigmatización y bajo acceso a los servicios de salud o educativos.	▪ Prácticas sexuales carentes de medidas preventivas. ▪ La asociación con el consumo de alcohol y drogas. ▪ Presencia de otras enfermedades de transmisión sexual. ▪ Estado de salud o inmunidad previa. ▪ Las características propias del agente infeccioso. ▪ Asociación con otras prácticas de riesgo (transfusión, pareja estable infectada, drogadicción intravenosa, etc.). ▪ Poca habilidad para negociar con los clientes. ▪ Desconocimiento de destrezas propias de la profesión.

J. Marco legal y jurídico

La Constitución de la República de Guatemala establece en su Artículo 93, el derecho a la salud como un derecho fundamental sin discriminación alguna.

El Código de Salud (Decreto 90-97, modificado en el año 2000), asigna al Ministerio de Salud la responsabilidad de evaluar y supervisar los esfuerzos de prevención y control de las ITS/VIH/SIDA. A la fecha, el Ministerio de Salud ha creado el Programa Nacional que se encarga de atender a personas que viven con ITS/VIH/SIDA, iniciar programas de prevención de la transmisión de madre a hijo/a, suministrar tratamiento antirretroviral (ARV), implementar actividades de información, educación y comunicación (IEC), establecer una comisión para el análisis epidemiológico del VIH/SIDA, crear una comisión para buscar formas de ofrecer tratamiento ARV al menor costo posible y apoyar a las ONG que se encargan de asistir a las personas que viven con VIH/SIDA. (15)

Adicionalmente, en el Código de Salud, en su Artículo 226, establece sanciones especiales para aquellas infracciones contra la prevención de la salud, en donde en relación a las ITS se incluye: 2) informar sobre el establecimiento en que labore una persona que padezca una ITS; 3) el registro de quienes laboren en un establecimiento; 4) la supervisión periódica de los establecimientos dedicados a la prostitución, 5) incumplir con las normas de bioseguridad en el manejo de secreciones que puedan llevar a la transmisión del VIH; 6) realizar pruebas de VIH en casos en que no esté regulado; 7) no reportar al Ministerio de Salud los casos de infecciones detectadas.

En el año 2000, se aprobó el Decreto 27-2000, destinado a combatir el VIH/SIDA, el cual incluía disposiciones para proteger los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. Esta ley requería además, que el Ministerio de Educación integrara la información sobre ITS/VIH/SIDA en la currícula escolar. La Ley de Desarrollo Social ratificada en 2001 garantiza el acceso de la población a servicios, educación e información sobre la salud

reproductiva, entre ellos la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA. (8,9)

Durante los últimos años, el gobierno ha tomado medidas para combatir la epidemia de VIH/SIDA. Se redactó un Plan Estratégico Nacional cuatrienal para 1999–2003, en el cual su objetivo 5 propone “Propiciar la atención integral multidisciplinaria sostenible a personas con ITS/VIH/SIDA...” (34)

A mitad del ciclo de implementación de este plan, una evaluación independiente indicó la necesidad de realizar revisiones para el período 2002–2003. El plan revisado contiene cinco objetivos estratégicos: 1) aumentar la coordinación y participación de otras instituciones; 2) reforzar el sistema de vigilancia, y 3) reforzar la capacitación y la educación sobre el VIH/SIDA, 4) promocionar las acciones de prevención (donde quedó el componente de ITS) y 5) mejorar el tratamiento, la atención y el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA. (1)

K. Intervenciones exitosas

En Honduras (2002) se llevó a cabo un ejercicio de análisis financiado por el Banco Mundial, para determinar la combinación de intervenciones que previene el mayor número de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. El análisis señaló las intervenciones listadas en el Cuadro 7 para la prevención del VIH/SIDA, las cuales ofrecían la mayor efectividad de costo; se listan por orden de prioridad. (3)

La epidemia de VIH/SIDA en Honduras al igual que en Guatemala, está bien establecida en grupos de alto riesgo y en segmentos de población general (áreas urbanas). A continuación se describen las primeras cinco intervenciones sugeridas; se presenta evidencia adicional de otros países y se detalla también

cómo es la situación en Guatemala respecto de este componente. El resto de intervenciones no se describen por no estar asociadas al enfoque del estudio.

Cuadro 7
Intervenciones de prevención del VIH/SIDA
de mayor costo / efectividad

1. Distribución gratuita de condones	6. Manejo sintomático de ITS
2. Mercadeo social de condones	7. Promoción de los derechos humanos
3. IEC para grupos de alto riesgo	8. Prevención de la transmisión madre hijo
4. Pruebas voluntarias para VIH con consejería	9. Suministro de sangre segura
5. Comunicación para el cambio de comportamiento	

1. Distribución gratuita de condones

El estudio del Banco Mundial señaló la distribución gratuita de condones como la intervención contra el VIH/SIDA más importante. Lo que se suele hacer es distribuir condones a parejas e individuos que no disponen de los medios económicos para adquirirlos.

En un estudio realizado por Mathias (2000) muestra los resultados de una intervención realizada en moteles o lugares utilizados para tener sexo comercial. Los investigadores querían conocer si la entrega gratuita de condones acompañada o no de material informativo era una motivación para que las parejas incrementaran el uso del condón. Los resultados del estudio, demostraron que hacer disponible el condón en lugares donde se realiza el sexo comercial, es una estrategia efectiva para incrementar el uso del mismo. La entrega de material informativo no fue suficiente para motivar el uso del condón. En salud pública, donde muchas veces es necesario implementar estrategias costo efectivas, un estudio de este tipo permite priorizar la inversión en

actividades donde esté disponible el condón, que aquellas en las cuales solamente proporcionen información. (32)

En relación al suministro de condones y otros insumos, la organización John Snow/FPLM asegura que “se debe garantizar la disponibilidad oportuna de insumos para la prestación de un servicio, para que éste sea efectivo”, recomendando suministrar los insumos correctos, en las cantidades y condiciones correctas, así como tenerlos en el lugar oportunamente.

En Guatemala, el Ministerio de Salud a través de su programa de profilaxis sexual, entrega gratuitamente, un número variable de condones a las trabajadoras del sexo que asisten a sus controles regulares. Sin embargo, problemas de suministro, confusión con los suministros destinados al programa de planificación familiar o decisiones administrativas locales, hacen que esta entrega sea irregular, sin una adecuada consejería y de manera no sistemática.

2. Mercadeo social de condones

Según el estudio del Banco Mundial, el mercadeo social de condones es la segunda intervención contra ITS/VIH/SIDA en cuanto a importancia. Este tipo de intervención suele estar dirigida a individuos y parejas de ingresos bajos que no disponen de medios para adquirirlos. En general, los condones se distribuyen a través de centros de conveniencia, moteles o farmacias a precios reducidos. (3)

En el país funcionan varios programas de mercadeo social del condón, administrados por organizaciones no gubernamentales, que cuentan con el apoyo de algunas agencias de cooperación internacional. Estos programas están siendo dirigidos, principalmente, a poblaciones en quienes se ha demostrado alta prevalencia de ITS/VIH (TS, HSH, camioneros, migrantes, clientes de TS). (47)

El gobierno de Guatemala no ha iniciado ninguna acción destacada en este campo. Sin embargo, la propuesta presentada por el país ante el Fondo Mundial contempla una inversión importante en el área de mercadeo social de condones, así como la adquisición anual de los mismos para su distribución gratuita. (37)

3. IEC para grupos de alto riesgo

Las actividades de información, educación y comunicación han sido las actividades principalmente desarrolladas para llevar a las poblaciones de alto y bajo riesgo el mensaje acerca del problema de las ITS y el SIDA. Se reconoce que es fundamental que los materiales sean elaborados en función de la población a quien va dirigida a fin de que elementos como: ideas, mensajes, vocabulario, contexto sean adecuados a la población meta. Muchos programas de IEC fracasan por intentar comunicar una idea a diferentes poblaciones con el mismo mensaje.

En Guatemala, éste es, quizá, el componente más desarrollado por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Sin embargo, mucho de lo hecho es principalmente informativo, basado en teoría biológica, con poco énfasis en promover cambios de actitud y comportamiento o incrementar la percepción de vulnerabilidad, por lo que los resultados de este esfuerzo debieran ser evaluados.

4. Pruebas voluntarias con consejería –PVC-

Existe un consenso acerca de la eficacia y el costo-efectividad de la intervención de prueba y asesoría voluntaria en la prevención de las ITS incluyendo el VIH. La PVC se está promoviendo como un componente fundamental para cualquier programa nacional integral de atención de ITS, entre sus principales aciertos están: (17)

- permite a sus clientes conocer su situación respecto a las ITS/VIH/SIDA y tomar decisiones personales al respecto.
- ayuda a los clientes a iniciar y sostener comportamientos preventivos.
- sirve como punto de partida para otros servicios de prevención, atención y apoyo en VIH
- ayuda a combatir el estigma y la discriminación dentro de la comunidad.

Guatemala cuenta con una red de consejeros en ITS/VIH/SIDA, quienes han sido capacitados por PASCA y actualmente trabajan en diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Sin embargo, con excepción de algunas clínicas del Ministerio de Salud, los centros de atención no cuentan con pruebas diagnósticas para ITS curables y dispone de una limitada cantidad de pruebas rápidas para VIH. Esto es una limitante para implementar un adecuado programa de PVC, ya que luego de recibir la asesoría o consejería, las personas en su mayoría deciden hacerse la prueba, lo que es una excelente oportunidad para que grupos con conductas de alto riesgo se hagan la prueba y puedan conocer su estado serológico.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud publicó una serie de recomendaciones para el uso de análisis rápidos y colectivos para el diagnóstico y la confirmación de infecciones de VIH, pero en Guatemala no se ha puesto en práctica ninguna de ellas.

De otras ITS, únicamente se está realizando VDRL en el control prenatal en algunos hospitales y centros de salud (aunque en el diagnóstico hecho por el Dr. Branson, se refiere que esta prueba no se hace en todos los centros de atención mencionados). Para las otras ITS, en algunos centros de salud se hacen pruebas diagnósticas si cuentan con reactivos y laboratorio equipado, ya que en la mayoría de los centros, es el manejo sindrómico el protocolo establecido y éste no requiere confirmación de laboratorio. (5)

5. Comunicación para el cambio del comportamiento

El cambio de comportamiento es un componente esencial cuyos esfuerzos se dirigen hacia la reducción de riesgos a través de medios de comunicación masiva e iniciativas interpersonales. Una de las estrategias de esta intervención consiste en animar a los miembros de una población seleccionada (ya que los mensajes deben ser personalizados) a reducir los riesgos de contraer una ITS utilizando condones, disminuyendo el número de parejas, efectuando cambios en la selección de la pareja y en retrasar el inicio de la actividad sexual así como mantenerse abstinente.

Las intervenciones intensas y sostenidas tienen mejores resultados que las intervenciones cortas de poca intensidad. Una de las maneras de aumentar la intensidad de las intervenciones, es la combinación de medios masivos y estrategias interpersonales.

La mayoría de los casos de ITS y VIH se encuentran en las poblaciones de HSH y TS, así como en las personas que viven con VIH/SIDA, grupo al que pertenecen miembros de las dos poblaciones. Todos ellos representan una fuente potencial de infección. La lógica de influir el comportamiento de estos grupos para reducir los índices de infección y transmisión es evidente. Sin embargo, una comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) efectiva exige que se entienda la naturaleza del comportamiento de estos grupos, se identifiquen los comportamientos modificables, se seleccionen los canales de comunicación apropiados y se difundan de la manera más eficaz los mensajes destinados a modificar este comportamiento. (68)

Un estudio cualitativo realizado por PASMO en el 2001, demostró que intervenciones de CCC provocaron incremento en la percepción de vulnerabilidad, incremento en el acceso a los condones, aumento en la intención de uso o uso mayor de condones en la última relación sexual en aquellos HSH y

TS que fueron expuestos a intervenciones de comunicación para cambio de comportamiento, en comparación con otros grupos similares que no fueron intervenidos. (40)

Aunque muchas TS que trabajan en prostíbulos están registradas en programas del Ministerio de Salud y, por tanto, están expuestas a programas de “consejería” en cada una de sus visitas, también existen muchas trabajadoras sexuales independientes y ocasionales a las que no ha sido posible llegar. Además de esto, entre las trabajadoras de los prostíbulos existe un índice de cambio y migración muy elevado, por lo que existen pocas oportunidades de actuar con eficacia en estas mujeres. Las TS no suelen poder o querer negociar el uso de condones con clientes exigentes. En el estudio de Panamerican Social Marketing Organization –PASMO- un 36% de las TS admiten haber mantenido relaciones sexuales sin condón en el último mes. (40)

El estudio Multicéntrico que se llevó a cabo en cinco países de Centroamérica, indica que en Guatemala, las trabajadoras del sexo independientes o ambulantes presentaron un 12 por ciento de seroprevalencia de VIH y un 19 por ciento de personas seropositivas para sífilis. En este mismo estudio, el cincuenta y dos por ciento de las TS que trabajan en prostíbulos informa que ha utilizado condones en su última relación sexual, mientras que en el caso de las trabajadoras sexuales independientes esta cifra es del 70 por ciento. Debido al sesgo en las respuestas inherente a estos resultados, las TS de los prostíbulos y las independientes constituyen un objetivo importante de los esfuerzos de CCC. (48)

PASMO acaba de redactar el Manual de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (2002), como parte de una nueva estrategia que pone un mayor énfasis en la CCC centrada en las poblaciones de prevalencia alta. El director de esta organización estima que PASMO destina el 60 por ciento de sus recursos a la CCC y el 40 por ciento al mercadeo social de condones. Uno de

los componentes de la CCC se vale de anuncios de radio, juegos en grupos pequeños y comunicación interpersonal para aumentar la percepción de riesgo sobre las ITS y el uso de condones entre las poblaciones de prevalencia alta.

Una de las etapas para el cambio de comportamiento es la adquisición de conocimientos y habilidades, según Family Health International en su publicación CCC para la Prevención y tratamiento de las ITS indica que el conocimiento permite que las personas reconozcan sus síntomas como anormales, buscar ayuda con su familia o amigos, decidir si es necesario tomar medidas, elegir el lugar o persona para recibir tratamiento y adquirir habilidades para prevenir las ITS. (18)

En general, se puede decir que aún queda mucho que hacer para identificar, informar, asesorar y llegar a los miembros de las poblaciones de prevalencia alta: las TS, los HSH y las personas que viven con VIH/SIDA. Se precisará un esfuerzo especial para llegar a las trabajadoras sexuales independientes y a los HSH que no forman parte de ningún grupo organizado y, por lo tanto, son difíciles de identificar.

L. Eficacia de un Programa

Eficacia se concibe como una acción que produce un efecto. Muchos programas son evaluados en función de los resultados que obtienen, las metas que alcanzan o productos desarrollados. Para fines de este estudio se ha definido eficacia como la capacidad de lograr la reducción de la incidencia de ITS en la población de TS de las clínicas seleccionadas.

La evaluación de los programas o intervenciones de salud se realizan, principalmente, a través de la medición de indicadores previamente definidos.

Datos de incidencia y prevalencia son comúnmente usados para medir los cambios esperados.

Teniendo en cuenta la importante carga de morbilidad que pesa sobre las naciones con pocos recursos, la necesidad de efectuar intervenciones eficaces y poco costosas es fundamental. La respuesta en general comprende una gama de actividades de prevención y asistencia sin enfoque en poblaciones específicas. Hay muchos factores que influyen en las decisiones acerca de la distribución de recursos; entre ellos figuran los problemas de la sensibilidad, aceptabilidad, igualdad y eficiencia.

Un método que ha probado ser de utilidad en la evaluación de un programa, es el análisis de la eficacia en función del costo. Este es un instrumento importante a tomar en cuenta en el proceso de establecimiento de prioridades de la planificación estratégica.

El análisis de la eficacia en función del costo puede utilizarse para identificar estrategias y métodos de ejecución eficiente por medio de la comparación de los costos y consecuencias de las actividades alternativas. Además, ese análisis puede proporcionar respuestas a algunas de las preguntas más frecuentes, como las que se mencionan a continuación:

- ¿Es mejor invertir recursos en una intervención determinada que en otra?
- ¿Qué tipo de combinación de servicios aprovecha al máximo el presupuesto disponible?
- ¿Cómo deben asignarse los recursos entre las necesidades en pugna de los diferentes programas?
- ¿De qué modo una inversión suplementaria puede contribuir a mejorar el rendimiento de una intervención?

Por tanto, el análisis de la eficacia en función del costo puede dar respuesta a la pregunta de si un programa determinado es eficiente y comparativamente eficiente; no así, a la pregunta de si merece la pena o no llevar a cabo una intervención o continuarla. (30, 33)

El análisis de la eficacia en función del costo es uno de los instrumentos de evaluación económica utilizados para medir la eficiencia de la prestación de servicios. Aquí, eficiencia implica que se obtiene un resultado determinado al menor costo o que dicho resultado se rentabiliza al máximo a un costo dado. La evaluación económica mide los costos y las consecuencias de los programas alternativos que, luego se comparan para estimar los grados de eficiencia relativos. Se dispone de cuatro técnicas principales de evaluación económica, los cuales se distinguen la una de la otra por el método de determinación de las consecuencias. Esas técnicas son las siguientes: (21)

- análisis de costos: se miden los costos y se calcula el costo incremental medio;
- análisis de la eficacia en función del costo: se mide el impacto utilizando indicadores relacionados con el cambio en la situación sanitaria;
- análisis del beneficio en función del costo: el impacto de la intervención se traduce en términos monetarios para obtener una razón;
- análisis de la utilidad en función del costo: el impacto se mide atendiendo al aumento en los años de vida ajustados por la calidad (AVAC) de una persona.

No es motivo de este estudio desarrollar una evaluación de la intervención en función del costo, sin embargo, sí podría ser a futuro, algo deseado, dependiendo de los resultados de esta evaluación.

Sin embargo, sí es propósito del presente estudio poder brindar información sobre una intervención y su eficacia en la reducción de la incidencia de ITS, con el fin de evitar costos mayores como puede ser una ITS no curable como el VIH.

Capítulo III

Objetivos

GENERAL

Determinar la eficacia del programa mejorado de profilaxis sexual del MSPAS para reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual en trabajadoras del sexo que asisten a los centros de profilaxis sexual del Ministerio de Salud en la Zona 1, Zona 3, Zona 6 y Primero de Julio.

ESPECÍFICOS

1. Determinar si hubo cambios en los conocimientos sobre prevención de ITS, incluyendo al VIH entre las TS que recibieron consejería en esta intervención.
2. Establecer si existe relación entre la entrega de un mayor número de condones y su uso por las TS.
3. Establecer si las TS desarrollaron las destrezas necesarias para colocar de manera adecuada el condón.
4. Determinar si el número de condones entregados a las TS son suficientes para satisfacer la demanda diaria en esta población.

Capítulo IV

Material y Métodos

Tipo de estudio

El estudio será descriptivo transversal prospectivo.

Población

La población del estudio serán las TS que, espontáneamente, asisten a su control de profilaxis sexual a las clínicas del MSPAS en zona 1, zona 6, clínica de ITS de la zona 3, y 1ro. de Julio y que hayan sido parte de la intervención propuesta por el Programa Nacional de SIDA.

Selección y tamaño de muestra

A fin de tener una muestra representativa de las TS de cada una de las clínicas, se diseñó un estudio multietápico, en donde en la primera etapa, se definieron los estratos, considerando cada una de las clínicas del estudio como un estrato. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con base en el tamaño proporcional del universo de cada una de las clínicas.

Los parámetros utilizados para determinar el tamaño de la muestra son los siguientes¹:

¹ Tomado de College outline series tables for Statisticians

1. tamaño del universo: Acorde al universo de la muestra (actualizado a marzo de 2004), corresponde un total de 938 personas;
2. coeficiente de confianza de 95%;
3. el margen de error: un máximo de 0.10;
4. significancia cuando p menor de 0.05.

Para el tamaño de la muestra se aplica la siguiente fórmula, la cual corresponde a poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 pq}{e^2} = \frac{(1.96)^2 (0.25)}{(0.10)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.25)}{0.01} = \frac{0.96}{0.01} = 96$$

El tamaño de la muestra es 96, la cual será repartida, proporcionalmente, acorde a los valores calculados, proporcionalmente para cada clínica

Clínica	Universo de cada clínica	Proporción	Distribución por clínica	15%*	Total
Zona 3	410	44	42	6	48
Zona 1	128	14	13	2	16
Zona 6	200	21	20	3	23
Primero de Julio	200	21	20	3	23
	938	100%	96	14	110

* Se estima un 15% de entrevistas adicionales, considerando que puede haber rechazo o entrevistas incompletas.

En la segunda etapa se hizo un sorteo aleatorio sistemático en cada uno de los estratos (clínicas) para identificar a las personas que serían entrevistadas. El procedimiento se realizó al ingreso de las personas a la

clínica, en donde cada una recibía un número correlativo a su llegada. Se entrevistó primero, a la que recibió el turno número 3, y sucesivamente, a las que tenían el múltiplo de este número, hasta alcanzar a cubrir el tamaño de la muestra.

Unidad de análisis

Trabajadoras del sexo que asisten a los servicios de profilaxis sexual en las clínicas seleccionadas para el estudio.

Criterios de inclusión

- a) Mujeres trabajadoras del sexo registradas en las clínicas de la intervención,**
- b) Que asistan a su control de profilaxis sexual;**
- c) Que recibieron consejería sobre ITS de parte del personal de la clínica, al menos por tres meses, un número incrementado de condones, así como atención en su control médico;**
- d) Que acepte participar en la entrevista.**

Criterios de exclusión

- a) Mujeres con alguna ITS, quienes asisten a las clínicas de la intervención que no son trabajadoras del sexo;**
- b) Hombres trabajadores del sexo;**
- c) No se aceptan voluntarias o personas sugeridas por el personal de la clínica.**

Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Profilaxis sexual	Estrategia que contempla tres elementos: 1. Consejería: entendida como procesos de comunicación, información y educación sobre ITS/SIDA realizado: a) en privacidad, b) permitiendo hacer preguntas o comentarios, y c) resolviendo dudas sobre temas relacionados. 2. Manejo de las ITS: diagnóstico oportuno, tratamiento con el medicamento indicado y dosis requeridas. 3. Entrega de condones: proporcionar un número adecuado de condones que satisfaga las necesidades de la usuaria, así como mejorar sus destrezas para el uso consistente del mismo.	Para fines de este estudio se evaluará cada uno de los elementos así: a. temas que se han impartido b. en un ambiente privado c. si ha habido intercambio de preguntas para resolver dudas. Disponibilidad de medicamentos necesarios para el manejo de las ITS	Cualitativa	Nominal
			Cualitativa	Nominal
			Cualitativa	Nominal
			Cualitativa	Nominal
Eficacia	Capacidad de lograr la reducción de la incidencia de ITS en la población de TS de las clínicas seleccionadas.	Se medirá con la tasa de incidencia mensual de ITS trazadoras (Sífilis, secreción vaginal, úlcera genital y VIH) en la población intervenida.	Cuantitativa	Discreta
Relación entre entrega y uso de condón	Será entendido como el uso que la TS le da a cada condón que recibe del servicio de salud	Se medirá analizando la información sobre el uso de los condones con los clientes regulares y la pareja fija.	Cualitativa	Nominal
Destreza	Capacidad de la TS de colocar un condón en un	Se medirá a través de la observación directa	Cualitativa	Nominal

	dildo	de la colocación del condón en un dildo acorde a los criterios internacionales de 9 pasos (CDC).		
Demanda	Tener disponible un condón cada vez que se tiene relaciones sexuales de cualquier tipo.	Medición: No. de condones/No. de servicios = 1	Cuantitativa	Razón

Procedimientos para la recolección de información

1. Autorización institucional

El aval institucional fue dado por el Dr. Mario Gudiel, Director de la Dirección del Sistema Integrado de Atención en Salud –SIAS- y al Dr. Juan Antonio Villeda, Director de Área del departamento de Guatemala.

2. Métodos de colección de datos

La metodología usada para este estudio es una combinación de autoinformes y observación. Para la primera se usaron dos cuestionarios y para la segunda una guía de observación.

Cuestionario para el personal de salud, **el cual contiene preguntas que documentan la siguiente información:**

- **identificación del lugar y fecha donde se pasa el instrumento;**
- **información relativa al número y tipo de consulta que se presta en el servicio;**
- **información sobre el tipo y contenido de la consejería que se da a las TS;**
- **información sobre el número de condones que se entrega en cada consulta;**
- **información sobre las ITS diagnosticadas en el último mes;**
- **información sobre disponibilidad de reactivos para sífilis y VIH, e**

- **información sobre la disponibilidad de medicamentos para el manejo de las ITS.**

Cuestionario para las TS, contiene preguntas para los siguientes componentes:

- **información sobre la consejería que ha recibido en el centro de atención, los contenidos de la misma y su percepción sobre la calidad de la misma;**
- **información sobre el uso o no del condón, el número de condones que ha recibido en sus últimas citas y sobre si han sido suficientes o no para asegurar disponibilidad en cada servicio prestado;**
- **información relativa a conocimientos y prácticas de prevención de ITS y VIH, así como si ha tenido una ITS y cuándo.**

Guía de observación, **este instrumento documenta cada uno de los pasos que la TS pone en práctica para la colocación de un condón en un dildo.**

Incluye:

- **adecuado manejo del condón previo a su uso;**
- **correcta colocación del condón en el dildo;**
- **utilización de medidas correctas para la disposición del condón, luego de su uso.**

3. Determinación del nivel de competencia necesario para el personal que intervino y su entrenamiento

Realizar un estudio en población de trabajadoras del sexo requiere contar con personal que llene un perfil especial, ya que esta población tiene características particulares y para asegurar la obtención de datos de forma confiable es preferible recurrir a entrevistadoras que conozcan bien esta población.

Selección de personal

Las personas contratadas tenían el siguiente perfil: mujeres de 20 a 35 años (media de edad de las TS), experiencia previa en trabajo de investigación con esta población, responsables, discretas, amables y mostrar una actitud sin prejuicios. Además debían estar disponibles para las fechas de la capacitación y del trabajo de campo.

Este personal fue capacitado sobre los elementos del estudio, incluyendo: objetivos, fines, proceso de hacer preguntas, cómo manejar negativas a participar, cómo solicitar el consentimiento informado, la metodología a utilizar, verificación de la información, corroboración de la información. Para el efecto se elaboró un manual básico de capacitación, copia del mismo está disponible a solicitud.

También se elaboró un instructivo operativo de las acciones en cada clínica, donde se especifican los pasos a seguir en cada sitio a fin de cubrir todos los procesos del trabajo de campo.

4. Posibles fuentes de error

Con el fin de reducir las fuentes de error en la recolección de los datos, se propusieron las siguientes medidas:

- a) elegir un lugar adecuado para realizar las entrevistas (libre del paso de personas, aislado del ruido, que asegurara la privacidad);
- b) pedir que muestren el número que el personal del Centro de Salud les entregó, con el fin de asegurar que se trata de la persona que, según el procedimiento de muestreo le tocaba ser entrevistada.
- c) completar los cuestionarios en una sola entrevista, evitando interrupciones;
- d) seguir el orden de las preguntas establecidas en el cuestionario;
- e) permitir que la entrevistada se exprese con libertad pero tratando de mantenerla enfocada en los temas de la entrevista;
- f) mantener una actitud neutral, libre de aprobaciones o reprobaciones a las respuestas de la entrevistada, con el fin de que no se sienta juzgada;
- g) no inducir las respuestas, si no entiende alguna pregunta, explique de qué se trata y, luego repita la pregunta tal y como está escrita en el cuestionario;
- h) si se comete un error al escribir en la boleta, borrar completamente y escribir de nuevo la respuesta;
- i) no dejar información sin anotar;
- j) no anote información que no sea requerida;
- k) revisar la boleta antes de finalizar la entrevista, para asegurarse de que todas las preguntas fueron respondidas y no hay incoherencia o errores en las respuestas.

6. Forma y tiempo que deberá conservarse la información

Todos los formularios utilizados y no utilizados en las entrevistas fueron devueltos a la investigadora principal al finalizar cada jornada de trabajo. Si esto no era posible, estas boletas fueron guardadas por la supervisora de campo en un lugar seguro para evitar que personas ajenas al estudio tuvieran acceso a ellas. Los formularios de consentimiento informado están disponibles por si un comité de ética desea revisarlos.

Recursos necesarios

Para este estudio se vio la necesidad de contar con los siguientes recursos:

Humanos: se contó con una investigadora principal con tiempo parcial, mientras duró la investigación. Dos entrevistadoras, para la realización del trabajo de campo, tomando cuatro semanas de trabajo a tiempo parcial y una supervisora de campo que tuvo a su cargo el monitoreo de las entrevistas así como el ejercicio de verificación de la información recolectada de las TS. También tuvo a su cargo las entrevistas al personal de salud. La limpieza de los datos y su ingreso a la base de datos (doble ingreso para detectar incoherencias) así como su análisis, estuvo a cargo de la investigadora principal.

Físicos: tres instrumentos fueron utilizados, uno para el personal de salud, otro para las entrevistas a las TS y una Guía de observación para TS. Se dispuso de algunos dildos para la práctica de colocación del condón, condones, una computadora para el procesamiento de la información y elaboración de informes preliminares y finales.

El trabajo de campo del estudio llevó cuatro semanas. Cada cuestionario tomó un promedio de 15-20 minutos, lo que se consideró adecuado. El tiempo para el cuestionario dirigido al personal de salud fue de 40 minutos, principalmente, porque hubo que verificar en los registros del servicio algunos datos sobre el número de ITS y tratamientos entregados.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

A cada una de las entrevistadas se les solicitó su participación al estudio y se pidió su consentimiento informado, el cual podía ser de manera verbal o escrita, solo entonces se procedía a realizar la entrevista. Para esto, se elaboró un formulario de consentimiento informado con datos básicos sobre la investigación: sus objetivos, el uso que se dará a la información, que no habría ningún perjuicio debido a las respuestas, la confidencialidad que se le dará a la información, la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la entrevista, y solicitud de autorización (oral o escrita) para realizar la entrevista. Copia del formulario de consentimiento se adjunta en la sección de anexos.

Análisis de datos

Luego de finalizada la etapa de recolección de datos, se precedió de la siguiente manera:

- a) se llevó a cabo la limpieza de los datos;
- b) se diseñó un cuestionario en EpiInfo;
- c) se ingresaron los datos, con lo cual se generó una base de datos;
- d) se realizó una revisión de los datos ingresados, utilizando el comando validate de EpiInfo;
- e) se obtuvieron frecuencias simples y proporciones de cada una de las variables investigadas;

- f) se determinó significancia estadística, realizando el cálculo de p , para evaluar si los cambios encontrados eran o no significativos;
- g) se elaboraron tablas de presentación de resultados;

Alcances del estudio

El estudio incluyó 208 entrevistas que recopilaban información del mismo número de trabajadoras del sexo, todas asistiendo de manera regular a sus controles de profilaxis sexual en las clínicas del estudio. 98 entrevistas en la línea de base y 110 en la evaluación del programa.

Se obtuvo una tasa de respuesta de 93 al 100% para las variables seleccionadas: Incidencia de ITS, conocimiento sobre cómo se previene el SIDA, uso que las TS dan a los condones con clientes y pareja fija y destrezas en la colocación del condón, lo que es ampliamente satisfactorio. El margen de error aceptado para este estudio no supera el 10%, lo cual es apropiado para este tipo de investigaciones.

La metodología establecida para la recolección de información fue rigurosa alcanzando a cubrir las 110 entrevistas. Además, la selección aleatoria de las entrevistadas garantiza que los datos recolectados sean representativos de este grupo de usuarias.

El instrumento contempló una hoja de consentimiento informado para garantizar los aspectos éticos. Los criterios de inclusión y exclusión fueron observados en cada entrevista. Las cuatro secciones del cuestionario contaban con las preguntas para responder a los objetivos y las preguntas de esta investigación. El instructivo elaborado para estandarizar la forma de hacer las preguntas y asegurar que los procedimientos en las clínicas fueran realizados de manera sistemática, facilitó a las entrevistadoras reducir su margen de error y sesgo.

CONCLUSIONES

1. La intervención piloto promovida por el Ministerio de Salud no fue eficaz para reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras del sexo de las clínicas del estudio. Los resultados pudieron verse influidos por el desabastecimiento de medicamentos para el manejo apropiado de las ITS y de reactivos para pruebas diagnósticas.
2. Hubo un incremento importante en los conocimientos sobre prevención de ITS y VIH/SIDA, sobre todo, en cuanto al incremento en la vulnerabilidad para adquirir el VIH si se tiene otra ITS. Las trabajadoras del sexo también reconocen al condón como la manera más efectiva de prevenir ITS; sin embargo, hubo un importante desconocimiento sobre otras formas de prevención que no sean el condón, es especial la prevención de la transmisión vertical, ya que todas las participantes están en edad reproductiva.
3. El condón es utilizado en casi todos los servicios que prestan a los clientes, lo que se vio facilitado por el aumento del número de condones que se entregaron en la clínica. Sin embargo, su uso es limitado con la pareja fija, lo que representa un reto para los programas de profilaxis sexual.
4. Hubo un incremento significativo en las destrezas necesarias para colocar de manera adecuada el condón, lo que se traduce en una menor probabilidad de falla. Sin embargo, es necesario reforzar las destrezas relativas a la vigencia del condón al verificar la fecha de vencimiento y los cuidados que deben tener con los condones, ya que estas destrezas no se vieron modificadas luego de la intervención.

5. El número de condones entregado en las clínicas satisface la demanda diaria de esta población; sin embargo, hay un reconocido sobreabastecimiento de condones que no es aceptable debido a que incrementa los costos y pone en riesgo la sostenibilidad de la intervención.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer los componentes de la profilaxis sexual que estuvieron incompletos, en especial la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de las ITS y pruebas diagnósticas.
2. Establecer un programa de capacitación regular para el personal que atiende las clínicas de profilaxis sexual, a fin de fortalecer sus capacidades en educación de adultos, actualización sobre ITS y reducción del estigma.
3. Evaluar la posibilidad de incrementar el personal de las clínicas a fin de poder cubrir la demanda con servicios de calidad.
4. Identificar e implementar estrategias para incrementar los conocimientos de las usuarias, sobre todos los métodos de prevención de ITS (especialmente la prevención vertical) y lo relacionado a promover el uso del condón con la pareja fija.
5. Reforzar las destrezas de las trabajadoras del sexo, para que revisen la fecha de vencimiento del condón y las recomendaciones para el cuidado del condón como parte de los pasos esenciales para asegurar el uso seguro del condón.
6. Considerar en el corto plazo modificar el número de condones que se entrega a las trabajadoras del sexo para que tengan un abastecimiento suficiente pero no excesivo.

7. Asegurar que el Ministerio de Salud proporcione condones con lejana fecha de vencimiento para reducir las posibilidades de que una TS reciba condones que estén próximos a vencer.
8. Se promueva la atención de las ITS en todos los centros de salud del Ministerio, a fin de mejorar el acceso a servicios.
9. Evaluar la realización de estudios centinela de ITS, que incluya diagnóstico etiológico para medir la incidencia real de las ITS.
10. Promover una evaluación completa de cada uno de los componentes del programa y sus procesos, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que ayuden a mejorar los programas de profilaxis sexual.
11. Contar con una política clara y actualizada de prevención, control y tratamiento de las ITS, a fin de que sea un programa eficiente que ayude a controlar la diseminación de ITS incurables como el VIH/SIDA.

Referencias

1. Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA. Relatoría del Taller de Reestructuración del Plan Estratégico Nacional. Guatemala, 2001
2. AIDSCAP/Family Health Internacional El Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, un manual para el diseño y la administración de programas. Editado por Gina Dallabetta et al Arlington, EEUU Traducido al español en Guatemala, 1997
3. Banco Mundial, Optimación de la distribución de recursos en las intervenciones de prevención del VIH en Honduras. Washington, D.C. EEUU Agosto, 2002, p. 21.
4. Basil Donovan, Michael W. Ross Preventing HIV: determinants of sexual behavior THE LANCET Publishing Group Volume 355, Number 9218, Mayo 2000 EEUU
5. Branson, Bernard M. y Sheryl Lyss Reporte De Consulta: Vigilancia sobre el VIH/SIDA y Oportunidades de Prevención, Guatemala 2-12 de octubre del 2000
6. Conde González, Carlos Jesús Perspectiva del estudio de las Infecciones transmitidas sexualmente en la República Mexicana. Revista de Enfermedades Infecciosas y Microbiología 2000, México ; 20 (3): 96-101
7. Congreso Nacional de Guatemala. Constitución Política de la República de Guatemala. Guatemala 1981
8. Congreso Nacional de Guatemala. Decreto 27-2000 Guatemala 2000
9. Congreso Nacional de Guatemala. Decreto 42-2001. Guatemala 2001
10. Consejo de Población Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA Hojas Informativas del Consejo de Población Junio 2003 3p EEUU
11. Dallabetta, Dina, Richard Steen, Tobi Saidel, André Meheus Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries Chapter 4 Operational Approaches for Evaluating Intervention Strategies ISBN1-931547-01-07 Family Health International NC-USA 2003
12. Davis, Karen and Susan C. Weller The effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV Rev. Family Planning Perspective 1999, EEUU 31(6) 272-279
13. Decarlo, Pamel and Priscilla Alexander What are Sex Workers' HIV Prevention Needs? Center for AIDS Prevention Studies University of California EEUU 1996
14. Del Río-Chiriboga C, Uribe-Zúñiga P. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. Salud Pública Mex. México 1993;35:508-517.
15. Díaz, Rembert Coordinador del componente de ITS del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Guatemala, referencia oral
16. FHI/IMPACT Infecciones de Transmisión Sexual: Un marco de trabajo estratégico.

Arlington, Virginia. EEUU, Junio 2002 PP 1-13

17. FHI/IMPACT Prueba y Asesoramiento Voluntario para VIH. Un marco de trabajo estratégico. Arlington, Virginia. EEUU, Junio 2002 PP 1-13
18. FHI/IMPACT CCC para la Prevención y Tratamiento de las ITS , Estrategias de comunicación para Programas de ITS en comunidades y clínicas. Arlington, Virginia, US Sin fecha de publicación
19. Fitch, J. Thomas et al Condom Effectiveness American Sexuality Transmitted Diseases Association December 2002. EEUU Vol. 29, No. 12: 811-817
20. Fundación Mexicana para la Salud A.C. (FUNSALUD) Proceso de Evaluación Funsalud, México 2003 4p
21. Gayet, Cecilia et al With Whom do Mexican teenagers talk about AIDS? Revista de Salud Pública de México Vol.44, No.2, mar-abril 2002 pp. 1-7
22. Ghys, Peter D., Carol Jenkins and Elisabeth Pisani HIV surveillance among female sex workers AIDS 2001, Vol 15 Suppl.3 pp S33-S40 EEUU
23. Grosskurth, H. et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. *Lancet* 26;346(8974):530-6 (August 1995). EEUU
24. Hernández-Avila M. Uribe-Zúñiga P, Zalduendo B. Diversity in commercial sex work systems: Preliminary findings from Mexico City and their implications for AIDS interventions. En: Chen L, Sepúlveda-Amor J, Segal SH. Ed. AIDS and women's reproductive health. New York: Plenum Press, 1992:179-194. EEUU
25. **Holmes KK, et al Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA 2da. Ed., McGraw-Hill, New York, EEUU, 1990**
26. **Kamb, Mary L., et al Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases, A Randomized Controlled Trial. JAMA Vol.280, No.13, October 7, 1998. 348pp**
27. Levine, William C. et al Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. AIDS 1998, 12: 1899-1906. EEUU
28. López, Carlos La investigación de Mercados II México 2002
29. Lutalo, Tom Saifuddin Ahmed et al HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda AIDS 2001, 15:2171-2179 EEUU
30. **Magali Cuadra-Hernández, et al Los Derechos Humanos en las Normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica 1993-2000 Revista de la Salud Pública de México, Vol 44, No. 6, noviembre-diciembre de 2002 pp 508-517**

31. **Martínez Pérez, Raúl y Eddy Rodríguez. Metodología de la Investigación en las Ciencias Médicas. Manual. Cuba. 2003-**
32. **Mathias Egger, Josefina et al Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomized controlled trial The Lancet Vol.355, No.9221, June 2000 pp 2101-05 EEUU**
33. Medivisión : Historia de la Medicina
<http://www.revistamedica.8m.com/histomed111A.htm> Fecha de consulta, noviembre, 2003
34. MSPAS/Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud/PNS Plan Estratégico Nacional para ITS/VIH/SIDA 2002-2003 Guatemala 2002
35. MSPAS, Programan Nacional de ITS/VIH/SIDA de Guatemala, Reportes trimestrales a junio del 2004.
36. MSPAS Guías Nacionales de Salud Reproductiva. Tomo II: Prevención, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual. Guatemala, 2000.
37. MSPAS/ACSLs/ et al Propuesta de Guatemala para el componente de SIDA ante el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria 2003
38. MSPAS/Departamento de Enfermedades Transmisibles Reglamento para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Guatemala, 1986
39. Nelson, K.E. et al Risk factors for HIV infections among young adult men in northern Thailand JAMA Vol. 20 No. 8, EEUU August 25 1993 (Summary)
40. Oladosu, Moyiwa y Tiffany Lefevre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en VIH/SIDA y uso de condón en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Guatemala. PASMO Guatemala, 2001.
41. OMS, La Salud de las Américas, Publicación Científica No. 569 Volumen II, Washington, Edición de 1998
42. OMS Comunicado de Prensa, Enfermedades de Transmisión Sexual: Trescientos treinta y tres millones de casos nuevos curables en 1995. Génova, 1995
43. OMS Consensus Statement from the Consultation on HIV Epidemiology and Prostitution. Ginebra: WHO/GPA/INF/89.11, 1989.
44. Aguilar, Sergio et al Guatemala: Estimaciones y proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA, periodo 1980-2010 PASCA Guatemala, 2002
45. ONUSIDA Análisis De la eficacia en función del costo y VIH/SIDA Actualización Técnica. Colección de Prácticas Optimas del ONUSIDA. Agosto de 1998
46. ONUSIDA/OMS *Situación de la epidemia del SIDA: 2003* ISBN 92 9173 306 7 Ginebra, 2003.
47. PASMO Panamerican Social Marketing Organization, Plan de Actividades 2003/04.

Proyecto financiado por USAID

48. Pinzón, Sonia et al Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Guatemala (EMC) MSPAS/ASÍ Guatemala, 2003 pp. 15-36
49. Pinzón, Sonia Directora de la Clínica de ITS del Centro de Salud de la zona 3. Referencia oral
50. Planned Parenthood <http://www.plannedparenthood.org/espanol/truthcondoms.html> Noviembre, 2003
51. Population Council, Guías informativas.
http://www.popcouncil.org/rhfp/hojas_informativas/itsysida.html EEUU Octubre, 2003
52. Population Report Condomes The John Hopkins University School of Public Health United States, Publicación trimestral. Volumen XXVII, No. 1, abril de 1999, Serie H, Número 9.
53. Rehle, Thomas and Susan Hassing Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries Chapter 1 Role of Evaluation in HIV/AIDS Programs ISBN1-931547-01-07 Family Health International NC-USA 2003
54. Rasmussen-Cruz. Bettylu et al Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Revista Salud Pública de México Vol. 45, suplemento 1 de 2003. pp: S81-S91
55. Sánchez, Jorge et al Prevention of Sexually Transmitted Diseases (STD) in Female Sex Workers: Prospective Evaluation of Condom Promotion and Strengthened STD Services Sexually Transmitted Diseases 2003; 30(4): 273-279
56. Sansó Soberats. Felix J., et al Evaluación de la eficacia de un nuevo sistema de planificación de acciones de salud en la atención primaria Revista Cubana Medicina General Integrada 1999;15(5):574-80 Artículo original
57. Velásquez Quintana, Merced Método Lógico, Guía para elaborar un proyecto de investigación Parte VII Revista Mexicana de Neurociencia 2002; 3(1)
58. Uribe, Patricia et al Prostitución y SIDA en la Ciudad de México Revista Salud Pública de México. Nov-Dic. 1995 Vol.37, No.6, pp 592-601
59. Uribe-Salas, Felipe et al Características relacionadas con ETS/VIH de hombres que trabajan en bares de la ciudad de México, donde se ejerce la prostitución femenina. Revista de Salud Pública de México Sep-Oct. 1995, Vol. 37, No.5 pp 385-393
60. Wald, Anna et al Effect of Condoms on Reducing the Transmission of Herpes Simplex Virus Type 2 From Men to Women JAMA, 2001; 285:3100-3106 EEUU
61. Valdespino Gómez, José Luis et al Las Enfermedades de Transmisión Sexual y la Epidemia de VIH/SIDA Revista de Salud Pública de México Nov-Dic de 1995 Vol.37, No.6 pp 549-555

62. Vallejo, Octavio et al El trabajador de salud y la consejería sobre el VIH y SIDA. Revista de Salud Pública de México Nov-Dic. 1995 Vol.37, No.6, pp 636-642
63. Villaseñor-Sierra, Alberto et al Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Revista de Salud Pública de México Vol.45, suplemento 1 del 2003 pp S73-S80

ANEXOS

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio, la tesis titulada “Evaluación de la eficacia de un programa piloto de profilaxis sexual mejorado del MSPAS en la reducción de la incidencia de ITS en trabajadoras comerciales del sexo”, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autora que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

Miriam Lucrecia Castillo Morales

Se contó con el apoyo del personal de todas las clínicas, así como de la Dirección de Área. Gracias a ello, fue posible obtener la información sobre incidencia de ITS, lo relativo a las condiciones de las clínicas, y suministros. El hecho de que las entrevistadoras fueran trabajadoras del sexo, fue un elemento facilitante para establecer comunicación franca y fluida con las entrevistadas.

Para la discusión de los resultados se contó con el apoyo de un Grupo Técnico, integrado por personal de las cuatro clínicas evaluadas, la directora y personal del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, representantes del Programa Nacional de Salud Reproductiva, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica –PASCA-,

PASMO, Family Health International, Fondo de Población de Naciones Unidas y la Agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional

Instrumento para la Recolección de Datos No. 1

Guía de entrevista para Trabajadoras del Sexo

Nombre del Centro de Salud _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de tres partes, las cuales deben ser llenadas en su totalidad durante la entrevista a la trabajadora del sexo.

Preséntese con la usuaria y explique en qué consiste el estudio, solicítele que le brinde unos minutos para completar un cuestionario que pretende recolectar información de las usuarias de la clínica para mejorar los servicios y averiguar si los programas están dando resultado en la prevención del SIDA. Advierta que su participación es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento, pero que toda la información que proporcione es importante y que espera que responda a todo el cuestionario. Asegúrele que toda la información que proporcione será confidencial, que el cuestionario es anónimo y que ninguna persona podrá hacer uso de la información para perjudicarlo. Pídale su consentimiento para la entrevista oral o por escrito.

I.

Está usted de acuerdo en participar en el estudio? 1. Si 2. No

II. Sección I. Calidad de la atención

1. ¿Cuando asistes a tu control en el Centro de salud, te han dado consejería sobre enfermedades venéreas?	1.1 SI ☐
	1.2 NO ☐ Pase a la pregunta 4
2. ¿Cuando asistes a tu control en el Centro de salud, te han dado consejería en VIH/SIDA?	1.1 SI ☐
	1.2 NO ☐ Pase a la pregunta 4
3. Si es SI, sobre qué temas te han dado consejería (leer la lista y marcar los que dice haber recibido):	3.1 Te han hablado de la diferencias entre VIH y SIDA 3.1.1 SI ☐ 3.1.2 NO ☐
	3.2 Te han hablado de las formas de transmisión del VIH y SIDA 3.2.1 SI ☐ 3.2.2 NO ☐
	3.3 Te han hablado de cómo NO se transmite el VIH y SIDA 3.3.1 SI ☐ 3.3.2 NO ☐
	3.4 Te han hablado de cómo puede prevenirse el VIH y SIDA 3.4.1 SI ☐ 3.4.2 NO ☐
	3.5 Te han hablado de la relación que existe entre las enfermedades venéreas y el SIDA 3.5.1 SI ☐ 3.5.2 NO ☐

	3.6 Te han hablado de las conductas sexuales más seguras para prevenir el SIDA 3.6.1 SI ☐ 3.6.2 NO ☐
	3.7 Te han hablado sobre el uso adecuado y siempre del condón 3.7.1 SI ☐ 3.7.2 NO ☐
	3.8 Te han hablado sobre la negociación del condón con los clientes 3.8.1 SI ☐ 3.8.2 NO ☐
	3.9 Han hecho prácticas para la colocación adecuada del condón 3.9.1 SI ☐ 3.9.2 NO ☐

4. ¿Entendiste lo que la enfermera de la clínica te explicó, en relación a la prevención de ITS/VIH/SIDA?	4.1 SI ☐ 4.2 NO ☐
---	---

5. ¿Te permitió la enfermera hacer preguntas para aclarar tus dudas?	5.1 SI ☐ 5.2 NO ☐
--	---

6. ¿Resolvió la enfermera todas tus dudas?	6.1 SI ☐ 6.2 NO ☐ 6.3 A veces ☐
--	---

Sección II Uso del condón. Ahora vamos a hablar sobre el uso del condón

7. ¿Utilizaste condón en la última relación sexual con un cliente?	7.1 SI ☐ 7.2 NO ☐ Pase a 7.a ☐ Pase a 7.b ☐
7.a Si la respuesta es SI:	7.a.1 Fue decisión de los dos ☐ 7.a.2 Usted decidió ☐ 7.a.3 Fue decisión del cliente ☐
7.b Si la respuesta es NO, ¿Por qué no usaste condón?	7.b.1.No lo creyó necesario ☐ 7.b.2 No quiso el cliente ☐ 7.b.3 No quiso usted ☐ 7.b.4 Otra (especifique) _____

8. ¿Usas el condón siempre con todos tus clientes?	8.1 SI ☐ 8.2 NO ☐
--	---

9. Usaste condón con tu pareja fija (novio, esposo, etc.)	9.1 SI ☐ 9.2 NO ☐ 9.3 A veces ☐ 9.4 Porque?
---	--

10. ¿Cuántos condones recibiste en la última cita? (verifique con el personal de la clínica cuantos entregan y anote número de condones y para cuánto tiempo se los dan.)	
--	--

11. ¿Fue suficiente el número de condones que recibiste?	11.1 SI ↑ ¿Por que?	11.2 NO ↑
--	------------------------	-----------

12. ¿Cuántos clientes tuviste durante la última semana?	
---	--

13. ¿Cuántos condones utilizaste la última semana?	
Comentarios:	

Sección III. ITS Ahora vamos a hablar un poco sobre las enfermedades venéreas.

14. Crees que el tener una enfermedad venérea aumenta tu chance de adquirir el VIH?	14.1 SI ↑ Porque?	14.2 NO ↑	14.3
---	----------------------	-----------	------

15. ¿Conoces cómo se previene el SIDA?	15.1 SI ↑	15.2 NO ↑ pase a 17
¿Si dijo SI, explique cómo se previene? (escriba lo que la persona mencione)	a) b) c) d)	

17. ¿Hace cuánto tiempo tuviste por última vez una enfermedad venérea?	Especifique si son días, semanas, meses, años.
--	--

Revise si todo el formulario ha sido llenado completamente, identifique inconsistencias y vuelva a preguntar.

Por favor pase a la Guía de observación de la colocación del condón.

Instrumento de Recolección de datos No. 3

Cuestionario para personal que presta servicios de profilaxis sexual

Nombre del Centro de Salud _____

Nombre de la persona (del centro) que reporta la información: _____

INSTRUCCIONES

Por favor, sírvase contestar las siguientes preguntas tomando en cuenta los registros del Centro de Salud.

Sección 1: Información relativa a los servicios prestados

1. ¿Cuántas consultas de profilaxis sexual se atendieron durante este mes?

Nuevas _____ Reconsultas _____ Total _____

2. ¿cuál de los siguientes temas han sido abordados en la consejería que se brinda a las TCS que asisten a la clínica (marque con una cruz los temas que se impartieron este mes).	2.1 Diferencias entre VIH y SIDA 2.1.1 SI ☐ 2.1.2 NO ☐
	2.2 Formas de transmisión del VIH y SIDA 2.2.1 SI ☐ 2.2.2 NO ☐
	2.3 Cómo no se transmite el VIH y SIDA 2.3.1 SI ☐ 2.3.2 NO ☐
	2.4 Cómo puede prevenirse el VIH y SIDA 2.4.1 SI ☐ 2.4.2 NO ☐
	2.5 La relación que existe entre las enfermedades venéreas y el VIH y SIDA 2.5.1 SI ☐ 2.5.2 NO ☐
	2.6 Conductas sexuales más seguras 2.6.1 SI ☐ 2.6.2 NO ☐
	2.7 Uso adecuado y consistente del condón 2.7.1 SI ☐ 2.7.2 NO ☐
	2.8 Negociación del condón 2.8.1 SI ☐ 2.8.2 NO ☐
	2.9 Demostración sobre la colocación adecuada del condón 2.9.1 SI ☐ 2.9.2 NO ☐
	2.10 Otro (especifique)

Sección 2

3. ¿Cuántos condones entrega a cada TCS por visita? _____

4. ¿Cuál fue el número de ITS detectadas en la clínica de profilaxia durante este mes?

5. ¿Número de personas con ITS que fue tratada durante el mes? _____
6. Proporcione el número encontrado de las siguientes ITS

Secreción vaginal (Mujeres)		Sífilis	
VIH		Úlcera vaginal	
Otras (especifique)		Úlcera en vulva	

Nombre de la persona que realizó la entrevista: _____