



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA
DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**

**Tesis a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería.**

**AUTORAS: Nelly Yolanda Bonilla Pugo
Ruth Alexandra Espejo Uzhca
Claudia Geovana Quinteros Mora**

DIRECTORA: Lcda. Carmen Cecilia Ordóñez Montero

ASESOR: Dr. Iván Eladio Orellana Cabrera, MsC

**Cuenca, Ecuador
2013**

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en trabajadoras sexuales controladas en el área de Salud 4, Yanuncay, del cantón Cuenca.

Material y métodos. Con un diseño de corte transversal y en un período de 6 meses se entrevistó a 238 trabajadoras sexuales de las que se recopiló información sobre: edad, instrucción, residencia, características individuales de la población de estudio y condiciones relacionadas con las ITS.

Resultados. La prevalencia de ITS fue de 52,5%, 47,5% para infecciones micóticas y 9,2% para infecciones bacterianas. El promedio de edad para la muestra fue de $26,3 \pm 6,5$ años y para el 80% de ella fue de $23,7 \pm 3,7$ años. La instrucción secundaria fue predominante (48,7%). El 85,7% de las entrevistadas reside en la zona urbana. El 62,8% tiene pareja estable y el 84% más de una pareja. El 81,6% de ellas son madres y el 42,3% tiene 2 hijos. El 73,7% de las trabajadoras sexuales tiene 2 parejas y el 16,5% más de dos parejas. El 51,1% estima que gana menos de USD 1000, pero un 42,1% asegura que entre USD 1000 y 3000. El 6,8% de ellas cree que sus ingresos son superiores a USD 3000 al mes.

La condición que se asocia significativamente a la mayor prevalencia de ITS fue el tener más de una pareja sexual RP 2,05 (IC95%: 1,09 – 4,52) ($P = 0,046$). Las demás asociaciones no fueron significativas: el consumo de alcohol u otras drogas (cocaína, marihuana) (RP 2,19; IC95%: 0,49 – 11,0); el no tener instrucción (RP 1,55; IC95%: 0,7 – 3,49); la residencia en zona urbana (RP 1,29; IC95%: 0,59 – 2,84 y el tener ingresos más altos (RP 1,02; IC95%: 0,59 – 1,76).

Discusión. Las trabajadoras sexuales siguen siendo la población más vulnerable al contagio y transmisión de las denominadas enfermedades venéreas. Por más esfuerzos que se invierten en el campo de la profilaxia lo único que se ha conseguido es disminuir su prevalencia y a su vez la incidencia. En países de economía pobre y en vías de desarrollo la prevalencia tiende a incrementarse.

Palabras claves: INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, TRABAJADORAS SEXUALES, PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS.



ABSTRACT

Objective. Determine the prevalence of sexually transmitted infections (STIs) among sex workers in the area controlled Health 4 Yanuncay, Canton Cuenca.

Material and methods. With a cross-sectional design and a 6-month period were interviewed 238 sex workers in which information was collected : age, education , residence, individual characteristics of the study population and conditions associated with STIs.

Results. STI prevalence was 52.5 %, 47.5 % for fungal infections and 9.2 % for bacterial infections. The average age for the sample was 26.3 ± 6.5 years and for 80 % it was 23.7 ± 3.7 years. Secondary education was predominant (48.7 %). 85.7 % of respondents living in urban areas. 62.8 % have a regular partner and 84 % more than a couple. 81.6% of them are mothers and 42.3 % has 2 children. 73.7% of sex workers has 2 pairs and 16.5 % more than two partners. Estimated 51.1 % earn less than USD 1000, but 42.1 % said that between 1000 and 3000 USD. 6.8% of them believed that their income exceeds USD 3000 per month.

The condition was significantly associated with higher prevalence of STIs was having more than one sexual partner RP 2.05 (95% CI: 1.09 to 4.52) (P = 0.046). Other associations were not significant: alcohol or other drugs (cocaine, marijuana) (OR 2.19 , 95% CI 0.49 to 11.0), the instruction have not (OR 1.55 , 95% CI 0.7 to 3.49) and living in urban areas (OR 1.29 , 95% CI 0.59 to 2.84 , and having higher income (OR 1.02, 95% CI: 0.59 to 1,76) .

Discussion. Sex workers remain the most vulnerable to infection and transmission of venereal disease called population. For additional efforts invested in the field of prophylaxis all that has been achieved is to reduce the prevalence and incidence in turn. In countries with poor economy and developing the prevalence tends to increase.

Keywords: SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, SEX WORKERS, Prevalence, ASSOCIATED FACTORS.



ÍNDICE

Contenido	página
1. Introducción.....	17
1.1. Planteamiento del problema.....	18
1.2. Justificación.....	19
2. Fundamento teórico	
2.1. Las trabajadoras sexuales y la salud pública	20
2.2. Estrategias de prevención de ITS	21
2.3. Participación de la comunidad y establecimiento de redes	22
2.4. Factores asociados a las Infecciones de Transmisión Sexual	22
3. Objetivos	
3.1. Objetivo General	24
3.2. Objetivos específicos	24
4. Diseño Metodológico	
4.1. Tipo de estudio.....	25
4.2. Población de estudio	25
4.3. Período de estudio	25
4.4. Tamaño de la muestra.....	25
4.5. Criterios de inclusión	25
4.6. Criterios de exclusión	25
4.7. Relación de variables	25
4.8. Operacionalización de las variables	25
4.9. Procedimientos, técnicas e Instrumentos	26
4.10. Análisis de la información y presentación de los resultados.....	26
4.11. Aspectos éticos de la investigación	26
5. Resultados	
5.1. Tamaño de la muestra.....	28
5.2. Prevalencia de ITS	28
5.3. Características demográficas de la población de estudio	29
5.4. Características individuales de la población de estudio	32
5.5. Condiciones relacionadas con las ITS	36
6. Discusión.....	38
7. Conclusiones y Recomendaciones	47
Referencias bibliográficas	49
Anexos	52



Yo, **NELLY YOLANDA BONILLA PUGO**, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, marzo del 2014

Nelly Yolanda Bonilla Pugo
C.I 010474930-4



Yo, **NELLY YOLANDA BONILLA PUGO**, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, marzo del 2014

A handwritten signature in blue ink, consisting of the initials 'YB' and a stylized 'Pugo'.

Nelly Yolanda Bonilla Pugo
C.I 010474930-4



Yo, **RUTH ALEXANDRA ESPEJO UZHCA**, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afcción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, marzo del 2014

Ruth Alexandra Espejo Uzhca
C.I. 010470518-1



Yo, **RUTH ALEXANDRA ESPEJO UZHCA**, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, marzo del 2014

Ruth Alexandra Espejo Uzhca
C.I. 010470518-1



Yo, **CLAUDIA GEOVANA QUINTEROS MORA**, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, marzo del 2014

Claudia Geovana Quinteros Mora

C.I 030249618-7



Yo, **CLAUDIA GEOVANA QUINTEROS MORA**, autora de la tesis “**PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS SEXUALES CONTROLADAS EN EL ÁREA DE SALUD 4, YANUNCAY. CUENCA, 2013.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, marzo del 2014

Claudia Geovana Quinteros Mora

C.I 030249618-7



DEDICATORIA

A mi mamá y hermana que creyeron en mí, por el apoyo incondicional a pesar que hemos pasado momentos difíciles, hoy puedo decir que una meta está lograda ya que siempre estuvieron presentes impulsándome en los momentos difíciles de mi carrera.

A mi hijo Matías que es la fuerza fundamental para seguir adelante con mis proyectos, gracias a su sonrisa que me ayudó a superar los obstáculos.

A Dios por darme cada minuto de vida para seguir adelante y dotarme de una madre luchadora que siempre veló por mi bienestar.

A todos ellos porque fueron pieza fundamental en mi desarrollo profesional.

Nelly



Agradecimiento

A la Directora de este trabajo, al Asesor de Investigación y a los Docentes de nuestra Facultad. Su aporte en nuestra formación será reconocido eternamente.

A los funcionarios del Área de Salud 4, Yanuncay, por su apoyo para el cumplimiento de nuestros objetivos y a las personas que permitieron la entrevista, sin ellas no se hubiese cumplido la propuesta.

Nelly



Dedicatoria

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. A ustedes por siempre mi corazón.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, CARLITOS LÓPEZ y A MIS PEQUEÑAS HIJAS ANAHI E PAULETH.

Ruth



Agradecimiento

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Doy gracias a mis padres José† y Gloria por apoyarme en todo momento, aunque tu papito desde lo más alto. A mis hermanos por ser parte importante de mi vida que me han ayudado a levantar cuando he caído Juanito, Diego Eugenio por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les agradezco desde el fondo de mi alma.

Ruth



Dedicatoria

Este trabajo de tesis de grado está dedicado primeramente a DIOS, por darme la vida a través de mis queridos PADRES quienes con mucho cariño y amor me han sacado adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

Geovana



Agradecimiento

A los Docentes de nuestra Facultad por su inversión pedagógica en nuestra formación.

A Lcda. Carmen Ordóñez Montaña y Dr. Iván E. Orellana, Directora y Asesor Metodológico, respectivamente, de la presente investigación.

A los directivos y profesionales del Área de Salud 4, Yanuncay, y a las usuarias que nos permitieron entrevistarlas.

Geovana



1. Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), relacionadas con unos 20 microorganismos bacterianos, virales, fúngicos y otros sexualmente transmisibles, representan un problema de salud pública importante en términos de morbilidad y mortalidad por ser causa de enfermedades como infertilidad, cáncer de cérvix, trastornos psicosexuales, SIDA, enfermedad pélvica inflamatoria, etc., con posibles repercusiones multiorgánicas (p. ej., afección del sistema nervioso central). La OMS recomienda que el término enfermedades de transmisión sexual (ETS) sea sustituido por infecciones de transmisión sexual (ITS). La adopción de dicho término se basa en el hecho de que incorpora mejor las infecciones asintomáticas. Además, este término ha sido adoptado por numerosas sociedades científicas y publicaciones (1).

La naturaleza transmisible de las ITS por el contacto sexual supone potencialmente problemas de intimidad, comportamiento sexual y de acceso y utilización de los servicios sanitarios. Algunos de estos aspectos limitan, a su vez, la realización de estudios de contactos, que es uno de los pilares de la prevención de las enfermedades transmisibles. Por su impacto epidemiológico y por sus elevados costes médicos directos, las ITS figuran entre los problemas de salud prioritarios en la mayoría de los países (2).

A mediados del siglo XX, la carga de enfermedad en países industrializados estaba asociada a patógenos bacterianos mayoritariamente (gonococia, sífilis), pero desde finales de siglo las infecciones virales, sobre todo las producidas por el virus del papiloma humano y el virus del herpes simple –agentes causales del condiloma genital y el herpes genital respectivamente– representan las ITS diagnosticadas con más frecuencia en los centros de ITS (3).

Esto supone un aumento de la prevalencia de estas infecciones en la comunidad, ya que las ITS virales, a diferencia de las bacterianas, no tienen un tratamiento curativo. Por otra parte, desde principios de los años noventa ha aumentado notablemente el número de casos declarados de ITS globalmente, incluida la infección por *Neisseria gonorrhoeae* resistente a los antibióticos según algunos reportes especializados (4).

Más recientemente –coincidiendo con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad–, se han documentado aumentos de comportamientos sexuales de



riesgo entre varones homosexuales, así como brotes de sífilis en ciudades de Norteamérica y Europa. Los grupos más afectados por las ITS serían los jóvenes, los varones homosexuales y las personas con acceso restringido a los servicios de salud. Como factores desencadenantes del aumento reciente de las ITS se han señalado los movimientos de viajeros y migrantes, los comportamientos sexuales de riesgo y el deterioro de la respuesta sanitaria en la lucha contra las ITS (5).

1.1. Planteamiento del problema

Las trabajadoras sexuales se han considerado como uno de los núcleos de propagación de la mayoría de infecciones de transmisión sexual, y los hombres que se relacionan con ellas, ya sea en un contexto comercial o no, juegan un importante papel en llevar la infección al resto de la población, por lo que dichos sectores “de enlace” pueden ser tan importantes como los propios núcleos de propagación en los programas de prevención directa. Otro importante núcleo de propagación son las parejas habituales (sin relación comercial) de las trabajadoras sexuales.

Existen cada vez más pruebas de que los programas dirigidos a dichos núcleos para reducir la transmisión de la infección son factibles y eficaces, y han dado buenos resultados en términos de la reducción del riesgo y menores niveles de infección.

De manera que no existe un único modelo universal para actividades de prevención entre las trabajadoras sexuales, y sus clientes y compañeros sexuales, sino que el contenido de la intervención y las técnicas que se apliquen deben adaptarse a las diferentes situaciones.

A propósito de la amenaza que supone el VIH/SIDA se ha descubierto que las actividades de prevención del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes y compañeros sexuales son más eficaces si la intervención contiene al menos tres elementos claves: 1) información y mensajes para cambios de comportamientos, 2) condones y métodos vaginales y 3) servicios de salud sexual.

Pero, la estrategia que da resultados es la combinación de técnicas. En reportes de intervenciones conjuntas se asegura que son efectivos: el uso de contactos informales, informadores claves y “líderes” para ponerse en contacto con la población de riesgo



(trabajadoras sexuales), promoción y educación entre pares en temas de salud, actividades de divulgación, distribución y mercadeo social de condones, servicios accesibles de salud sexual y participación de la comunidad y establecimiento de redes.

Las intervenciones dirigidas a núcleos de transmisión como las trabajadoras sexuales tienen que realizarse en total colaboración con ellas y el éxito y la sostenibilidad de los proyectos también depende de hacer partícipes a una variedad de personas que influyen en la actividad sexual comercial, ya sea directa o indirectamente.

La actitud política hacia la prostitución también tiene impacto y con frecuencia es inseparable de los programas de control. La ubicación racional del trabajo sexual y la promoción de ambientes de trabajo con menor riesgo son importantes temas normativos para la prevención del VIH entre trabajadoras sexuales.

Uno de estos papeles desarrolla el Ministerio de Salud Pública a través del Departamento de Vigilancia Epidemiológica mediante el cumplimiento de estrategias de control para la prevención de las enfermedades potencialmente transmisibles teniendo como intermediarias a las trabajadoras sexuales. La normativa de salud establece que este grupo debe realizarse un control que se registra en la tarjeta de salud que remplazó al anterior carné profiláctico. Este chequeo detecta bacterias, parásitos y hongos que producen enfermedades de transmisión sexual. Adicionalmente deben hacerse un examen de sangre cada tres meses para determinar si hay sífilis, hepatitis o VIH.

Pregunta de investigación. De lo expuesto, surge la siguiente interrogante: las trabajadoras sexuales que se controlan en el área de salud 4, Yanuncay, están exentas de infecciones de transmisión sexual?

1.2. Justificación

La realización de un frotis a las trabajadoras sexuales nos permitirá disponer de una información de particular importancia para: 1) identificar, si los hay, los principales gérmenes de transmisión sexual en esta población que por su condición de trabajo se convierten en vehículos de infecciones a través de sus contactos y 2) evaluar de modo



indirecto la acción preventiva que desarrolla el MSP para control de las ITS. Sin duda, estos objetivos justifican la realización de una investigación de campo.



2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Las trabajadoras sexuales y la salud pública

A pesar de todos los esfuerzos realizados en la prestación de los servicios de salud aún no se satisfacen las necesidades de las personas ni se logra el cuidado integral de la mujer; por lo general, su atención en salud se restringe a la función reproductiva.

En las instituciones de salud pública a las mujeres trabajadoras sexuales se las atiende con base en presupuestos establecidos. Se las ha considerado a través del tiempo como un grupo de riesgo para transmitir las infecciones de transmisión sexual (ITS); se conocen pocos estudios acerca de las conductas preventivas que adoptan para evitar infectarse y sobre los aspectos que influyen en la percepción que tienen de la salud y la enfermedad, del entorno que las rodea y las barreras y limitantes en la utilización de los servicios de salud.

Colombia no ha sido ajena a la problemática de los países de América Latina en la que se ha llegado a un estancamiento en el sistema educativo, falta de acceso de los ciudadanos a la salud, desempleo y violación de los derechos humanos; cada vez el entorno social es peor; hay múltiples factores sociales, políticos, culturales, y económicos que desmejoran la calidad de vida de la población, en particular la de los grupos vulnerables, entre ellos, las mujeres. Todo esto ha tenido un efecto negativo en la calidad de vida de la mujer en el medio colombiano, ella se desenvuelve en un mundo sin equidad de género, donde aún predomina la ideología patriarcal, y «donde la posición religiosa es de total oposición a que las mujeres sean autónomas de su sexualidad» (1).

El trabajo sexual de la mujer es parte del mercado de la oferta femenina y la demanda masculina, que genera entre otros aspectos, el aumento del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, tanto en hombres como en mujeres. No obstante lo anterior, se desconocen aspectos importantes de la vida y la salud de las trabajadoras sexuales. La búsqueda de literatura en este tema mostró la carencia de estudios relacionados con la salud y el cuidado de enfermería de estas mujeres.



Debido a sus altos niveles de infección por el VIH y la gran cantidad de parejas sexuales que tienen, las trabajadoras sexuales se han considerado como uno de los núcleos de propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y los hombres que se relacionan con ellas, ya sea en un contexto comercial o no, juegan un importante papel en llevar la infección al resto de la población, por lo que dichos sectores de enlace pueden ser tan importante como los propios núcleos de propagación en los programas de prevención directa. Otro importante núcleo de propagación son las parejas habituales (sin relación comercial) de las trabajadoras sexuales.

Existen cada vez más pruebas de que los programas dirigidos a dichos núcleos para reducir la transmisión de la infección son factibles y eficaces, y han dado a buenos resultados en términos de la reducción del riesgo y menores niveles de infección.

Dicho lo anterior, no existe un único modelo universal para actividades de prevención entre las trabajadoras sexuales, y sus clientes y compañeros sexuales, sino que el contenido de la intervención y las técnicas que se apliquen deben adaptarse a las diferentes situaciones.

Muchos proyectos han descubierto que las actividades de prevención del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes y compañeros sexuales son más eficaces si la intervención contiene al menos tres elementos claves:

- Información y mensajes para cambios de comportamientos
- Condones y métodos vaginales
- Servicios de salud sexual

2.2. Estrategias de prevención de ITS

La totalidad de la intervención tendrá más eficacia si se utiliza una combinación de técnicas. Entre las que han dado buenos resultados en una serie de intervenciones a este respecto en todo el mundo se encuentran las siguientes:

- Uso de contactos informales, informadores claves y “líderes” para ponerse en contacto con esta población.
- Promoción y educación entre pares en temas de salud.



- Actividades de divulgación.
- Distribución y mercadeo social de condones.
- Servicios accesibles de salud sexual.

2.3. Participación de la comunidad y establecimiento de redes

Para que resulten, las intervenciones dirigidas a núcleos de transmisión como las trabajadoras sexuales tienen que realizarse en total colaboración con dicho público, y el éxito y la sostenibilidad de los proyectos también depende de hacer partícipes a una variedad de personas que influyen en la actividad sexual comercial, ya sea directa o indirectamente.

Los contactos entre proyectos dirigidos a trabajadoras sexuales son asimismo importantes para compartir información sobre enfoques eficaces y materiales entre las organizaciones que proporcionan servicios a las trabajadoras sexuales, sus clientes y compañeros sexuales.

La actitud política hacia la prostitución también tiene impacto y con frecuencia es inseparable de los programas de control. La discriminación del trabajo sexual y la promoción de ambientes de trabajo con menor riesgo son importantes temas normativos para la prevención del VIH entre trabajadoras sexuales.

2.4. Factores asociados a las Infecciones de Transmisión Sexual

En investigaciones realizadas en realidades similares a la nuestra se demuestra que existe asociación entre conductas preventivas como el uso de preservativo y la abstinencia sexual, en la reducción de la incidencia de ITS en trabajadoras sexuales y jóvenes (6,7).

La OMS ha propuesto para el control y prevención la reducción de las conductas de riesgo en la población mundial y en los grupos con conductas de riesgo. Algunas de estas propuestas son la educación sexual de la población general, el uso de preservativo, abstinencia y sexo seguro (8,9).



Se sabe qué factores sociales influirían en las conductas protectoras o de riesgo de grupos de riesgo como las trabajadoras sexuales. Uno de estos factores determinantes de estas conductas es el **clima social**.

El término clima social se origina del concepto de conciencia colectiva, es decir, lo que el grupo siente, piensa y actúa es diferente de lo que piensa cada uno de los individuos que componen el grupo (10).

Posteriormente nace el concepto de clima social preventivo, que se refiere a que cualquier medida de prevención adoptada frente a problemas de salud tiene menos o nulo efecto si los ambientes sociales continúan promoviendo el riesgo. Sin embargo, si las conductas de riesgo que se quieren prevenir son sancionadas socialmente por el grupo, se facilita el control y luego el cambio. Como evidencia de la importancia del clima social en la conducta, datos de la literatura señalan que las conductas de riesgo individuales serían menos importantes en la adquisición de infecciones de transmisión que aquellas colectivas (11).

En nuestro país no existen estudios que hablen del clima social preventivo y menos aún que establezcan la asociación que existe con el comportamiento sexual y la incidencia de infecciones de transmisión sexual.

Un estudio en el que participaron el Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se buscó la asociación entre la incidencia de infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras sexuales bajo control sanitario y los factores sociales a los que se encontraban expuestas, se encontró que las infecciones más frecuentes fueron candidiasis, tricomoniasis, condilomatosis, sífilis, gonorrea, vaginosis bacteriana y herpes. Estas infecciones estuvieron asociadas a menores ingresos, menos tiempo de trabajo sexual y más parejas sexuales. La conclusión de los investigadores fue que un clima social preventivo favorable y otros factores sociales podrían influir en la conducta de las trabajadoras sexuales para reducir la frecuencia de ITS. Este tipo de información, por tanto, contribuye al diseño de estrategias de prevención para mejorar la salud pública (12).



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en Trabajadoras sexuales controladas en el área de Salud 4, Yanuncay, del cantón Cuenca.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las Trabajadoras Sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, del cantón Cuenca.
- Relacionar las características individuales de las Trabajadoras Sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, del cantón Cuenca, con la frecuencia de las infecciones de Transmisión Sexual.



4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal para estimar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual según las características sociodemográficas en un grupo de trabajadoras sexuales.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se consideró población de estudio a todas las trabajadoras sexuales que se controlaron en el período señalado para el estudio.

4.3. PERÍODO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en un período de seis meses.

4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyó como tamaño de muestra a toda la población de estudio, es decir las trabajadoras sexuales que asistieran a control sanitario en el Área de Salud 4, Yanuncay en el período de 6 meses.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las trabajadoras sexuales que aceptaren contestar la entrevista.

4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ninguno

4.7. RELACIÓN DE VARIABLES

Variables Principales: Infecciones de transmisión sexual.

Variables Contextuales: características demográficas (edad, instrucción y residencia), condiciones individuales (estabilidad de la pareja, más de una pareja sexual, número de parejas sexuales, número de hijos, nivel de ingresos, uso de preservativo, consumo de alcohol u otras drogas).

4.8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables se operacionalizaron en una matriz (Anexo 1)



4.9. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1. Aprobación del estudio por el Comité de Asesoramiento de Trabajos de Investigación (CATI) de Pregrado.
2. Autorización de los Directivos del Área de Salud 4, Yanuncay, para extraer la información documental de los registros de las pacientes.
3. Entrevista individual a cada una de las trabajadoras sexuales que acuden a la realización del examen de control.
4. Información a las trabajadoras sexuales sobre el motivo de la investigación para obtener su participación mediante las respuestas solicitadas.
5. Realización de un frotis vaginal por el médico del área de Salud como parte del procedimiento de control periódico al que se someten las trabajadoras sexuales.
6. Recopilación de la información sobre las variables de interés para el estudio en un formulario específicamente diseñado para el efecto. Anexo 1.

4.10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez recopilados los datos se ingresaron en una matriz bidimensional de un programa de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows™ y se procesó la información con estadística descriptiva. Las variables discretas fueron descritas en número de casos (n) y porcentajes (%) y las variables continuas en promedio \pm desviación estándar ($X \pm DE$).

Según la relevancia del dato los resultados se presentan en tablas simples de distribución de frecuencias y en gráficos recomendados por la metodología, según el tipo de variable.

4.11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio no implica riesgo ni afectación de los derechos individuales así como de la privacidad de las personas incluidas en la investigación porque se tomaron los datos exigidos normalmente en los controles sanitarios en vigencia por el Ministerio de Salud Pública por tanto el estudio excluyó la firma de consentimiento informado.



Se garantiza la privacidad de la información que será utilizada únicamente con fines académicos y en ningún caso serán identificadas las personas que participaron en la investigación.

5. RESULTADOS

5.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se recopiló información de 238 trabajadoras sexuales cuyas características se describen en las siguientes tablas.

5.2. PREVALENCIA DE ITS

Tabla 1

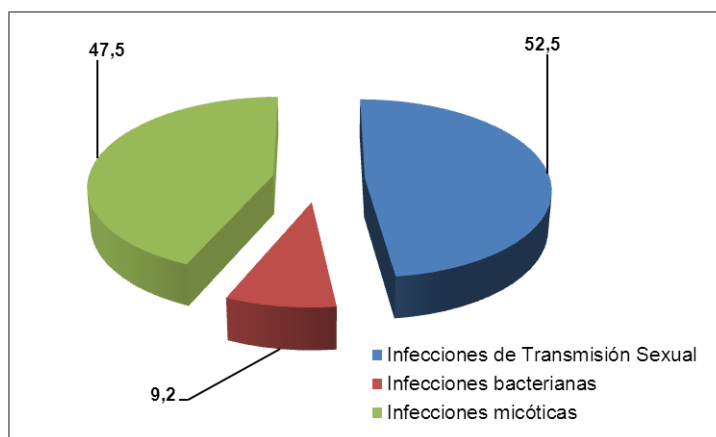
Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay. Cuenca, 2014.

Prevalencia	Frecuencia	%
Infecciones de Transmisión Sexual	125	52,5
Infecciones bacterianas	22	9,2
Infecciones micóticas	113	47,5

Fuente: matriz de datos
Elaboración: las autoras

Una de cada dos trabajadoras sexuales, exactamente el 52,5% de la población de estudio, fue portadora de una infección de transmisión sexual. Las infecciones bacterianas, diversas, fueron del orden del 9,2% y las micóticas el 47,5%, principalmente de tipo candidiasis.

Gráfico 1





5.3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 2

Distribución, según edad, de 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

Edad	Frecuencia	%
18 a 24 años	110	46,2
25 a 29 años	64	26,9
30 a 34 años	40	16,8
35 a 39 años	13	5,5
40 a 52 años	11	4,6
Total	238	100,0

Fuente: matriz de datos

Elaboración: las autoras

Cerca de la mitad de las trabajadoras sexuales perteneció al subgrupo de edad de 18 a 24 años. Una cuarta parte estuvo entre 25 a 29 años. Una de cada seis fue mayor de 30 años y por sobre esta edad, hasta los 52 años, estuvo sólo el 10,1%.

El promedio de edad para la población de estudio fue de $26,3 \pm 6,5$ años pero para el 80% de ella fue de $23,7 \pm 3,7$ años.

Gráfico 2

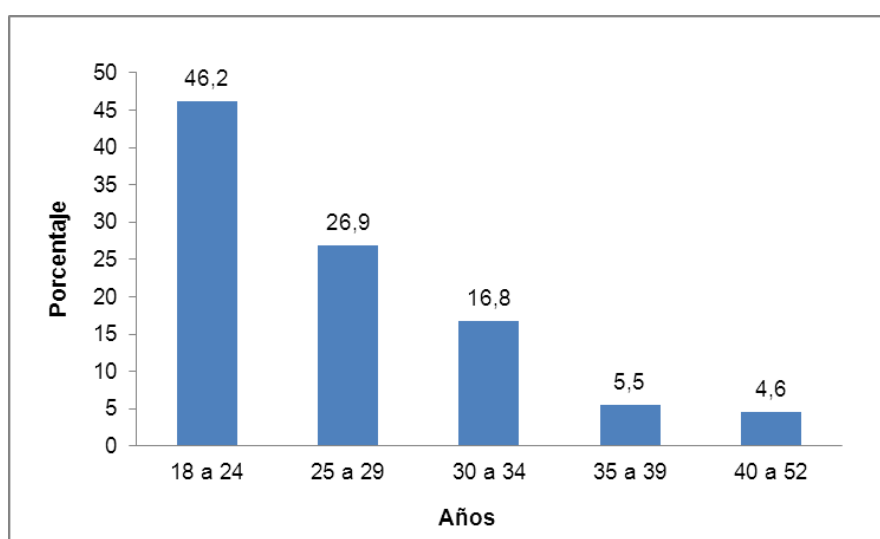




Tabla 3

Distribución, según instrucción, de 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

<i>Instrucción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Ninguna	34	14,3
Primaria	80	33,6
Secundaria	116	48,7
Superior	8	3,4
<i>Total</i>	238	100,0

Fuente: matriz de datos

Elaboración: las autoras

La instrucción secundaria fue predominante (48,7%) y junto a la primaria (33,6%) fueron el 82,3% de la población de estudio. Una de cada 12 trabajadoras sexuales cursó estudios superiores.

Gráfico 3

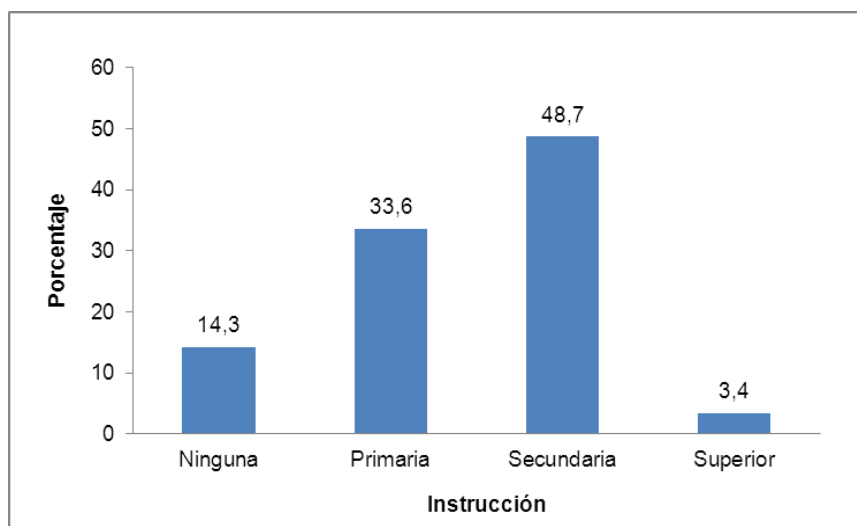


Tabla 4

Distribución, según edad, de 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

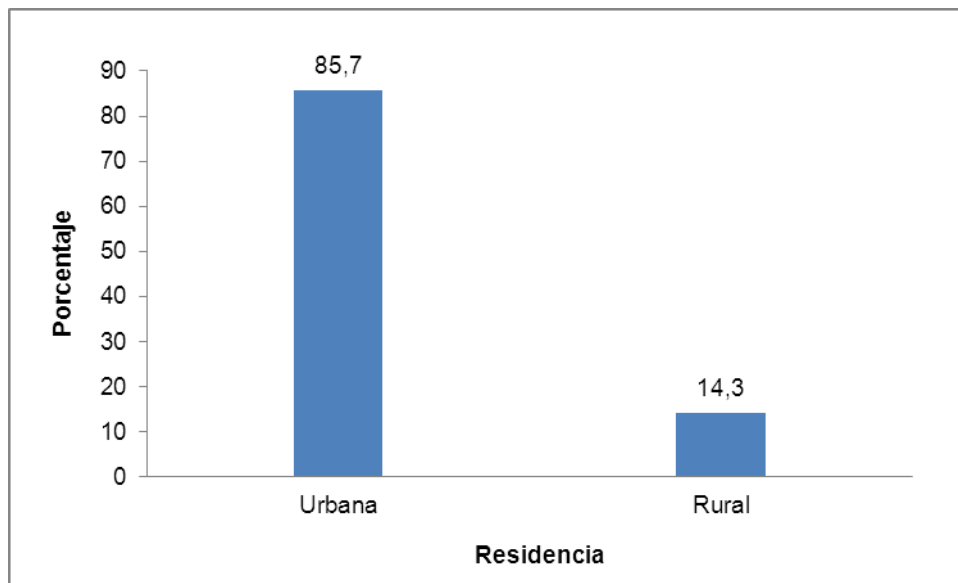
Residencia	Frecuencia	%
Urbana	204	85,7
Rural	34	14,3
Total	238	100,0

Fuente: matriz de datos

Elaboración: las autoras

La mayoría de trabajadoras sexuales (85,7%) residen en la zona urbana. Una de cada 7 de ellas reside en zona rural. Se entiende, para motivos del estudio, como residencia habitual al domicilio en el que el sujeto de investigación ha permanecido ininterrumpidamente durante los últimos cinco años.

Gráfico 4



5.4. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 5

Características individuales de 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

Características individuales	Frecuencia	%
Tiene pareja estable	147	62,8
Tiene más de 1 pareja sexual	194	84,0
Tiene hijos	189	81,6
Consume alcohol u otras drogas	10	4,3
Usa preservativo	236	99,1

Fuente: matriz de datos

Elaboración: las autoras

El 62,8% de las trabajadoras sexuales tienen pareja estable aunque el 84% tiene más de una pareja sexual. El 81,6% de las trabajadoras sexuales son madres.

El 4,3% (n = 10) consume alcohol u otras drogas entre las cuales mencionaron marihuana el 1,7% (n = 4) y cocaína el 0,4% (n = 1). Interrogadas sobre el uso de preservativo 236 trabajadoras sexuales (99,1%) contestaron que sí lo usan y 2 de ellas omitieron la respuesta.

Gráfico 5

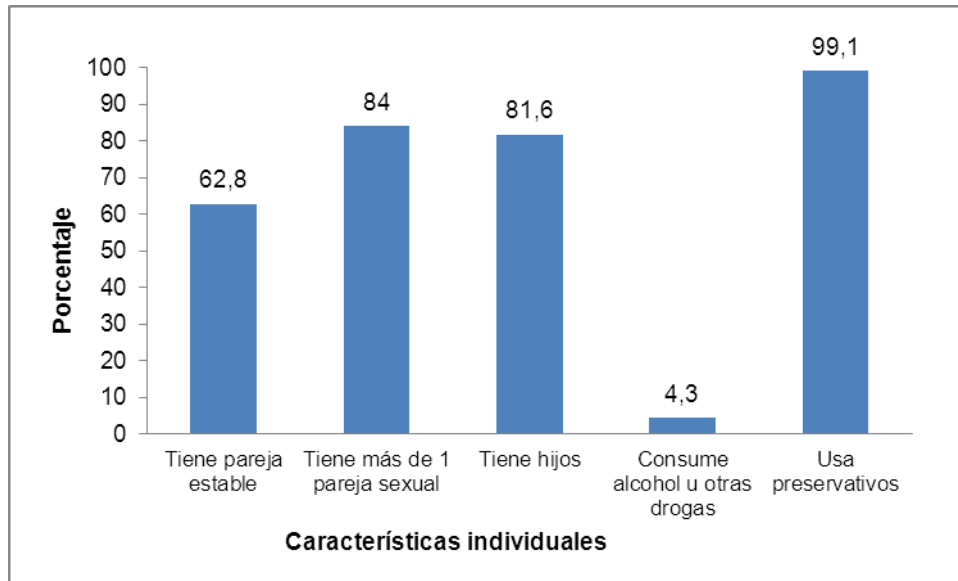


Tabla 6

Distribución, según el número de parejas, de 194 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%
1 pareja	19	9,8
2 parejas	143	73,7
3 y más parejas	32	16,5
Total	194	100,0

Fuente: matriz de datos

Elaboración: las autoras

Únicamente el 9,8% de las trabajadoras sexuales tienen una sola pareja, el 73,7% tiene 2 parejas y el 16,5% tiene 3 y más parejas.

Gráfico 6

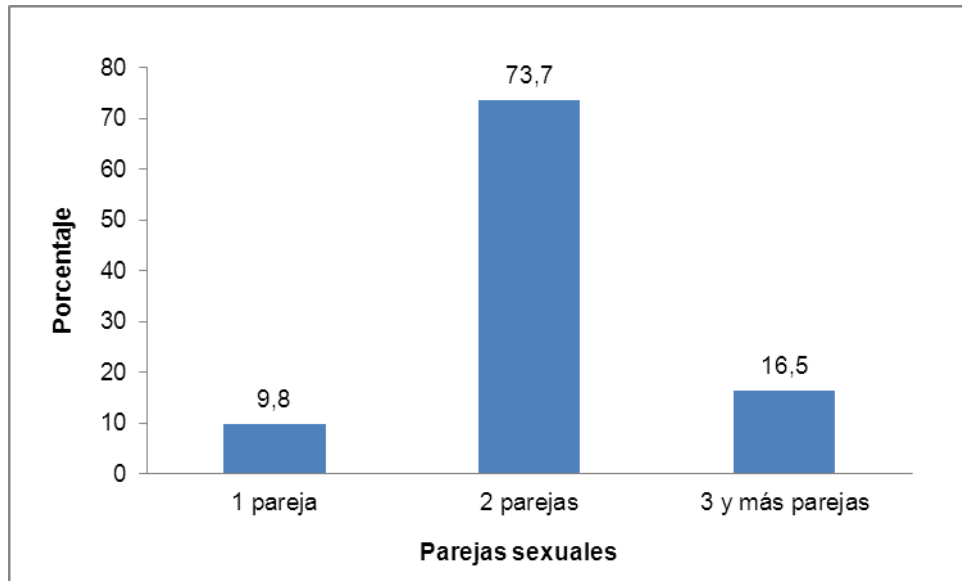


Tabla 7

Distribución, según el número de hijos, de 189 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

Número de hijos	Frecuencia	%
1 hijo	68	36,0
2 hijos	80	42,3
3 y más hijos	41	21,7
Total	189	100,0

Fuente: matriz de datos
Elaboración: las autoras

El 81,6% de las trabajadoras sexuales de la población de estudio son madres. De estas 189 madres, una de cada tres tiene un hijo, el 42,3% tiene 2 y una de cada cinco más de 2 hijos. El 9,6% de ellas tiene entre 4 y 6 hijos.

Gráfico 7

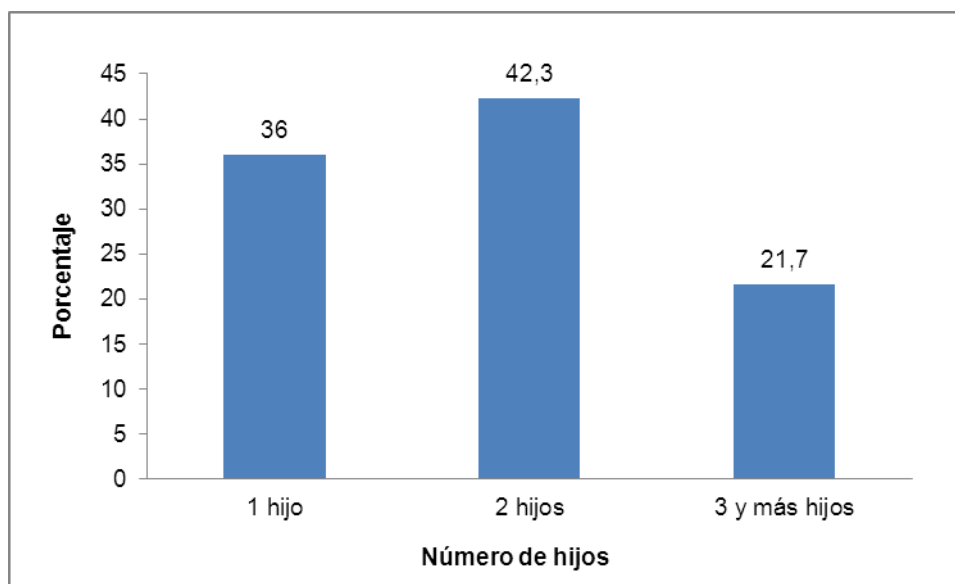


Tabla 8

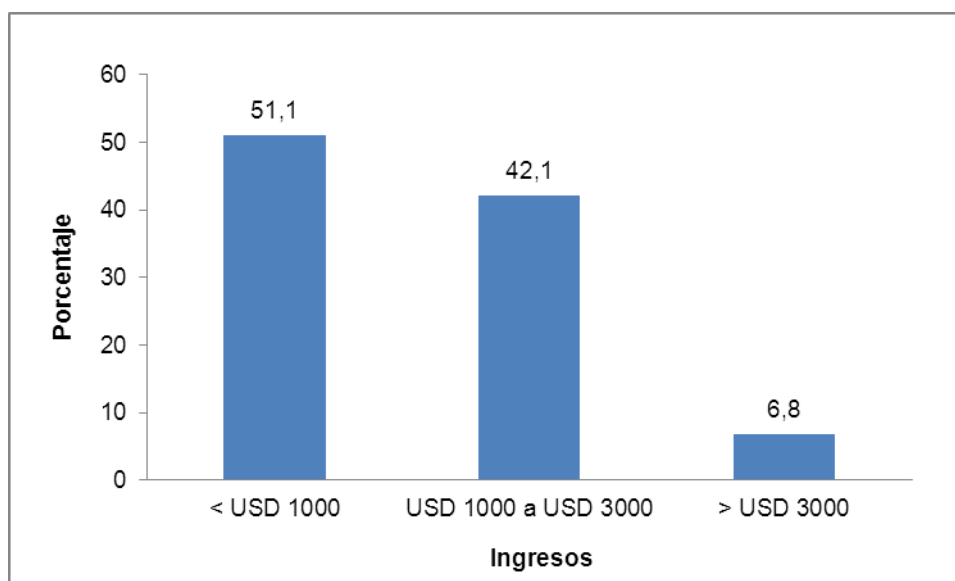
Distribución, según ingresos mensuales, de 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay, en las que se investigó la prevalencia de ITS. Cuenca, 2014.

<i>Ingresos mensuales</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Menos de USD 1000	120	51,1
USD 1000 a USD 3000	99	42,1
Más de USD 3000	16	6,8
Total	235	100,0

Fuente: matriz de datos
Elaboración: las autoras

El 51,1% de las trabajadoras sexuales estiman sus ingresos mensuales en menos de USD 1000, pero un 42,1% aseguró que estaban entre USD 1000 y 3000. Una de cada 14 trabajadoras sexuales cree que son superiores a USD 3000 al mes.

Gráfico 8



5.5. CONDICIONES RELACIONADAS CON LAS ITS

Tabla 4

Condiciones relacionados con la mayor prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en 238 trabajadoras sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay. Cuenca, 2014.

Condiciones relacionadas	Infecciones de transmisión sexual		RP (IC95%)	Valor P
	Sí	No		
Edad				
30 a 52 años	34 (53,1)	30 (46,9)	1,03 (0,56 – 1,91)	0,909
18 a 29 años	91 (52,3)	83 (47,7)		
Instrucción				
No tiene instrucción	21 (61,8)	13 (38,2)	1,55 (0,70 – 3,49)	0,243
Tiene alguna instrucción	104 (51,0)	100 (49,0)		
Residencia				
Urbana	109 (53,4)	95 (46,5)	1,29 (0,59 – 2,84)	0,490
Rural	16 (47,1)	18 (52,9)		
Parejas sexuales				
Más de una pareja	108 (55,7)	86 (44,3)	2,06 (1,09 – 4,52)	0,046
Una sola pareja	14 (37,8)	23 (62,2)		
Nivel de ingresos				
USD 1000 a USD 3000	61 (53,0)	54 (47,0)	1,02 (0,59 – 1,76)	0,933
Menos de USD 1000	63 (52,6)	57 (47,5)		
Alcohol u otras drogas				
Consume	7 (70,0)	3 (30,0)	2,19 (0,49 – 11,0)	0,253
No consume	116 (51,6)	109 (48,4)		
Número de hijos				
Un hijo	38 (55,9)	30 (44,1)	1,06 (0,56 – 2,01)	0,859
Más de un hijo	66 (54,5)	55 (45,5)		

Fuente: matriz de datos

Elaboración: las autoras

La prevalencia de infecciones de transmisión sexual fue significativamente más alta en el subgrupo que tiene más de una pareja sexual, esto significa que el hecho de tener más de una pareja aumenta en más de 2 veces la probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual [RP 2,06 (IC95% 1,09 – 4,2)].



La asociación es estadísticamente significativa ($P = 0,046$).

Otras condiciones en las que se encontró mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual, aunque sin asociación significativa, fueron en su orden: el consumo de alcohol u otras drogas (cocaína, mariguana) que aumentó en 2 veces la probabilidad de adquirir una ITS (RP 2,19; IC95%: 0,49 – 11,0); el no tener instrucción (RP 1,55; IC95%: 0,7 – 3,49); la residencia en zona urbana (RP 1,29; IC95%: 0,59 – 2,84 y el tener ingresos más altos (RP 1,02; IC95%: 0,59 – 1,76).

La mayor prevalencia de ITS por el hecho de tener únicamente un hijo (RP 1,06; IC95%: 0,56 – 2,01) y la condición de ser mayor de 30 años (RP 1,03; IC95%: 0,56 – 1,91) pudiera interpretarse como un dato espurio. La literatura no reporta información al respecto.



6. DISCUSIÓN

Las trabajadoras sexuales siguen siendo la población más vulnerable al contagio y transmisión de las denominadas enfermedades venéreas. Por más esfuerzos que se invierten en el campo de la profilaxia lo único que se ha conseguido es disminuir su prevalencia y a su vez la incidencia. Esta preocupación permanente de la Organización Mundial de la Salud tiene el respaldo de todos los organismos nacionales de salud que en sus respectivos países mantienen programas permanentes para erradicación de las enfermedades infecciosas dentro de las que se encuentran las de transmisión sexual.

Si una enfermedad infecciosa se presenta como un problema agudo de salud el tratamiento inmediato, intra o extrahospitalario, consigue modificarlo con la menor pérdida de tiempo posible; pero si se trata de una enfermedad infecciosa asintomática, lo que ocurre con algunas enfermedades de transmisión sexual, esta característica de asintomática le convierte en una amenaza silenciosa que puede afectar a mayor número de personas. Se considera que hasta un 70% de las mujeres y así mismo un porcentaje considerable de varones son portadores asintomáticos de una ITS. Es el caso de las recopilaciones que como la nuestra, realizado en una población de trabajadoras sexuales pertenecientes a un programa de control, muestran que un 52,5% de ellas tuvo en su frotis, realizado como parte de la estrategia de control, microorganismos transmisibles de los dos grupos: los de tipo cándida (hongos) se detectó en el 47,5% de las examinadas y las infecciones bacterianas estuvieron presentes en el 9,2% de la muestra. De hecho, ninguna de ellas tuvo manifestaciones clínicas que ameritasen un tratamiento inmediato pero la presencia de los gérmenes convierten a las trabajadoras sexuales en una importante fuente de contagio no solamente para sus potenciales contactos (tipo usuarios) sino para la o las parejas con quienes comparten más permanentemente.



El peligro real que esto representa depende del tipo de germen aislado y de su virulencia así como de la capacidad de transmisión desde el punto de vista epidemiológico. La gonorrea, la sífilis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida son las infecciones de transmisión sexual más devastadoras y a pesar de constituir prioridades en los sistemas sanitarios principalmente de prevención de todos los países del mundo, su incidencia no ha disminuido a los niveles deseados. Al contrario, en algunos países se ha incrementado, fenómeno que parece estar relacionado no sólo con la falta de programas efectivos de control sino con el desarrollo socioeconómico de los pueblos. La promiscuidad, muy relacionada con la pobreza y bajos niveles de educación, sigue siendo el principal detonante. Así lo confirman diversos estudios realizados en países africanos en donde la incidencia del virus del VIH continúa incrementándose sobre todo en poblaciones de mayor riesgo como las trabajadoras sexuales, a pesar de los esfuerzos por aplicar los programas de la OMS y del interés de los organismos sanitarios de cada región (13-15).

En países en vías de desarrollo el control de las infecciones de transmisión sexual sigue siendo un tanto infructuoso. Los expertos aseguran que el principal elemento identificado es la alta promiscuidad dependiente de la realidad cultural de los grupos sociales en donde tiende a incrementarse el fenómeno. Algunos estudios realizados en la China (16,17) y en la India (18-20) alertan sobre las dificultades que enfrentan los organismos de salud empeñados en disminuir la propagación de las ITS donde el VIH sigue siendo la primera preocupación.

En América Latina los reportes notifican realidades similares cuando se analiza la problemática del VIH porque incluyen análisis de sus repercusiones no sólo en el grupo familiar sino también en el entorno social y la comunidad en general. Al respecto, en 2007, en el Departamento de Ciencias Sociales de la



Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, se divulgaron a la región dos proyectos que no sólo intentan aplicar estrategias más enérgicas para control y prevención de las ITS/VIH sino se incluye un tratamiento de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales que en ciertos países son estigmatizadas por su condición, marginadas por ciertas disposiciones legales ambiguas y hasta abusadas por sus clientes y otros sectores inescrupulosos como la policía callejera (21).

En Australia la discriminación hacia las trabajadoras sexuales con VIH ha llegado al nivel de solicitar para ellas la aplicación de leyes especiales con exclusión de ciertos derechos, movimiento que ha sido apoyado aun por las mismas trabajadoras sexuales no portadoras de VIH a pesar de que también comparten iguales condiciones de criminalización de su trabajo (22).

En Colombia, donde se advierte un gran incremento de la prevalencia de VIH en la población general, de 0,02% en 1988 a 0,65% en 2003 (más de 30 veces) la situación manejada por los organismos de salud va dirigida hacia el interés de mejorar las condiciones sanitarias de los grupos sociales involucrados como forma efectiva de lograr un mejor control de las ITS/VIH. Es decir, partiendo de un diagnóstico situacional de la trabajadora sexual, desarrollando estrategias para normalizar su trabajo y reconociendo a la vez sus derechos como ser humano, mujer y madre (23).

En México, el interés de los comprometidos con este problema de salud va, así mismo, desde la observación de su prevalencia que ha oscilado de 0,04% en 1987 a 0,2% en el año 2000 (cinco veces en trece años) hasta el desarrollo de estrategias normalizadoras de las acciones de las trabajadoras sexuales para mejorar la prevención de las ITS en general (24).

Por otra parte, el hecho de portar una ITS como el VIH/SIDA, por más



estigmatizante que ésta sea, no significa perder los derechos sexuales peor los derechos humanos. Este enfoque promovido en la Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston, EUA, va encontrando cada vez más seguidores. Se trata, en esencia, de garantizar que las personas que viven con el VIH tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que les permitan realizar sus objetivos reproductivos y que a la vez garanticen sus derechos humanos (25).

Al respecto, en nuestro país el interés de los organismos pertinentes se centra en la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA antes que sobre las ITS en general. Las entidades oficiales de salud manejan disponen de cierta información extraída de las estadísticas anuales de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública pero no se detallan las entidades nosológicas transmisibles de mayor frecuencia ni se evalúa periódicamente su control. Ciertos brotes epidémicos de infecciones transmisibles en la población se divulgan más bien a través de las crónicas periodísticas que tienen más de sensacionalismo que de información confiable. Las trabajadoras sexuales son siempre el detonante como fuente de máxima responsabilidad para el contagio y cualquier funcionario de salud entrevistado por los medios de prensa se convierte sin quererlo en un “agorero” de la noticia que predice, a la vez, un sombrío y amenazador desenlace. De todas maneras, se asegura, aunque sin cifras oficiales, que las ITS como clamidiasis, tricomoniasis vaginal, vulvovaginitis, chancroide, donovanosis, entre las principales, encabezan la lista de las venéreas endémicas en la mayoría de las denominadas áreas de salud donde se realizan los controles periódicamente.

En noviembre de 2010, un noticiero de la Organización de las Naciones Unidas alertaba que en la zona fronteriza de Ecuador con Colombia se ha detectado una elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual tanto en residentes locales como en los refugiados del vecino país del norte que buscan protección internacional. La OIM, Organización Internacional para las



Migraciones, divulgó un estudio realizado un año antes (2009) entre 370 mujeres y sus parejas que confirmaba una alta presencia de ITS entre las que destacaba el virus del papiloma humano, causante de la mayoría de los casos de cáncer de cérvix. Los exámenes de las pacientes mostraron que más del 40% de ellas son portadoras de ese virus (26).

En la información oficial del Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Control y Prevención de VIH/SIDA-ITS se reporta una prevalencia del VIH para el país de 4,12 por 100 mil habitantes. Una estimación por provincias señala a Guayas como la de más alta prevalencia con el 19,93 por cien mil habitantes seguida por las provincias de Santa Elena y Pichincha con un poco más de 10 por cien mil. La tasa para la provincia del Azuay se calculó en 3.13 por cien mil habitantes. El informe publicado en el 2010 recopila los casos notificados en los años 2008 y 2009 (27).

En noviembre de 2012, la Secretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, de la Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva, del MSP de Ecuador señala que la prevalencia de VIH/SIDA para la población de nuestro país es de 0,24% y en una estratificación de grupos de mayor exposición precisa que los varones homosexuales tienen una prevalencia del 11%. Las trabajadoras sexuales tuvieron una prevalencia de 3,2% (28).

En nuestra investigación no se aisló el tipo de germen de las trabajadoras sexuales en las que se encontró infecciones, aparte de la valoración clínica de micosis tipo candidiasis cuya prevalencia fue del 47,5%, pero dentro del 9,2% de infecciones bacterianas sin duda no se encontraba el VIH. Las personas portadoras del virus se encuentran identificadas en casi todas las áreas de salud locales y aun nacionales máxime si el VIH/SIDA mantiene su capacidad amenazadora para la vida, en cualquier edad y condición.



Controlar las infecciones de transmisión sexual ha sido siempre una prioridad para la Organización Mundial de la Salud. En mayo de 2006 la Asamblea de la Salud aprobó una estrategia mundial para prevenir y controlar las ITS. Recientemente, la estrategia mundial de la Secretaría General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño enfatizó en la necesidad de disponer de un paquete completo e integrado que contenga todas las intervenciones necesarias y los servicios indispensables para conseguir estos objetivos. Todos los países son exhortados permanentemente a que se preocupen porque las madres y sus niños puedan acceder a un paquete universal de beneficios que garanticen la información y los servicios de planificación familiar entre los que se encuentran: atención prenatal, neonatal y postnatal, atención obstétrica y neonatal de emergencia, y prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Lo que se espera es acelerar la posibilidad de cumplir con los objetivos de Desarrollo del Milenio (29).

Como se puede apreciar, por la información descrita, la prevalencia de las ITS es una tasa muy oscilante y se encuentra en relación directa con las condiciones económicas y sociales de los grupos en donde se ha levantado la información. Sin desestimar el hecho de que las sociedades establecen sus diferencias por el grado de desarrollo tecnológico y el estándar de vida que de ellas se deriva (v. g. las comodidades que ofrecen los países industrializados vs las que ofrecen los países en vías de desarrollo), las infecciones que flagelan a los estratos que comparten condiciones de aglomeración (hacinamiento) siguen siendo un indicador de condiciones higiénicas en desventaja. El grupo de las denominadas enfermedades venéreas es un buen exponente de este hecho y no hay ninguna duda que la condición básica para su presencia es el nivel educativo generalmente deficiente. Este factor cultural puede explicar la aparición de una cadena de transmisión de enfermedades contagiosas tipo ITS que junto a la inobservancia de las restricciones propias para el mercado sexual como, por ejemplo, el no usar preservativo lo que



hacen es aumentar la probabilidad de diseminación del agente y facilitar el contagio. Así lo revela un estudio llevado a cabo por ONUSIDA y el Ministerio de Protección Social (MPS) de Colombia, quienes encontraron que las trabajadoras sexuales de las principales ciudades del país aceptan que su pareja estable no use condón. El estudio recopiló información de Cali, Medellín, Bucaramanga y Barranquilla y se encuestaron 1672 trabajadoras sexuales (30).

La mayoría de estas mujeres perteneció al estrato socioeconómico bajo y medio bajo, 50% cursó bachillerato y había empezado su vida sexual a los 15 años en promedio; muchas ingresaron al mercado sexual antes de los 14 años, lo que supone la presencia de abuso sexual impune detrás de una forma de explotación sexual. Para las mujeres legalmente habilitadas, la edad de inicio como trabajadoras sexuales fue de 22 años como promedio (30). En nuestra serie no se investigó la edad de inicio como trabajadora sexual, pero presumiblemente las condiciones del mercado sexual ecuatoriano no tengan muchas diferencias con el colombiano. Así lo sugiere el promedio de edad que para nuestra población de estudio fue de $26,3 \pm 6,5$ años (tabla 2) y considerando que la edad es un elemento determinante para su vigencia en el mercado sexual para el 80% de ellas el promedio de edad fue de $23,7 \pm 3,7$ años.

Otro dato de importancia para el presente estudio es el uso del preservativo. En la investigación de ONUSIDA los investigadores colombianos encontraron que más del 90% de mujeres afirmó que siempre lo usa, especialmente las más jóvenes. La respuesta mayoritaria fue tenerlo a mano en su último servicio y reconocieron que no lo usan con clientes conocidos o antiguos si la decisión es de mutuo acuerdo. Lo más preocupante, sin embargo, fue el hecho que el 80% de las trabajadoras sexuales aseguró que no usa preservativo con su pareja estable (30). Dos de nuestras entrevistadas (0,9%) omitieron la respuesta a esta pregunta, omisión que asumimos como limitación del estudio, en tanto que



el 99,1% aseguró que sí lo usa. Este porcentaje se explica por el hecho que las trabajadoras sexuales pertenecen a un programa de control sanitario permanente que exige el cumplimiento de cierta normativa antes de emitir el carnet que les faculta realizar su trabajo.

El acceso a los servicios de salud pública, en nuestro país en general, parece haber mejorado. El que el 84% de las trabajadoras sexuales tenga más de una pareja (el 16,5% tiene más de dos parejas), que el 62,8% cuente con una pareja estable y el 81,6% tenga hijos (42,3% dos hijos y 21,7% tres hijos o más) reflejaría un estado en el que la trabajadora sexual se siente más protegida, desde el punto de vista sanitario, para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (tablas 5 a 7). Al respecto, la realidad colombiana parece diferente; así lo aseguran los investigadores de ONUSIDA que encontraron un bajo acceso a los servicios de salud por parte de estas mujeres (30).

En el análisis de las condiciones relacionadas con la mayor prevalencia de ITS nuestros resultados muestran que el tener más de una pareja sexual se convierte en un factor de riesgo porque aumenta en más de 2 veces la probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual [RP 2,06 (IC95% 1,09 – 4,2)], ($P = 0,046$). Las demás condiciones como: el consumo de alcohol u otras drogas (cocaína, mariguana) que aumentó en 2 veces la probabilidad de adquirir una ITS (RP 2,19; IC95%: 0,49 – 11,0); el no tener instrucción (RP 1,55; IC95%: 0,7 – 3,49); la residencia en zona urbana (RP 1,29; IC95%: 0,59 – 2,84 y el tener ingresos más altos (RP 1,02; IC95%: 0,59 – 1,76) tuvieron más alta prevalencia pero la asociación no fue significativa ($P > 0,05$).

Algunos de estos factores tienen su propia explicación. Unos como el consumo de drogas y el bajo nivel de instrucción convierten a la trabajadora sexual en un ser vulnerable al contagio de una ITS con mayor facilidad. Otros, como la residencia en zona urbana y los altos ingresos, que en nuestros resultados aparecen como condiciones relacionadas con la mayor prevalencia deben



interpretarse como asociaciones espurias, es decir producidas por el azar. La literatura médica especializada no proporcionan información al respecto.

Un estudio chileno, realizado en el Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública de la Universidad del Desarrollo, con el objetivo de determinar la incidencia de ITS y su relación con factores sociales en trabajadoras sexuales controladas en un consultorio comunal, encontró que la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual se asoció a menores ingresos y más parejas sexuales (31).

Finalmente, nuestro resultado concordante con el estudio, en lo que se refiere al número de parejas sexuales, nos estimula a afirmar que en investigaciones posteriores debe enfatizarse en las características de este factor con propósitos de diseñar estrategias de prevención válidas para disminuir la prevalencia e incidencia de ITS no sólo en las trabajadoras sexuales sino en la mujer en riesgo.



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública que tiende a aumentar cada vez más y su incremento se torna incontrolable sobre todos en los países de economías bajas y en vías de desarrollo.
- Las trabajadoras sexuales son la población más vulnerable a las ITS y constituyen por tanto los principales medios de transmisión para los usuarios del mercado sexual.
- De acuerdo a los resultados de nuestro trabajo y de series similares publicadas en la literatura especializada, el número de parejas sexuales se muestra como un factor determinante en la adquisición de una ITS.
- Si bien la prevalencia de ITS en las trabajadoras sexuales de nuestra población de estudio es mayor al cincuenta por ciento no se registró un solo caso de VIH/SIDA en los registros del Área de Salud 4, Yanuncay.

7.2. RECOMENDACIONES

- Dada la complejidad del tema y lo delicado que resulta una entrevista en la que se recaba información personal de la vida íntima de una trabajadora sexual, los organismos de salud que mantienen programas de control sobre esta población en riesgo deben ampliar la búsqueda de información cuando realizan el registro de la usuaria de tal manera que



sea posible acceder a esa base de datos como fuente válida para nuevas investigaciones.

- Hasta tanto es recomendable que se preste todo el apoyo y el asesoramiento técnico en la realización de estas investigaciones que por cierto deben incluir a todos los lugares de características similares.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva No. 110. Agosto 2011. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>. Acceso enero 2013.
2. OMS. Ginebra 1983. Estrategia Mundial contra el SIDA. Serie OMS sobre SIDA, N°11.
3. Agacfidan A, Kahl P. Sexually Transmitted Diseases (STDs in the world). FEMS Inmunol. Med. Microbiol. Jul 15 1999, 24(4): 431-5.
4. Cares W. Estimates of the incidence and prevalence of sexually transmitted diseases in the United States. American Social Health Association Panel. Sex. Transm. Dis. Apr. 1999, 26(4suppl): S2-7.
5. Ebrahim SH, Peterman TA, Zaidi AA, Kamb ML. Mortality related to sexually transmitted diseases in U.S . women 1973 through 1992. Am. J. Public. Health. Jun 1997, 87(6):938-44.
6. Andrew N. Sexually Transmitted Diseases: a review (see comments). J. Ark. Med. Soc. Nov. 1997,94(6): 251-4.
7. OPS. División de Prevención y Control de enfermedades, Programa Regional de SIDA /ETS. SIDA en las Américas. Washington DC: OPS, 1999. SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en las Américas. Rev. Panam. Salud Pública: 6(3); 1995: 215-9.
8. Krowchu KDP. Sexually Transmitted Diseases in Adolescents: an update. Compr. Ther. May 1999, 25(5): 265-71.
9. Huerta K, Berkelhamor S, Kleim J, Ammerman S, Chang J, Prober CG, Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infections in Health. 1996;18 (6): 384-6.
10. Jonsson M, Karlsson R, Rylander E, Gustavson A, Wadell G. The associations between risk behavior and reported history of sexually transmitted diseases, among young women a population-based study". Int. J. Std. AIDS. 1997; 8(8): 501-5.
11. Baseman J, Ross M, Williams M. Sale of sex for drugs and drugs for sex: an economic contextof sexual risk behavior for STDs". Sex.
12. Hernández S, Nesvara I, Torres C, Pereda C, Hernández E. Incidencia de ETS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el Consultorio N°1. Rev Chil Salud Pública 2006; Vol 10 (2):79-84.
13. Chersich MF, Luchters S, Ntaganira I, Gerbase A, Lo YR et al. Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. J Int AIDS Soc. 2013 Mar 4;16(1):179-80.



14. Scheibe A, Drame FM, Shannon K. HIV prevention among female sex workers in Africa. *Sahara J.* 2012;9(3):167-72.
15. Scorgie F, Nakato D, Harper E, Richter M, Maseko S et al. 'We are despised in the hospitals': sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Cult Health Sex.* 2013;15(4):450-65.
16. Li Y1, Detels R, Lin P, Fu X, Deng Z, Liu Y, Huang G, Li J, Tan Y. Difference in risk behaviors and STD prevalence between street-based and establishment-based FSWs in Guangdong Province, China. *AIDS Behav.* 2012;16(4):943-51.
17. Tucker JD, Peng H, Wang K, Chang H, Zhang SM et al. Female sex worker social networks and STI/HIV prevention in South China. *PLoS One.* 2011;6(9):e24816.
18. Reza-Paul S, Lorway R, O'Brien N, Lazarus L, Jain J et al. Sex worker-led structural interventions in India: a case study on addressing violence in HIV prevention through the Ashodaya Samithi collective in Mysore. *Indian J Med Res.* 2012;135:98-106.
19. Biradavolu MR, Blankenship KM, Jena A, Dhungana N. Structural stigma, sex work and HIV: contradictions and lessons learnt from a community-led structural intervention in southern India. *J Epidemiol Community Health.* 2012 Oct;66 Suppl 2:ii95-99.
20. Dandona L, Sisodia P, Kumar SG, Ramesh YK, Kumar AA et al. HIV prevention programmes for female sex workers in Andhra Pradesh, India: outputs, cost and efficiency. *BMC Public Health.* 2005 Sep 24;5:98.
21. Chacham AS, Diniz SG, Maia MB, Galati AF, Mirim LA. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2007 May;15(29):108-18.
22. Jeffreys E, Matthews K, Thomas A. HIV criminalisation and sex work in Australia. *Reprod Health Matters.* 2010 May;18(35):129-36.
23. Ministerio de la Protección Social. UNFPA. República de Colombia. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH/SIDA en mujeres trabajadores sexuales en cuatro ciudades de Colombia. ISBN 978-958-98543-6-5. 2008
24. Uribe P, Hernández G. Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la Ciudad de México. *Papeles de Población*, vol. 6, núm. 23, enero-marzo 2000. Universidad Autónoma del Estado de México, México. ISSN (Versión impresa): 1405-7425.
25. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reprod Health Matters.* 2007 May;15(29 Suppl):4-26.
26. Centro de Noticias ONU. Ecuador: OIM reporta alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual en frontera norte. Website disponible en:



<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=19779#.UxG6S86wVOo>. Acceso 28/2/14.

27. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Ecuador. Enero de 2008 a diciembre de 2009. Ministerio de Salud Pública, Quito, 2010.
28. Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS. Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva. Ministerio de Salud Pública. Quito, noviembre 2012.
29. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva No 110. Agosto de 2011. Organización Mundial de la Salud. OMS 2014. URL disponible en: <http://www.who.int/medicentre/factseheets/fs110/es/>. Acceso: 26/02/14.
30. Gutiérrez F., Torres D., Osorio L., Rodríguez C., Tovar P. Condiciones de vulnerabilidad a la trata de personas en Colombia. Bogotá: OIM, 2007.
31. Hernández S, Nesvara I, Torres C, Pereda C, Hernández E. Incidencia de ETS y factores sociales em las trabajadoras sexuales em control sanitario en el Consultorio No 1. Rev Chil Salud Publica 2006; 10(2):79-84.

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Infecciones de transmisión sexual	Contagio de infecciones a través del coito		Frotis	Sí No
Condiciones individuales	Situación que explicaría una mayor frecuencia de la enfermedad transmitida	• Estabilidad de la pareja	Información ofrecida por la entrevistada	Sí No
		• Número de hijos		Nominal
		• Parejas sexuales		Nominal
		• Ingresos		Bajos Medios Altos
		• Uso de preservativo		Sí No
		• Consumo de alcohol u otras drogas		Sí No
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento		Años cumplidos	Valor absoluto
Instrucción	Nivel de escolaridad cursado	Primaria Secundaria Superior	Años aprobados	Sí No
Residencia	Domicilio habitual	Urbana Rural	Dirección	Sí No



Anexo 2

FORMULARIO PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FORMULARIO N° _____

Frotis Positivo _____ **Negativo** _____

EDAD _____ años

INSTRUCCIÓN: Ninguna __ Primaria __ Secundaria __ Superior __

RESIDENCIA: Urbana __ Rural __

PESO _____ kg TALLA _____ m

Tiene pareja estable?: Sí __ No __

Ha tenido más de una pareja? Sí __ Cuántas __ No __

Tiene hijos? Sí __ Cuántos __ No __

Cómo definiría su nivel de ingresos? Bajos _____ (hasta USD 999)

Medios _____ (de USD 1000 a 3.000)

Altos _____ (más de USD 3000)

Utiliza preservativo? Sí __ No __

Consume alcohol? Sí __ No __

Consume otras drogas? Sí __ Cuáles _____ No __