

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Realización de la prueba prenatal de VIH en la región fronteriza México-Estados Unidos, 2005: El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Ginger L. Gossman, PhD, Carlos Alberto Carrillo Garza, MD, Christopher H. Johnson, MS, Joanna J. Nichols, MIH, Brian C. Castrucci, MA, Jill A. McDonald, PhD, Kayan L. Lewis, PhD, Gita G. Mirchandani, MPH, PhD

*Cita sugerida para este artículo:* Gossman GL, Carrillo Garza CA, Johnson CH, Nichols JJ, Castrucci BC, McDonald JA, et al. Realización de la prueba prenatal de VIH en la región fronteriza México-Estados Unidos, 2005: El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08\\_0106\\_es.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0106_es.htm). Visitado [fecha].

### REVISIÓN PARITARIA

## Resumen

### Introducción

Las pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de los controles prenatales de rutina constituye una oportunidad única para diagnosticar la infección por el VIH, comenzar el tratamiento crónico y prevenir la transmisión vertical. Aun así, se cuenta con poca información sobre la prevalencia de las pruebas de detección del VIH durante los controles prenatales en la región fronteriza México-Estados Unidos. En este artículo exploramos la correlación entre las pruebas del VIH durante la atención prenatal y las características sociodemográficas, las conductas de salud y la exposición a factores nocivos para la salud.

### Métodos

La muestra del estudio estaba formada por mujeres que

residían en Matamoros, Tamaulipas, México (n = 489), o en el condado de Cameron, Texas (n = 458), y que en el año 2005 habían dado a luz un bebé vivo, en hospitales que atendían más de 100 partos al año. Analizamos la distribución unidimensional y bidimensional de la realización de pruebas del VIH en Matamoros y en el condado de Cameron y cuantificamos la diferencia en las probabilidades de realización de dicha prueba mediante un modelo de regresión logística.

### Resultados

La prevalencia de la prueba del VIH durante la atención prenatal varió de acuerdo al lugar de residencia 57,6% en Matamoros y 94,8% en el condado de Cameron. Las mujeres del condado de Cameron eran significativamente más propensas a hacerse la prueba del VIH que las mujeres que vivían en Matamoros. El estado civil, el nivel educativo, el conocimiento de los métodos para prevenir la transmisión del VIH (de adulto a adulto), el haber hablado sobre la prueba de detección con un profesional de la salud durante la atención prenatal, y el haberse realizado previamente otras pruebas del VIH, se asociaron de forma significativa con la realización de estas pruebas en Matamoros, si bien sólo las últimas dos variables fueron significativas en el condado de Cameron.

### Conclusión

Si bien las políticas nacionales de México y de los Estados Unidos recomiendan por igual la realización de pruebas del VIH durante los controles prenatales, en comparación

con las mujeres de Matamoros, la proporción de mujeres del condado de Cameron que habían seguido estas recomendaciones era mucho mayor. Los esfuerzos conjuntos de Matamoros y del condado de Cameron para aumentar las tasas de realización de la prueba del VIH durante el embarazo en la región fronteriza deberían tomar en cuenta estas correlaciones en cada una de sus comunidades.

## Introducción

Anteriormente se consideraba al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA como una enfermedad aguda (1,2); sin embargo, los recientes desarrollos en su tratamiento han transformado al VIH/SIDA en una condición crónica. Si se mantienen bajo una atención óptima para el VIH, la esperanza de vida proyectada para aquéllos infectados con el VIH se ha incrementado de menos de 7 años en 1993 a más de 20 años actualmente (1), pero la atención óptima no puede comenzar sin un diagnóstico. El examen rutinario prenatal en busca de VIH en mujeres proporciona una oportunidad única y crítica para diagnosticar la infección con VIH, iniciar un tratamiento crónico y evitar la transmisión de la madre al hijo.

La transmisión perinatal puede prevenirse de diferentes maneras: usando medicamentos antiretrovirales para el tratamiento y profilaxis, evitando la lactancia materna y seleccionando el parto por cesárea cuando sea apropiado (3-5). Durante el año 2005, 91% de los casos de SIDA reportados entre niños de 12 años de edad y menores en los Estados Unidos fueron atribuidos a la transmisión perinatal (3,4). El número de infecciones perinatales con VIH fue máximo en 1991 con 1.650 casos y posteriormente disminuyó rápidamente hasta aproximadamente 142 casos en 2005 (3,6,7). La tasa de transmisión perinatal es menor al 2% con intervención (3,8), comparada con el 25% al 30% sin intervención (3,9).

Si una mujer no se realiza la prueba de VIH durante su embarazo, se pierde una oportunidad para intervenir (10). Los datos estimados del Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (PRAMS, por sus siglas en inglés) sugiere que al 87% de las mujeres en Texas se les practicó la prueba de VIH durante su embarazo más reciente. Este dato es más alto que el estimado nacional para Estados Unidos de 69% reportado en la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de 2002 (11). Actualmente, no existen datos estimados disponibles respecto a la realización de prue-

bas prenatales de VIH en el estado de Tamaulipas ni para México en general. Se conoce muy poco sobre la prevalencia de la realización de la prueba prenatal de VIH en la frontera Texas-Tamaulipas; sin embargo, 2,4% de los casos de SIDA en México son casos pediátricos, la mayoría de los cuales ocurrieron por transmisión de la madre al hijo (12). En el año 2000, el Centro Nacional, para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) emitió un estimado de 0,04% de prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 1991 a 1995 (10). Un estudio en el año 2003 en mujeres se les hizo la prueba durante el periodo prenatal en Tijuana arrojó una mayor prevalencia de VIH, de 0,65% (12).

Autoridades oficiales de ambos estados, Texas y Tamaulipas, consideran que el área fronteriza es única y culturalmente distinta del resto del estado o del país (13). Los residentes de la frontera comparten la misma identidad cultural y están expuestos a las mismas condiciones económicas, incluyendo pobreza extrema y falta de servicios (14). Tanto México como los Estados Unidos han participado en colaboraciones binacionales para atender las necesidades particulares en materia de salud pública de la población fronteriza, incluyendo a la Asociación Fronteriza Mexicano Estadoindicense de Salud y a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (15,16). La prevalencia de la realización de la prueba de VIH en Texas y Tamaulipas no proporciona información sobre la realización de la prueba de VIH en la frontera. Consecuentemente, los objetivos de este estudio fueron 1) reportar la prevalencia de la realización de la prueba prenatal de VIH entre mujeres que viven en el condado de Cameron, Texas, así como entre mujeres que viven en Matamoros, Tamaulipas, México, y 2) examinar la asociación entre la realización de la prueba prenatal de VIH y factores sociodemográficos, comportamientos en materia de salud, así como exposiciones de la salud para toda la muestra así como por mujer en cada comunidad fronteriza. Estos análisis se enfocaron principalmente en las características a nivel individual. Otras correlaciones para la realización de la prueba prenatal de VIH incluyen la política nacional y la práctica local, las cuales no fueron medidas directamente.

## Métodos

Utilizamos datos primarios recogidos en el periodo de 2002 al 2006 a través del Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-

Brownsville (BMSCP, por sus siglas en inglés). Brownsville se encuentra en el Valle del Río Bravo en Texas, y Matamoros es un municipio del estado de Tamaulipas, México (Figura). Los datos de Brownsville fueron realmente recopilados en su totalidad en condado de Cameron, el cual se encuentra en la punta sur de Texas, adyacente a Tamaulipas. Los centros de las ciudades de Brownsville y Matamoros se encuentran a aproximadamente 2 Km. de distancia entre ellos, así que uno puede viajar fácilmente entre ellos cruzando cualquiera de los 3 puentes que conectan a las ciudades.

El equipo de diseño de la encuesta seleccionó la muestra para el estudio entre mujeres que dieron a luz a nacidos vivos en días seleccionados entre el 21 de agosto y el 9 de noviembre de 2005; las participantes vivían tanto en Matamoros como en el condado de Cameron. Los encuestadores realizaron entrevistas personales asistidas por computadora. Este proyecto piloto de vigilancia fue revisado por los CDC para asegurar la protección de los sujetos de investigación y se determinó que el mismo era “no experimental” o de práctica de salud pública; y por eso no se requería de la aprobación del consejo de revisión institucional.

El diseño de muestreo consistió en un grupo muestras estratificadas, seleccionando sistemáticamente a los grupos. El equipo de diseño de la encuesta seleccionó todos los hospitales en cada área (Matamoros y el condado de Cameron) que reportaron 100 o más partos anuales. Dentro del estrato de cada hospital, se seleccionaron grupos en bloques de 2 días. Todas las mujeres que dieron a luz a un niño vivo en el día seleccionado, sin importar la hora del día, fueron incluidas en la muestra. Los encuestadores identificaron a las participantes elegibles mediante la revisión periódica de los registros de partos del hospital así como los registros médicos y a través del contacto con el personal hospitalario. Para una descripción más detallada de la recopilación de datos, favor de revisar el artículo de



**Figura.** Mapa de la Región de la Frontera México-Estados Unidos, así como del Condado de Cameron, Texas y Matamoros, Tamaulipas, México (Cuadro Rojo). (Los autores agradecen a Allison Abell Banicki de la Oficina de Salud Fronteriza del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, por la creación de este mapa).

McDonald et al en esta edición de *Prevención de Enfermedades Crónicas* (17).

El equipo de diseño de la encuesta creó ponderaciones para representar la probabilidad de la selección, no cobertura de la población, no cobertura de hospitales, así como las respuestas en blanco. Utilizamos SUDAAN versión 9.03 (RTI International, Research Triangle Park, Carolina del Norte) para representar el diseño complejo de la encuesta, el cual era necesario para permitir la especificación apropiada de los parámetros de diseño muestral.

Utilizamos distribuciones univariadas y bivariadas para mujeres del condado de Cameron, mujeres de

Matamoros, y para la muestra total para medir la prevalencia de la prueba de VIH durante el embarazo. El resultado de interés era medido con la pregunta, “¿En cualquier momento durante su embarazo o parto más reciente, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH, el virus que causa el SIDA?” Las correlaciones de realización de la prueba de VIH fueron identificadas mediante regresión logística para mujeres del condado de Cameron, mujeres de Matamoros y para la muestra total. En las regresiones, la variable dependiente era la realización de la prueba prenatal de VIH. Seleccionamos a las candidatas para las regresiones a partir de variables incluidas en los análisis bivariados. Cada variable era incluida en una regresión logística bivariada con la variable dependiente. Incluimos sólo aquellas variables que generaron valores de  $P \leq 10$  en al menos 1 lugar de residencia (Matamoros o condado de Cameron) en las regresiones multivariadas. Los términos de interacción fueron incluidos en un modelo multivariado para el total de la muestra para confirmar el papel del lugar de residencia. Las variables no eran retenidas en el modelo si no eran significativas cuando  $\alpha = .05$ . Así, los modelos aquí presentados son frugales. La primera iteración de los modelos de regresión incluye la pregunta “¿Le ofrecieron hacerle la prueba del VIH durante este último embarazo o parto?” Sin embargo, esta variable fue

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

removida, debido a que estaba altamente correlacionada con la variable dependiente.

La mayoría de las preguntas recopiladas para este análisis fueron auto-reportadas. El equipo de diseño de la encuesta midió la mayoría de las preguntas sobre el VIH, incluyendo la medición del resultado, utilizando preguntas del PRAMS. Este equipo tomó la pregunta que mide el conocimiento sobre prevención de la infección con VIH a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) (18) y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS). El equipo operacionalizó el conocimiento de la prevención de la infección con VIH en concordancia con el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html>). Se consideraba que los encuestados poseían conocimiento sobre la prevención de la infección con VIH si reportaban que podían reducir el riesgo de la transmisión adulto-adulto mediante el uso de condones o mediante la práctica del sexo con una sola pareja no infectada. El equipo modificó la medida del riesgo de VIH a partir de UNAIDS y DHS. Los entrevistadores leyeron la siguiente pregunta "Le voy a leer una lista de tres situaciones. Cuando termine de leer dígame si alguna de estas situaciones tiene que ver con usted. No es necesario que me diga cuáles. Usted se ha inyectado drogas durante este último año; usted ha recibido tratamiento para una enfermedad o infección de transmisión sexual; Usted ha tenido más de dos parejas sexuales durante este último año." Las categorías de respuesta son sí (aplica 1 o más) o no (no aplica ninguna).

Aunque los encuestadores recopilaron datos en hospitales donde las mujeres dieron a luz, este proyecto utilizó el lugar de residencia como la variable de ubicación clave. Los programas y las políticas de los lugares de residencia establecidos en el lugar de residencia de una mujer pueden afectar su salud y su embarazo más que aquellos establecidos en el lugar del parto, particularmente para la variable dependiente de interés, que es la tasa de realización de pruebas de VIH durante el embarazo o el parto.

## Resultados

Las mujeres de cada comunidad tenían edades, empleos y cobertura médica similares durante el periodo de embarazo (Tabla 1). Sin embargo se diferenciaban en términos de educación, estado civil y cobertura médica antes del

embarazo. Una mayor proporción de mujeres en el condado de Cameron poseía grado de bachiller o más. Una mayor proporción de mujeres en Matamoros vivían en unión libre o en matrimonio. Un mayor porcentaje de mujeres en el condado de Cameron se encontraba sin cobertura médica antes del embarazo.

La prevalencia de la realización de la prueba prenatal de VIH en Matamoros era de aproximadamente 37 puntos porcentuales más baja que la prevalencia de la realización de la prueba de VIH en el condado de Cameron en el año 2005 (Tabla 2). Otras diferencias notables incluían la duración del periodo durante el que se recibieron atención prenatal, haber recibido la oferta para realizarse una prueba de VIH, haberse realizado la prueba de VIH durante el embarazo, el conocimiento sobre prevención de la infección con VIH, así como los comportamientos de riesgo entre las mujeres de la muestra. A una mayor proporción de mujeres en el condado de Cameron se les ofreció una prueba de VIH, en comparación con las de Matamoros. Aunque se examinó a un mayor porcentaje de mujeres en el condado de Cameron en busca de VIH antes del embarazo de referencia, un mayor porcentaje de mujeres en Matamoros recibieron la prueba en un periodo de 6 meses anterior a su embarazo. Una mayor proporción de mujeres en el condado de Cameron reportó 1 ó 2 métodos efectivos para prevenir la transmisión de VIH, pero una mayor proporción de mujeres en Matamoros mencionó tanto el uso del condón como la monogamia para prevenir la transmisión.

Una mayor proporción de mujeres en el condado de Cameron en comparación con Matamoros participaron en comportamientos asociados con un incremento en el riesgo de VIH antes del embarazo. La prevalencia del tabaquismo en el condado de Cameron fue mayor a 1,5 veces que en Matamoros. La prevalencia de los hábitos de bebida y socialización con consumo elevado de alcohol fue de más del doble en el condado de Cameron que en Matamoros. En contraste, las prevalencias del uso de drogas intravenosas, tratamiento a causa de una enfermedad de transmisión sexual o compañeros múltiples durante el año pasado fueron idénticas para ambas comunidades. Los hábitos de tabaquismo y de bebida fueron incluidos en las regresiones iniciales pero no fueron asociados significativamente con la prueba de VIH debido a que no variaron sustancialmente entre mujeres que se efectuaron la prueba de VIH.

Los resultados bivariados son específicos para cada

categoría (Tabla 3 y Tabla 4). Por ejemplo, la primera fila debajo de "edad" en la Tabla 3 debería leerse como "48,6% de las mujeres con edades entre 14 y 19 años que vivían en México se efectuaron la prueba de VIH." Los resultados bivariados muestran que una mayor proporción de mujeres en todas las categorías se efectuaron la prueba durante el embarazo en el condado de Cameron que en Matamoros. De hecho, hubo una pequeña variación entre las categorías dentro del condado de Cameron debido a la alta tasa de pruebas de VIH realizadas. En términos demográficos, una menor población de mujeres que vivían en unión libre en Matamoros se efectuó la prueba de VIH en comparación con las mujeres solteras y casadas. Asimismo, una menor proporción de mujeres en Matamoros con 7 años de educación o menos se efectuó la prueba en comparación con mujeres con 8 o más años de educación.

En términos de exposición a la educación sobre VIH, pruebas de detección y comportamientos de riesgo, las diferencias entre las mujeres en Matamoros y las del condado de Cameron reflejan la alta tasa de realización de pruebas de VIH en el condado de Cameron. Las mujeres del condado de Cameron presentaron consistentemente una mayor tasa de realización de la prueba en todas las categorías. Se observaron diferencias notables en Matamoros en las categorías de atención prenatal, conocimiento de la prevención efectiva de la infección con VIH así como de la exposición al riesgo. Una menor proporción de mujeres que no recibieron atención prenatal tan temprano como hubieran querido se efectuaron la prueba de VIH, en comparación con las mujeres que recibieron atención prenatal en el momento que así lo desearon. Una menor proporción de mujeres que mencionaron el uso del condón se efectuaron la prueba en comparación con mujeres que mencionaron la monogamia o el uso tanto de condón como la monogamia como método efectivo de prevención. Finalmente, sólo dos tercios de las mujeres que participaron en comportamientos de riesgo de VIH durante el año anterior se efectuaron la prueba durante el embarazo de referencia.

De aquéllas que no se efectuaron la prueba de VIH durante su embarazo, el 91,0% (intervalo de confianza [IC] de 95%, 86,7%-93,4%) vivía en Matamoros. De las mujeres que vivían en Matamoros que no se realizaron la prueba antes de su embarazo, el 51,3% (95% IC, 46,6%-56,0%) no se realizaron la prueba durante el embarazo de referencia (en comparación con el 9,6% [95% IC, 6,2%-14,6%] en el condado de Cameron).

Los resultados de la regresión logística demostraron que para la muestra total, el lugar de residencia, la edad más avanzada, la realización de la prueba antes del embarazo, la discusión de la prueba durante el periodo de atención prenatal, así como el conocimiento de los métodos de prevención de la infección con VIH fueron significativamente asociados con la realización de la prueba prenatal de VIH (Tabla 5). Fue significativamente más probable que las mujeres que residían en el condado de Cameron se efectuaron la prueba prenatal de VIH que las mujeres que residían en Matamoros. Las mujeres en edades de 35 a 43 años tenían casi 3 veces más la probabilidad de efectuarse la prueba que las mujeres del grupo de menor edad (14 a 19 años). Las mujeres que se habían realizado la prueba del VIH antes del embarazo de referencia tenían casi 5 veces más probabilidad de efectuarse la prueba durante el embarazo de referencia. Las mujeres que hablaron sobre la prueba de VIH con un profesional de la salud eran significativamente más propensas a efectuarse la prueba que las mujeres que no lo hicieron. Finalmente, el mencionar alguno o ambos de los métodos efectivos de prevención de la infección con VIH fue significativamente asociado con el hecho de haberse realizado la prueba. Los resultados son frugales, las variables no significativas no se mantuvieron dentro del modelo final.

Tres de las variables presentadas en la Tabla 5 también fueron significativas en la regresión específica para Matamoros y se comportaron de manera similar (realización de la prueba antes del embarazo, discusión de la realización de la prueba durante el periodo de atención prenatal así como conocimiento sobre la prevención efectiva de la infección) (Tabla 6). Además, el estado civil y el grado de educación estuvieron asociados con la realización de la prueba de VIH entre las mujeres que residían en Matamoros. La vida en unión libre se asoció con una probabilidad menor de haberse realizado la prueba en comparación con el matrimonio. Las mujeres con diploma de bachiller también mostraron más probabilidad de haberse realizado la prueba que aquéllas que contaban sólo con la educación primaria.

La alta prevalencia de la realización de la prueba prenatal de VIH en el condado de Cameron deja poco espacio a la variación en la regresión específica para la comunidad. Tan sólo 2 variables fueron significativamente asociadas con el hecho de haberse efectuado la prueba: haberse realizado la prueba de VIH antes del embarazo de referencia (razón de momios [RM], 5,9; 95% IC, 1,6-21,8;  $P = ,01$ ) y la discusión

sobre la realización de la prueba de VIH durante el periodo de atención prenatal (RM, 4,5; 95% IC, 1,8-11,0;  $P = ,001$ ).

## Discusión

La realización de la prueba de VIH fue sustancialmente más común en el condado de Cameron que en Matamoros, de acuerdo con los análisis bivariados y de regresión. Ambos análisis también mostraron que las mujeres en Matamoros con un bajo nivel de educación formal o que no conocían sobre la prevención de la infección con VIH adulto-adulto tenían menos probabilidad de efectuarse la prueba. Las variables asociadas con la realización de la prueba prenatal de VIH no tenían la misma influencia en cada comunidad. Para confirmar estos hallazgos, corrimos una regresión para la muestra total que incluyó los términos de interacción para el lugar de residencia con variables que eran significativas en cualquiera de los modelos, y esta regresión confirmó el poder explicativo del lugar de residencia.

Las distribuciones univariadas mostraron que en algunos casos estas 2 comunidades fronterizas eran similares, pero en otros casos se diferenciaban ampliamente. Por ejemplo, la distribución de mujeres con edades entre 20 y 34 años era similar en tanto en Matamoros como en el condado de Cameron, así como la proporción de aquéllas que eran empleadas y la proporción de las que contaban con seguro médico durante su embarazo. Sin embargo las mujeres se diferenciaban en cuanto a su nivel de educación, lo cual puede ocurrir parcialmente debido a las diferencias en los sistemas educacionales en los Estados Unidos y en México, así como a las diferencias en el estatus socioeconómico en cada comunidad. Las mujeres también se diferenciaban en términos de hábitos de tabaquismo y de bebida de alcohol (especialmente en cuanto a la bebida). El abuso del alcohol y del tabaco eran comunes entre personas con infección con VIH (19), aunque estos comportamientos no fueron significativamente asociados con la realización de la prueba prenatal de VIH en cada comunidad.

Además de las características a nivel individual, la investigación sobre salud pública debe considerar las políticas y las prácticas. En este proyecto, el papel del lugar geográfico fue probablemente influenciado por la política nacional respecto a la realización de la prueba de VIH. Las más recientes recomendaciones de la política de EEUU declaran que la prueba de VIH debería ofrec-

erse a todas las mujeres embarazadas como parte de los exámenes prenatales estándares, sin importar los factores de riesgo y las tasas de prevalencia en la comunidad (20). Los resultados de esta encuesta sugieren que la política de EEUU es exitosa, ya que cerca del 95% de las mujeres que residían en el condado de Cameron (que presumiblemente recibieron atención natal en su lugar de residencia) se efectuaron la prueba de VIH durante su más reciente embarazo.

La política mexicana recomienda también la realización de la prueba de VIH durante el periodo de atención prenatal (12); sin embargo, la práctica de la misma varía entre las empresas aseguradoras. El sistema de salud mexicano difiere del sistema de EEUU en el hecho de que la mayoría de las aseguradoras también proporcionan servicios (21), y no todas ellas pagan la prueba de VIH. El Instituto Mexicano del Seguro Social asegura a los empleados en el sector privado y cubre el costo de la prueba de VIH (21). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual asegura a los empleados federales, también cubre el costo de una prueba de VIH. Sin embargo, la Secretaría de Salud en Tamaulipas, la cual da servicio a los pobres no asegurados, no cubre el costo de la prueba de VIH. Se hace excepción con pacientes de alto riesgo, tales como los usuarios de drogas inyectadas o personas con tatuajes (21), pero de otra forma, las mujeres en Tamaulipas aseguradas por la Secretaría de Salud deben pagar su propia prueba de VIH.

Esta política varía en cada estado en México. Otros estados, tales como Nuevo León, cuentan con los recursos disponibles a través de la Secretaría de Salud para pagar ampliamente las pruebas de VIH. En el año 2007, México inició una nueva estrategia para utilizar pruebas rápidas de VIH para todas las mujeres embarazadas como parte de la atención prenatal de rutina, con consentimiento firmado. La política anterior ordenaba realizar la prueba de VIH sólo entre mujeres que habían resultado positivas para sífilis. Sin embargo, tomará tiempo valorar cómo esta nueva estrategia afectará la práctica en México.

Nuestro hallazgo de tasas bajas de realización de la prueba de VIH en Matamoros es consistente con otras investigaciones. Un estudio reportó que la realización de la prueba de VIH durante el embarazo en el Hospital General de Tijuana no se realiza de manera rutinaria (22). Otro estudio reportó tasas bajas de realización de la prueba entre grupos de alto riesgo en Tijuana y Ciudad

Juárez (38% y 30%, respectivamente) (23). Este estudio también reportó una asociación significativa entre la baja educación y el no haberse efectuado la prueba de VIH (23). Nuestros hallazgos también son consistentes con los hallazgos previos respecto a que el conocimiento de los métodos para prevenir la transmisión perinatal de VIH estaba asociado con la realización de la prueba de VIH (23,24).

Los hallazgos referentes a la realización de la prueba prenatal de VIH están mezclados en la literatura. La realización previa de la prueba puede ser representativa de riesgo. Un estudio reciente sugiere que la realización previa de la prueba de VIH (por ejemplo, conociendo el estatus propio) puede promover la práctica de comportamientos riesgosos. Un estudio con trabajadores del sexo en África Occidental encontró que la realización previa de la prueba de VIH estaba asociada con el descenso en el uso del condón (25). En contraste, en un estudio con hombres que tuvieron sexo con hombres no se encontró asociación entre comportamientos de riesgo (sexo y uso de drogas) y la realización de la prueba durante el año precedente (26). En los datos del BMSCP, la realización previa de la prueba de VIH no fue correlacionada significativamente con el uso del condón (entre aquellas mujeres que no intentaron embarazarse) o con la medida del riesgo de VIH (uso de drogas intravenosas, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o múltiples compañeros sexuales) en la muestra total o en el condado de Cameron. Sin embargo, la realización previa de la prueba de VIH estaba correlacionada con el uso del condón en Matamoros ( $P = .05$ ), en donde una mayor proporción de mujeres que se efectuaron la prueba de VIH previamente no utilizaron condones en el momento de la concepción (resultados no mostrados).

### Limitaciones

Estos datos fueron recopilados en sólo un área fronteriza y 2 comunidades hermanas. Aunque estos hallazgos pueden reflejar probablemente la situación en otras áreas fronterizas y otras comunidades hermanas, no son representativos necesariamente de dichas otras áreas y comunidades. Además, la pregunta que medía el riesgo de VIH se refería únicamente al uso de drogas "intravenosas" en el año pasado. Una medida más precisa del riesgo se obtendría preguntando sobre el uso de drogas "inyectadas", ya que algunos usuarios de drogas se inyectan intramuscularmente o subcutáneamente. También, con el fin de mantener la validez de la recopilación de datos, las preguntas realizadas en ambas comunidades fueron idénticas, lo cual

ocasionó algunas ambigüedades entre las entrevistadas en Matamoros debido a que las respuestas referentes al seguro médico y a la etnicidad hispana no aplicaban completamente. Finalmente, los datos del BMSCP no contienen información acerca de dónde recibieron atención prenatal las entrevistadas, lo cual hubiera sido destacable para esta investigación debido a que la atención prenatal proporciona el escenario más probable para la realización de la prueba de VIH durante el embarazo. Los residentes de la frontera México-EEUU suelen buscar atención médica "al otro lado" de la frontera (27,28). Los datos contienen sin embargo, información sobre dónde las entrevistadas buscaron atención médica, considerando como mujeres que cruzaron la frontera en busca de atención a aquéllas que reportaron haber buscado atención médica ya sea en el país donde no residen o en ambos países. Siete por ciento (95% IC, 5,0%-9,7%) de las residentes del condado de Cameron así como el 3,6% (95% IC, 2,6%-4,9%) de las residentes de Matamoros reportaron haber cruzado la frontera en busca de atención médica. Si muchas mujeres reciben atención prenatal a través de la frontera, entonces el lugar de residencia podría no ser la variable más apropiada para la evaluación de la implicación de las políticas.

### Conclusiones

Las variables que explican la realización de la prueba prenatal de VIH en cada lado de la frontera Tamaulipas – Texas son diferentes. Sólo 2 variables fueron significativas tanto en Matamoros como en el condado de Cameron, la realización previa de la prueba de VIH y la discusión de la realización de la prueba de VIH durante la atención prenatal, pero la magnitud de la probabilidad y la significancia estadística varió a través de la frontera. Sin embargo, estos hallazgos muestran que la realización de la prueba de VIH debería discutirse durante la atención prenatal para promover la participación de las mujeres embarazadas en el cuidado preventivo. Las diferencias demográficas y de práctica entre Matamoros y el condado de Cameron son un desafío para las autoridades sanitarias debido a que podrían descartar el compartir estrategias de intervención a través de la frontera. Sin embargo, los practicantes podrían usar el conocimiento de esas diferencias para incrementar las tasas de realización de la prueba en pacientes embarazadas. La prueba de VIH durante el embarazo es esencial para minimizar la transmisión de madre a hijo y para identificar casos previamente no diagnosticados de manera tal que las pacientes inicien un tratamiento crónico.

## Reconocimientos

El BMSCP fue financiado a través de la División de Salud Reproductiva de los CDC y de la Oficina de Promoción de la Salud Global del Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, bajo un acuerdo cooperativo con la Asociación de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, No. U65 CCU 623699-01-2, y a través de acuerdos con la Universidad de Texas-Brownsville/Colegio Southmost de Texas, y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas en el Campus Regional de Brownsville. El apoyo técnico y operacional para el proyecto fue proporcionado por la División de Salud y Estudios de Exámenes de Nutrición del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los CDC; el Departamento de Servicios Estatales de Salud de Texas, Región 11; la Secretaría de Salud en Tamaulipas; y el Instituto Mexicano del Seguro Social, Tamaulipas. El apoyo de las siguientes instituciones locales, regionales y nacionales fue crítico para el proyecto: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud en México; Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud en México; Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud en México; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Tamaulipas; Registro Civil, Tamaulipas; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Tamaulipas; Secretaría de Salud Jurisdicción III, Tamaulipas; Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Región 11 y Oficina de Salud Fronteriza; Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Brownsville; Departamento de Salud del condado de Cameron; Centro Médico Valley Baptist en Harlingen; Centro Médico Valley Baptist en Brownsville; Centro Médico Valley Regional; Centro Médico Harlingen; Centro Cultural Cameron Park; Centro de Salud de la Comunidad de Brownsville; Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie; Hospital General de Zona No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Matamoros; Clínica Hospital Dr. Manuel F. Rodríguez Brayda, Matamoros; Hospital Guadalupe; Centro de Orientación Familiar de Matamoros; Centro Médico de Especialidades Quirúrgicas de Matamoros; y la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Un agradecimiento especial al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud en México, por la revisión de este manuscrito, así como a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos por proporcionar la traducción del inglés al español.

## Información sobre el Autor

Autor correspondiente: Christopher H. Johnson, MS, Division of HIV/AIDS Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Rd NE, MS E-48, Atlanta, GA 30333. Teléfono: 404-639-2989. Correo electrónico: chj0@cdc.gov.

Afiliaciones de los autores: Ginger I. Gossman, Brian C. Castrucci, Kayan L. Lewis, Gita G. Mirchandani, División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria, Oficina de Título V, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Austin, Texas; Carlos Alberto Carrillo Garza, CAPASITS Programa de VIH/SIDA de Matamoros, Tamaulipas Jurisdicción III, Matamoros, Tamaulipas, México; Jill A. McDonald, División de Salud Reproductiva, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia; Joanna J. Nichols, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Servicios de Salud Región 8, San Antonio, Texas. En el momento de este estudio, la Sra Nichols estaba afiliada al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Servicios de Salud Región 11, Harlingen, Texas.

## Referencias

1. Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP, Losina E, Muccio T, Sax PE, et al. The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United States. *Med Care* 2006;44(11):990-7.
2. Scandlyn J. When AIDS became a chronic disease. *West J Med* 2000;172(2):130-3.
3. HIV/AIDS surveillance report, 2005. Vol. 17. Revised edition. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2007. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2005report/pdf/2005SurveillanceReport.pdf>.
4. Fernández MI, Wilson TE, Ethier KA, Walter EB, Gay CL, Moore J. Acceptance of HIV testing during prenatal care. *Prenatal Guidelines Evaluation Project. Public Health Rep* 2000;115(5):460-8.
5. Jamieson DJ, Clark J, Kourtis AP, Taylor AW, Lampe MA, Fowler MG, et al. Recommendations for human immunodeficiency virus screening, prophylaxis, and treatment for pregnant women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(3 Suppl):S26-32.
6. Lindgren ML, Byers RH Jr, Thomas P, Davis SF, Caldwell B, Rogers M, et al. Trends in prenatal trans-



- mission of HIV/AIDS in the United States. *JAMA* 1999;282(6):531-8.
7. HIV topics: pregnancy and childbirth; 2007. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/index.htm>. Accessed July 25, 2008.
  8. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of prenatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29(5):484-94.
  9. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994;331(18):1173-80.
  10. Taylor AW, Ruffo N, Griffith J, Kourtis AP, Clark J, Lindsay M, et al. The missing link: documentation of recognized maternal human immunodeficiency virus infection in exposed infant birth records, 24 United States jurisdictions, 1999-2003. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(3 Suppl):S132-6.
  11. Anderson JE, Sansom S. HIV testing among US women during prenatal care: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *Matern Child Health J* 2006;10(5):413-7.
  12. Viani RM, Hubbard P, Ruiz-Calderon J, Araneta MR, Lopez G, Chacón-Cruz E, et al. Performance of rapid HIV testing using Determine HIV-1/2 for the diagnosis of HIV infection during pregnancy in Tijuana, Baja California, Mexico. *Int J STD AIDS* 2007;18(2):101-4.
  13. Herzog LA. Border commuter workers and trans-frontier metropolitan structure along the US-Mexico border. In: Martínez OJ, ed. *US-Mexico borderlands: historical and contemporary perspectives*. Wilmington (DE): Scholarly Resources, Inc; 1996. p. 176-89.
  14. Ruiz-Beltran M, Kamau JK. The socio-economic and cultural impediments to well-being along the US-Mexico border. *J Community Health* 2001;26(2):123-32.
  15. The US-Mexico border: contraceptive use and maternal health care in perspective. A report of summary information on reproductive age women living in the border areas of the United States and Mexico, 1979. El Paso (TX): US Mexico Border Health Association; 1983. <http://www.cdc.gov/reproductive-health/Products&Pubs/PDFs/115092USMEX.pdf>.
  16. About the United States-Mexico Border Health Commission; 2005. El Paso (TX): US Mexico Border Health Association. [http://www.borderhealth.org/about\\_us.php](http://www.borderhealth.org/about_us.php). Accessed July 25, 2008.
  17. McDonald JA, Johnson CH, Smith R, Folger SG, Chavez AL, Mishra N, et al. Reproductive health surveillance in the US-Mexico border region, 2003-2006: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08\\_0055.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0055.htm). Accessed July 25, 2008.
  18. Demographic and health surveys. Model A women's and household in English and Spanish, 1987 and 2000. Calverton (MD): Measure DHS, Macro International, Inc. <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/questionnaires.cfm>. Accessed July 25, 2008.
  19. Durazzo TC, Rothlind JC, Cardenas VA, Studholme C, Weiner MW, Meyerhoff DJ. Chronic cigarette smoking and heavy drinking in human immunodeficiency virus: consequences for neurocognition and brain morphology. *Alcohol* 2007;41(7):489-501.
  20. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR Recomm Rep* 2001;50(RR-19):63-85.
  21. Izazola JA, Saavedra J, Prottas J, Shepard DS. Expenditures on the treatment and prevention of HIV/AIDS in Mexico. Chapter 12C. In: Ainsworth M, Fransen L, Over M, editors. *Confronting AIDS: evidence from the developing world*. Brussels (BE): European Commission; 1998. p. 263-72.
  22. Viani RM, Calderon JR, Van Pratt C, Lopez G, Spector SA. HIV prevalence during pregnancy in Tijuana, Baja California, Mexico. *AIDS* 2003;17(7):1113-4.
  23. Moyer LB, Brouwer KC, Brodine SK, Ramos R, Lozada R, Cruz MF, et al. Barriers and missed opportunities to HIV testing among injection drug users in two Mexico-US border cities. *Drug Alcohol Rev* 2008;27:39-45.
  24. Anderson JE, Sansom S. HIV testing in a national sample of pregnant US women: who is not getting tested? *AIDS Care* 2007;19(3):375-80.
  25. Wang C, Hawes SE, Gaye A, Sow PS, Ndoye I, Manhart LE, et al. HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers. *Sex Transm Infect* 2007;83(7):534-40.
  26. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men — five U.S. cities, June 2004-April 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*

2005;54(24):597-601.  
 27. Escobedo LG, Cardenas VM. Utilization and purchase of medical care services in Mexico by residents in the United States of America, 1998-1999. Rev Panam Salud Publica 2006;19(5):300-5.

28. Macias EP, Morales LS. Crossing the border for health care. J Health Care Poor Underserved 2001;12(1):77-87.

Tablas

Tabla 1. Características demográficas de mujeres que dieron a luz en la región de la frontera de Tamaulipas-Texas, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Característica	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 947)	
	México (n = 489)		Estados Unidos (n = 458)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>País de parto<sup>b</sup></b>						
Estados Unidos	27	5,1 (3,9-6,5)	457	99,8 (98,6-100,0)	484	48,4 (45,5-51,4)
México	462	95,0 (93,6-96,1)	1	0,2 (0,0-1,4)	463	51,6 (48,6-54,5)
<b>Edad, años</b>						
14-19	94	19,2 (16,5-22,3)	68	14,8 (11,9-18,3)	162	17,2 (15,2-19,4)
20-24	154	31,5 (27,8-35,6)	141	30,8 (27,5-34,4)	295	31,2 (28,6-34,0)
25-34	207	42,3 (38,8-46,0)	202	44,0 (40,5-47,7)	409	43,1 (40,6-45,6)
35-39	26	5,3 (3,6-7,6)	39	8,6 (6,2-11,7)	65	6,8 (5,3-8,6)
40-43	8	1,6 (0,9-2,8)	8	1,7 (0,9-3,3)	16	1,7 (1,1-2,5)
<b>Etnicidad<sup>b,c,d</sup></b>						
Hispana	489	100,0	394	88,9 (85,5-91,6)	883	95,0 (93,4-96,2)
No-Hispana	0	0	49	11,1 (8,4-14,5)	49	5,0 (3,8-6,6)
<b>País de nacimiento<sup>d</sup></b>						
México	483	99,2 (98,1-99,6)	195	43,2 (38,2-48,3)	678	73,7 (70,5-76,6)
Estados Unidos	2	0,4 (0,1-1,3)	251	55,5 (50,0-60,9)	253	25,5 (22,5-28,9)
Otro	2	0,4 (0,1-1,3)	6	1,3 (0,7-2,7)	8	0,8 (0,5-1,5)

Abreviación: IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Incluido en modelos de regresión multivariados. Resulta un valor de  $P \leq .10$  en regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, Condado de Cameron, o muestra total.

<sup>c</sup> Todas las mujeres que dijeron vivir en México fueron codificadas como Hispanas.

<sup>d</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>e</sup> Las mujeres que dijeron ser solteras, viudas, divorciadas o separadas fueron codificadas como solteras.

<sup>f</sup> Ama de casa, estudiante, jubilada, sin capacidad para el trabajo.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 1. (continuación) Características demográficas de mujeres que dieron a luz en la región de la frontera de Tamaulipas-Texas, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoras-Brownsville

Característica	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 947)	
	México (n = 489)		Estados Unidos (n = 458)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Estado civil<sup>b,d,e</sup></b>						
Soltera	46	9,4 (7,3-12,0)	119	26,3 (22,7-30,2)	165	17,1 (15,0-19,4)
Vida en unión libre	181	37,3 (33,8-41,0)	111	24,6 (21,7-27,6)	292	31,5 (29,1-34,0)
Casada	259	53,3 (49,2-57,3)	222	49,1 (45,3-53,0)	481	51,4 (48,6-54,2)
<b>Educación, años<sup>b,d</sup></b>						
≤7	154	31,7 (28,4-35,3)	53	11,8 (9,2-14,9)	207	22,6 (20,4-25,0)
8-12 (sin diploma de bachiller)	248	51,1 (47,2-55,0)	168	37,4 (32,9-42,0)	416	44,9 (41,8-48,0)
>12 (al menos diploma de bachiller)	84	17,1 (13,9-20,9)	229	50,9 (46,1-55,7)	313	32,5 (29,3-35,9)
<b>Estatus de empleo<sup>b,d</sup></b>						
Empleada	238	49,0 (45,3-52,6)	216	47,9 (42,8-53,1)	454	48,5 (45,4-51,6)
Desempleada	24	4,8 (3,4-6,8)	48	10,7 (7,6-15,0)	72	7,5 (5,8-9,8)
No forma parte de la fuerza laboral <sup>f</sup>	226	46,2 (42,6-49,7)	186	41,3 (35,8-47,1)	412	44,0 (40,8-47,3)
<b>Cobertura médica<sup>b,d</sup></b>						
<b>Antes del embarazo</b>						
Cubierta	283	58,1 (54,4-61,8)	116	25,3 (21,4-29,5)	399	43,1 (40,2-46,0)
No cubierta	206	41,9 (38,2-45,6)	341	74,8 (70,5-78,6)	547	56,9 (54,0-59,8)
<b>Durante el embarazo</b>						
Cubierta	337	69,4 (66,6-72,1)	316	69,2 (65,9-72,4)	653	69,4 (67,2-71,4)
No cubierta	151	30,6 (27,9-33,4)	140	30,8 (27,6-34,2)	291	30,7 (28,6-32,8)

Abreviación: IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Incluido en modelos de regresión multivariados. Resulta un valor de  $P \leq .10$  en regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoras, Condado de Cameron, o muestra total.

<sup>c</sup> Todas las mujeres que dijeron vivir en México fueron codificadas como Hispanas.

<sup>d</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>e</sup> Las mujeres que dijeron ser solteras, viudas, divorciadas o separadas fueron codificadas como solteras.

<sup>f</sup> Ama de casa, estudiante, jubilada, sin capacidad para el trabajo.

Tabla 2. Distribución de la realización de la prueba de VIH, conocimiento, años variables de riesgo entre mujeres que dieron a luz en la región de la Frontera Texas-Tamaulipas, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Variable	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 947)	
	México (n = 489)		Estados Unidos (n = 458)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Prueba de VIH<sup>b</sup></b>						
Se realizó la prueba de VIH durante el embarazo						
Sí	260	57,6 (53,5-61,7)	402	94,8 (92,7-96,4)	662	74,7 (71,8-77,5)
No	189	42,4 (38,3-46,5)	22	5,2 (3,6-7,3)	211	25,3 (22,6-28,2)
<b>Momento en que realizó la última prueba de VIH</b>						
1er trimestre	87	34,3 (27,8-41,4)	70	17,6 (14,5-21,2)	157	24,5 (21,2-28,2)
2do trimestre	81	31,9 (27,0-37,3)	40	10,2 (7,4-13,8)	121	19,2 (16,4-22,3)
3er trimestre	77	30,1 (25,1-35,7)	59	14,9 (11,2-19,5)	136	21,2 (18,1-24,7)
Durante el embarazo pero no sabe cuando	5	1,8 (0,9-3,9)	90	22,7 (18,8-27,1)	95	14,0 (11,5-17,1)
Durante el parto	5	1,8 (0,8-4,4)	136	34,2 (28,0-41,1)	141	20,8 (17,1-25,1)
Después del parto	0	0	2	0,5 (0,1-1,8)	2	0,3 (0,1-1,0)
<b>Le ofrecieron realizarse la prueba de VIH durante el embarazo</b>						
Sí	203	43,7 (40,0-47,4)	394	91,0 (87,8-93,5)	597	65,4 (62,4-68,2)
No	259	56,3 (52,6-60,0)	39	9,0 (6,5-12,2)	298	34,6 (31,8-37,6)
<b>Rehusó realizarse la prueba de VIH durante el embarazo<sup>c</sup></b>						
Sí	5	2,5 (1,1-5,6)	4	1,0 (0,5-2,3)	9	1,6 (0,9-2,8)
No	198	97,5 (94,4-98,9)	387	99,0 (97,7-99,5)	585	98,4 (97,2-99,1)
<b>Se realizó la prueba de VIH antes del embarazo<sup>d</sup></b>						
Sí	110	23,5 (19,6-27,9)	237	54,5 (50,3-58,7)	347	37,7 (34,7-40,8)
No	355	76,5 (72,1-80,4)	198	45,5 (41,3-49,8)	553	62,3 (59,3-65,3)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>c</sup> Las razones para rehusar realizarse la prueba de VIH incluyeron el no tener dinero (n = 4), confianza en el estatus VIH negativo (n = 4), y creencia de que la prueba perjudicaría al bebé (n = 1).

<sup>d</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>e</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.

<sup>f</sup> Las encuestadas que fumaron cigarrillos en cualquier día ordinario fueron clasificadas como fumadoras.

<sup>g</sup> Las encuestadas que tomaron cualquier cantidad de alcohol fueron clasificadas como usuarias de alcohol.

<sup>h</sup> Las encuestadas que consumieron  $\geq 5$  bebidas alcohólicas de una sola vez por lo menos en una ocasión fueron consideradas como practicantes de socialización con consumo elevado de alcohol.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 2. (continuación) Distribución de la realización de la prueba de VIH, conocimiento, años variables de riesgo entre mujeres que dieron a luz en la región de la Frontera Texas-Tamaulipas, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Variable	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 947)	
	México (n = 489)		Estados Unidos (n = 458)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Cuanto tiempo antes del embarazo se realizó la prueba de VIH<sup>d</sup></b>						
<6 meses	45	41,5 (33,8-49,7)	37	15,8 (11,6-21,3)	82	24,5 (20,3-29,3)
6-12 meses	10	9,0 (4,7-16,6)	50	21,2 (16,4-27,0)	60	17,1 (13,3-21,8)
>1 año	54	49,5 (42,3-56,7)	148	63,0 (56,5-69,0)	202	58,4 (53,4-63,3)
<b>Atención prenatal e información sobre VIH<sup>b</sup></b>						
<b>Momento en que recibió atención prenatal<sup>d</sup></b>						
1er trimestre	217	45,0 (41,4-48,7)	279	62,0 (58,5-65,4)	496	52,8 (50,3-55,3)
2do trimestre	228	47,5 (44,2-50,9)	152	33,8 (30,1-37,7)	380	41,2 (38,7-43,8)
3er trimestre	19	4,0 (2,6-6,0)	16	3,5 (2,5-5,0)	35	3,8 (2,8-5,0)
No recibió	17	3,5 (2,3-5,2)	3	0,7 (0,3-1,8)	20	2,2 (1,5-3,2)
Atención prenatal tan pronto como se deseó <sup>d</sup>						
Sí	445	91,4 (88,7-93,5)	418	91,5 (89,8-93,0)	863	91,5 (89,9-92,8)
No	36	7,4 (5,5-10,0)	38	8,3 (6,9-10,0)	74	7,8 (6,5-9,3)
No quiso	6	1,2 (0,6-2,6)	1	0,2 (0,0-1,2)	7	0,8 (0,4-1,5)
<b>Discutió sobre realizarse la prueba de VIH durante las visitas de atención prenatal<sup>d</sup></b>						
Sí	264	55,8 (51,6-60,0)	336	74,4 (67,8-80,1)	600	64,4 (60,6-68,1)
No	208	44,2 (40,0-48,4)	116	25,6 (19,9-32,3)	324	35,6 (32,0-39,4)
<b>Discutió sobre la prevención del VIH/enfermedades de transmisión sexual durante las visitas de atención prenatal<sup>d</sup></b>						
Sí	228	48,5 (44,3-52,7)	263	58,2 (52,1-64,0)	491	53,0 (49,5-56,4)
No	243	51,5 (47,4-55,7)	190	41,8 (36,0-47,9)	433	47,0 (43,6-50,5)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>c</sup> Las razones para rehusar realizarse la prueba de VIH incluyeron el no tener dinero (n = 4), confianza en el estatus VIH negativo (n = 4), y creencia de que la prueba perjudicaría al bebé (n = 1).

<sup>d</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>e</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.

<sup>f</sup> Las encuestadas que fumaron cigarrillos en cualquier día ordinario fueron clasificadas como fumadoras.

<sup>g</sup> Las encuestadas que tomaron cualquier cantidad de alcohol fueron clasificadas como usuarias de alcohol.

<sup>h</sup> Las encuestadas que consumieron  $\geq 5$  bebidas alcohólicas de una sola vez por lo menos en una ocasión fueron consideradas como practicantes de socialización con consumo elevado de alcohol.

(Continuación en la página siguiente)

Tabla 2. (continuación) Distribución de la realización de la prueba de VIH, conocimiento, años variables de riesgo entre mujeres que dieron a luz en la región de la Frontera Texas-Tamaulipas, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Variable	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 947)	
	México (n = 489)		Estados Unidos (n = 458)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Conocimiento sobre la prevención de la infección con VIH<sup>d,e</sup></b>						
Mencionó el uso del condón	302	61,7 (56,7-66,5)	297	64,9 (58,5-70,7)	599	63,2 (59,2-66,9)
Mencionó la monogamia	15	3,1 (1,7-5,3)	18	3,9 (2,5-6,2)	33	3,5 (2,4-4,9)
Mencionó ambos	112	23,0 (20,0-26,1)	50	10,9 (8,6-13,8)	162	17,4 (15,4-19,7)
No mencionó ninguno	60	12,3 (8,8-16,8)	93	20,3 (15,8-25,6)	153	15,9 (13,1-19,3)
<b>Factores de riesgo para la infección con VIH en el año pasado<sup>d</sup></b>						
≥1	28	5,8 (4,4-7,5)	26	5,8 (4,5-7,5)	54	5,8 (4,8-6,9)
Ninguno	460	94,2 (92,5-95,6)	426	92,6 (92,6-95,5)	886	94,2 (93,1-95,2)
<b>Comportamientos de riesgo en los 3 meses anteriores al embarazo</b>						
<b>Fumó cigarrillos<sup>d,f</sup></b>						
Sí	24	4,9 (3,7-6,5)	36	7,9 (6,2-10,1)	60	6,3 (5,2-7,6)
No	464	95,1 (93,5-96,3)	419	92,1 (89,9-93,9)	883	93,7 (92,4-94,8)
<b>Bebió alcohol<sup>d,g</sup></b>						
Sí	66	13,5 (11,1-16,3)	157	34,5 (31,0-38,3)	223	23,1 (21,1-25,3)
No	422	86,5 (83,7-88,9)	298	65,5 (61,7-69,1)	720	76,9 (74,8-79,0)
<b>Socialización con consumo elevado de alcohol<sup>d,h</sup></b>						
Sí	30	6,2 (4,8-7,9)	59	13,0 (10,2-16,5)	89	9,3 (7,8-11,0)
No	458	93,9 (92,1-95,2)	394	87,0 (83,6-89,8)	852	90,7 (89,1-92,2)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>c</sup> Las razones para rehusar realizarse la prueba de VIH incluyeron el no tener dinero (n = 4), confianza en el estatus VIH negativo (n = 4), y creencia de que la prueba perjudicaría al bebé (n = 1).

<sup>d</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>e</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.

<sup>f</sup> Las encuestadas que fumaron cigarrillos en cualquier día ordinario fueron clasificadas como fumadoras.

<sup>g</sup> Las encuestadas que tomaron cualquier cantidad de alcohol fueron clasificadas como usuarias de alcohol.

<sup>h</sup> Las encuestadas que consumieron  $\geq 5$  bebidas alcohólicas de una sola vez por lo menos en una ocasión fueron consideradas como practicantes de socialización con consumo elevado de alcohol.

Tabla 3. Porcentaje de mujeres que se realizaron la prueba de VIH entre las mujeres que dieron a luz en la región de la frontera Tamaulipas-Texas, por característica demográfica, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Característica	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 662)	
	México (n = 260)		Estados Unidos (n = 402)		n	Ponderado % (95% IC)
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)		
<b>País de parto<sup>b</sup></b>						
Estados Unidos	25	100,0	402	95,1 (93,0-96,6)	427	95,4 (93,4-96,7)
México	235	55,4 (51,1-59,6)	0	0	235	55,2 (51,0-59,4)
<b>Edad, años</b>						
14-19	44	48,6 (41,5-55,8)	55	90,3 (82,6-94,8)	99	64,4 (59,1-69,4)
20-24	75	52,9 (44,6-61,1)	122	93,1 (88,2-96,1)	197	71,3 (65,1-76,7)
25-34	117	62,7 (56,2-68,6)	184	96,3 (93,3-98,0)	301	78,8 (75,0-82,2)
35-39	21	83,8 (63,2-93,9)	34	100,0	55	92,8 (81,2-97,4)
40-43	3	42,2 (14,9-75,4)	7	100,0	10	69,7 (45,2-86,5)
<b>Etnicidad<sup>b,c,d</sup></b>						
Hispana	260	57,6 (53,5-61,7)	349	94,9 (92,6-96,5)	609	73,5 (70,4-76,3)
No Hispana	0	0	42	93,1 (77,9-98,1)	42	93,1 (77,9-98,1)
<b>País de nacimiento<sup>d</sup></b>						
México	258	57,8 (53,7-61,9)	173	95,6 (92,3-97,5)	431	68,0 (64,5-71,3)
Estados Unidos	2	100,0	221	94,5 (91,6-96,4)	223	94,5 (91,7-96,5)
Otro	0	0	5	83,1 (41,1-97,2)	5	60,5 (30,3-84,4)
<b>Estado civil<sup>b,d,e</sup></b>						
Soltera	26	58,4 (48,2-68,0)	105	95,5 (91,0-97,8)	131	84,2 (78,9-88,4)
Vida en unión libre	79	46,5 (40,2-52,8)	94	93,1 (87,4-96,4)	173	62,8 (57,3-68,0)
Casada	155	66,0 (60,4-71,2)	200	95,2 (92,4-97,0)	355	79,1 (75,8-82,1)
<b>Educación, años<sup>b,d</sup></b>						
≤7	72	49,8 (41,9-57,6)	44	95,7 (85,5-98,8)	116	60,0 (53,2-66,4)
8-12 (sin diploma de bachiller)	126	56,6 (49,3-63,5)	141	92,8 (89,0-95,3)	267	70,4 (65,2-75,1)
>12 (al menos diploma de bachiller)	61	74,9 (66,9-81,6)	212	96,0 (93,0-97,7)	273	89,9 (86,6-92,5)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>c</sup> Todas las mujeres que dijeron vivir en México fueron codificadas como Hispanas.

<sup>d</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>e</sup> Las mujeres que dijeron ser solteras, viudas, divorciadas o separadas fueron codificadas como solteras.

<sup>f</sup> Ama de casa, estudiante, jubilada, sin capacidad para el trabajo.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 3. (continuación) Porcentaje de mujeres que se realizaron la prueba de VIH entre las mujeres que dieron a luz en la región de la frontera Tamaulipas-Texas, por característica demográfica, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownville

Característica	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 662)	
	México (n = 260)		Estados Unidos (n = 402)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Estatus de empleo<sup>b,d</sup></b>						
Empleada	132	61,2 (55,0-67,0)	193	96,0 (92,5-98,0)	325	77,1 (72,5-81,1)
Desempleada	12	56,3 (36,2-74,5)	44	91,6 (83,3-96,0)	56	80,3 (70,0-87,6)
No forma parte de la fuerza laboral <sup>f</sup>	116	54,1 (48,6-59,5)	160	94,1 (90,5-96,4)	276	70,9 (67,0-74,5)
<b>Cobertura médica<sup>b,d</sup></b>						
<b>Antes del embarazo</b>						
Cubierta	153	59,0 (52,9-64,8)	104	97,3 (93,3-98,9)	257	69,3 (64,2-73,9)
No cubierta	107	55,8 (49,3-62,0)	298	94,0 (91,0-96,0)	405	78,8 (75,2-82,1)
<b>Durante el embarazo<sup>d</sup></b>						
Cubierta	185	59,8 (55,3-64,1)	279	95,9 (93,3-97,6)	464	76,3 (73,0-79,4)
No cubierta	75	52,8 (44,7-60,7)	122	92,4 (87,2-95,6)	197	71,1 (65,8-75,9)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>c</sup> Todas las mujeres que dijeron vivir en México fueron codificadas como Hispanas.

<sup>d</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>e</sup> Las mujeres que dijeron ser solteras, viudas, divorciadas o separadas fueron codificadas como solteras.

<sup>f</sup> Ama de casa, estudiante, jubilada, sin capacidad para el trabajo.



Tabla 4. Porcentaje de mujeres que se realizaron la prueba de VIH entre las mujeres que dieron a luz en la región de la frontera Tamaulipas-Texas, por conocimiento y riesgo de infección con VIH, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Variable	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 662)	
	México (n = 260)		Estados Unidos (n = 402)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Prueba de VIH<sup>b</sup></b>						
<b>Le ofrecieron realizarse la prueba de VIH durante el embarazo</b>						
Sí	186	92,0 (87,9-94,8)	377	98,7 (97,2-99,4)	563	96,2 (94,4-97,4)
No	68	28,4 (24,3-32,8)	19	54,2 (40,6-67,3)	87	31,3 (27,1-35,9)
<b>Rehusó realizarse la prueba de VIH durante el embarazo<sup>c</sup></b>						
Sí	0	0	3	75,2 (26,5-96,2)	3	31,6 (11,5-62,1)
No	186	94,3 (90,9-96,5)	374	98,9 (97,5-99,6)	560	97,3 (95,8-98,2)
<b>Se realizó la prueba de VIH durante el embarazo<sup>d</sup></b>						
Sí	88	82,8 (75,8-88,1)	225	98,2 (95,1-99,4)	313	93,0 (89,8-95,3)
No	164	48,7 (44,0-53,4)	168	90,4 (85,4-93,8)	332	62,6 (58,7-66,3)
<b>Cuanto tiempo antes del embarazo se realizó la prueba de VIH<sup>d</sup></b>						
<6 meses	36	85,6 (76,8-91,4)	35	97,1 (84,9-99,5)	71	90,6 (84,5-94,5)
6-12 meses	9	89,7 (61,2-98,0)	48	100,0	57	98,1 (89,8-99,7)
>1 año	42	79,0 (66,8-87,6)	140	97,9 (92,2-99,4)	182	92,4 (87,5-95,5)
<b>Atención prenatal e información sobre VIH<sup>b,d</sup></b>						
<b>Momento en que recibió atención prenatal</b>						
1er trimestre	129	65,6 (57,5-72,9)	247	95,0 (91,9-96,9)	376	81,6 (77,2-85,3)
2do trimestre	114	53,8 (48,2-59,3)	136	95,1 (90,6-97,5)	250	69,5 (65,4-73,2)
3er trimestre	12	66,4 (47,1-81,4)	13	100,0	25	79,6 (66,1-88,7)
No recibió	3	17,9 (7,0-38,7)	1	51,1 (8,0-92,6)	4	21,3 (9,8-40,4)
<b>Atención prenatal tan pronto como se deseó</b>						
Sí	243	59,3 (54,7-63,7)	368	95,1 (92,8-96,7)	611	75,8 (72,7-78,6)
No	14	40,8 (24,3-59,7)	34	94,5 (82,5-98,4)	48	67,0 (54,6-77,4)
No quiso	2	39,1 (8,8-81,1)	0	0	2	33,1 (8,0-73,9)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>c</sup> Las mujeres indicaron que el motivo del rechazo de la prueba de VIH fue que tenían confianza en su estatus como VIH negativo (n = 3).

<sup>d</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>e</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.

<sup>f</sup> Las encuestadas que fumaron cigarrillos en cualquier día ordinario fueron clasificadas como fumadoras.

<sup>g</sup> Las encuestadas que tomaron alcohol independientemente de la cantidad fueron clasificadas como usuarias de alcohol.

<sup>h</sup> Las encuestadas que consumieron  $\geq 5$  bebidas alcohólicas de una sola vez por lo menos en una ocasión fueron consideradas como practicantes de socialización con consumo elevado de alcohol.

(Continuación en la página siguiente)

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 4. (continuación) Porcentaje de mujeres que se realizaron la prueba de VIH entre las mujeres que dieron a luz en la región de la frontera Tamaulipas-Texas, por conocimiento y riesgo de infección con VIH, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Variable	País de Residencia <sup>a</sup>				Muestra Total (N = 662)	
	México (n = 260)		Estados Unidos (n = 402)			
	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)	n	Ponderado % (95% IC)
<b>Discutió sobre realizarse la prueba de VIH durante las visitas de atención prenatal</b>						
Sí	191	77,1 (73,5-80,4)	313	97,5 (95,1-98,7)	504	88,1 (85,9-90,0)
No	66	35,3 (29,4-41,7)	87	87,0 (77,9-92,7)	153	52,1 (45,7-58,4)
<b>Discutió sobre la prevención del VIH/enfermedades de transmisión sexual durante las visitas de atención prenatal</b>						
Sí	150	70,2 (66,1-74,1)	240	95,3 (92,4-97,1)	390	83,2 (80,4-85,6)
No	106	48,0 (41,9-54,3)	160	94,6 (90,8-96,9)	266	67,1 (62,3-71,7)
<b>Conocimiento sobre la prevención de la infección con VIH<sup>d,e</sup></b>						
Mencionó el uso del condón	161	56,3 (51,8-60,4)	271	94,4 (91,8-96,2)	432	74,7 (71,8-77,5)
Mencionó la monogamia	10	66,3 (36,5-87,1)	15	94,0 (70,3-99,0)	25	74,4 (70,9-77,6)
Mencionó ambos	75	70,1 (59,7-78,7)	44	95,7 (85,9-98,8)	119	79,9 (60,6-91,1)
No mencionó ninguno	14	32,7 (21,8-45,9)	72	96,0 (86,1-99,0)	86	77,2 (69,5-83,5)
<b>Factores de riesgo para la infección con VIH en el año pasado<sup>d</sup></b>						
≥1	18	64,1 (46,7-78,5)	25	100,0	43	80,1 (67,8-88,6)
Ninguno	242	57,2 (53,3-61,0)	375	94,5 (92,2-96,1)	617	74,3 (71,6-76,9)
<b>Comportamientos de riesgo en los 3 meses anteriores al embarazo</b>						
<b>Fumó cigarrillos<sup>d,f</sup></b>						
Sí	17	73,7 (53,8-87,0)	32	94,1 (81,0-98,3)	49	85,3 (73,9-92,3)
No	243	56,8 (52,5-60,9)	369	94,9 (92,7-96,4)	612	74,0 (71,0-76,7)
<b>Bebió alcohol<sup>d,g</sup></b>						
Sí	40	65,3 (54,8-74,4)	141	93,9 (88,8-96,8)	181	85,1 (79,8-89,2)
No	220	56,4 (51,5-61,3)	260	95,3 (92,3-97,2)	480	71,5 (67,9-74,9)
<b>Socialización con consumo elevado de alcohol<sup>d,h</sup></b>						
Sí	20	68,7 (52,3-81,5)	52	91,2 (82,4-95,8)	72	83,1 (74,8-89,1)
No	240	56,9 (52,2-61,4)	347	95,3 (93,1-96,9)	587	73,8 (70,5-76,8)

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> Las frecuencias no se añaden a las n's debido a la falta de datos. Las respuestas "No sé" o "se negó a responder" fueron incluidas como datos faltantes.

<sup>c</sup> Las mujeres indicaron que el motivo del rechazo de la prueba de VIH fue que tenían confianza en su estatus como VIH negativo (n = 3).

<sup>d</sup> Incluido en modelos de regresión multivariada. Resultó un valor de  $P \leq 10$  en la regresión bivariada con exploración de VIH durante el embarazo en Matamoros, condado de Cameron, o en la muestra total.

<sup>e</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.

<sup>f</sup> Las encuestadas que fumaron cigarrillos en cualquier día ordinario fueron clasificadas como fumadoras.

<sup>g</sup> Las encuestadas que tomaron alcohol independientemente de la cantidad fueron clasificadas como usuarias de alcohol.

<sup>h</sup> Las encuestadas que consumieron  $\geq 5$  bebidas alcohólicas de una sola vez por lo menos en una ocasión fueron consideradas como practicantes de socialización con consumo elevado de alcohol.

Las opiniones expresadas por los autores de los manuscritos publicados en esta revista no son compartidas necesariamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores. El uso de nombres comerciales se realiza para fines de identificación y no implica respaldo alguno por parte de ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

Tabla 5. Factores asociados en la regresión logística con el hecho de haberse realizado la prueba de VIH durante el embarazo, 2005: El Proyecto Para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville

Variable	RM (95% IC)	Valor de P
<b>Lugar de residencia<sup>a</sup></b>		
Matamoros	1,00	
Condado de Cameron	11,65 (6,65-20,42)	<,001
<b>Edad, años</b>		
14-19	1,00	
20-24	0,75 (0,44-1,27)	,28
25-34	1,35 (0,86-2,12)	,19
35-43	2,74 (1,44-5,22)	,003
<b>Se realizó la prueba de VIH antes del embarazo</b>		
Sí	4,76 (3,32-7,00)	<,001
No	1,00	
<b>Discutió sobre la prueba de VIH con el personal de salud durante el periodo de atención prenatal</b>		
Sí	5,52 (3,89-7,82)	<,001
No	1,00	
<b>Conocimiento sobre los métodos de prevención de la infección con VIH<sup>b</sup></b>		
Mencionó el uso del condón o la monogamia con una pareja no infectada	1,82 (1,00-3,31)	,05
Mencionó ambos métodos	2,83 (1,46-5,47)	,002
No mencionó ningún método	1,00	

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron vivir tanto en Estados Unidos como en México o que no respondieron esta pregunta se codificaron como si vivieran en el lugar en donde dieron a luz.

<sup>b</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.

**Tabla 6. Factores Asociados en la Regresión Logística Con el Hecho de Haberse Realizado la Prueba de VIH Durante el Embarazo Entre Mujeres en Matamoros, 2005: El Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros-Brownsville**

Variable	RM (95% IC)	Valor de P
<b>Estado Civil<sup>a</sup></b>		
Soltera	0,99 (0,54-1,82)	,98
Vida en unión libre	0,57 (0,38-0,84)	,01
Casada	1,00	
<b>Educación, años</b>		
≤7	1,00	
8-12 (sin diploma de bachiller)	1,28 (0,78-2,10)	,32
>12 (al menos diploma de bachiller)	2,19 (1,19-4,03)	,02
<b>Se realizó la prueba de VIH antes del embarazo</b>		
Sí	3,56 (2,29-5,55)	<,001
No	1,00	
<b>Discutió sobre la prueba de VIH con el personal de salud durante el periodo de atención prenatal</b>		
Sí	6,52 (4,13-9,99)	<,001
No	1,00	
<b>Conocimiento sobre los métodos de prevención de la infección con VIH<sup>b</sup></b>		
Mencionó el uso del condón o la monogamia con una pareja no infectada	3,06 (1,48-6,31)	,003
Mencionó ambos métodos	4,30 (2,08-8,90)	<,001
No mencionó ningún método	1,00	

Abreviaciones: VIH, virus de inmunodeficiencia humana; RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Las mujeres que dijeron ser solteras, viudas, divorciadas o separadas fueron codificadas como solteras.

<sup>b</sup> La pregunta original fue de tipo abierto. Aquí se reportan sólo aquellos métodos descritos en el Compendio de Indicadores para la Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva.