PN-ABH-311
70217

August 1990

FINAL REPORT

"CAN FAMILY PLANNING PROGRAMS SERVE THE REPRODUCTIVE HEALTH NEEDS OF SPECIAL GROUPS OF HIGH RISK WOMEN?"

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
"DANIEL A. CARRION"
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Contract No. CI87.80A

December 1, 1987 - November 30, 1989

The Population Council, an international, nonprofit organization established in 1952, undertakes social and health science programs and research relevant to developing countries and conducts biomedical research to develop and improve contraceptive technology. The Council provides advice and technical assistance to governments, international agencies, and nongovernmental organizations, and it disseminates information on population issues through publications, conferences, seminars, and workshops.

This INOPAL project was supported by The Population Council and funded by the U.S. Agency for International Development, Office of Population, under Cooperative Agreement No. A.I.D./DPE-3005-A-00-3003-00. It is one of 45 projects included in INOPAL I, 43 of which were funded under Contract No. A.I.D./DPE-3030-C-00-4070-00, Operations Research to Improve Family Planning and Maternal-Child Health Delivery Systems in Latin America and the Caribbean.

CONTRIBUTORS TO THE FINAL REPORT

U.N.M.S.M.
INST. MEDICINA TROPICAL
"DANIEL A. CARRION"

Dr. Jorge Alarcón
Dra. Olga Palacios
Dr. Abelardo Tejada
Dra. Julia Piscoya

NAMRID

Dr. Stephen Wignal
Mr. Irving Phillips

THE POPULATION COUNCIL

Dr. James Foreit
Dr. Luis Varela

CONTENTS

	Page
SUMMARY	1
I. INTRODUCTION	2
II. METHODOLOGY	3
III. RESULTS	5
IV. DISCUSSION	19
V. INSTITUTIONALIZATION	20
VI. DISSEMINATION	21
REFERENCES	22
ACKNOWLEDGMENTS	23
APPENDICES	

1. Spanish Final Report
2. Evaluation Questionnaire
3. Paper Presented at the Fifth International Conference on AIDS

SUMMARY

This paper is the final report of an operations research project to prevent the spread of HIV infection among registered prostitutes in Callao, the port suburb of Lima, Peru. The project was conducted by the San Marcos University Institute of Tropical Medicine with support from The Population Council, INOPAL project. The objectives of the project were (1) to protect registered prostitutes from HIV infection; (2) to reduce the prevalence of STD infection in the target population; (3) to increase condom use; (4) to increase knowledge about AIDS; (5) to improve quality of contraceptive use; and, (6) to provide gynecological services, including prompt treatment of genital ulcers and cancer testing. The project included educational activities, a reproductive health service, and free condom distribution.

Over 96% of the more than 630 registered prostitutes in Callao attended at least one educational session. Over 1.1 million condoms were distributed in slightly over one year, and condom use increased greatly among the women. The annual incidence of Gonorrhea decreased from 20% to 3%. Four HIV positive women were detected, two at the baseline prevalence survey, and two more during the period of the intervention. A major remaining barrier to condom use is that many clients refuse to use the prophylactics. The project has been continued with AIDSTECH funding, and San Marcos University, Institute of Tropical Medicine, has become a national AIDS testing and counseling center.

I. INTRODUCTION

Prostitution is the most important factor in the transmission of the human immunodeficiency virus in Africa, and there is concern that the interaction of prostitution and intravenous drug abuse are factors in the heterosexual spread of HIV in developed countries.[1] Asian and Latin American countries also fear that prostitution will become an important factor in HIV transmission. This paper is the final report of an intervention project to prevent the spread of HIV infection among registered prostitutes in Callao, the port suburb of Lima, Peru.

The first case of AIDS in Peru was reported in 1983. By August, 1987, the number had grown to over 50 cases. At the end of the latter month, serology surveys reported that the only identifiable risk factor among 18 of 124 (14.5%) HIV seropositive individuals was prostitution or sexual contact with a female prostitute.[2] In response to a concern about the role of prostitutes in HIV transmission, a project to protect registered prostitutes from infection was started by the Institute of Tropical Medicine, San Marcos University, with support from The Population Council's INOPAL operations research project, the U.S. Department of the Navy (NAMRID), and the Pathfinder Fund.

II. METHODOLOGY

The Intervention Project: The objectives of the project were (1) to protect registered prostitutes from HIV infection; (2) to reduce the prevalence of STD infection in the target population; (3) to increase condom use; (4) to increase knowledge about AIDS; (5) to improve quality of contraceptive use; and, (6) to provide gynecological services, including prompt treatment of genital ulcers and cancer testing.

Over 600 registered prostitutes work regularly in the brothels and bars of Callao. Every two weeks they report for STD examinations at the Alberto Barton Health Center. Almost all center clients are either registered or unregistered prostitutes.

As part of the intervention project, the center provided (a) HIV and other STD education; (b) HIV and other STD testing; (c) free condoms; and, (d) reproductive health services, including family planning. The program was voluntary, except for the legally required STD examinations. The intervention lasted for 18 months from February, 1988 to August, 1989.

An integrated services approach was selected because focus group evidence suggested the women faced an interrelated set of problems. They appeared to have little effective knowledge of AIDS and other STDs, used relatively few condoms, and lacked access to gynecological services. Many used contraceptives incorrectly, and unwanted pregnancy and induced abortions were frequently reported.

The educational program began in June, 1988. Educational services

were provided by a health educator, and consisted of group discussions, lectures, videos, and individual counseling sessions. Distribution of condoms began in August, 1988. They were provided to all women free of charge.

The reproductive health clinic also opened in August, 1988. It functioned on weekday mornings. Services included family planning, gynecological exams, STD treatment, cancer detection, and infertility counseling. Some non-gynecological medical problems were also treated at the clinic.

Evaluation: Project evaluation focussed on utilization of services and the measurement of changes over time among health center users, including HIV knowledge and attitudes, frequency of condom use, changes in the incidence and prevalence of gonorrhea and candida, and HIV incidence.

A questionnaire was designed to gather information on target population characteristics, AIDS knowledge and attitudes, sexual behaviors, condom use, and family planning and fertility. A baseline survey was administered to 636 women appearing for registration examination in June, 1988. The first impact survey was administered to 567 women in November, 1988, and a final survey of 505 women was conducted in April, 1989. Design of the questionnaire was based on focus group research conducted in February, 1988.

Baseline HIV incidence was obtained from serological surveys conducted by NAMRID in April and August, 1987, and April 1988. Post-intervention surveys were conducted in November 1988, and May 1989 by San Marcos technicians with assistance from NAMRID. The ELISA

test was used to detect HIV exposure. Determination of seropositivity was based on Western Blot confirmation of ELISA results. Gonorrhea and candida prevalence was obtained in April and October, 1988, and in May, 1989. Clamidia was tested in April, 1988, and May, 1989. Presence of gonorrhea and candida was determined by gram stain and culture of vaginal smears. Presence of Clamidia was determined by blood test, using the same samples drawn for the ELISA test. The number of women tested in April 1988 was 646; 658 were tested in October 1988, and 574 in May 1989. Condom distribution and family planning and gynecological visits were obtained from service statistics.

III. RESULTS:

Study Group Characteristics:

Almost all (623) of the 636 women interviewed in June 1988 worked in registered brothels or bars. Table 1 presents baseline characteristics and sexual behaviors for these women. Due to their small number (13), data on women working in other locations are not reported. Neither demographic characteristics or sexual behaviors changed significantly during the study period.

Table I

Selected Characteristcs of Registered Prostitutes
Callao, Peru - June 1988

CHARACTERISTICS	PLACE OF WORK (N=623) BROTHELS	BARS
Place of Work	84.8%	15.2%
Mean Age	35	30
Education	55% $\leq$ primary	90.6% $\geq$ secondary
Mean partners last day worked	10.5	3.3
Percent married or in union	21.6%	4.2%
Ever use of IV drugs	1.3%	0

The majority of women (approximately 85%) worked in three brothels in a single compound in an industrial area of Callao. The remaining 15% worked in waterfront bars. Women who worked in the brothels were, on average, older, less educated, and more likely to be married or in union than women who worked in bars. Women in the brothels had more sexual partners per day than women who worked in bars. Only about 1% of the group as a whole had used intravenous drugs.

Sexual behavior also varied by place of work. About 68% of

women in brothels engaged only in vaginal intercourse with clients, about 32% performed fellatio, and 10% reported anal intercourse. Among women working in bars, over 90% claimed to have only vaginal intercourse with clients, 9% performed fellatio, and about 2% reported anal intercourse.

One of the project assumptions was that the women had many reproductive health problems. According to the baseline survey, approximately 52% of all women reported one or more abortions. Aborters reported an average of 1.8 abortions (range 1-7).

Table 2 shows the frequency of risk factors other than

Table II

Frecuency of Risk Factors Among Callao Prostitutes
June 1988

RISK FACTOR	(N=636) %
Foreign Clients	21.0
Stable Partner with STD	16.4
Clients who have lived abroad	16.0
Hepatitis	14.9
Stable Partner in prison	13.3
Transfusion	4.1
Intravenous Drug use	1.1
Clients in prison	0.3
Stable Partner Drug Addict	0.3

prostitution in the study group. Women were asked about their own behavior, and that of their steady (non-paying) partners, and paying clients. Intravenous drug use was low among both the women and their steady partners. Few women reported transfusions. Not surprisingly, since the bars and brothels are located in the largest port section of Callao, about a fifth of the women reported sexual contacts with foreigners, or with Peruvians who had lived abroad (the original source of HIV infection in Peru). About 16% of steady partners had experienced at least one STD infection. The data suggest that the greatest risk factor was prostitution.

Program Outputs:

Results obtained by program components are shown in Table 3.

Table III

Callao HIV Prevention Project Outputs
1988 - 1989

PROGRAM OUTPUT	Month Fifth	Month Tenth
No. of persons attending the Center	856	862
No. of persons attending one or more education sessions	748	831
Mean education sessions per person	3.7	12.5
No. of persons making FP visits	415	598
Mean FP visits per person	2.1	5.4
No. of persons making STD visits	759	834
Mean STD visits per person	4.9	14.7
No. of condoms distributed	227,305	1'104,254
Mean condoms per person	265.5	1,281

About 96% of women visiting the center between June, 1988 and May, 1989 attended at least one educational session. Over 1.1 million condoms were distributed during the period, and more than 69% of all women made use of family planning services. The program was well received by the women. Many actively collaborated in the organization of educational sessions, and in arranging appointments for impact survey interviews.

The most common contraceptive use problem was incorrect pill use. Many women took the pill continuously so that they would not menstruate, and could work more days per month. The most common gynecological problems treated included secondary amenorrhea, vulvovaginitis, cervicitis, pregnancy, infertility, cervical and endometrial cancer, vaginal prolapse, proctitis, and genital trauma.

STDs treated included trichomoniases, gonorrhea, genital herpes, monilia, pubic lice, and molluscum.

Changes in Reproductive Health

Table 4 shows changes in current use of contraceptive methods among women of fertile age (15-49) at three points in time during the ten month period, June, 1988 - April, 1989 . Women reporting using the condom in combination with non-barrier methods were classified according to the non-barrier method reported.

Table IV

Current Use of Contraceptive Among
Callao Prostitutes of Fertile Age (15-49)
1988 - 1989

METHODS	Baseline Survey (N=615)	Month Fifth (N=542)	Month Tenth (N=482)
Oral Contraceptives	54.6	60.2	63.5
Injectables	12.3	9.2	7.5
Condoms	6.8	6.3	4.5
Sterilization	5.7	5.4	5.8
IUD	5.5	4.2	2.7
Vaginals	1.4	2.0	2.1
Not Using	13.7	12.7	13.9

Most women in the group (86%) were current users of a modern contraceptive method at the time of the baseline survey. The most popular method was the pill, followed by injectables. Thirty four were IUD users, a method contraindicated for women with multiple sexual partners. At baseline, approximately 14.7% of women 15-49 who had ever used a contraceptive reported at least one method failure (unwanted pregnancy). Over 77% of all failures occurred with oral contraceptives, the most used method.

During the ten month period, overall method use did not increase, but the number of women using oral contraceptives increased while use of IUDs declined by approximately half. A small group of women

did not wish to change from the IUD because they had been unable to use other methods successfully. These women were advised to use a barrier method with the IUD to prevent pelvic inflammatory disease. Thirteen women were referred for sterilization. In the year prior to the study, the group reported 44 abortions. A total of 28 were reported during the intervention period.

Changes in AIDS Knowledge and Attitudes:

Table 5 shows AIDS knowledge and attitude indicators, comparing data from the baseline and the two impact surveys administered five months apart.

The proportion of women who knew that AIDS was sexually

Table V

Changes in AIDS Knowledge and Attitudes
Among Registered Prostitutes in Callao
1988 - 1989

Percent Agreeing with Statement	Baseline Survey (N=636)	Month Fifth (N=567)	Month Tenth (N=505)
"AIDS is a sexually transmitted disease"	74.7	81.1	79.8
"I am at risk of AIDS"	50.5	67.5	73.1
"AIDS can be transmmised: "Through blood transfusion"	27.4	26.1	32.7
"Through contaminated needles"	16.5	9.5	20.2
"Anal intercourse"	(*)	13.9	58.4

(*) Question not asked

transmitted increased only slightly, as most knew that the disease was an STD at the time of the baseline survey. However, the proportion of women agreeing with the statement "I am at risk of AIDS" increased from about one half to almost three-fourths during the period. The number of women who knew that AIDS could be spread by anal intercourse also increased greatly during the period, from 14% to 58%. Knowledge of the risk of obtaining AIDS from contaminated needles or blood transfusions did not increase importantly during the project. The most popular educational sessions featured videos about AIDS, and presentations by the women themselves. Lectures were the least popular and effective format.

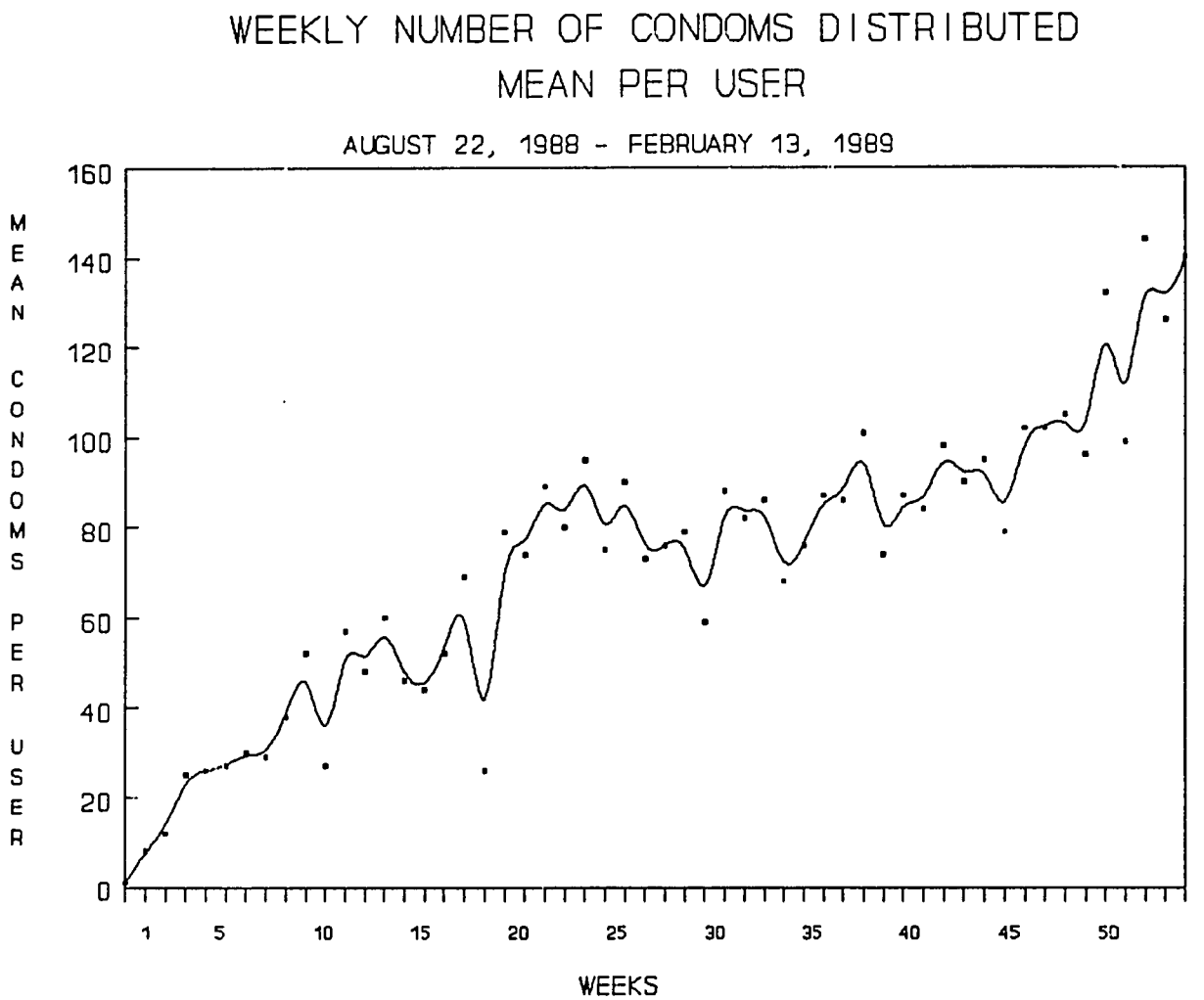
Changes in Condom Use:

There is both indirect and direct evidence that behavioral changes occurred among the study population. Figure 1 shows the number of condoms distributed per woman, per week, during the first 54 weeks of the project.

Each woman received a supply of condoms once every two weeks. Approximately one half visited the center each week. Mean number of sexual partners per week was estimated at 44.4 for the entire group. The number of condoms distributed increased from less than 20 per woman during August, 1988 (the equivalent of 10 per week), to roughly 80-90 (about 40-45 per week) during January - April, 1989. This number increased to well over 100 (exceeding the mean number of sexual contacts) during the last month of the study.

Direct evidence of behavior change is presented in table 6.

Figure 1



Women were asked about condom use on the last day worked prior to the survey interview, and about the situations in which condoms were <u>**not**</u> used.

Condom use improved across all measurement categories. The percent of vaginal intercourse protected with condoms increased from 65% to 82%, oral sex from 42% to 81%, and anal sex from 28% to 74% (The drop in use between the second and third surveys is probably an artifact of the small number of cases reporting anal intercourse.). Gains in the number of women reporting they "always use" the condom

Table VI

Changes in Condom Use Behavior
Among Registered Prostitutes in Callao

1988 - 1989

INDICATOR	Baseline Survey (N=636) %	Month Fifth (N=567) %	Month Tenth (N=505) %
Protected sexual practices, last working day			
- Vaginal sex	65.0	77.0	82.0
- Oral sex	42.0	63.0	81.0
- Anal sex	28.0	84.0	74.0
Always use of condom	30.8	35.8	44.0
Never use of condom	4.3	2.3	0.8
No use of condoms with regular clients	44.8	27.0	28.3
No use of condoms with clients whose genitals appear healthy	20.3	6.7	6.9
No use of condoms if clients disagree	26.4	32.3	26.9

and reductions in the number of women reporting they never used the condom were also reported. The percent of women who "always" used the condom with clients increased by 13 points to 44%, while the number of women who never used the condom decreased from 4.3% to 0.8%. Finally, over time, the women were also considerably more likely to use condoms with steady customers, and with men whose

genitals appeared healthy.

The program failed to alter the most important reason for non-use of condoms. If clients did not want to use a condom the women usually agreed to unprotected sex. The percent of women stating that they did not use a condom if clients disagreed remained fairly constant between the baseline and final impact surveys. Willingness to accede to client demands and not use condoms was caused by the fear of loosing a customer to one of the other women working in the brothel or bar.

A spot check of the three brothels conducted before the project began revealed that only 2 of 30 women questioned stated that they had condoms available in their rooms. After the project started a spot check of a random sample of 15 women conducted by a male medical student posing as a client revealed that all women had condoms in their rooms. However, the women did not require clients to use the condom. When asked, the women stated that the decision to use a condom was "up to you."

During the focus groups, reasons given most often for not using condoms included refusal by clients, and vaginal irritation. Other complaints included the fact that the condom often caused irritation of the mouth during oral sex.

Questions regarding problems with condom use were added to the first and second impact surveys. Both of these surveys revealed that roughly half of the women at each survey reported unwanted side effects from condom use. The most commonly reported side effect being inflammation.

Table VII

Condom Use Problems Reported Among Callao Prostitutes

1988 - 1989

PROBLEMS	Month Fifth (N=567)	Month Tenth (N=505)
None	48.0	54.7
Inflammation, pain etc.	43.4	40.2
Others	8.6	5.1

Contraceptive vaginal tablets were also distributed. Many women stopped using foam products because of irritation. Contraceptive jelly and creme were used much more successfully than foam, but were often not available.

Changes in STD prevalence and incidence:

Table 8 shows changes in STD prevalence between April 1988, and May 1989. Gonorrhea prevalence declined from 2.7% to 0.2% between April and October, 1988, and then declined further to zero (no cases) in May, 1989. Two other common sexually transmitted diseases, Clamidia

and Candida showed no decline. The women were tested twice for Clamidia in April 1988, and again in May 1989, during which time the prevalence of the infection actually increased. The women were tested three times for Candida, and the infection rate fluctuated between 8.5% and 3%.

Table VIII

STD Rates Among Registered Prostitutes in Callao
1988 - 1989

DISEASES	APR 88 (N=655)		OCT 88 (N=567)		MAY 89 (N=574)	
	No	%	No	%	No	%
Gonorrhea	18	2.7	1	0.2	0	-
Clamidia	529	80.8	-	-(*)	525	91.4
Candida	52	8.0	17	3.0	49	8.5

(*) Not tested

Service statistics records on the annual incidence of gonorrhea were available for 1985. In that year, cases equivalent to 20.3% of all registered prostitutes (n=447) were diagnosed with Gonorrhea. In comparison, during the period of April 1988 to March 1989, service statistics indicated that less than 3% of registered prostitutes (n=636) were diagnosed with the STD.

A serological study of a sample of 140 registered Callao prostitutes failed to detect any HIV infected women in 1986.[3] Two years later, while working with the entire group of registered

prostitutes, four cases of sero-positivity were detected. The progression of seroconversion in the four women is shown in table 9.

Table IX

HIV Infection Progression in Registered Prostitutes

Callao, 1987 - 1989

CASE	NAMRID APR 87	NAMRID AUG 87	NAMRID APR-MAY 88	SAN MARCOS OCT-NOV 88	SAN MARCOS MAY 89
No. 1	+	+	+	W/ I	+
No. 2	-	-	+	W/ I	W/ I
No. 3	W/ I	-	-	+	W/ I
No. 4	-	-	-	+	+

The first case of HIV seroconversion was detected in April 1987, and the second in April 1988. During the intervention study, two more women tested positive to the HIV virus, both of whom had been seronegative at examinations given in November 1987, and April 1988.

All four women worked in the same brothel, and all reported irregular condom use and engaging in vaginal, oral, and anal sex. They received counseling, and were prohibited from working as registered prostitutes in Callao. Two of the women were lost to follow-up.

IV. DISCUSSION

The major risk factor for AIDS transmission among the women studied in this project was prostitution, accompanied by relatively low levels of condom use.

Changes in attitudes and knowledge occurred during the intervention program. The number of women who believed themselves to be at risk of AIDS increased. Condom use also increased during the project, although the women did not make it obligatory for clients. A major barrier to increased condom use is fear of losing customers, suggesting that educational efforts also need to be directed at clients. Approximately half of the women reported unwanted side-effects from condoms including vaginal and oral inflammation. Virtually all condoms available in Peru are lubricated. Stomatitis was reported by women who used these condoms while performing fellatio. There is a need for non-lubricated condoms if women are to use them consistently during oral sex. Irritation caused by use of contraceptive tablets also suggests that some Nonoxynol 9 products may be of limited acceptability to prostitutes.

It also appears that the existence of the reproductive health service improved the quality of oral contraceptive use, reduced use of the IUD, and lead to the detection and rapid treatment of many gynecological problems.

The finding of reduced rates of gonorrhea suggests that protection against STDs increased among the women in the study. However,it is difficult to judge the efficacy of the program in reducing STD infection, as increased condom use did not appear to have an impact

on Clamidia and Candida infection. More importantly, despite the existence of the program two new cases of HIV infection were detected. If seroconversion occurs within six months of infection, then it appears that the women were infected after the intervention program began. On the other hand, if seroconversion occurs more slowly, it is possible that the women were infected before the project began. More observation is needed to determine if the spread of HIV infection can be halted by an integrated education and service program.

A major priority is to strengthen follow-up of HIV positive women. Presently the program lacks the resources to make home visits, and most of the responsibility for maintaining contact is placed on the women themselves. Another serious problem is the lack of other employment opportunities for HIV - positive women who should no longer work as prostitutes.

In other countries, education has been demonstrated to be effective in preventing HIV infection.[4] Prevention is the only feasible way of dealing with the problem of prostitute transmission of the AIDS virus. Resources are not available in developing countries to adequately care for HIV infected prostitutes, or to guarantee that they will be able to abandon prostitution.

V. INSTITUTIONALIZATION

The project continues in the Barton Health Center with funding from PRISMA, a local Peruvian organization, and from the Family Health International AIDSTECH project. San Marcos University, Institute

of Tropical Medicine, received laboratory equipment from The Population Council to perform AIDS testing. The institute has been named a national AIDS testing and counseling center, and receives referrals from Lima and Callao. San Marcos will continue HIV monitoring of the registered prostitutes in Callao, and will begin to monitor those in Lima.

VI. DISSEMINATION

The project has been presented both nationally and internationally. It was presented as a poster at the Fourth International Conference on AIDS in Stockholm, Sweden, in 1988, and as a paper at the Fifth Conference on AIDS in Montreal, Canada, in 1989. A poster discussing the course of seroprevalence among the Callao prostitutes was also presented at the Montreal Conference. In 1989, the project was also presented for the first time within Peru, at a meeting hosted by INPPARES, the local IPPF affiliate, as part of its professional educational program on human sexuality. In May, 1990, the final project seminar was held in Lima. It was attended by representatives of the National AIDS Committee, Ministry of Health, the Peruvian Social Security Institute, local universities, and international donor agencies.

REFERENCES

1. Holmes, King.K., Kreiss, Joan, "Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus: Overview of a Neglected Aspect of the AIDS Epidemic," **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** 1:602-9.

2. HIV Report No. 23, Unpublished, NAMRID, Lima, Peru, August 27, 1987.

3. Golenbock, Douglas T., et al. "Absence of Infection with Human Immunodeficiency Virus in Peruvian Prostitutes," **AIDS Research And Human Retroviruses** 4:493-99.

4. Papaevangelou, G. et al. "Education in Preventing HIV Infection in Greek Registered Prostitutes," **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** 1:386-389.

ACKNOWLEDGEMENTS

We wish to express our gratitude to Dr. Carlos Aramburu of the Pathfinder Fund for providing the condoms and making the reproductive health clinic possible. We also wish to thank the physician in charge of the clinic, Dr. Deny Gamez Zevallos, and the health educator, Lic. Marlene Toribio Pacompea.

The Population Council's participation in this project was made possible by funds from USAID Cooperative Agreement No. DPE-3005-A-00-3003-00. We wish to acknowledge the help of AID grant monitors Marcia Townsend, Jerry Bailey and Laneta Dorflinger.

Most of all we wish to thank the women who work as registered prostitutes in Callao for their patience and assistance.

APPENDIX 1

SPANISH FINAL REPORT

U.N.M.S.M.
Facultad de Medicina
Instituto de Medicina Tropical "D.A. Carrión"

INFORME FINAL DEL ESTUDIO:

¿PUEDE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR REDUCIR EL RIESGO DE INFECCION HIV Y OTRAS ETS EN UN GRUPO DE MUJERES DE ALTO RIESGO ?

INVESTIGACION REALIZADA CON EL APOYO ECONOMICO DE THE POPULATION COUNCIL, CONTRATO: C187-80A, Y LA COLABORACION DE NAHRID Y PATHFINDER

AUTORES

Dr. Jorge O. Alarcón Villaverde (1)
Dra. Olga Palacios Agüero (1)
Dr. Abelardo Tejada Valencia (1)

COLABORADORES

Dr. James Foreit (2)
Dr. Luis Varela (2)
Dra. Julia Piscoya (1)
Dr. Stephen Wignal (3)
Sr. Irving Phillips (3)

1988-1989

Lima-Perú

(1) INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "DANIEL A. CARRION", FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

(2) THE POPULATION COUNCIL
(3) NAHRID

INDICE

1. INTRODUCCION

2. METODOLOGIA

2.1. Población de estudio
2.2 Estudio Basal
2.3. Programa de intervención
2.4. Plan de evaluación
2.5. Plan de análisis

3. RESULTADOS

3.1. Situación basal
3.2. Actividades del Programa
3.3 Cambios durante el período de observación:

3.3.1. En el uso de anticonceptivos
3.3.2. En la exposición y prácticas de riesgo
3.3.3. En la actitud frente al uso del condon
3.3.4. En el uso del condón
3.3.5. En los conocimientos acerca del SIDA
3.3.6. En la conciencia de riesgo
3.3.7. En la actitud frente al Programa
3.3.8. En la salud de la cohorte (impacto)

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones
4.2. Recomendaciones

5. PRESENTACIONES PREVIAS DEL ESTUDIO

6. ANEXOS

6.1. Cuestionario
6.2. Formularios de registro

1. INTRODUCCION

Las Enfermedades de Transmisión Sexual(ETS) se vienen incrementando tanto en los paises desarrollados como en los paises en vías de desarrollo. En estos últimos, el problema adquiere una particular trascendencia debido a que amenaza a la población materna e infantil, que ya presenta elevadas tasas de morbilidad y mortalidad debido a otras patologías. La endemicidad de las ETS algunas veces priva a las mujeres de su capacidad reproductiva y produce daños permanentes en su salud y en la de sus hijos. A este cuadro se ha agregado una nueva y fatal enfermedad de carácter epidémico: el SIDA. El efecto más alarmante se viene presentando en algunos países del Africa Central.

En el Perú, al igual que en otros paises, el SIDA empezó a presentarse de una manera progresiva a partir del año 1983 en que se reportó el primer caso. En aquel entonces era imposible preveer las proporciones que podía adquirir esta patología en el país. Desde entonces la tasa de detección de casos ha crecido aproximadamente de 0.2 por mes, durante el periodo 1983-1984, a 1.4 por mes en 1986, 3.8 por mes en 1987 , 5.4 por mes en 1988 y 12.1 por mes en 1989 (al primer semestre).

En la población masculina y femenina de la ciudad ya se han presentado casos de SIDA, y, de acuerdo a encuestas confidenciales del NAMRID, la seropositividad HIV está en franco ascenso.

En un principio, las personas afectadas pertenecieron a los mismos grupos poblacionales identificados en otros paises. Es muy probable que esto haya sido consecuencia del especial énfasis con que se buscaba la enfermedad entre los grupos considerados de alto riesgo. De otra parte, los datos acumulados hasta la fecha, si bien muestran que la mayor prevalencia es efectivamente en estos grupos, también hay evidencias de que la transmisión se viene desarrollando entre la población heterosexual. En Lima ya se han reportando casos en la población femenina, y según la experiencia de los centros diagnósticos del país la seropositividad esta en ascenso.

Las evidencias sugieren que la forma como se desarrolla el SIDA en el Perú es una combinación del modelo norteamericano/europeo, principalmente por transmisión homosexual, con el modelo africano de transmisión heterosexual.

La casi totalidad de los estudios realizados en el país dan datos sobre la prevalencia de la infección HIV en determinados grupos, en su mayoría auto seleccionados o no representativos de la población general. Los resultados de

los estudios realizados en grupo de homosexuales, en donantes de sangre y en mujeres que ejercen la prostitución en cuanto a prevalencia se refieren se pueden resumir en el siguiente cuadro:

GRUPO POBLACIONAL	NO	(+)	TASA %
Donantes de sangre	43,813	26	0.0593
Homosexuales	1,174	95	8.0919
Pacientes sintomáticos	853	162	18.9917
Prostitutas (Cohorte)	631	4	1.1080

Fuente:Ministerio de Salud

A pesar de contar con mayor información no es posible hacer predicciones sobre el curso que tendrá la epidemia en el país. La aplicación de modelos predictivos acerca de la progresión de la enfermedad en base a la información de otros paises, ha producido en unos casos sobrestimaciones y en otros subestimaciones. La principal causa de este error fue y es el desconocimiento de la incidencia de la enfermedad, es decir de la velocidad con que se difunde la infección entre la población susceptible. Por este motivo es necesario hacer estudios epidemiológicos más precisos tanto entre los denominados grupos de riesgo como en la población general.

Obedeciendo a este imperativo, el primer objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia y la incidencia de infección HIV en un grupo que tenga importancia en la transmisión heterosexual.

Pero, dada la gravedad de la enfermedad y los indicios de su progresiva propagación, el estudio tuvo además un componente de intervención, enmarcado en una estrategia de enfoque de riesgo, consistente en un programa de atención integral al grupo humano seleccionado, basado en el supuesto de que las acciones que se realicen reducirán el riesgo de infección, y por lo tanto reducirán la incidencia de la enfermedad. También se tomó en consideración que de producirse este efecto, es posible lograr que la transmisión heterosexual de la enfermedad se limite.

Finalmente, al elaborar el modelo de intervención, se procuró que éste sea reproducible en las condiciones comunes en que funciona un establecimiento de salud en Lima.

28

2. METODOLOGIA

Tanto el estudio de incidencia como el modelo de intervención se resumen en el siguiente esquema:

COHORTE (BASAL)	INTERVENCION 1.Estructura 2.Proceso	CAMBIOS EN LA COHORTE	IMPACTO EN LA SALUD DE LA COHORTE	IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACION

Se puede observar que el estudio consistió en seleccionar una cohorte, disponer y hacer accesible un programa de atención (Intervención), bajo la hipótesis de que se producirán cambios de conducta que a corto plazo mejorarían la salud reproductiva de la cohorte, y que a largo plazo podría tener un impacto en la salud de la población general.

2.1. POBLACION DE ESTUDIO (COHORTE)

2.1.1. SELECCION DE LA POBLACION

Debido a las limitaciones económicas y operacionales existentes para la realización de estudios de incidencia, se decidió hacer un estudio de este tipo en una población que reuniera las siguientes condiciones:

1. Población particularmente expuesta a contactos sexuales múltiples.

2. Población que no usa medidas preventivas

3. Población relacionada a la transmisión heterosexual

4. Población accesible y más o menos estable.

En base a estas consideraciones se seleccionó la población de mujeres que ejercen la prostitución bajo vigilancia sanitaria en el puerto del Callao, el más importante del Perú.

Estas mujeres desarrollan sus actividades en establecimientos que tienen licencias especiales (prostíbulos y bares) y requieren de un carnet sanitario para ser admitidas en estos locales sin riesgo de ser apresadas.

De acuerdo a las normas establecidas este control debe hacerse cada 15 días, y generalmente consiste en un examen preferencial para detectar sífilis y gonorrea, y en el último año se incluyó el examen para detectar infección HIV.

A estos establecimientos concurren un grupo importante de jóvenes y hombres de edad media de las ciudades de Lima y Callao; también con mucha frecuencia acuden marineros de todo el mundo, por lo que se supone que podría ser el principal punto de ingreso del SIDA y otras ETS.

El problema básico en este grupo es la condición de marginación en el que se encuentra, lo cual hace que adopten conductas que limitan las posibilidades de realizar acciones de control y vigilancia epidemiológica. De otro lado, por esa misma condición no recibe la atención debida, sobre todo en lo referente a su salud reproductiva.

En 1985, en un grupo de 447 mujeres atendidas regularmente se detectó 263 casos de ETS, lo que significa que el equivalente al 82% de las mujeres tuvieron una ETS durante el transcurso del año. Hubieron 137 casos de tricomoniasis, 91 casos de gonorrea, 37 casos de sífilis (incluyendo 33 casos de sífilis temprana latente), 12 de chancroide y 7 de linfogranuloma venéreo. Los otros 84 casos diagnosticados incluyeron herpes genital, hepatitis B, molluscum contagioso y ectoparásitos de transmisión sexual (pediculis pubis).

En este grupo se detectó el primer caso de seropositividad a HIV en marzo de 1987. Se estima que la mujer infectada ha tenido 360 contactos sexuales diferentes durante el mes previo a la realización de la prueba HIV.

De otro lado, las mujeres informan serios problemas en el uso de anticonceptivos. Muchas usan dispositivos intrauterinos; método que está contraindicado en mujeres que tienen numerosas parejas sexuales. Algunas refieren practicar el aborto inducido como método de control de la fertilidad. El uso del condón y de espermicidas es muy bajo. De 33 mujeres entrevistadas en sus centros de trabajo, sólo 2 informaron usar condón.

2.1.2. El CENTRO DE SALUD A. BARTON

El Centro de Salud Alberto Barton, esta ubicado en una corta calle del muelle entre el área residencial y el área industrial del puerto del Callao, tiene las limitaciones propias de la mayoría de establecimientos de salud del país: poco personal y escasos recursos materiales.

El Centro atiende en dos turnos diarios. El turno de la mañana está abierto para el público en general y atiende tanto a hombres como mujeres. En este turno el Centro tiene un programa de salud materno-infantil que proporciona servicios básicos (control del niño sano y control pre y post natal para las mujeres). También brinda atención por ETS, aunque por la gran demanda los pacientes con ETS no reciben orientación especifica ni información acerca de como prevenirlas.

En 1985 este turno atendió aproximadamente a 1654 consultantes, de los cuales a 279 se les diagnosticó alguna enfermedad venérea, lo cual representa una tasa de 16.8% . Las enfermedades que más se diagnosticaron fueron: gonorrea (71 casos), sífilis (30 casos), linfogranuloma (6 casos) y hepatitis (6 casos).

El turno de la tarde es un servicio de control de ETS limitado a las trabajadoras del sexo. Estas personas están registradas y trabajan bajo la vigilancia de las autoridades de Salud Pública. En este turno se cuenta con un médico, una enfermera y una auxiliar encargados de examinar a aproximadamente 800 personas cada 15 días. El control consiste en examen clínico, toma de muestras de sangre y de secreciones para examen directo y la aplicación de una dosis preventiva de penicilina.

2.1.3. CRITERIOS DE INCLUSION

Para la selección de las personas que ingresaron a este estudio se emplearon los siguientes criterios:

a. Que en el momento del estudio se encuentre bajo control del Centro de Salud Barton
b. Que declaren tener actividades como trabajadora del amor
c. Que tenga cierta permanencia en el lugar.
d. Que acepte voluntariamente los exámenes de laboratorio y las otras actividades de intervención (Educación, uso de medios de prevención, consejería, atención de planificación familiar).

2.2. ESTUDIO BASAL

Una vez definida la cohorte se procedió a hacer un estudio basal para obtener la siguiente información:

- Prevalencia de infección HIV al inicio del estudio
- Prevalencia de las siguientes Enfermedades de Transmisión Sexual: Sífilis, Gonorrea y Candidiasis.
- Perfil ocupacional del grupo
- Grado de exposición
- Historia reproductiva
- Conocimiento y uso de anticonceptivos
- Conocimiento y uso del condón
- Conocimiento y actitudes frente al SIDA
- Identificación de otros factores de riesgo

Para realizar este estudio basal se procedió a hacer:

a. Exámenes de laboratorio a toda la población objetivo, consistente en estudios serológicos para HIV, clamidia y sífilis, y toma de muestra de secreciones para gonorrea y candidiasis.

b. Un estudio preliminar mediante la técnica de grupo focal, para determinar las características generales del grupo y sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación a su salud reproductiva.

c. Una entrevista estructurada a todo el grupo objetivo, con los mismos objetivos del estudio de grupo focal.

2.2.1 PRUEBAS DE LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio se hicieron a través del examen de muestras de sangre y de secreciones vaginales.

A todas las muestras de sangre se les hizo un screening para HIV mediante la prueba de ELISA. Las muestras positivas eran sometidas a dos pruebas más de ELISA; si en alguna de las pruebas el resultado era nuevamente positivo se realizaba la confirmación mediante la prueba de Western Blot. Los sueros negativos a la prueba ELISA se conservan en congelación para posteriores estudios. Los mismos sueros fueron empleados para estudiar la serología para sífilis y clamidia.

Las secreciones vaginales fueron sometidas a examen directo y cultivo en medios selectivos para gonorrea y hongos.

2.2.2. GRUPOS FOCALES

El estudio preliminar consistió en 4 sesiones de grupo focal. La muestra estuvo constituida por 39 mujeres prostitutas del Callao que provenían de los prostíbulos y bares. La selección de las participantes se hizo mediante muestreo de criterio. Las edades fluctuaron entre 20 y 60 años, pero la mayoría correspondió al rango de 30 a 35 años. Las sesiones se realizaron en el Centro de Salud y fueron conducidas por una psicóloga especializada en esta técnica.

2.2.3. ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

La entrevista fue estructurada con preguntas de opción múltiple y aplicada por entrevistadoras especialmente capacitadas. El cuestionario se aplicó durante un mes, procurando captar al máximo de personas. Previamente se hicieron pruebas piloto con el objeto de probar los cuestionarios, calibrar las entrevistadoras y perfeccionar la organización del estudio.

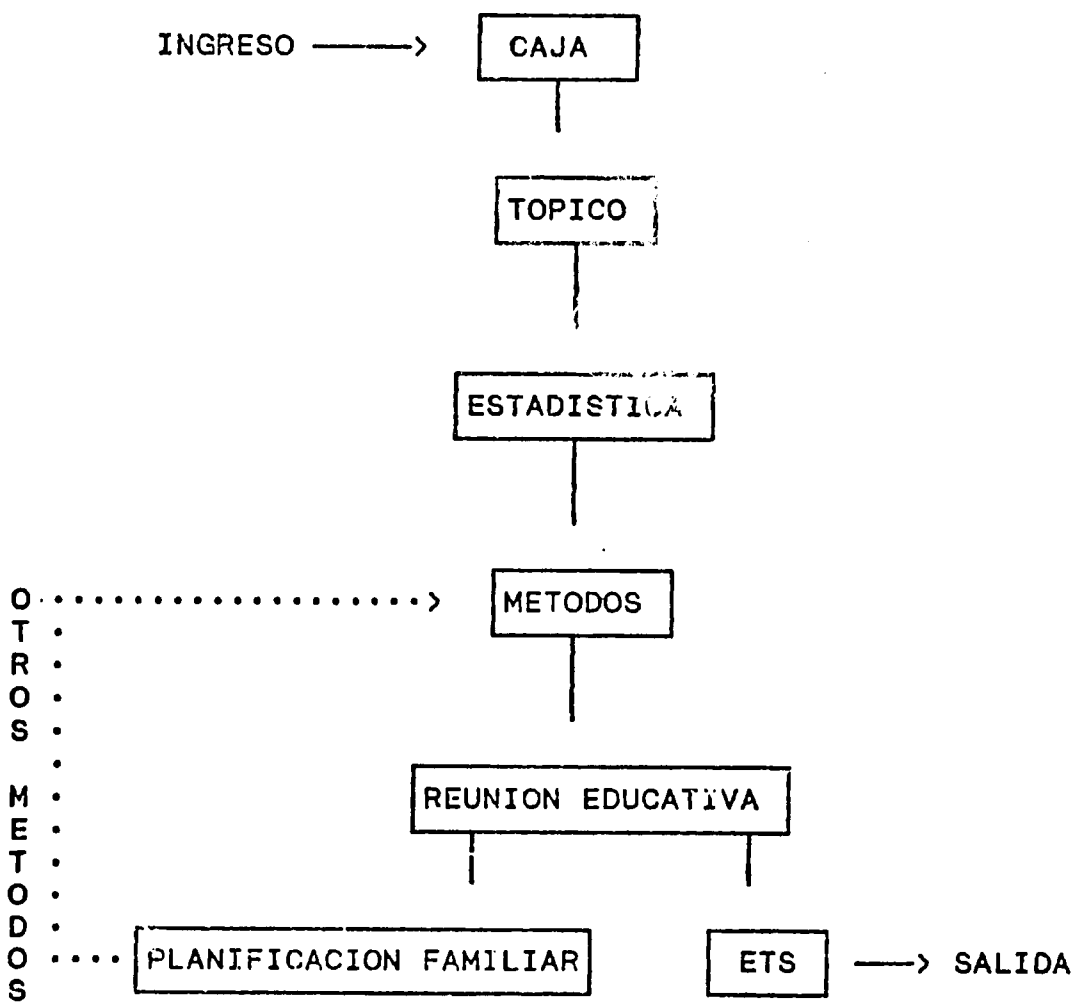
2.3. PROGRAMA DE INTERVENCION

El programa de intervención consistió en poner a disposición de la población objetivo los siguientes servicios:

a. Educación
b. Planificación Familiar
c. Suministro gratuito de condones y métodos anticonceptivos.

Concomitantemente se procuró que todas las integrantes de la cohorte tengan acceso a los servicios del programa. Para ello los horarios y frecuencia de las actividades se adecuaron a las rutina del Servicio de Salud y a la forma de demanda de las usuarias. La estructura y funcionamiento del programa se resumen en el siguiente esquema:

FLUXOGRAMA DEL PROGRAMA DE INTERVENCION



2.3.1. PROGRAMA EDUCATIVO

a. Objetivos

El Programa Educativo estuvo dividido en módulos, que tuvieron los siguientes objetivos:

1. Lograr que las participantes usen adecuadamente el condón como medida preventiva contra el SIDA y otras ETS. Los objetivos específicos de este módulo fueron proporcionar conocimientos y/ o discutir acerca de:

- Los riesgos que significa tener una ETS
- Los signos y síntomas de las ETS
- Los mecanismos de transmisión de las ETS
- Los medios de prevención: ventajas y desventajas
- Las ventajas y desventajas del condón
- El uso adecuado del condón y otros medios preventivos

2. Disminuir las practicas de riesgo en la cohorte de mujeres del Callao. Los objetivos específicos de este módulo fueron proporcionar conocimientos y/ o discutir acerca de:

- Las prácticas sexuales de riesgo en la transmisión del SIDA y otras ETS.
- La anatomía y fisiología de las mucosas oral, vaginal y rectal
- La relación costo/beneficio de las prácticas sexuales de alto riesgo.

3. Tomar conciencia de la existencia del SIDA y sus mecanismos de transmisión. Los objetivos específicos de este módulo fueron proporcionar conocimientos y/o discutir acerca de:

- La frecuencia y distribución del SIDA en el Perú
- Los grupos de riesgo de SIDA
- Los mecanismos de transmisión del SIDA
- La historia natural de la enfermedad
- La forma en que se diagnostica el SIDA
- Los medios de prevención del SIDA
- El rol que tienen las trabajadoras del sexo y prevención del SIDA

4. Lograr el uso adecuado de los métodos de Planificación Familiar. Los objetivos específicos de este módulo fueron proporcionar conocimientos y/o discutir acerca de:

- El riesgo reproductivo al que están expuestas
- Los métodos anticonceptivos existentes y la forma de usarlos
- Las ventajas, desventajas, las indicaciones y las contraindicaciones de cada método

Los riesgos del aborto como método anti-conceptivo

5. Hacer un adecuado uso de los servicios de planificación familiar. Los objetivos específicos de este módulo fueron proporcionar conocimientos y/o discutir acerca de:

- Las ventajas del diagnóstico precoz
- Las indicaciones para el examen periódico
- La utilidad de los servicios y la manera de usarlos.

b. Técnicas y medios de enseñanza

Para la ejecución del programa educativo se utilizaron las siguientes técnicas y medios educativos

TECNICAS EDUCATIVAS	MEDIOS DE ENSEÑANZA
- Dinámica grupal	- Slides
- Charlas educativas	- Películas
- Demostraciones	- Cartilla
- Discusión de experiencias	- Módulos
- Exposición	- Láminas
- Prácticas	- Pizarra
	- Rotafolio
	- Modelos simulados

c. Descripción de la actividad

La actividad consistió en sesiones educativas de 30 a 60 minutos de trabajo en las que se utilizaron diferentes técnicas y medios educacionales . Las sesiones se repitieron en intervalos de 20 a 30 minutos, hasta cinco veces por día. Los grupos que recibían la actividad estuvieron conformados por un máximo de 20 participantes por vez.

Cada tema se repetía durante dos semanas, lapso que de acuerdo a las normas establecidas en el centro de salud las trabajadoras del sexo deben ser examinadas nuevamente. De este modo se logró que la mayoría de integrantes de la cohorte participen del programa educativo.

De manera eventual hubo participación de prostitutas clandestinas y homosexuales que eran llevados al Centro de Salud por la policía.

En los casos que había poca concurrencia, o cuando se presentaban nuevas o reingresantes a la prostitución, se recurría a la consejería individual a fin de no perder el caso. A este último grupo (nuevas y reingresos) luego del registro correspondiente, se les informaba acerca de los

riesgos de la prostitución (ETS, SIDA, Embarazo), de la necesidad del uso de un método anticonceptivo y su control por el medico; también se le hacía una demostración del uso del condón y se les invitaba a hacer uso de todos los servicios que brindaba el Programa.

Las actividades educativas para la cohorte se desarrollaron de lunes a viernes de 2:30 a 7:00 pm. y estaban a cargo de una educadora especialmente capacitada por el proyecto.

d. Evaluación educativa y retroalimentación

También se establecieron sistemas de evaluación formativa y retroalimentación, aplicados durante el desarrollo de las actividades educativas. Las técnicas empleadas fueron:

- -Pruebas gráficas de carácter objetivo
- -Sesiones de grupos de evaluación
- -Realización de demostraciones grupales
- -Elaboración de mensajes educativos
- -Participación en encuestas puntuales con clientes
- -Entrevistas en el lugar de trabajo

Se aplicaron dos pruebas gráficas para explorar los cambios en los conocimientos y actitudes; los resultados fueron utilizadas para reforzar el proceso educativo.

e. Actividades adicionales en el turno de la mañana

La labor educativa en el turno de la mañana se realizó de octubre a diciembre de 1988. Consistió en charlas educativas programadas conjuntamente con el jefe del Centro de Salud. Las charlas fueron dirigidas a madres de familia del Programa de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud, organizadas en dos grupos de 40 personas cada uno. Las reuniones se realizaban una vez por semana, a las 9 am. en el local del Comedor Popular de la Comunidad del Callao. Los temas fueron: Paternidad responsable y Planificación Familiar, Educación Sexual y Sexualidad Humana, Detección precoz del cáncer de mama y de cérvix, Autoexamen de la mama, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, Demostración del uso del condón.

g. Mensajes educativos

Los mensajes educativos fueron diferentes para cada turno. En el turno de la mañana el mensaje de prevención hizo especial énfasis en la monogamia como manera de evitar estas enfermedades, y el uso del condón entre aquellos que son incapaces de mantener una relación monógama.

En los grupos de la tarde el mensaje de prevención fue similar al utilizado por FHI en Accra, Gandha, con grupos similares: a) La única manera completamente segura de

evitar el SIDA es descontinuar el comercio sexual; b) si no es posible dejar la prostitución deberá usarse condones y espermicidas durante cada coito; c) si el cliente rehusa el uso del condón emplear solamente espermicida; si no se tiene espermicida mejor no atenderlo o hacer uso de algunas técnicas para persuadirlo sin motivar su rechazo; d) la combinación de espermicida y el condón lubricado hará el coito menos doloroso; e) el coito anal es un factor de riesgo muy importante.

A ambos grupos se les explicó acerca de las pruebas HIV y su importancia.

2.3.2. SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR PERMANENTE

a. Objetivos

Los objetivos principales del servicio de planificación familiar fueron los siguientes:

1. Conseguir que todas las usuarias esten lo suficientemente informadas acerca de cada uno de los métodos que existen actualmente y que elijan libremente el suyo

2. Orientar a las usuarias al uso de métodos más convenientes por el trabajo que realizan como son: anticonceptivos orales, de depósito, de barrera, etc.

3. Que el método en uso sea llevado en una forma correcta y con controles periódicos

4. Reforzar el mensaje educativo a través del servicio asistencial.

El propósito fue contribuir a mejorar la salud reproductiva, disminuyendo el número de afecciones ginecológicas derivadas del mal uso de los métodos anticonceptivos, enfermedad inflamatoria pélvica y vulvovaginitis inespecíficas, y el número de embarazos no deseados y abortos.

Para cumplir tales objetivos se realizaron las siguientes actividades, en el mismo horario de la atención de rutina:

a. Atención ginecológica
b. Orientación en el uso de métodos de planificación familiar
c. Atención médica general

b. Procedimiento

El Consultorio de Planificación Familiar inició sus actividades en la segunda semana de agosto de 1988 proporcionando atención gineco-obstétrica y consulta de Planificación Familiar a las participantes del programa. Las actividades en el Servicio de Planificación Familiar se desarrollaron de lunes a viernes de 3:00 a 7:00 pm., a cargo de una gíneco-obstetra y una enfermera. El consultorio fue implementado con material proporcionado por Pathfinder y otros bienes fungibles adquiridos con presupuesto del proyecto.

La atención comprendió el examen clínico, la toma de muestras para diagnóstico de laboratorio, la orientación acerca del buen uso de métodos anticonceptivos, la aplicación de métodos terapéuticos y la referencia a centros especializados de los casos que lo requerían. También se procedía a informar a las pacientes en forma clara y concisa acerca de las indicaciones y molestias que podía ocasionar el método usado en ese momento.

Entre los diferentes métodos anticonceptivos existentes, se dió prioridad y promoción a los métodos anticonceptivos orales y de depósito.

En la primera consulta medica, se aperturó una ficha de planificación familiar, donde se registraban datos personales, método anticonceptivo en uso, cambios, tiempo de uso y síntomas actuales.

Siendo las enfermedades de transmisión sexual, la enfermedad inflamatoría pélvica y las vulvovaginitis inespecíficas, las que ocupan los primeros lugares en frecuencia en este grupo poblacional, se realizaban los examenes auxiliares mínimos para llegar a un buen diagnostico e iniciar un tratamiento específico, en estrecha coordinación con el Servicio de Control de ETS del Centro de Salud.

2.3.3. OFERTA GRATUITA DE CONDONES Y OTROS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Se ofertaron en forma gratuita condones y tabletas vaginales entre otros métodos anticonceptivos, con fines de prevención de ETS, a todas las mujeres de la cohorte. También se puso a disposición del grupo los otros métodos anticonceptivos con fines de Planificación Familiar.

El sistema de distribución fue a demanda. Cada mujer solicitaba el número de condones y espermicidas requeridos para 15 días. Si además tenía la indicación del consultorio de PF se le proporcionaba el anticonceptivo requerido. Con fines de controlar la demanda se registró el número de carné de la usuaria que recibía condones u otros métodos, a la vez que firmaba en un registro.

2.4 ESTUDIOS DE EVALUACION

a. Estudios transversales

Se realizaron dos estudios de evaluación a mitad del período de intervención (6 meses) y al fin del mismo (12 meses). Los procedimientos aplicados fueron los mismos que en la encuesta basal, excepto que en estas últimas no se empleo la técnica de grupos focales.

Así se realizaron dos cortes transversales para el estudio de laboratorio y para la determinación de los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas frente al SIDA y otras ETS.

Durante el desarrollo del estudio se hicieron otras evaluaciones específicas en relación al programa educativo (test) y al uso del condón (encuestas en el terreno).

La primera encuesta de evaluación fue realizada a mitad de la intervención educativa, para poder cuantificar los cambios en los conocimientos y conductas de la población estudiada en relación a los temas impartidos hasta ese momento.

Para la aplicación de esta encuesta evaluativa se empleo los servicios de tres trabajadoras sociales con experiencia de trabajo en poblaciones marginales, a las cuales previamente se les dió información general sobre el contenido del proyecto y los elementos de intervención, además de dárseles información sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.

Las entrevistas se realizaron del 1° de febrero al 28 de marzo de 1989, en total fueron 567 entrevistas, sin tomar en cuenta aquellas señoras que eran nuevas (menos de una semana de trabajo) quienes no tomaron parte de la labor educativa administrada.

La segunda encuesta de evaluación se realizó al finalizar la intervención educativa, para cuantificar los cambios en los conocimientos y conductas de la población estudiada en relación a los temas impartidos poniendo especial énfasis al SIDA. El equipo de encuestadoras fue el mismo que participó en la primera encuesta de evaluación, en esta oportunidad se homogenizó la información sobre SIDA.

Las encuestas se realizaron del 12 de junio al 12 de julio de 1989, el total de entrevistas que se lograron fue de 505. No se tomó en cuenta a las que recién se iniciaban en la prostitución (menos de 2 meses), por no haber tomado parte de la labor educativa administrada.

b. Otras variables intervinientes

En la evaluación se tomó en cuenta otras variables que podrían influir en los resultados. Las que se consideraron más importantes fueron las siguientes:

Factores socio-demográficos: edad, tipo de actividad, escolaridad, estado civil.
Historia sexual
Historia contraceptiva
Historia de ETS
Movilidad (trabajo en otras ciudades)

c. Base de datos

Con el objeto de facilitar las actividades de evaluación se organizó una base de datos para registrar los resultados de los estudios basales y de evaluación, y las actividades realizadas.

Se elaboró una linea de base extensa (uno a dos años) y otra inmediata (3 meses). Para ambos periodos el objetivo fue ligar cada mujer a su historia clínica. El estudio dependió del sistema de registro estadístico del Centro de Salud, el mismo que fue mejorado para establecer la linea de base inmediata y el periodo de intervención. El número de registro de la prostituta se utilizó para crear un archivo simple de datos para cada mujer enrolada en la cohorte de estudio.

La base de datos tuvo las siguientes características:

- Una pantalla de ingreso para datos basales, denominada linea extensa
- Una pantalla de ingreso de actividades de intervención
- Una pantalla para modificación de datos
- Pantallas para reporte de datos

2.5 PLAN DE ANALISIS

Finalmente los resultados fueron analizados siguiendo el siguiente plan de análisis:

- Comparación de series temporales de las tasas de ETS y HIV, entre el periodo de base y el periodo de intervención.

- Comparación de los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de la cohorte, en relación al SIDA, otras ETS y la planificación familiar. Las que participaron se compararon con los que no participaron para determinar el impacto del programa.

- Análisis de la presencia de cofactores de SIDA y de sus cambios a través del tiempo.

- Análisis comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas frente al SIDA y otros aspectos de la salud reproductiva; según el nivel de participación en el programa.

- Determinación del nivel de influencia del programa en la producción de servicios de salud

- Análisis de algunas variables intervinientes importantes (lugar de trabajo, escolaridad, edad, etc).

3. RESULTADOS

3.1. SITUACION BASAL

Las características de base se establecieron mediante dos procedimientos, grupos focales y encuesta estructurada. Las sesiones focales proporcionaron una valiosa información para el diseño de las encuestas y del programa educativo. Es notable la consistencia de ambas informaciones. Mediante las sesiones focales se supo que el grupo:

- Tiene permeabilidad para acciones educativas
- Esta informado sobre el SIDA, pero tiene resistencias emocionales para convencerse sobre la enfermedad.
- Asocia el SIDA a signos externos ("manchas, granos")
- Considera que no existe riesgo de enfermarse con los amigos o clientes conocidos.
- El uso del condón no es generalizado y algunas no lo emplean; sin embargo consideran que ha aumentado últimamente.
- Pese a reconocer el condón como útil para protegerse contra el SIDA, lo rechazan por ocasionar inflamación, dolor y demora en la relación sexual.
- Considera que la alternativa de solución al problema del SIDA es el uso del condón y la educación a través de charlas y películas que muestren como es la enfermedad.
- Considera que el contenido educativo principal debe ser el SIDA y otras ETS, sobre todo para evitar contaminar a su familia.
- Percibe que los clientes tienen diversas reacciones hacia el SIDA y el uso del condón. Algunos están convencidos de la existencia de la enfermedad y llevan sus propios condones; otros dudan de su existencia y no desean usar condón.
- Conoce muy poco los espermicidas, y los óvulos se emplean más como desinflamantes.
- El DIU, por lo general, no es percibido como causa de infecciones pélvicas. Algunas mujeres lo usan o lo han usado alguna vez.

Esta descripción es coincidente, en su mayoría, con la que a continuación presentamos, producto de una encuesta estructurada aplicada a todas las integrantes de la cohorte.

3.1.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA COHORTE

La cohorte con la que se inició el estudio estuvo conformada por 636 mujeres registradas como trabajadoras del amor, que acuden regularmente para el control sanitario respectivo, al Centro de Salud "A. Barton", establecimiento dependiente del Ministerio de Salud.

Entre las integrantes de la cohorte hubieron mujeres que no informaban el lugar de trabajo o que ingresaban a la actividad por primera vez. A estas mujeres se les incluyó en la cohorte, si luego de la entrevista quedaba establecida la posibilidad de una concurrencia frecuente al Centro de Salud. No se tomó en cuenta personas que fueron al Centro por obligación policial. La distribución porcentual del grupo estudiado por lugar de trabajo se resumen en la tabla 1.

TABLA 1. LUGAR DE TRABAJO DE LAS MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Lugar	No.	%
Prostíbulo	528	83.0
Bares	95	15.0
Otros	13	2.0
TOTAL	636	100.0

El promedio de edad de estas mujeres fue de 34.16 (D.E.=7.89); la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 66; la mediana fue de 39.5 y la moda de 27.(tabla 2).

TABLA 2. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN EDAD. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Edad (años)	No.	%
Menores de 20	5	0.6
De 20 a 24	56	8.8
De 25 a 29	140	22.0
De 30 a 34	150	23.6
De 35 a 39	136	21.4
De 40 a 44	78	12.3
De 45 a 49	50	7.9
De 50 a 54	12	1.9
De 55 a 59	6	1.0
Mayores de 60	3	0.5
TOTAL	636	100.0

Las mujeres que trabajan en los bares son en promedio más jóvenes que las que trabajan en prostíbulos (tabla 3).

TABLA 3. PROMEDIO DE EDAD DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN LUGAR DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A.BARTON-CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Trabajo actual	$\bar{X}$ Edad	D.E.	Casos
Prostíbulo	35.0	7.8	528
Bares	30.2	6.9	95
Otros lugares	31.9	4.4	13
Población total	34.2	7.9	636

Las mujeres proceden de Lima y otras regiones del país. El 59.4 % de mujeres nació fuera de Lima. En la tabla 4 se muestra la distribución por lugar de nacimiento:

TABLA 4. LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MUJERES QUE COMPONEN LA COHORTE. CENTRO DE SALUD A.BARTON-CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Lugar de nacimiento	Nº	%
Lima y Callao	258	40.6
Costa(excepto Lima y Callao)	121	19.0
Sierra	190	29.9
Selva	65	10.2
Sin respuesta	2	0.3

El 95.9% de mujeres es madre; 50.6% se declara soltera. No se observó diferencias significativas de edad según el estado civil (tabla 5).

TABLA 5. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD A.BARTON-CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Estado civil	No.	%
Soltera	322	50.6
Divorciada/Separada	153	24.1
Conviviente	77	12.1
Casada	43	6.8
Viuda	41	6.4
TOTAL	636	100.0

El 93.2% de mujeres tiene algún grado de escolaridad; 3.9% no asistió a la escuela. La escolaridad alcanzada es muy variable (tabla 6).

TABLA 6. DISTRIBUCION DE MUJERES ESTUDIADAS SEGUN SU ESCOLARIDAD. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Escolaridad	No.	%
No asistió	25	3.9
Primaria incompleta	145	22.8
Primaria completa	137	21.5
Secundaria incompleta	185	29.1
Secundaria completa	125	19.7
Otros	19	3.0
TOTAL	636	100.0

La escolaridad es mejor entre las mujeres que trabajan en bares. Concomitantemente la escolaridad es mejor entre las mujeres más jóvenes (tabla 7).

TABLA 7. PROMEDIO DE EDAD DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN SU ESCOLARIDAD CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Escolaridad	$\bar{X}$ Edad	D.E.	Casos
No asistió	42.5	8.3	25
Primaria Incompleta	36.7	7.7	145
Primaria Completa	35.8	8.2	137
Secundaria Incompleta	32.2	7.0	185
Secundaria Completa	31.0	6.3	125
Otros	31.1	5.7	19
Población total	34.1557	7.8852	636

3.1.2. HISTORIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las mujeres de este grupo en promedio iniciaron su vida sexual a los 16.75 años (D.E.=2.73); la edad mínima fue de 7 y la máxima de 30; la mediana fue de 18 y la moda de 15 años. El 68.3% tuvo su primera relación sexual entre 15 y 19 años, las restantes se distribuyen de acuerdo a la tabla 8.

TABLA 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS, CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Edad de Primera Relación Sexual	No.	%
Menores de 10 años	3	0.5
De 10 a 14 años	110	16.8
De 15 a 19 años	431	68.3
De 20 a 24 años	81	12.8
Mayores de 25 años	9	1.4
No contestaron	2	0.3

El 14.3% de las mujeres declaró que la primera relación fue involuntaria, en cuyo caso la edad de inicio fue más temprana (tabla 9).

TABLA 9. PROMEDIO DE EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN SU ACEPTACION. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Aceptación	$\bar{X}$ Edad	D.E.	Casos
Voluntaria	17.0	2.5	543
Involuntaria	15.2	3.0	91
Población total	16.7	2.7	634

El promedio total de embarazos en este grupo fue de 3.76 embarazos (D.E.=2.46); el número máximo de embarazos fue de 16. El promedio de hijos vivos al momento de la encuesta basal fue de 2.52 (D.E.=1.79).

El 52% de mujeres declaró por lo menos un aborto durante su vida reproductiva. El total de abortos declarados por las entrevistadas fue 582, de los cuales 279 fueron considerados espontáneos. El promedio de abortos por mujer fue de 0.92 (D.E.=1.17), con un número máximo de 7 abortos. La tasa de abortos en este grupo es de 24.4 abortos por 100 embarazos.

3.1.3. CONOCIMIENTO Y USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

El 84% de las integrantes de la cohorte declaró estar usando algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Los métodos usados fueron los siguientes (tabla 10).

TABLA 10. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=535).

Método de uso actual	No.	%
Píldora	338	63.2
Condón	128	23.9
Inyecciones	76	14.2
Ligadura	36	6.7
Espiral	34	6.4
Espumas/Jaleas	7	1.3
Tabletas	4	0.7

El método más conocido y usado es la píldora, que a su vez es el método menos abandonado; el más abandonado es la tableta vaginal; 36 mujeres refirieron haberse esterilizado (tabla 11).

TABLA 11. TASA DE ABANDONO DE ACUERDO AL METODO ANTICONCEPTIVO USADO POR LAS MUJERES ESTUDIADAS.CENTRO DE SALUD A. BARTON-CALLAO, JUNIO 1988.

Método	Conoce	Ha usado	Usa actualmente	Tasa de abandono
Píldora	622	532	338	36.47
Condón	559	362	128	64.65
Inyecciones	548	205	76	62.93
DIU	525	94	34	63.83
Tabletas	316	61	4	93.45
Espumas	176	26	7	73.08

Las causas de abandono son muy diversas y dependen del método. Entre las que han dejado de usar el DIU las razones de abandono son las siguientes (tabla 12):

TABLA 12. RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES ESTUDIADAS HAN ABANDONADO EL USO DEL DIU. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988.(n=60).

Razones	No.	%
Aumento del sangrado	22	36.7
Inflamación	11	18.3
Cambios en el carácter	4	6.7
Descenso	1	1.7
Otras molestias	30	50.0

El 28.6% de las mujeres refirieron alguna molestia con los diversos métodos anticonceptivos que usaban al momento de la encuesta, la distribución de acuerdo al método que usaban es como sigue (tabla 13):

TABLA 13. MOLESTIAS CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN METODO USADO POR LAS MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988.

Método	NQ usuarias	Molestia	%
Píldora	338	117	34.6
Condón	128	49	38.3
Inyección	76	29	38.2
DIU	34	12	35.3
Espuma	7	3	42.9

De las 636 mujeres encuestadas, 88 tuvieron embarazos con alguno de los métodos que habían usado. El método que más fracasos ha tenido ha sido la píldora (tabla 14).

TABLA 14. TASA DE FRACASO SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO USADO POR LAS MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988.

Método	Ha usado	Embarazo	Tasa de fracaso
Píldora	532	68	12.8
Condón	362	1	0.3
Inyección	205	8	3.9
DIU	94	4	4.3
Tabletas	61	7	11.5

3.1.4. ACTIVIDAD SEXUAL RELACIONADA A LA OCUPACION

a. Tiempo de exposición y frecuencia de Contactos Sexuales

El promedio de edad de inicio en la actividad actual, prostitución, fue de 25.67 años (D.E.=6.12); la edad mínima fue de 13 y la máxima de 46; la mediana fue de 29.5 y la moda de 25 años.

El 68.7 % de mujeres tiene un tiempo de permanencia en la actividad de 3 años; sin embargo en este grupo periódicamente se producen ingresos y egresos, de modo tal que pese a que el número de mujeres se mantiene constante, la composición varía de tiempo en tiempo.

El promedio de clientes en su último día de trabajo previo a al momento de la encuesta en este grupo de mujeres fue de 7.41 (D.E.=4.79), con un número mínimo de clientes de 0 y un máximo de 30.

El promedio de clientes en último día de trabajo según el lugar de trabajo se describe en la tabla 15.

TABLA 15. PROMEDIO DIARIO DE CLIENTES SEGUN LUGAR DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=622).

Trabajo actual	$\bar{X}$ cliente	D.E.	Casos
Prostíbulo	8.6	4.3	517
Bares	1.2	0.8	93
Otros lugares	3.1	3.9	5
Población total	7.4	4.8	622

b. Otro tipo de contactos

El 15% de las mujeres declaró haber trabajado , en la misma actividad, fuera de Lima, por lo menos los últimos 3 años. Sólo 3 mujeres refieren haber trabajado en otros países; 1 en Brasil y 2 en otros países sudamericanos.

Sólo 6 mujeres del grupo estudiado refieren haber trabajado en cárceles, 2 de ellas con mayor regularidad; 2 trabajan actualmente en cárceles.

c. Prácticas sexuales de riesgo

El promedio de los clientes con los que tuvieron sexo vaginal fue de 7.34 (D.E.=4.79), en 15 % de los contactos practicaron sexo oral y en 2.5% sexo anal. No se observaron diferencias entre las mujeres que trabajan en bares o prostíbulos.

d. Prácticas sexuales protegidas

El 64.5% de las relaciones sexuales fueron protegidas, usando condón. La proporción es menor en las prácticas de sexo oral y anal, que son de 42% y 28% respectivamente.

3.1.5. USO DEL CONDON

El tiempo promedio del uso del condón por parte de las mujeres estudiadas al momento de la encuesta fue de 9.41 meses (D.E.=8.49), con un tiempo máximo de 96 meses.

Hay 196 mujeres (30.9%) que refirieron usar el condón siempre, mientras que las restantes manifestaron que no lo usan en las siguientes situaciones (Tabla 16; no se incluye a una mujer que no respondió las preguntas ni a otra que no le correspondía probablemente por ser nueva en el trabajo):

TABLA 16. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN LA SITUACION EN QUE NO DEBE NECESARIAMENTE USARSE CONDON. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=438).

Situación	No.	%
Cuando el cliente es amigo	285	65.1
Cuando el cliente no quiere	168	38.4
Cuando al cliente se le ve sano	129	29.5
Cuando está inflamada	59	13.5
Cuando recibe más dinero	14	3.2
Cuando desea trabajar rápido	4	0.9
Otras situaciones	55	12.6
Nunca	23	5.3

Estas mismas mujeres manifestaron que necesariamente usan condón en las siguientes situaciones, tabla 17.

TABLA 17. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN LA SITUACION EN QUE SE DEBE NECESARIAMENTE USAR CONDON. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=438)

Situación	No.	%
Cuando el cliente es desconocido	283	64.6
Cuando el cliente lo exige	131	30.0
Cuando el cliente lo permite	99	22.6
Cuando el cliente no se deja revisar	46	10.5
Cuando no está inflamada	40	9.1
Otras situaciones	71	16.2
Nunca	23	5.3

611 mujeres refirieron usar el condón en alguna oportunidad. Con respecto a la forma como emplean el condón se observó lo siguiente (tabla 18).

TABLA 18. FORMA DE USO DEL CONDON REFERIDA POR LAS MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=611).

Formas de uso del condón	No.	%
Lo usa con cremas	465	76.1
Le quita el lubricante	113	18.5
Lo usa cuando el cliente va eyacular	33	5.4
Usa más de una vez	1	0.2

Estas mismas mujeres manifestaron diferentes formas de obtención del condón que usaban en su trabajo al momento de la encuesta, las que se resumen en la tabla 19.

TABLA 19. FORMAS DE OBTENCION DEL CONDON EN LAS MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=611).

Formas de obtención del condón	No.	%
Los compran	507	83.0
Los lleva el cliente	391	64.0
Se los dan en el trabajo	20	3.3
Se los obsequian otras personas/proyectos	10	1.6

3.1.6. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA

El 99.1% han escuchado algo sobre el SIDA; 7 mujeres refirieron no haber escuchado hablar de tal enfermedad.

Las opiniones formadas acerca de esta enfermedad se resumen en la tabla 20.

TABLA 20. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN SU OPINION ACERCA DEL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON-CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Opinión acerca del SIDA	No.	%
Enfermedad nueva y mortal	502	78.9
Exageración de periódicos y T.V.	32	5.0
Pretexto para aumentar la venta de los condones	7	1.1
Otras opiniones	156	24.5

629 mujeres manifiestan alguna noción acerca del contagio del SIDA, no se incluye a 7 mujeres que no habían escuchado hablar de la enfermedad, dichas nociones se resumen en la tabla 21.

TABLA 21. CONCEPTO DE LAS MUJERES ESTUDIADAS ACERCA DE LA FORMA EN QUE SE CONTAGIA O TRANSMITE EL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=629).

Nociones acerca del contagio	No.	%
Por relaciones sexuales	475	75.5
Por relaciones con homosexuales	127	20.2
Por transfusiones de sangre	174	27.7
Por el uso de agujas contaminadas	105	16.7
Por secreciones de un enfermo con SIDA	72	11.4
No sabe/No opina	20	3.2
Por otras formas	213	33.9

Las mismas mujeres manifestaron alguna noción acerca de la prevención de la enfermedad, lo que se muestra en la tabla 22.

TABLA 22. CONOCIMIENTO DE PREVENCION DEL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=629).

Nociones de prevención	No.	%
Usando condón	469	74.6
Abstinencia	23	3.7
Monogamia	11	1.7
Otras formas	87	13.8
No conoce	108	17.2

3.1.7. CONCIENCIA DE RIESGO FRENTE AL SIDA

La conciencia del riesgo a que están expuestas las mujeres, se expresa en detalle en la tabla 23:

TABLA 23. CONCIENCIA DE RIESGO DE ADQUIRIR EL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988.(n=629).

Conciencia del riesgo de enfermarse del SIDA	No.	%
Creen poder enfermarse	321	51.0
No creen poder enfermarse	173	27.5
No saben	135	21.5

3.1.8. ANTECEDENTES DE ETS

La frecuencia de signos sugerentes de enfermedad de transmisión sexual que presentaron las mujeres en el último año se expresan en la tabla 24:

TABLA 24. ANTECEDENTES DE ETS EN MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988 (n=636).

Signos sugerentes de ETS	No.	%
Descenso	218	34.3
Adenopatía inguinal	15	2.4
Ulceras genitales	23	3.6
Pediculosis pubis	31	4.9
Sífilis	37	5.8

El 9.9% (63 de las mujeres estudiadas) refirieron haber sido diagnosticadas de alguna ETS durante el último año, por algún médico; de éstas, 20 (31.7%) siguieron trabajando pese a la enfermedad. Las ETS más diagnosticadas fueron: sífilis (50.8%), gonorrea (33.3%) y tricomoniasis (11.1%)

De las 636 mujeres encuestadas, 612(96.5%) afirman reconocer cuando un cliente tiene una enfermedad venérea.

3.1.9. PRESENCIA DE COFACTORES

La proporción de cofactores en el grupo estudiado es relativamente baja, sobre todo en relación al uso de drogas intravenosas (tabla 25).

TABLA 25. FRECUENCIA DE COFACTORES EN MUJERES ESTUDIADAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON- CALLAO, JUNIO 1988.(n=636).

Cofactores	No.	%
Clientes extranjeros	133	21.0
Clientes que han vivido en el extranjero	101	16.0
Hepatitis	95	14.9
Pareja con ETS	37	16.4
Pareja reclusa	30	13.3
Transfusiones	26	4.1
Uso de droga endovenosa	7	1.1
Clientes reclusos	2	0.3
Pareja drogadicta	2	0.3

3.2. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

El estudio duró 15 meses incluyendo 3 meses de recolección de datos básicos, 10 meses de intervención y dos meses de evaluación. Cada miembro de esta cohorte fue observado unas 30 veces durante el estudio.

Durante el tiempo de observación hubieron cambios en la cohorte. Al inicio se entrevistaron 636 mujeres. A los 5 meses se perdieron 178 (27.9%) de las entrevistadas en la encuesta basal; y en la tercera encuesta el número de pérdidas se incrementa a 285 (44.8%). Sin embargo la cohorte se recompone con 109 (17.1%) ingresos a los 5 meses y 132 (20.7%) a los 10 meses.

Se observaron cambios similares en las encuestas de laboratorio. Al inicio se obtuvo muestras de 654 mujeres, a los 5 meses se pierden 105 (16%) y a los 10 meses 118 (18%). En estos mismos períodos ingresaron al estudio 34 (5.2%) y 58 (8.9%) respectivamente.

3.2.1. DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD

Para el grupo de 636 mujeres se dispuso los siguientes recursos: un médico gíneco-obstetra, una enfermera y una educadora. La accesibilidad se garantizó adecuando los horarios y las actividades a las necesidades del grupo. Además a través del programa educativo se difundió conocimientos acerca del uso de un servicio de planificación familiar.

3.2.2. USO DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA

Al inicio del programa el uso fue nulo, conforme las actividades se desarrollaban se incrementaba el uso, como puede verse en la tabla 26.

TABLA 26. INDICADORES DE USO DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Indicadores	5 meses	10 meses
Total de personas atendidas	856	862
Personas que asistieron a educación	748	831
Promedio de veces a educación	3.7	12.5
Personas que fueron a PF	415	598
Promedio de veces a PF	2.1	5.4
Personas que fueron a ETS	759	834
Promedio de veces a ETS	4.9	14.7
Total de condones repartidos	227,305	1'104,254
Promedio de condones por persona	265.5	1,281

3.2.3. PRODUCTIVIDAD

El programa ha producido un conjunto de actividades, que han estado disponibles para todas las integrantes de la cohorte. En el siguiente cuadro se resumen las actividades realizadas en forma global, tabla 27.

TABLA 27. ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL PROGRAMA DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCION. CENTRO DE SALUD A.BARTON,CALLAO. 1988-1989

ACTIVIDAD	FRECUENCIA EN EL PERIODO	PROMEDIO/PERSONA
Consultas PF	3253	5
Módulos educativos	16	12
Condones distribuídos	1'104,254	1281

La demanda de estos servicios ha variado según se trate de mujeres que trabajan en bares o prostíbulos (tabla 28).

TABLA 28. TASA DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA SEGUN LUGAR DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	Prostíbulo		Bar	
Concurrencia	5 ms. (n=489)	10 ms. (n=425)	5 ms. (n=77)	10 ms. (n=80)
Educación	56.0	64.0	45.5	48.8
Planificación	55.0	76.0	52.0	63.0

5 ms.= 5 meses; 10 ms.= 10 meses

Un hecho importante fue la creciente demanda en el uso del consultorio de PF, no sólo por consultas relacionadas a PF sino por otros aspectos de la salud reproductiva, como infecundidad, embarazo, aborto y problemas ginecológicos.

En relación a la actividad educativa se ha desarrollado otras actividades que no se pueden cuantificar pero que han tenido un efecto importante en la participación del grupo en el programa. Se ha estimulado a que el grupo presente ideas para mensajes educativos, han realizado encuestas entre los clientes que acuden a los prostíbulos y también han realizado algunas demostraciones en las sesiones educativas.

3.3. CAMBIOS DURANTE EL PERIODO DE OBSERVACION

3.3.1. EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Según la encuesta basal un elevado porcentaje de mujeres conoce los métodos anticonceptivos. Esta proporción se ha modificado muy poco durante el período de intervención. Pero en cambio se ha observado que en relación al uso se han producido modificaciones; así, mientras el uso de la píldora se incrementa, el uso del DIU disminuye (tabla 29).

TABLA 29. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES SEGUN USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Método	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Píldora	53.1	57.7	61.0
Inyecciones	11.9	8.8	7.3
Condón	20.1	8.1	5.1
DIU	5.3	4.1	2.6
Ligadura	5.7	5.1	5.5
Tabletas/Ovulos	0.6	3.5	1.8
Espumas/Jaleas	1.1	0.4	0.2
Ritmo	-	0.2	0.2

Al medir el efecto de las actividades educativas y del servicio de planificación familiar de acuerdo al uso, se observa que si bien ambos servicios influyen, el servicio de planificación familiar es el que mayor relación guarda con el uso (tabla 30 y 31).

TABLA 30. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Método	Basal (n=636)	5 meses		10 meses	
		A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
Píldora	53.1	57.0	58.5	59.5	63.3
Inyecciones	11.9	7.8	10.0	8.1	6.1
Condón	20.1	8.8	7.3	4.2	6.6
DIU	5.3	3.9	4.2	1.6	4.1
Ligadura	5.7	6.5	3.5	7.4	2.6
Tabletas/Ovulos	0.6	3.9	3.1	1.3	2.6
Espumas/Jaleas	1.1	0.3	0.4	0.3	-
Ritmo	-	0.4	-	0.5	-

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

TABLA 31. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN CONCURRENCIA AL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Método	Basal (n=636)	5 meses		10 meses	
		Asis. (n=306)	No Asis. (n=261)	Asis. (n=371)	No Asis. (n=134)
Píldora	53.1	63.7	50.6	69.3	38.1
Inyecciones	11.9	7.8	10.0	5.7	11.9
Condón	20.1	7.8	8.4	5.7	3.7
DIU	5.3	3.6	4.6	1.3	6.0
Ligadura	5.7	3.3	7.3	4.9	7.5
Tabletas/Ovulos	0.6	3.9	3.1	1.9	1.5
Espumas/Jaleas	1.1	0.3	0.4	0.3	-
Ritmo	-	0.3	-	0.3	-

Asis.= Asistió No asis.= No asistió

Existen diferencias en el uso de métodos de acuerdo al tipo de trabajo que desarrollan. Las mujeres que trabajan en los bares, más jóvenes, con mejor nivel educativo y con menos contactos sexuales, usan en mayor proporción los anticonceptivos inyectables; en cambio en las mujeres que trabajan en prostíbulos el uso de las píldoras es mayor (tabla 32).

TABLA 32. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN LUGAR DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Método	Prostíbulo			Bar		
	Basal (n=528)	5 m (n=48)	10 m (n=425)	Basal (n=98)	5 m (n=77)	10 m (n=80)
Píldora	54.0	60.5	64.9	50.5	41.6	41.5
Inyecciones	10.0	6.7	4.9	20.0	22.1	19.5
Condón	20.1	7.0	3.5	22.1	15.6	13.4
DIU	4.9	3.3	1.6	8.4	9.1	7.3
Ligadura	6.3	5.7	6.1	2.1	1.3	2.4
Tabletas/Ovulos	3.2	2.0	0.2	0.9	13.0	6.1
Espumas/Jaleas	1.3	-	0.4	0.2	-	-
Ritmo	-	0.2	1.3	-	-	-

5 ms.= 5 meses; 10 ms.= 10 meses

3.3.2. EN LA EXPOSICION Y PRACTICAS DE RIESGO

En el estudio basal se estableció un tiempo promedio de exposición, que en conjunto no varió durante el tiempo de observación. La frecuencia de exposición igualmente se mantuvo constante tanto en las mujeres que trabajan en prostíbulos como las que trabajan en bares; estas últimas tienen menos parejas sexuales por día.

Las prácticas sexuales consideradas de mayor exposición a secreciones infectadas disminuyeron muy poco. En el caso del sexo oral se observa un aumento; en el sexo anal se observa una tendencia a disminuir. Las diferencias entre las mujeres de bares y prostíbulos se mantuvo (tabla 33 a 36).

TABLA 33. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE PROSTIBULOS SEGUN LA PRACTICA SEXUAL DE RIESGO QUE REALIZAN. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989

Práctica Sexual	Basal (n=528)	5 meses (n=489)	10 meses (n=425)
Sexo Oral	30.5	29.9	35.1
Sexo Anal	10.0	6.5	6.8

TABLA 34. PROPORCION DE PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO EN EL ULTIMO DIA DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Tiempo	$\bar{X}$ contactos sexuales	Sexo Oral (%)	Sexo Anal (%)
Basal	8.5	15.0	2.5
5 meses	7.6	16.5	1.2
10 meses	7.8	18.4	1.5

TABLA 35. PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO DE LAS MUJERES DE PROSTIBULOS SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	5 meses		10 meses	
Práctica sexual	A.R. (n=273)	A.N.R (n=216)	A.R. (n=270)	A.N.R. (n=155)
Sexo Oral	31.5	27.8	38.9	28.4
Sexo Anal	8.4	4.2	7.0	6.5

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular

TABLA 36. PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO SEGUN ASISTENCIA AL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	5 meses		10 meses	
Práctica sexual	Asis. (n=266)	No Asis. (n=216)	Asis. (n=321)	No Asis. (n=104)
Sexo Oral	32.3	27.8	36.8	29.8
Sexo Anal	8.3	4.6	8.1	2.9

Asis.= Asistió No asis.= No asistió

3.3.3. EN LAS ACTITUDES FRENTE AL USO DEL CONDON

Uno de los aspectos centrales del programa de intervención fue la promoción del uso del condón como medio de prevención del SIDA y otras ETS, ante la imposibilidad de dejar la actividad que la expone a múltiples contactos.

La actitud frente al condón se ha medido a través de tres indicadores: motivos para el uso o no del condón, molestias en relación al uso del condón, y uso del condón con su pareja estable (conviviente u otro). En todos estos indicadores se observan cambios favorables al uso del condón, como lo muestran las tablas 37 a 46.

a. Motivos para el uso del condón

TABLA 37. DISTRIBUCION PORCENTUAL COMPARATIVA DE LAS MUJERES ESTUDIADAS, SEGUN LA CIRCUNSTANCIA EN QUE NO DEBE USARSE CONDON. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Circunstancia	Basal (n=636)	5meses (n=567)	10meses (n=505)
Cliente amigo	44.8	27.0	28.3
Cliente parece sano	20.3	6.7	6.9
Cliente no quiere	26.4	32.3	26.9
Cliente joven	-	0.2	0.8
Cliente paga más	2.2	1.9	1.4
Cuando está inflamada	9.3	-	-
Cuando está apurada	0.6	-	-
Otros	8.6	7.1	3.6

TABLA 38. CONCEPTOS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS ACERCA DE LA CIRCUNSTANCIA EN QUE NO DEBE USARSE CONDON SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989

Circunstancia	Basal (n=636)	5 meses		10 meses	
		A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
Cl. amigo	44.8	27.7	26.2	29.1	27.0
Cl. sano	20.3	5.5	8.1	7.1	6.6
Cl. no quiere	26.4	29.3	35.8	25.2	29.6
Cl. joven	-	-	0.4	0.3	1.5
Cl. paga más	2.2	2.6	1.6	1.0	2.0
Otros	8.6	6.8	7.3	3.9	3.1

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

TABLA 39. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN LA CIRCUNSTANCIA QUE DEBE USARSE EL CONDON. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO.1988-1989.

Circunstancia	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Si cliente no se deja revisar	7.2	4.2	6.9
Si cliente es desconocido	44.5	24.2	25.9
Si cliente lo permite	15.6	-	28.3
Si no está inflamada	6.3	-	-
Si el cliente lo exige	20.6	35.6	-
Si cliente es sospechoso de estar enfermo	-	19.2	17.2
Si cliente es extranjero	-	4.2	6.5
Otros	11.2	4.2	7.5

TABLA 40. CONCEPTOS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS ACERCA DEL MOMENTO EN QUE DEBE USARSE EL CONDON SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	Basal (n=636)	5 meses		10 meses	
Circunstancia		A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
Si cl. no se deja revisar	7.2	4.9	3.5	7.1	6.6
Si cl. es desconocido	44.5	25.4	22.7	26.9	24.5
Si cl. lo permite	15.6	-	-	26.9	30.6
Si cl. lo exige	20.6	31.6	40.4	-	-
Si cl. es probable enfermo	-	19.5	18.8	18.4	15.3
Si cl. es extranjero	-	4.9	3.5	6.5	6.6
Otros	11.2	5.5	2.7	7.8	7.1

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

b. Molestias en el uso de condón

Al inicio del estudio, durante las sesiones de grupo focal, se detectó rechazo al condón. Entre las numerosas razones expuestas se señaló las molestias que producía con su uso frecuente. Incluso algunas opinaban así sin haberlo usado. En las tablas 41 y 42 se observa que esta actitud cambió, principalmente entre quienes declaran usar siempre el condón.

TABLA 41. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN MOLESTIAS REFERIDAS CON EL USO DEL CONDON. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Molestias con condón	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Ninguna	48.0	54.7
Inflamación	39.2	33.7
Dolor	4.2	6.5
Otras	8.3	4.4

TABLA 42. MOLESTIAS REFERIDAS CON EL USO DEL CONDON POR QUIENES SIEMPRE USAN CONDON. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Molestias con condón	5 meses (n=203)	10 meses (n=174)
Ninguna	59.1	78.7
Inflamación	35.5	35.6
Dolor	3.0	6.9
Otras	5.4	5.7

c. Uso de condón con la pareja estable

Este indicador es particularmente importante por la actitud inicial del grupo. Tanto en los grupos focales como en la encuesta se observa que el grupo considera que el condón es sólo para usarlo con algunos clientes, y que con las parejas estables no es necesario. Durante la intervención esta actitud cambia, en particular entre quienes asistieron al programa educativo (tablas 43 a 46).

TABLA 43. USO DEL CONDON CON LA PAREJA ESTABLE SEGUN PERIODOS DEL ESTUDIO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Periodos	Nº de mujeres con pareja estable	Nunca usan condón	%
Basal	226	200	88.5
5 meses	205	156	76.1
10 meses	161	124	77.0

TABLA 44. USO DEL CONDON CON LA PAREJA ESTABLE SEGUN MOMENTO DEL ESTUDIO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO 1988-1989.

Momento	No de mujeres con pareja estable	Siempre usan condón	%
Basal	226	11	4.9
5 meses	205	15	7.3
10 meses	161	9	5.5

TABLA 45. USO DEL CONDON CON PAREJA ESTABLE SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	5 meses		10 meses	
Uso de condón	A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
Nunca	25.1	30.4	24.6	24.5
Algunas veces	3.6	3.1	5.2	5.1
Mitad de veces	1.0	-	-	-
Mayoría de veces	-	0.8	0.3	0.5
Todas las veces	2.9	2.3	1.9	1.5

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

TABLA 46. USO DEL CONDON CON PAREJA ESTABLE SEGUN CONCURRENCIA AL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	5 meses		10 meses	
Uso de condón	Asis. (n=306)	No asis. (n=261)	Asis. (n=371)	No asis. (n=134)
Nunca	29.1	25.7	22.4	30.6
Algunas veces	4.2	2.3	5.4	4.5
Mitad de veces	0.3	0.8	-	-
Mayoría de veces	0.3	0.4	0.3	0.7
Todas las veces	2.9	2.3	1.9	1.5

Asis.= Asistió No asis.= No asistió

3.3.4. EN EL USO DEL CONDON

En relación al uso del condón se observa un incremento importante. El uso esta en relación a la asistencia al programa educativo, aunque el efecto se presenta en diferente forma según el nivel de participación. Al parecer los otros componentes del Programa tienen menos relación con este hecho (tabla 47 a 52).

TABLA 47. USO DEL CONDON POR LAS MUJERES ESTUDIADAS, EN DIFERENTES MOMENTOS DE LA INTERVENCION. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Momento	Total	Uso del condón	%
Basal	636	609	95.75
5 meses	567	554	97.70
10 meses	505	501	99.20

TABLA 48. PORCENTAJE DE MUJERES QUE REFIEREN "SIEMPRE USAR CONDON". CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989

Uso de condón	Total	No	%
Basal	636	196	30.8
5 meses	567	203	35.8
10 meses	505	221	44.0

TABLA 49. USO DE CONDON SEGUN CONCURRENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concurrencia	Uso de condón (%)		
	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Asistencia regular	30.8	40.4	44.9
Asistencia no regular	.	30.4	41.8

TABLA 50. USO DE CONDON SEGUN CONCURRENCIA A CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concurrencia	Uso de Condón (%)		
	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Asistencia	30.8	34.0	45.0
No asistencia		38.0	41.0

TABLA 51. USO DE CONDON SEGUN LUGAR DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Lugar de trabajo	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Prostíbulos	31.0	38.0	45.0
Bares	32.0	23.0	39.0

TABLA 52. PRACTICAS SEXUALES PROTEGIDAS (CON CONDON) EN EL ULTIMO DIA DE TRABAJO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Práct.Sex.Protegida	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Sexo Vaginal	65.0	77.0	82.0
Sexo Oral	42.0	63.0	81.0
Sexo Anal	28.0	84.0	74.0

EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS SOBRE PRACTICAS DE RIESGO Y USO DEL CONDON

Con la finalidad de objetivar mejor los cambios en las prácticas del riesgo y la actitud frente al condón, antes de realizar la II evaluación, se diseño una encuesta en los prostíbulos del Callao. La encuesta consistió en cuatro preguntas formuladas por una persona contratada que simuló ser cliente. La selección de las mujeres se hizo por muestreo sistemático de inicio aleatorio. Los resultados de esta encuesta se muestran en la tabla 53.

TABLA 53. EVALUACION DE LAS PRACTICAS DE RIESGO Y USO DE CONDON EN LOS CENTROS DE TRABAJO (Muestra aleatoria n = 15)

PRACTICAS DE RIESGO	NΩ	%
Sexo vaginal o sexo vaginal con poses	13	87
Practicas de riesgo (sexo oral y/o sexo anal	2	13
Total	15	100

En relación al condón se observó lo siguiente:

- El servicio cuesta igual con o sin condón.
- No hay exigencia ni rechazo de las mujeres al condón. Al requerimiento responde: "es como tu quieras".
- Cuando usan condón lo proporcionan en forma gratuita.

3.3.5. EN LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA.

Al inicio del programa el grupo tenía opiniones y conceptos confusos acerca del SIDA, su forma de transmisión y los medios de prevención. No expresaban confianza en la información difundida por los medios de comunicación. Durante el desarrollo del programa se observaron cambios cualitativos importantes, sobre todo entre quienes asistieron regularmente al programa (tabla 54 a 61).

TABLA 54. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE REFIEREN HABER ESCUCHADO ALGO ACERCA DEL SIDA. CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Han escuchado	Total	No.	%
Basal	636	629	98.9
5 meses	567	523	92.2
10 meses	505	445	88.1

TABLA 55. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE CONOCEN ALGO ACERCA DEL SIDA SEGUN SU CONCURRENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concurrencia	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Asistencia regular	92.0	91.0
Asistencia no regular	93.0	83.0

TABLA 56. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES SEGUN EL CONCEPTO QUE TIENEN ACERCA DEL SIDA. CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concepto	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
Enfermedad sexual	-	7.1	8.3
Enfermedad nueva	-	2.5	1.8
Enfermedad mortal	78.9	52.2	62.6
Enfermedad contagiosa	-	23.1	22.8
Enfermedad por virus	-	-	71.9
Enfermedad que afecta a todos	-	0.5	-
Exageración de periódicos	5.0	-	-
Pretexto para aumentar la venta de condones	1.1	-	-
Otros	24.5	22.8	-

TABLA 57. CONCEPTO ACERCA DEL SIDA SEGUN SU CONCURRENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concepto	5 meses		10 meses	
	A.R. (n=307)	A.N.R. (n=235)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=194)
Enfermedad sexual	9.5	4.2	8.1	8.7
Enf. nueva	2.3	2.7	1.0	3.1
Enf. mortal	55.4	48.5	67.0	55.6
Enf. contagiosa	24.4	21.5	22.0	24.0
Enf. por virus	-	-	74.8	67.3
Afecta a todos	1.0	-	-	-
Otros	18.2	28.1	-	-

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

TABLA 58. CONCEPTO ACERCA DE LA FORMA EN QUE SE CONTAGIA O TRANSMITE EL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concepto	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10meses (n=505)
No sabe	3.1	3.0	2.6
Por transfusiones de sangre	27.4	26.1	32.7
Por agujas contaminadas	16.5	9.5	20.2
Por contacto con secreciones de enfermos de SIDA	11.3	-	-
Por relaciones con homosexuales	20.0	6.9	1.8
Por R.S. vaginales	74.7	81.1	79.8
Por R.S. orales	-	8.8	46.1
Por R.S. anales	-	13.9	58.4
Por relaciones con extranjeros	-	3.7	1.4
Por relaciones con bisexuales	-	-	2.6
Otras formas	33.5	22.2	8.7

10

TABLA 59. CONCEPTO ACERCA DE LA FORMA COMO SE CONTAGIA O SE TRANSMITE EL SIDA SEGUN SU ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Concepto	5 meses		10 meses	
	A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
No sabe	2.9	3.1	1.9	3.6
Por transfusiones	24.8	27.7	36.2	27.0
Por agujas contam.	9.4	9.6	22.0	17.3
Por R.S. con homosexuales	7.5	6.2	1.0	3.1
Por R.S. vaginales	84.4	77.3	79.3	80.6
Por R.S. orales	12.4	4.6	54.7	32.7
Por R.S. anales	17.3	10.0	66.7	45.4
R.S. con extranj.	3.3	4.2	-	-
R.S. con bisexua.	-	-	2.6	2.6
Otras formas	21.5	23.1	6.8	11.7

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular; N.A.= No asistencia

TABLA 60. CONOCIMIENTO ACERCA DE COMO PREVENIR EL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Conocimiento	Basal (n=636)	5 meses (n=567)	10 meses (n=505)
No conoce forma	17.0	6.5	1.6
Abstinencia	3.6	-	-
Monogamia	1.7	-	-
Usando condón	73.7	75.8	94.3
No teniendo relaciones con extranjeros	-	0.2	-
No teniendo relaciones con desconocidos	-	1.4	-
Controlándose en el C.S.	-	10.8	4.2
Buena alimentación	-	-	1.6
Otras formas	13.7	19.4	-

TABLA 61. CONOCIMIENTO ACERCA DE LA FORMA DE PREVENIR EL SIDA SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Conocimiento	5 meses		10 meses	
	A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
No conoce forma	6.5	6.5	1.3	2.0
Usando condón	79.8	71.2	97.1	89.8
No R.S. con extranjeros	0.3	-	-	-
No R.S. con desconocidos	1.6	1.2	-	-
Control en el C.S.	9.4	12.3	3.6	5.1
Buena alimentación			1.9	1.0
Otras formas	20.5	18.1	-	-

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

3.3.6. EN LA CONCIENCIA DE RIESGO FRENTE AL SIDA

Se observó un incremento en la conciencia de riesgo expresada por las mujeres de la cohorte. En este caso el efecto no puede ser atribuído a ninguna actividad del programa en particular, pués no se aprecian diferencias por el nivel de participación de los grupos en el programa (tabla 62 a 64).

TABLA 62. CONCIENCIA DE RIESGO FRENTE AL SIDA. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

Momento	Total	No.	%
Basal	636	321	50.5
5 meses	567	383	67.5
10 meses	505	369	73.1

TABLA 63. CONCIENCIA DE RIESGO SEGUN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	5 meses		10 meses	
Conciencia/Riesgo	A.R. (n=307)	A.N.R. (n=260)	A.R. (n=309)	A.N.R. (n=196)
Creen que pueden enfermar	66.4	68.8	74.4	70.9
Creen que no pueden enfermar	23.8	20.4	16.8	21.9
No saben	9.8	10.4	8.7	7.1

A.R.= Asistencia regular; A.N.R.= Asistencia no regular;

TABLA 64. CONCIENCIA DE RIESGO SEGUN CONCURRENCIA AL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1988-1989.

	5 meses		10 meses	
Conciencia/Riesgo	Asis. (n=306)	No asis. (n=261)	Asis. (n=371)	No asis. (n=134)
Creen que pueden enfermar	68.3	66.7	72.5	74.6
Creen que no pueden enfermar	22.5	21.8	19.7	16.4
No saben	9.2	11.1	7.8	9.0

Asis.= Asistió No asis.= No asistió

3.3.7. EN LA ACTITUD FRENTE AL PROGRAMA

Las consecuencias del programa tienen aspectos cualitativos que son de importancia. Uno de los aspectos más positivos fue la creciente confianza del grupo en el programa.

Mediante diferentes sistemas de evaluación, se ha observado que las que participaron regularmente en el programa, en general, tienen respuestas más correctas en relación a los temas de prevención del SIDA y otras ETS; también se observa que las respuestas tienen mayor veracidad y poseen conocimientos más precisos acerca del uso del condón. En una de las evaluaciones comparativas realizadas con un grupo de mujeres nuevas, que nunca habían asistido al programa, se encontró que en el grupo que asistió el 77% responde

correctamente, mientras que en el grupo que nunca asistió la proporción es del 22%.

Otro indicador importante de los logros del programa fue la participación activa de numerosas integrantes del grupo de riesgo. Así, participaron en la aplicación de encuestas a los concurrentes a los prostíbulos, en la elaboración de mensajes educativos acerca de los medios de prevención del SIDA y otras ETS, y en las dinámicas de las sesiones educativas. Uno de los mensajes elaborado por el grupo fue seleccionado para ilustrar un almanaque, que tuvo mucha aceptación en el grupo.

3.3.7. EN LA SALUD DE LA COHORTE (IMPACTO)

a. Salud reproductiva

Durante el período de intervención se retiró el DIU a 15 MUJERES ESTUDIADAS; la proporción global de usuarias de la píldora se incrementó en 8%.

En el período de intervención se atendieron 64 consultas por embarazo, y se diagnosticó 50 embarazos y una aborto.

El número total de abortos declarados por las entrevistadas en la última encuesta, fue menor que en el año previo a la intervención (tabla 65).

TABLA 65. NUMERO DE ABORTOS DECLARADOS POR LAS ENTREVISTADAS EN LA ULTIMA ENCUESTA, CALLAO.1988-1989 (n=505).

Periodo	Nº de abortos	%
Año previo	44	8.7
Año de intervención	28	5.5

El 57% de mujeres que tuvieron aborto no asistieron regularmente a las actividades educativas; en cambio se observa que el 75% de estas mujeres asistió al consultorio de PF.

Durante el período de intervención, la demanda al consultorio de PF fue la siguiente (tabla 66):

TABLA 66. MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS MUJERES ESTUDIADAS, CALLAO.1988-1989

Motivo de consulta	(%)
Planificación Familiar	57.7
Amenorrea secundaria	5.3
Efectos colaterales de anticonceptivos	4.2
Vulvovaginitis	3.9
Cervicitis	2.5
Hemorragia uterina aguda	2.0
Gestantes	1.8
Cauterización	1.5
Climaterio	1.2
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	0.9
Infertilidad	0.6
Patología no ginecológica	8.2

b. Enfermedades de transmisión sexual

Las ETS han sufrido cambios importantes durante el período de intervención. Los cambios se pueden objetivar a través de los estudios transversales realizados (tabla 67)

TABLA 67. TASA DE ETS EN MUJERES DE ALTO RIESGO. CENTRO DE SALUD A. BARTON, CALLAO. 1988-1989

ETS	Abr 88		Oct 88		May 89	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gonorrea	18	2.7	1	0.2	0	-
Clamidia	529	80.8	-	-	525	91.4
Candida	52	8.0	17	3.0	49	8.5
Sifilis	-	-	-	-	102	14.9

También puede observarse a través de la incidencia de casos de ETS diagnosticados en el Centro de Salud durante el tiempo de intervención, comparada con la información basal de años anteriores a la intervención (tabla 68).

TABLA 68. PREVALENCIA DE ETS EN MUJERES DE ALTO RIESGO, DIAGNOSTICADAS EN EL CENTRO DE SALUD A. BARTON. CALLAO, 1985-1989.

ETS	1985(n=447)		1989 (n=636)	
	NO	%	NO	%
Gonorrea	91	20.3	28	4.4
Sífilis	37	8.2	40	6.3
Trichomoniasis	137	30.6	1	0.2

Un indicador adicional es el número de mujeres que refieren diagnóstico de ETS en sus parejas; este número ha disminuído, lo cual coincide con el descenso de ETS que se registra en la cohorte, tabla 69.

TABLA 69. FRECUENCIA DE ETS EN LAS PAREJAS ESTABLES DE LAS MUJERES ESTUDIADAS SEGUN MOMENTO DEL ESTUDIO. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO 1988-1989.

Momento	No. de mujeres con pareja estable	No. de parejas con ETS	%
Basal	226	37	16.4
5 meses	205	10	4.9
10 meses	161	7	4.3

c. Seropositividad HIV

En el estudio basal se encontró dos casos seropositivos, lo cual representó una prevalencia de 0.31 % . Durante el tiempo de observación se produjeron dos seroconversiones de modo tal que al final del estudio la prevalencia alcanzó el 0.62%. Sí consideramos la seroconversión como casos nuevos de infección la incidencia anual de HIV sería del 0.31%. Comparando esta tasa con la que se observó en el mismo grupo en el año precedente se constata que se ha duplicado. El conjunto de estos cambios se resumen en la tabla 70, donde se incluyen los datos obtenidos por NAMRID en el mismo grupo.

TABLA 70. PROGRESION DE LA INFECCION HIV EN LA COHORTE ESTUDIADA. CENTRO DE SALUD A.BARTON, CALLAO. 1987-1989

	NAMRID		SAN MARCOS		
Caso	Abril87	Agosto87	ABR-MAY88	OCT-NOV88	MAYO89
NQ 1	+	+	+	s/d	+
NQ 2	-	-	+	s/d	s/d
NQ 3	s/d	-	-	+	s/d
NQ 4	-	-	-	+	+

LAS CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS INFECTADAS SON:

Proceden de diferentes provincias del país;
La edad fluctúa entre 22 y 46 años;
Todas trabajan en el mismo local;
El tiempo de actividad es de 3 a 15 años;
Las prácticas sexuales que realizan incluyen sexo oral y anal;
Usan el condón en forma esporádica
Solicitaron entre 130 y 200 condones en todo el período
Nunca usan condón con sus parejas estables
Acudieron al programa educativo entre 2 y 5 veces
No refieren parejas bisexuales;
Ninguna refiere inyectarse drogas;
Tres de ellas tienen patología concomitante:
CA de cervix, displasia severa y TBC;
No refirieron otros síntomas

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4. 1. CONCLUSIONES

En conclusión, pese a las dificultades que implica el seguimiento de una cohorte, el presente estudio ha alcanzo el máximo de objetivos propuestos. Se ha logrado seguir al 60% de la cohorte; las actividades se cumplieron en un 100%, habiéndose logrado que el uso de los servicios se extienda e intensifique progresivamente.

Como resultado del programa se observa que en el conjunto de la cohorte se han producido cambios importantes frente a la enfermedad, antes ignorada o incluso menospreciada. También se observa que el grupo no sólo llega a aceptar el programa sino que participa en él, lo cual tuvo un efecto potencial muy significativo en el logro de los objetivos. Esto se ha objetivado en las sesiones grupales y en la creciente participación de las mujeres en las actividades del programa.

El logro más importante es alcanzado en relación a las actitudes y uso del condón. La variación fue significativa y se debió sobre todo a la labor educativa. Una observación importante a discutir es el efecto de difusión que tiene la labor educativa entre los integrantes del grupo, pese a no participar plenamente en él.

Las razones por las que las mujeres se ven obligadas a usar el condón se han redistribuído, de manera tal que proporcionalmente las condiciones que consideran obligatorias son menores que al inicio. Hay una mayor conciencia que se debe usar condón independientemente de la razón. Esto se ve sobre todo en el porcentaje de mujeres que refirieron usar el condón cuando el cliente es desconocido, y que coincide con la disminución del porcentaje que deja de usar condón con sus "amigos" .

Pese a ello, es evidente de que el uso del condón no depende exclusivamente de la mujer. En ese sentido resulta alarmante los datos recogidos por las mismas mujeres, al encuestar a sus clientes, donde se muestra que sólo el 27% de ellos usa condón; los restantes lo rechazan y ante la propuesta prefieren elegir una pareja que no exija condón.

Se espera que el porcentaje de prácticas sexuales de riesgo y/o no protegidas disminuya por efecto del Programa. Sin embargo en todos los datos referentes a prácticas se puede observar que en las últimas encuestas hay un incremento de las prácticas de sexo oral, en vez de una disminución. Es muy probable que eso se debe a que la información es más veraz, sobre todo entre quienes más asisten al Programa. De hecho en el presente estudio la veracidad de la información ha ido en incremento, conforme la confianza del grupo aumentaba como efecto de las acciones del programa.

Hay otras áreas donde no se puede decir si el efecto se debe a una u otra actividad. Al parecer el programa en su conjunto ha influído notablemente en las actitudes y comportamientos del grupo. Es importante destacar el rol de la combinación de la educación y servicio. sobre todo frente a una población marginada.

En cuanto al impacto del programa, los logros en la disminución de la morbilidad por ETS son importantes. Se puede aducir de que los datos basales carecen de confianza; sin embargo las diversas fuentes de información empleadas en este estudio muestran que los datos son consistentes. Así, la disminución de la prevalencia de la gonorrea, es expresión de la disminución de su incidencia, hecho comprobado por la información obtenida de los estudios transversales, del servicio de control de ETS y del servicio de PF.

En relación a la infección HIV las conclusiones son:

a. Hay un incremento progresivo en la seroconversión. Según los datos ésta se ha duplicado en el último año.

b. Los casos se concentran en la población que más parejas sexuales tiene.

c. No existe ningún otro factor concomitante reconocido que pueda explicar la seroconversión en estos casos.

d. Los casos han tenido contacto sexual con numerosos sujetos de la población general, convirtiéndose así en una fuente de transmisión heterosexual.

e. La presencia de displasia moderada o severa en dos de las infectadas, plantea la necesidad de estudiar esta asociación.

f. No es posible concluir acerca del impacto del programa en la progresión de la infección HIV, debido a que las cifras de seroconversión no necesariamente indican la incidencia de la infección; y por que se desconoce la incidencia de infección en este grupo.

   Existen dos posibilidades: 1) que las cifras de seroconversión representen la incidencia, lo cual significaría que los casos se infectaron durante el período de observación y seroconvirtieron en un lapso de 3 a 6 meses. En cuyo caso el programa no contribuyó a detener la progresión de la enfermedad en este grupo. 2) que los casos se hayan infectado antes y seroconvirtieron recién durante el desarrollo del programa. Esto supone un tiempo de seroconversión mayor de 6 meses, que de acuerdo a la literatura sería más verosimil. En este último caso es posible que el programa haya contribuído a detener la progresión de la enfermedad.

4.2. RECOMENDACIONES

1. Promover y reforzar los programas educativos a nivel de los Servicios de Salud Locales.
2. Intensificar la labor educativa en la población general.
3. Promover el uso de servicios integrales de salud que involucren la salud reproductiva y el control de las enfermedades de transmisión sexual.
4. Intensificar la organización del sistema nacional de vigilancia epidemiológica del SIDA.
5. Continuar haciendo observaciones sobre la difusión de la infección HIV en grupos de riesgo.

5. PRESENTACIONES PREVIAS DEL ESTUDIO

Los avances del presente estudio se han difundido a través de presentaciones en los siguientes eventos:

1. IV International Conference on AIDS, Estocolmo, Suecia 1988.

   ¿ Puede un programa de planificación familiar servir a las necesidades reproductivas de un grupo de alto riesgo?.

2. Primer Symposio Internacional de Educación y Comunicación en SIDA , Ixtapa, Mexico, 1988.

   Diseño de un programa educativo de prevención del SIDA para y por un grupo de prostitutas en Callao, Perú.

3. Jornadas de Discusión de los Proyectos INOPAL, The Population Council, Lima, Enero 1989

   ¿ Puede un programa de planificación familiar servir a las necesidades reproductivas de un grupo de mujeres de alto riesgo?.

4. V International Conference on AIDS. Montreal, Canadá Jun 4-9, 1989.

   4.1. The Impact of an Educational Program on HIV infection among prostitutes.

   4.2. Incidence D'Infection HIV dans prostituees de Callao, Perou. Etude de Cohorte.

APPENDIX 2

EVALUATION QUESTIONNAIRE

U.N..M.S.M.
Instituto de Medicina Tropical
"Daniel A. Carrión"
Sección de Epidemiología

PROYECTO SIDA
ENCUESTA DE DATOS BASALES

Código de Identificación:_____ ____

I. FILIACION

1. ¿Se controla regularmente en este Centro?

(1) SI (2) NO ____

2. ¿Tiene Carnet?

(1) SI (#_____) (2) NO ____

3. ¿Qué edad tiene? (en años cumplidos)_____ ____

4. ¿En qué fecha nació?: día____mes_____año_____

5. ¿En dónde nació?_____ _____
Provincia y Departamento

6. ¿Cuál es su estado civil actual? ____

(1) SOLTERA
(2) CONVIVIENTE
(3) CASADA
(4) VIUDA
(5) DIVORCIADA/SEPARADA
____

7. ¿Hasta qué año asistió al Colegio?

(1) NO ASISTIO
(2) PRIMARIA INCOMPLETA
(3) PRIMARIA COMPLETA
(4) SECUNDARIA INCOMPLETA
(5) SECUNDARIA COMPLETA
(6) OTROS_____ ____
especificar

II. HISTORIA OCUPACIONAL

8. ¿A qué edad comenzó a trabajar en esta actividad?_____ ____

9. ¿Dónde trabaja ud. actualmente (Dónde consigue su cliente)?

( ) PROSTIBULO ____
( ) BARES ____
( ) HOTELES ____
( ) CASAS DE CITA ____
( ) OTROS (especificar):_____ ____

10. ¿Desde cuándo trabaja ud. en forma contínua en este lugar?

(1) MENOS DE 1 AÑO (3) 3-5 AÑOS

(2) 1-2 AÑOS (4) MAS DE 5 AÑOS ____

11. ¿En los últimos 3 años ha trabajado ud. en otras ciudades? (fuera de Lima y Callao)

(1) SI, dónde:_____

_____

(2) NO ____

12. ¿En los últimos 3 años ha trabajado ud. en otros países?

(1) NINGUNO
(2) BRASIL
(3) EEUU
(4) SUDAMERICA
(5) CENTROAMERICA
(6) CANADA-NORTEAMERICA
(7) EUROPA
(8) AFRICA
(9) ASIA

_____ ____

especificar el país ____

13. ¿Ha trabajado ud. en cárceles?

(1) NUNCA
(2) MENOS DE UNA VEZ AL AÑO
(3) UN VEZ AL AÑO
(4) 2-5 VECES AL AÑO
(5) 6-12 VECES AL AÑO ____

14. Actualmente (durante este año)¿trabaja ud. en cárceles?

(1) SI (2) NO ____

15. ¿Alguno de sus clientes o amigos con los que ha tenido relaciones sexuales es extranjero?

(1) SI, ¿de qué país?_____
(2) NO ____

16. ¿Alguno de sus clientes o amigos con los que ha tenido relaciones sexuales, ha vivido en el extranjero en los últimos 5 años ?

(1) SI, ¿en qué país?_____
(2) NO ____

III. HISTORIA REPRODUCTIVA

17. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?_____ ____

18. ¿Con quién fue?_____ ____

19. ¿Cómo fue su primera relación sexual?

(1) VOLUNTARIA (2) INVOLUNTARIA ____

20. ¿Cuántos embarazos ha tenido?_____ *(si la respuesta es 0 pasar al ítem 23)*

21. ¿Cuántos hijos vivos tiene?_____ ____

22. ¿Cuántos hijos muertos ha tenido? ____

23. ¿Cuántos abortos ha tenido?_____ ____
(*si la respuesta es negativa pasar al ítem 25*)

24. De los abortos que ha tenido¿ cuántos fueron en forma espontánea?_____ ____

25. Número total de embarazos(*no preguntar, llenado por la encuestadora*)_____ ____

26. ¿Desea tener hijos? (en los próximos dos años)

(1) SI (2) NO ____

27. ¿Cree ud. que puede tenerlos?

(1) SI
(2) NO, ¿por qué?_____
(3) NO SABE, ¿por qué?_____ ____

IV. ANTICONCEPCION

28. ¿Ha oído ud. hablar de:

( ) PILDORA(Pastillas) ____
( ) CONDON ____
( ) ESPUMAS/JALEAS ____
( ) INYECCIONES ____
( ) TABLETAS VAGINALES ____
( ) ESPIRAL (D.I.U.) ____
( ) LIGADURA DE TROMPAS ____
( ) NO HA OIDO ____
( ) OTROS(especificar):_____ ____

29. ¿Ha usado alguna vez:

( ) PILDORA(Pastillas) ____
( ) CONDON ____
( ) ESPUMAS/JALEAS ____
( ) INYECCIONES ____
( ) TABLETAS VAGINALES ____
( ) ESPIRAL (D.I.U.) ____
( ) LIGADURA DE TROMPAS ____
( ) NO HA USADO (*pasar al item 32*) ____
( ) OTROS (especificar):_____ ____

(Sólo para las que abandonaron el uso del espiral D.I.U.)

30. ¿Por qué dejó de usar el espiral (D.I.U.)?

( ) CAMBIOS DE CARACTER ____
( ) AUMENTO DEL SANGRADO Y DE LOS DIAS DE LA MENSTRUACION ____
( ) DESCENSO ____
( ) INFLAMACION ____
( ) OTROS (especificar):_____ ____

31. ¿Ha tenido embarazos con algunos de los métodos Anticonceptivos que ha usado?

(1) SI, ¿Con cuáles? _____

(2) NO ____

32. ¿Qué método usa actualmente? (los últimos 30 días):

( ) NINGUNO ____
( ) NO USA ____
( ) PILDORA (Pastillas) ____
( ) CONDON ____
( ) ESPUMAS/JALEAS ____
( ) INYECCIONES ____
( ) TABLETAS VAGINALES ____
( ) ESPIRAL (D.I.U.) ____
( ) LIGADURA DE TROMPAS ____
( ) OTROS(especificar):_____ ____

33. ¿Tiene molestias con los métodos que usa actualmente?

(1) SI (2) NO (*pasar al item 35*) ____

34. ¿Qué molestias le ocasiona ?

( ) CAMBIOS DE CARACTER ____
( ) AUMENTO DEL SANGRADO MENSTRUAL ____
( ) DISMINUCION DEL SANGRADO MENSTRUAL ____
( ) DESCENSO ____
( ) INFLAMACION ____
( ) OTROS(especificar):_____ ____

V. HABITOS SEXUALES

(*en relación a sus clientes*)

35. El año pasado (1987)¿el número de clientes:
(*completar preguntas con alternativas*)

(1) FUE EL MISMO QUE ANTES?
(2) AUMENTO CON RESPECTO A AÑOS ANTERIORES?
(3) DISMINUYO?, ¿por qué?_____
(4) NO SABE/NO RESPONDE ____

36. En este año (enero-junio, 1988)¿el número de clientes:
(*completar preguntas con alternativas*)

(1) ES EL MISMO QUE ANTES?
(2) HA AUMENTADO?
(3) HA DISMINUIDO?, ¿por qué?_____
(4) NO SABE/NO RESPONDE ____

37. En general ¿con qué frecuencia usa condón con sus clientes?

(1) CON NINGUNO
(2) CON POCOS CLIENTES (1/4 parte)
(3) CON MAS O MENOS LA MITAD DE LOS CLIENTES (1/2)
(4) CON CASI TODOS LOS CLIENTES (3/4)
(5) CON TODOS LOS CLIENTES

38. ¿Cuántos clientes tuvo el día de ayer (o el último día trabajado)? _____ ____
(*poner número*)

39. ¿Con qué frecuencia practica el sexo vaginal (Por delante)?

(1) NUNCA
(2) CON POCOS CLIENTES (1/4 parte)
(3) CON MAS O MENOS LA MITAD DE LOS CLIENTES (1/2)
(4) CON CASI TODOS LOS CLIENTES (3/4)
(5) CON TODOS LOS CLIENTES ____

40. ¿Con cuántos de sus clientes de ayer tuvo sexo vaginal? ____
_____
(*poner número*)

41. Cuando practicó el sexo vaginal,¿con cuántos clientes utilizó condón? _____ ____
(*poner número*)

42. ¿Con qué frecuencia practica el sexo oral (por la boca, chupada)?

(1) NUNCA (*pasar al ítem 46*)
(2) CON POCOS CLIENTES (1/4 parte)
(3) CON MAS O MENOS LA MITAD DE LOS CLIENTES (1/2)
(4) CON CASI TODOS LOS CLIENTES (3/4)
(5) CON TODOS LOS CLIENTES ____

43. El último día que trabajó ¿con cuántos clientes practicó el sexo oral (Por la boca, chupada)?

(*poner número*)_____ ____

44. Cuándo practicó el sexo oral ¿con cuántos clientes utilizó condón ? _____ ____
(*poner número*)

45. Cuando practica el sexo oral ¿ud. está con el cliente hasta que eyacule (se moje, se vaya) en la boca ?

(1) NUNCA
(2) ALGUNAS VECES (1/4 parte)
(3) LA MITAD DE LAS VECES
(4) LA MAYORIA DE LAS VECES (3/4)
(5) TODAS LAS VECES ____

46. ¿Con qué frecuencia practica el sexo anal (Por atrás, por el chico)?

(1) NUNCA (*pasar al ítem 50*)
(2) CON POCOS CLIENTES (1/4 parte)
(3) CON MAS O MENOS LA MITAD DE LOS CLIENTES (1/2)
(4) CON CASI TODOS LOS CLIENTES (3/4)
(5) CON TODOS LOS CLIENTES ____

47. El último día que trabajó ¿con cuántos clientes practicó el sexo anal (por atrás, por el chico)?
(poner un número)_____ ____

48. Cuando practicó el sexo anal ¿con cuántos clientes utilizó condón? (poner un número)_____ ____

49. Cuando practica el sexo anal ¿ud. está con el cliente hasta que eyacule (se moje, se vaya) en el recto?

(1) NUNCA
(2) ALGUNAS VECES (1/4 parte)
(3) LA MITAD DE LAS VECES
(4) LA MAYORIA DE LAS VECES (3/4)
(5) TODAS LAS VECES ____

50. ¿Ud. se inyecta drogas ?

(1) SI (2) NO ____

VI. MEDIDAS PREVENTIVAS

51. ¿En qué situaciones no es necesario usar condón?

( ) SIEMPRE UTILIZO EL CONDON ____
( ) CUANDO EL CLIENTE ES AMIGO Y CONOCIDO ____
( ) CUANDO EL CLIENTE SE LE VE SANO ____
( ) CUANDO ESTOY INFLAMADA ____
( ) CUANDO SE DESEA QUE EL CLIENTE SE "OCUPE" RAPIDO ____
( ) CUANDO EL CLIENTE DA MAS DINERO ____
( ) CUANDO EL CLIENTE NO QUIERE ____

52. ¿En qué casos utiliza ud. el condón?

( ) NUNCA UTILIZO EL CONDON (*pasar al ítem 60*) ____
( ) SIEMPRE UTILIZO EL CONDON ____
( ) CUANDO EL CLIENTE NO SE DEJA REVISAR ____
( ) CUANDO EL CLIENTE ES DESCONOCIDO ____
( ) CUANDO EL CLIENTE LO PERMITE ____
( ) CUANDO NO ESTOY INFLAMADA ____
( ) CUANDO EL CLIENTE LO EXIGE ____

53. ¿Cuándo empezó a usar condón?_____ ____
(poner lapso de tiempo)

88

54. ¿Actualmente (en este año) usa:

(1) LA MISMA CANTIDAD DE CONDONES QUE ANTES?
(2) MENOS CONDONES QUE ANTES?
(3) MAS CONDONES QUE ANTES?(¿por qué?_____ ____
_____

55. ¿Cuántas veces cree ud. que puede utilizarse un mismo condón?

(1) UNA VEZ (2) DOS O MAS VECES ____

56. Al utilizar el condón ¿Ud. le quita el aceite (lubricante) que trae?

(1) SI (2) NO ____

57. Cuando utiliza el condón con sus clientes ¿se aplica cremas, aceites, vaselinas u otras sustancias para lubricarlo ?

(1) SI, (especificar)_____

(2) NO ____

58. ¿En qué momento de la relación sexual utiliza el condón?

( ) DESDE EL COMIENZO (ANTES DE LA PENETRACION) ____
( ) SOLO CUANDO EL CLIENTE VA A EYACULAR ____
( ) OTROS (especificar):_____ ____

59. ¿Dónde obtiene los condones que utiliza en su trabajo?

( ) UD. LOS COMPRA ____
( ) LOS TRAE EL CLIENTE ____
( ) SE LOS DAN EN SU TRABAJO ____
( ) SE LO OBSEQUIAN OTRAS PERSONAS/PROGRAMAS ____

60. En su trabajo, ¿con qué frecuencia utiliza cremas,óvulos, o medicamentos como protectores de la infección o inflamación?

(1) NUNCA
(2) ALGUNAS VECES (1/4)
(3) LA MITAD DE LAS VECES
(4) CON FRECUENCIA (3/4)
(5) TODAS LAS VECES ____

Especificar el nombre del que más usa:_____

61. Cuando no trabaja ¿con qué frecuencia utiliza ud. óvulos, cremas, tabletas vaginales como desinflamantes?

(1) NUNCA
(2) ALGUNAS VECES (1/4)
(3) LA MITAD DE LAS VECES
(4) CON FRECUENCIA (3/4)
(5) TODAS LAS VECES ____

Especificar el nombre del que más usa:_____

VII. ESTUDIO DE COFACTORES

62. ¿Qué opina ud. del SIDA?

( ) NO HE ESCUCHADO HABLAR DEL SIDA (*pasar al ítem 66*) ____
( ) ES UNA ENFERMEDAD NUEVA Y MORTAL ____
( ) ES UNA EXAGERACION DE LOS PERIODICOS Y LA T.V. ____
( ) ES UN PRETEXTO PARA AUMENTAR LA VENTA DE LOS CONDONES ____
( ) OTROS(especificar):_____ ____

63. ¿De qué forma ha oído ud. que se contagia el SIDA?
(no leer las respuestas)

( ) NO SABE O NO OPINA ____
( ) POR RELACIONES SEXUALES ____
( ) POR TRANSFUSIONES DE SANGRE ____
( ) POR EL USO DE AGUJAS CONTAMINADAS ____
( ) POR SECRECIONES DE UN ENFERMO CON SIDA ____
( ) POR RELACIONES CON HOMOSEXUALES ____
( ) OTROS (especificar):_____ ____

64. ¿Cree ud.que puede enfermarse de SIDA?

(1) SI,¿por qué?_____

(2) NO,¿por qué?_____

(3) NO SE ____

65. ¿Conoce ud. alguna forma de evitar el SIDA?

( ) NINGUNA ____
( ) NO TENER RELACIONES SEXUALES ____
( ) TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA SOLA PERSONA ____
( ) USAR CONDONES ____
( ) OTROS(especificar):_____ ____

66. En el último año ¿ha tenido ud.(leer respuestas):

( ) DESCENSO ____
( ) SECA EN LAS INGLES ____
( ) HERIDAS EN SUS PARTES ____
( ) LADILLAS ____
( ) SANGRE MOVIDA (SIFILIS) ____
( ) NADA DE LO MENCIONADO ____

67. En el último año en el Centro de Salud u otro médico ¿le han diagnosticado alguna enfermedad venérea (del sexo)?

(1) SI (2) NO (*pasar al ítem 70*) ____

68. ¿Qué enfermedad le diagnosticaron?

_____ ____

_____ ____

90

69. Estando con esa enfermedad ¿ud. siguió trabajando?

(1) SI (2) NO ____

70. ¿Sabe ud. reconocer cuando un cliente tiene una enfermedad venérea (del sexo)?

(1) SI, ¿qué reconoce?_____

_____

(2) NO ____

71. En los últimos cinco años, ¿ha recibido transfusiones de sangre?

(1) SI ¿Cuándo fue la última vez?_____
(2) NO ____

72. En los últimos cinco años, ¿ha donado ud. sangre?

(1) SI ¿Cuándo fue la última vez?_____
(2) NO ____

73. ¿Ha tenido ud. hepatitis (ictericia)?

(1) SI ¿En qué año?_____
(2) NO ____

74. ¿Tiene ud. una pareja estable (esposo,conviviente,novio)?

(1) SI (2) NO (FIN DE LA ENCUESTA) ____

75. ¿Con qué frecuencia practica el sexo con su pareja ?

(1) MAS DE UNA VEZ POR SEMANA
(2) UNA VEZ POR SEMANA
(3) UNA VEZ CADA 15 DIAS
(4) UNA VEZ AL MES
(5) MENOS DE UNA VEZ AL MES ____

76. ¿Cuando ha sido la última vez que practicó el sexo con su pareja?

(1) HACE MENOS DE 1 SEMANA
(2) HACE 1 SEMANA
(3) HACE 15 DIAS
(4) HACE 1 MES
(5) HACE 3 MESES ____

77. ¿Utiliza condón cuando tiene relaciones con su pareja?

(1) NUNCA
(2) ALGUNAS VECES (1/4 parte)
(3) LA MITAD DE LAS VECES
(4) LA MAYORIA DE VECES (3/4)
(5) TODAS LAS VECES ____

78. ¿En alguna oportunidad su pareja ha tenido una enfermedad venérea ?

(1) SI, ¿Qué enfermedad?_____
(2) NO
(3) NO SABE ____

79. ¿Su pareja se inyecta drogas?

(1) SI (2) NO (3) NO SABE ____

80. ¿En alguna oportunidad su pareja ha estado en la cárcel?

(1) SI (2) NO (3) NO SABE ____

FIN DE LA ENCUESTA

Encuestador:_____Firma:_____

Fecha:__/__/__ Observaciones:_____

_____

_____

_____

_____

" PROYECTO SIDA "

REGISTRO DE CHARLAS EDUCATIVAS

TURNO: _____ FECHA: _____

N O M B R E S	# CARNET	ACTIVIDAD EDUC.	OBSERVACIO

EDUCADORA: _____

OBSERVACIONES: _____

UNIVERSIDD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "D.A. CARRION"
PROYECTO SIDA

PARTE DIARIO DE CONTROL DE ETS

Fecha: _____

No. CARNET	NOMBRES	DX PRESUNTIVO	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "D. A. CARRION"
PROYECTO SIDA

REGISTRO DE CONSULTAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA_____

No. CARNET	MOTIVO CONSULTA	DIAGNOSTICO	INDICACION	PROCEDIMIENTO

CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA :

A) METODO EN USO

1. Pildora
2. Inyecciones
3. Condon
4. DIU
5. Ligadura
6. Otro
   Especifique: .....

B) COMPLICACIONES

1. Ninguna
2. Hemorragia
3. Expulsión
4. Infección
5. Náusea
6. Cefalea
7. Otro
   Especifique: .....

C) CESE O CAMBIO DE METODO

1. Continúa c/el mismo
2. Cese
3. Cambio

D) NUEVO METODO

1. DIU
2. Pildora
3. Condon
4. Otro
   Especifique: .....

RAZON DEL CAMBIO .....

O CESE .....

CONDUCTA INDICADA .....

UNMSM
Instituto de Medicina Tropical
"Daniel A. Carrión"
Proyecto de Prevención del SIDA
y otras ETS

Ministerio de Salud
Centro de Salud "A. Barton"

COMPROMISO DE BUEN USO DE MEDIOS DE PREVENCION PARA ETS Y SALUD REPRODUCTIVA

Yo _____ con carné No. _____
con trabajo en _____ solicito:

___ Condones No. ____ Und. para _____ día(s)

___ Tabletas Vaginales No. ____ Und. para _____ día(s)

___ Píldoras No. ____ Cjas. para _____ mes(es)

___ Otro: _____ _____ No. para _____

Los cuales me comprometo a usar en forma adecuada y a no venderlos ni destruírlos. También me comprometo a devolverlos en caso de dejar de usarlos.

Fecha: ___/___/___

Firma: _____
L.E. #

" PROYECTO SIDA "

CONTROL DE DISTRIBUCION

FECHA _____

Nº CARNET	CONDON	PILDORA	T COBRE			F I R M A

"PROYECTO SIDA"

RESUMEN DIARIO

STOCK / FECHA	CONDONES	PILDORAS	T DE COBRE		

NOMBRE _____ FIRMA _____

APPENDIX 3

PAPER PRESENTED AT THE FIFTH INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS

THE IMPACT OF AN HIV EDUCATIONAL PROGRAM AMONG REGISTERED PROSTITUTES IN CALLAO, PERU

A. Tejada
Universidad Nacional Mayor
de San Marcos
Lima, Peru

J. Foreit
The Population Council
New York, New York, U.S.A.

J. Alarcon
Universidad Nacional Mayor
de San Marcos
Lima, Peru

J. Piscoya
Universidad Nacional Mayor
de San Marcos
Lima, Peru

L. Varela
The Population Council
New York, New York, U.S.A.

S. Wignall
U.S. Department of the Navy

Paper Presented at the Fifth International Conference
on AIDS, Montreal, Canada, June 4-9, 1989

I. INTRODUCTION

Prostitution is the most important factor in the transmission of the human immunodeficiency virus in Africa, and there is concern that the interaction of prostitution and intravenous drug abuse are factors in the heterosexual spread of HIV in developed countries 1/. Asian and Latin American countries also fear that prostitution will become an important factor in HIV transmission. This paper presents results from the first nine months (June, 1988 - February, 1989) of an intervention project to prevent the spread of HIV infection among registered prostitutes in Callao, the port suburb of Lima, Peru.

The first case of AIDS in Peru was reported in 1983. By August, 1987, the number had grown to over 50 cases. At the end of the latter month, serology surveys reported that the only identifiable risk factor among 18 of 124 (14.5%) HIV seropositives was prostitution or sexual contact with a female prostitute 2/. In response to a concern about the role of prostitutes in HIV transmission, a project to protect registered prostitutes from infection was started by the Institute of Tropical Medicine, San Marcos University with support from The Population Council's INOPAL operations research project, the U.S. Department of the Navy (NAMRID), and the Pathfinder Fund.

METHODOLOGY

The Intervention Project: The objectives of the project are (1) to protect registered prostitutes from HIV infection; (2) to reduce the prevalence of STD infection in the target population; (3) to increase condom use; (4) to increase knowledge about AIDS; (5) to improve quality of contraceptive use; and, (6) to provide gynecological services, including prompt treatment of genital ulcers and cancer testing.

Over 600 registered prostitutes work regularly in the brothels and bars of Callao. Every two weeks they report for STD examinations at the Alberto Barton Health Center. Almost all center clients are either registered or unregistered prostitutes.

As part of the intervention project, the center provides (a.) HIV and other STD education; (b.) HIV and other STD testing; (c.) free condoms; and, (d.) reproductive health services, including family planning. The program is voluntary, except for the legally required STD examinations.

An integrated services approach was selected because focus group evidence suggested the women faced an interrelated set of problems. They appeared to have little effective knowledge of AIDS and other STDs, used relatively few condoms, and lacked access to gynecological services. Many used contraceptives incorrectly, and unwanted pregnancy and induced abortions were

frequently reported.

The educational program began in June, 1988. Educational services are provided by a health educator, and consist of group discussions, lectures, videos, and individual counseling sessions. Distribution of condoms began in August, 1988. They are provided to all women free of charge.

The reproductive health clinic also opened in August, 1988. It functions week day mornings. Services include family planning, gynecological exams, STD treatment, cancer detection, and infertility counseling. Some non-gynecological medical problems are also treated at the clinic.

Evaluation: Project evaluation focuses on utilization of services and the measurement of changes over time among health center users, including HIV knowledge and attitudes, frequency of condom use, changes in the prevalence of gonorrhea and candida, and HIV incidence.

A questionnaire was designed to gather information on target population characteristics, AIDS knowledge and attitudes, sexual behaviors, condom use, and family planning and fertility. A baseline survey was administered to 636 women appearing for registration examination in June, 1988. The first impact survey was administered to 567 women appearing for registration examination in November, 1988.

Baseline HIV incidence was obtained from serological surveys conducted in April and November, 1987, and April 1988. A Post-intervention survey was conducted in November, 1988. The ELISA test was used to detect HIV exposure. Determination of seropositivity was based on Western Blot confirmation of ELISA results. Gonorrhea and candida prevalence was obtained in April and November, 1988. Presence of gonorrhea and candida was determined by gram stain and culture of vaginal smears. The number of women tested in April, 1988, was 646. The number tested in November, 1988, was 658. A service statistics system was designed to measure condom distribution and family planning and gynecological visits. Condom use was also confirmed by interviews in the work place.

RESULTS:

Study Group Characteristics: almost all (623) of the 636 women interviewed in June, 1988 worked in registered brothels or bars. Table 1 presents baseline characteristics for women working in brothels and bars. Due to their small number (13), data on women working in other locations are not reported.

INSERT TABLE 1 HERE

The majority of women (approximately 85%) worked in three brothels located in a single compound in an industrial area of Callao. The remaining 15% worked in waterfront bars. Women who worked in the brothels were, on average, older, less educated, and more likely to be married or in union than women who worked in bars. Women in the brothels had more sexual partners per day than women who worked in bars. Only about 1% of the group as a whole had used intravenous drugs.

Sexual behavior also varied by place of work. About 68% of women in brothels engaged only in vaginal intercourse with clients, about 32% performed fellatio, and 10% reported anal intercourse. Among women working in bars, over 90% claimed to have only vaginal intercourse with clients, 9% performed fellatio, and about 2% reported anal intercourse.

One of the project assumptions was that the women had many reproductive health problems. According to the baseline survey, approximately 52% of all women reported one or more abortions. Aborters reported an average of 1.8 abortions (range 1-7).

Table 2 shows current use of contraceptive methods among women of fertile age (15-49). Women reporting using the condom in combination with non-barrier methods were classified according to the non-barrier method reported.

INSERT TABLE 2 HERE

Most women in the group were current users of a modern contraceptive method. The most popular method was the pill, followed by injectables. Thirty four were IUD users, a method contraindicated for women with multiple sexual partners. Approximately 14.7% of women 15-49 who had ever used a contraceptive reported at least one method failure (unwanted pregnancy). Over 77% of all failures occurred with oral contraceptives, the most used method.

Program Outputs: Results obtained by program components are shown in Table 3.

INSERT TABLE 3 HERE

About 90% of women visiting the center between June, 1988 and February, 1989 attended at least one educational session.

Over 360,000 condoms were distributed in seven months. More than half (474) of all women made use of the reproductive health service, and there were 252 family planning clients.

The most common contraceptive use problem was incorrect pill use. Many women took the pill continuously so that they would not menstruate, and could work more days per month. Nine women switched from the IUD to other methods. An additional 12 women did not wish to change because they had been unable to use other methods successfully. These women were advised to use a barrier method with the IUD to prevent pelvic inflammatory disease. Thirteen women were referred for sterilization.

The most common gynecological problems treated included secondary amenorrhea (89 visits), vulvovaginitis (84 visits), cervicitis (36 visits), pregnancy (29 visits), infertility (26 visits), cervical and endometrial cancer (10 visits), vaginal prolapse (6 visits), proctitis (5 visits), and genital trauma (3 visits). STDs treated included trichomoniases, gonorrhea, genital herpes, monilia, pubic lice, and molluscum.

Changes over time: Table 4 shows AIDS knowledge and attitude indicators. Data from the baseline and impact surveys, administered six months apart, are compared.

INSERT TABLE 4 HERE

The proportion of women who knew that AIDS was sexually transmitted increased, while the proportion of women agreeing with the statement "I am at risk of AIDS" declined. However one third of all women still did not feel themselves at risk.

There is both indirect and direct evidence that behavioral changes occurred among the study population. Figure 1 shows the number of condoms distributed per woman, per week, during the first 26 weeks of the project.

INSERT FIGURE 1 HERE

The number of condoms distributed increased from less than 20 per week, per woman during August, 1988, to roughly 80-90 per week during January and February, 1989.

Direct evidence of behavior change is presented in table 5.

INSERT TABLE 5 HERE

105

Condom use improved across all measurement categories between the June and November, 1988, questionnaire surveys. The percent of clients with whom condoms were used during the last day worked by the women increased by 11 points to 75%. Gains in the number of women reporting they "always use" the condom and reductions in the number of women reporting they never used the condom are more modest. The per-cent of women who "always" used the condom with clients increased by 5 points to 36.4%, while the number of women who never used the condom decreased from 3.6% to 1.1%. In November, the women were also considerably more likely to use condoms with steady customers, and with men whose genitals appeared healthy.

During the focus groups, reasons given most often for not using condoms included refusal by clients, and vaginal irritation. Other complaints included the fact that the condom often caused irritation of the mouth during oral sex.

A spot check of the three brothels conducted before the project began revealed that only 2 of 30 women questioned stated that they had condoms available in their rooms. After the project started a spot check of a random sample of 15 women conducted by a male medical student posing as a client revealed that all women had condoms in their rooms. However, the women did not require clients to use the condom. When asked, the women stated that the decision to use a condom was "up to you."

Contraceptive vaginal tablets are also distributed. Many women stopped using foam products because of irritation. Contraceptive jelly and creme are used much more successfully than foam, but are often not available in Peru.

Changes in STD prevalence: Between April and November, 1988 the prevalence of gonorrhea declined from 2.7% to 0.17%, while the prevalence of candidiasis declined from 8% to 3%.

A serological study of 140 registered Callao prostitutes failed to detect any HIV infected women in 1986. 3/. The first case of HIV seroconversion was detected in April, 1987, and the second in April, 1988. During the intervention study, two more women tested positive to the HIV virus, both of whom had been seronegative at examinations given in November, 1987, and April, 1988.

All four women worked in the same brothel, and all reported engaging in vaginal, oral, and anal sex. They received counseling, and were prohibited from working as registered prostitutes in Callao. Two of the women were lost to follow-up.

106

DISCUSSION

Changes in attitudes and knowledge have occurred during the intervention program. The number of women who believe themselves to be at risk of AIDS has increased. The most popular educational sessions have featured videos about AIDS, and presentations by the women themselves. Lectures appear to be the least popular and effective format.

Intravenous drug use is rare among registered prostitutes in Callao. However, alcohol abuse is a problem for women who work in bars, and heavy use of amphetamines and tranquilizers is common among women who work in the brothels. Use of these substances often interferes with condom use. Thus, substance abuse education will be added to the program.

Condom use also increased during the project, although the women have not made it obligatory. A major barrier to increased condom use is fear of loosing customers, suggesting that educational efforts also need to be directed at clients.

Virtually all condoms available in Peru are lubricated. Stomatitis has been reported among women who have used these condoms while performing fellatio. There is a need for non-lubricated condoms if women are to use them consistently during oral sex. Irritation caused by use of contraceptive tablets also suggests that some Nonoxynol 9 products may be of limited acceptability to prostitutes.

It also appears that the existence of the reproductive health service has improved the quality of oral contraceptive use, reduced use of the IUD, and has lead to the detection and rapid treatment of many gynecological problems.

The finding of reduced rates of gonorrhea and candida are promising. However, judgement on the efficacy of the program in reducing STD infection must be deferred until it can be determined that the low rates persist over a longer period of time. Despite the existence of the program two new cases of HIV infection have been detected. The study suggests that the major risk of HIV infection to registered prostitutes in Callao stems from sexual contact with clients, rather than IV drug use. As in the case of gonorrhea and candida, more observation is needed to determine if the spread of HIV infection can be halted by an integrated education and service program.

The program has been well received by the women. Many actively collaborate in the organization of educational sessions, and in arranging appointments for impact survey interviews. A major priority is to strengthen follow-up of HIV positive women. Presently the program lacks the resources to make home visits, and most of the responsibility for maintaining contact is placed

on the women themselves. Another serious problem is the lack of other employment opportunities for HIV - positive women who should no longer work as prostitutes.

In other countries, education has been demonstrated to be effective in preventing HIV infection 4/. Prevention is the only feasible way of dealing with the problem of prostitute transmission of the AIDS virus. Resources are not available in developing countries to adequately care for HIV infected prostitutes, or to guarantee that they will be able to abandon prostitution.

REFERENCES

1. Holmes, King.K., Kreiss, Joan, "Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus: Overview of a Neglected Aspect of the AIDS Epidemic," Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 1:602-9.

2. HIV Report No. 23, Unpublished, NAMRID, Lima, Peru, August 27, 1987.

3. Golenbock, Douglas T., et al. "Absence of Infection with Human Immunodeficiency Virus in Peruvian Prostitutes," AIDS Research And Human Retroviruses 4:493-99.

4. Papaevangelou, G. et al. "Education in Preventing HIV Infection in Greek Registered Prostitutes," Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 1:386-389.

ACKNOWLEDGEMENTS

We wish to express our gratitude to Dr. Carlos Aramburu of the Pathfinder fund for providing the condoms and making the reproductive health clinic possible. We also wish to thank the physician in charge of the clinic, Dr. Deny Gamez Zevallos, and the health educator, Lic. Marelene Torbio Pacompea.

Population Council participation in this project was made possible by funds from USAID contract DPE-3030-C-00-4074-00. "Operations Research to Improve Family Planning and Maternal and Child Health Service Delivery Systems in Latin America and The Caribbean," and we wish to acknowledge the help of AID grant monitors, Marcia Townsend and Jerry Bailey.

Most of all we wish to thank the women who work as registered prostitutes in Callao for their patience and assistance.

TABLE 1
Selected Characteristics of 623 Registered Prostitutes, Callao, Peru, June 1988.

Characteristic	Place of Work	
	Brothels	Bars
Place of work	84.8%	15.2%
Mean age	35	30
Education	55% primary	90.6% secondary
Mean partners last day worked	10.5	3.3
Percent married or in union	21.6%	4.2%
Ever use of IV drugs	1.3%	0

TABLE 2
Current use of Contraceptives among 612 Callao Prostitutes of Fertile Age (15-49), June, 1988.

Method	N	%
Not using	84	13.7
Using	528	86.3
Oral contraceptives	336	54.9
Injectables	76	12.4
Sterilization	36	5.9
Condom	36	5.9
IUD	34	5.6
Combined, vaginals + condom	7	1.1
Vaginals	3	0.5

TABLE 3
Callao HIV Prevention Project Outputs
June, 1988 - February, 1989.

Program Output	
Per cent of women attending one or more education sessions	90%
Per cent of women accepting condoms	94%
No. of condoms distributed	361,095
Per cent of women making one or more visits to the reproductive health clinic	55.4%

N = 856

TABLE 4
Changes in AIDS Knowledge and Attitudes among Registered Prostitutes in Callao, Peru, June 1988 - November, 1988.

Percent Agreeing with Statement	Survey Date June, 1988	November, 1988
"AIDS is a sexually transmitted disease"	74.7	89.5
"AIDS does not exist"	3.1	0
"I am at risk of AIDS"	50.5	66.4
	N = 636	N = 567

FIGURE 1

WEEKLY NUMBER OF CONDOMS DISTRIBUTED
MEAN PER USER
AUGUST 22, 1988 – FEBRUARY 13, 1989

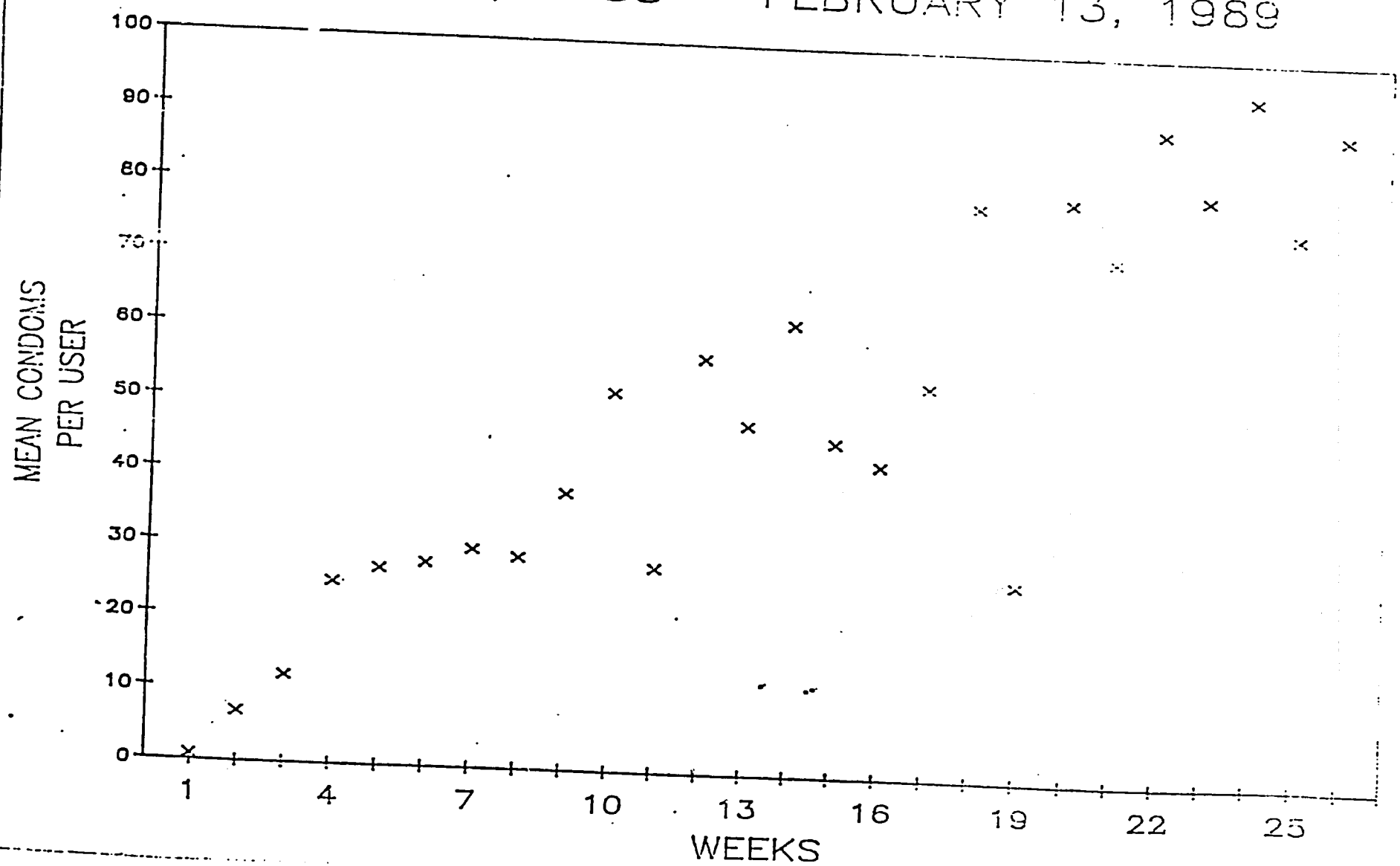


TABLE 5
Changes in Condom use Behavior Among Registered Prostitutes in Callao, Peru, June, 1988 - November, 1988.

Indicator	Survey Date June, 1988	Survey Date November, 1988
Per cent of clients with whom condom used, last working day	64 N = 634	75 N = 567
Per cent of women reporting they always use condoms	30.9 N = 634	36.4 N = 551
Per cent of women reporting never use of condoms	3.6 N = 634	1.3 N = 554
Per cent not using condoms with regular clients	45.1 N = 634	28.1 N = 556
Per cent not using condoms with clients whose genitals appear healthy	20.3 N = 634	6.8 N = 555