

EDITORIAL

Lecciones aprendidas de un estudio binacional para examinar el estado de salud de las mujeres en la región fronteriza de México – Estados Unidos

Evelyn Delgado, Brian C. Castrucci, MA, Vincent Fonseca MD, MPH, R.J. Dutton, PhD, Fouad Berrahou, PhD

Cita sugerida para este artículo: Delgado E, Castrucci BC, Fonseca V, Dutton RJ, Berrahou F. Lecciones aprendidas de un estudio binacional para examinar el estado de salud de las mujeres en la región fronteriza de México – Estados Unidos. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0073_es.htm. Visitado [fecha].

Introducción

En los últimos 30 años la región de la frontera México – Estados Unidos ha experimentado un rápido crecimiento de población. Cálculos conservadores sugieren que la población en esta región se incrementará en 34% entre el 2000 y el 2030; cálculos más liberales indican un incremento del 97% (1). Este crecimiento de población ha sido influenciado en parte por el incremento de la industrialización y el comercio, que ha sido resultado de las políticas de gobierno en México y los Estados Unidos. Un ejemplo de este incremento de comercio son los más de 13.000 cruces de fletes comerciales por día en la frontera México – EEUU, un incremento del 66% con respecto a 1999 (2).

Debido al incremento económico y de transferencia de población en la región de la frontera México – Estados Unidos, las mejoras en el estado de salud de los texanos que viven en esta área requieren intervenciones y estrategias basadas en la colaboración binacional. Sin embargo, cada país tiene sus propias políticas y prácticas que definen el estado de salud. Comprender la manera en que estas políticas influyen el comportamiento de la salud y la prestación de servicios en cada lado de la frontera crea oportunidades para mejorar el estado de la salud entre las mujeres, bebés y

niños en ambas comunidades. Para aprovechar estas oportunidades se requieren datos estandarizados sobre las prácticas y creencias de salud en esta región geográfica única.

Comparado con otros residentes texanos, los texanos que viven en la región fronteriza de México – Estados Unidos tienen índices más altos de enfermedades transmisibles y una salud que ellos mismos consideran regular o mala, menores índices de actividad física, mayor prevalencia de obesidad, así como mayores limitaciones para tener acceso y obtener seguros médicos. Esta edición de *Prevención de Enfermedades Crónicas (PCD, por sus siglas en inglés)* explora retos en la salud reproductiva y materna, usando datos de vigilancia recopilados mediante el Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros – Brownsville (BMSCP, por sus siglas en inglés), fundado en el 2005 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Cuatro de los artículos en esta edición de *PCD* tratan de los periodos de tiempo antes del embarazo (3), durante el embarazo (4,5) y después del embarazo (6). El análisis de los datos presentados en estos artículos crea una oportunidad para comprender el efecto de las diferentes políticas y prácticas en cada lado de la frontera de México – Estados Unidos, de manera que cada sistema de salud pública pueda aprender del otro e identificar asuntos en los que una colaboración binacional puede ser apropiada y necesaria.

Antes del Embarazo: Servicios de Planificación Familiar

Texas tiene casi 400 clínicas de planificación familiar

financiadas por el estado, incluyendo 11 en el condado de Cameron. Estas clínicas proporcionan amplios servicios de calidad sobre el cuidado de salud reproductiva de fácil acceso y bajo costo. Los servicios de planificación familiar promueven el uso de métodos anticonceptivos que permiten a las mujeres evitar, retrasar, espaciar o de otra manera controlar los tiempos de los embarazos. A diferencia de las mujeres que tienen embarazos no deseados, las mujeres que planifican sus embarazos pueden obtener una atención adecuada previa a la concepción, comenzar la atención prenatal más temprano y experimentar mejores resultados en el nacimiento (7–10). Según los datos reportados por Robles *et al* en esta edición de *PCD*, casi la mitad de todas las mujeres entrevistadas en el condado de Cameron y en Matamoros informaron que sus nacimientos fueron no deseados o que hubiesen querido embarazarse más adelante o no en realidad (3).

La reducción de embarazos no deseados es una meta común para los líderes de la salud pública en cada lado de la frontera México – Estados Unidos. La colaboración binacional se necesita para eliminar barreras que impiden que las mujeres tengan acceso a servicios de planificación y ayudarles a seleccionar los métodos anticonceptivos más efectivos (es decir, dispositivos intrauterinos e inyecciones contraceptivas) o métodos anticonceptivos sumamente eficaces (es decir, píldoras y parche) que sean fáciles de usar de manera consistente y correcta. Sin embargo, aproximadamente tres cuartos de las mujeres entrevistadas en el condado de Cameron y Matamoros usaron los métodos anticonceptivos menos efectivos (es decir, espuma, jalea, crema, condón, diafragma, ritmo o retiro antes de la eyacuación) en su primer acto sexual (3). Antes del embarazo no deseado actual, 52,0% de las mujeres en Matamoros y 36,6% de las mujeres en el condado de Cameron usaron los métodos menos efectivos (3).

Reducir los embarazos no deseados y promover la adopción de los métodos más efectivos de anticoncepción son retos complejos que requieren educación y mensajes adaptados a las características únicas de la población fronteriza. La colaboración binacional puede asegurar que los mensajes y materiales sean congruentes con las creencias y prácticas de las mujeres en cada lado de la frontera y que consideren la composición demográfica de la población que vive en la región de la frontera México – EEUU. Los datos presentados por Robles *et al* proporcionan información valiosa sobre el uso de anticonceptivos, correlaciones del uso contraceptivo al nivel poblacional, así como patrones

de embarazo que se pueden usar para crear materiales y mensajes educativos necesarios para reducir la incidencia de embarazos no deseados (3).

Durante el Embarazo: Prueba de VIH y Detección Sistemática de Cáncer Cervical

Las detecciones sistemáticas de salud son una parte importante del cuidado preventivo. Aseguran que se detecten y traten enfermedades comunes y graves, lo que ocasiona un mejoramiento del estado de la salud y los resultados, así como reducciones en los costos del cuidado de la salud asociados con tratamientos más complejos e invasivos de enfermedades avanzadas. El acceso limitado al cuidado de la salud es una barrera para recibir detecciones sistemáticas de salud adecuadas y oportunas. El impacto del acceso limitado contribuye a bajos índices de detección sistemática para VIH y cáncer cervical en la región fronteriza de México – Estados Unidos. Las mujeres tienen un mayor acceso y oportunidad de recibir exámenes de detección durante el embarazo. Las disparidades geográficas en los índices de detección sistemática de la salud se pueden reducir si las mujeres aprovechan estas oportunidades.

La prevalencia de la prueba de VIH de por vida es de 38,4% en todo Texas y de 36,1% en la región de la frontera (11). Sin embargo, como lo indica Gossman *et al* en esta edición de *PCD*, los índices de detección sistemática de VIH en mujeres que habían dado a luz recientemente en el condado de Cameron superó el 90% (4). La guía de los CDC y la política estatal de Texas contribuyó a lograr una prevalencia tan alta de pruebas de VIH. Los CDC recomiendan que la detección sistemática de VIH se incluya en el panel de rutina de pruebas de detección sistemática prenatal para todas las mujeres embarazadas, a menos que la paciente no lo desee (12). Similarmente, Texas requiere que los proveedores de salud prenatal informen a las mujeres de manera oral en el primer examen prenatal que se llevará a cabo una prueba de VIH, a menos que la paciente objete la misma (13).

En Matamoros, el índice de detección sistemática de VIH durante el embarazo fue menos del 60% (4). Aunque el índice de infección de VIH en México entre gente de edades de 15 a 49 años es de la mitad del índice de los EEUU (14), la prevalencia de VIH está incrementándose en la región fronteriza de México – Estados Unidos entre los trabajadores migrantes y sus parejas (15–18). La sole-

dad, el aislamiento y la depresión entre los trabajadores migrantes mientras se encuentran en los Estados Unidos han causado un incremento en el comportamiento sexual de riesgo e infección de VIH (15–18). Los trabajadores migrantes pueden adquirir infecciones de VIH en los Estados Unidos y posteriormente infectar a sus parejas en México (15–18). La detección sistemática del VIH durante el embarazo es una oportunidad para incrementar la detección del VIH de por vida en la población y ayudar a asegurar resultados positivos de los nacimientos. En el 2007, la política mexicana relacionada con la detección sistemática del VIH cambió de detectar sólo entre mujeres de alto riesgo y mujeres que tuviesen resultados positivos a la sífilis, a llevar esta detección entre todas las mujeres embarazadas (con un consentimiento firmado) como parte del cuidado prenatal de rutina. Como los trabajadores migrantes pasan tiempo en cada lado de la frontera, se requiere un enfoque coordinado binacional para reducir la incidencia entre dichos trabajadores migrantes y prevenir la transmisión secundaria. Se tienen que desarrollar estrategias de educación y difusión que promuevan prácticas de sexo seguro y aseguren que se continúe la terapia médica al estar lejos de casa y dirigiéndose a trabajadores migrantes que sean VIH positivos y éstas se tienen que implantar binacionalmente. Esta colaboración es una parte necesaria de una amplia estrategia para reducir la incidencia de VIH en cada lado de la frontera México – Estados Unidos.

La prevalencia de la detección sistemática de 3 años para cáncer cervical fue del 80,2% para todas las mujeres de Texas y de 68,2% para las mujeres de Texas que viven en la región fronteriza de México – Estados Unidos (19). Sin embargo, como lo informa Castrucci *et al* en esta edición de *PCD* (5), los índices de detección sistemática de cáncer cervical durante los últimos 3 años o alguna vez en la vida entre mujeres que recién habían dado a luz en el condado de Cameron superaron el 90%, y la mayoría de las mujeres indicaron que habían recibido la prueba como parte de la atención prenatal. Aunque asegurar la prueba del Papanicolau (Pap) entre mujeres que dieron a luz a un nacido vivo aprovecha una oportunidad y contribuye a incrementar la prevalencia de la prueba Pap cada 3 años o alguna vez en la vida, estos datos sugieren que el acceso mejorado puede ayudar a reducir la disparidad en la prevalencia de la prueba del Pap entre la población de la frontera y el resto de Texas. Además de examinarlas para ver si hay cáncer cervical durante el embarazo, las mujeres de hasta 26 años de edad que completan su visita post-

natal deberían recibir asesoría y se les debería ofrecer la vacuna contra el papilomavirus humano, de conformidad con la guía publicada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (20).

Después del Embarazo: Intento de Lactancia

Los índices anteriores de lactancia postnatal en Texas han cumplido los estándares de *Healthy People 2010* (21,22). Sin embargo, según Castrucci *et al* en esta edición de *PCD*, los índices en la región fronteriza de México – EEUU son más bajos que los del estado (6). Un mejoramiento en los índices de lactancia puede beneficiar la región de la frontera reduciendo los costos del cuidado de la salud, mejorando la inmunidad de los bebés y reduciendo la mortalidad y morbilidad de los bebés. Los índices anteriores de lactancia postnatal para los residentes de Matamoros son más altos que los de los residentes del condado de Cameron y de todo el estado de Texas (6). Aunque la legislatura de Texas ha reconocido a la lactancia como el mejor método de nutrición de bebés, aclaró el derecho de una mujer de dar el pecho en público y estableció parámetros para crear lugares de trabajo “con facilidades para madres lactantes”, no existen reglamentos o requerimientos que apoyen la lactancia en el ambiente hospitalario (23). *Texas Ten Step* (Diez Pasos de Texas) es un programa voluntario para hospitales que apoya a las instalaciones de nacimiento a lograr la meta de hacer que el 75% de sus madres den pecho al ser dadas de alta, ayuda a las instalaciones a apoyar a las madres lactantes antes, durante y después del parto, y apoya a las instalaciones para que identifiquen recursos de lactancia para las madres después que sean dadas de alta (24). Aunque este programa ha mejorado el ambiente de lactancia en los hospitales participantes, según la encuesta sobre las Prácticas de Alimentación de Bebés del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) en Texas en el 2006, la proporción de encuestadas que reportó haber recibido educación sobre lactancia del personal del hospital y recibir asesoría para amamantar cuando el bebé lo requiera fue menor en la región de la frontera que en el resto de Texas (es decir, aproximadamente tres cuartos de las encuestadas reportaron haber recibido fórmula del hospital) (25).

En contraste, la Secretaría de Salud de México ha implementado lineamientos de práctica clínica (la Norma Oficial

Mexicana) que requieren que la lactancia exclusiva se comience en cuanto sea posible después del parto; apoya y facilita la lactancia cuando el bebé lo requiera; establece estándares, criterios y procedimientos que promueven y protegen la lactancia exclusiva; y requieren a las unidades médicas que proporcionen las condiciones apropiadas para que las madres practiquen la lactancia exclusiva (26). Adicionalmente, la política en México establece restricciones sobre la distribución de fórmula en el hospital, restringiendo a las unidades médicas en cuanto a la distribución o promoción de sustitutos de leche materna gratuitos y restringiendo el que los empleados reciban incentivos de los fabricantes de sustitutos de leche materna (26). Los beneficios de estas políticas son aparentes en los índices más altos de intentos de lactancia en Matamoros en comparación con los del condado de Cameron (10).

Un estudio adicional de los lineamientos de prácticas clínicas en México y la implementación de estos lineamientos puede ayudar a crear futuras políticas y prácticas en Texas que promuevan la lactancia. Los líderes de la salud pública en México podrían asociarse con las autoridades de salud locales y administradores de hospitales en Texas para hablar de las posibles barreras y soluciones para implementar los reglamentos que limitan la distribución de la fórmula para bebés.

Conclusiones

Los aspectos de confidencialidad, que resultan de las restricciones culturales y legales, así como diferencias en la recopilación de datos y prácticas de medición, inhiben el intercambio de información entre México y Texas (27). El BMSCP venció estos retos. Como parte de este proyecto, se recopilaron datos estandarizados en cada lado de la frontera de México – Estados Unidos. Estos datos proporcionan una oportunidad para que cada sistema de salud aprenda de los éxitos del otro e identifique oportunidades de colaboración, con la meta de mejorar la salud del público en cada lado de la frontera México – Estados Unidos. Sin embargo, los datos del BMSCP reportados en esta edición de *PCD* representan un solo punto en tiempo y aplican a sólo 1 de 14 pares de ciudades hermanas en la frontera México – Estados Unidos. Se requiere una vigilancia significativa y oportuna para identificar cambios en los patrones de comportamiento y enfermedad establecidos, para comprender las amenazas de salud nuevas y emergentes, así como para comprender, evaluar y documentar

la efectividad de las colaboraciones. Expandir la vigilancia a otros pares de ciudades hermanas incrementará nuestra comprensión de variaciones dentro y entre pares de ciudades hermanas y proporcionará conocimientos sobre los comportamientos y tendencias de salud a través de la región fronteriza.

La demanda de políticas, programas e iniciativas estratégicas que se construyan en información epidemiológica sólida está incrementándose, y el BMSCP proporcionó esta base en la salud reproductiva y maternal en un área específica de la región de la frontera en un punto en el tiempo. Si vamos a mejorar la salud de la gente que vive en la región de la frontera México – EEUU, es clara la necesidad de una mayor vigilancia regular y expandida.

Reconocimientos

Un agradecimiento especial a la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos por la traducción del inglés a español de este editorial.

Los hallazgos y conclusiones de este artículo son de los autores y no representan necesariamente los puntos de vista del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas o de otras instituciones a las que estén afiliados los autores.

Información del autor

Autor correspondiente: Brian C. Castrucci, MA, Oficina del Título V y Salud Familiar, División de Servicios de Salud de la Familia y la Comunidad, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, 1100 West 49th St, Austin, TX 78756. Teléfono: 512-458-7111, ext. 2006. E-mail: brian.castrucci@dshs.state.tx.us.

Afiliaciones de los autores: Evelyn Delgado, División de Servicios de Salud para la Familia y la Comunidad, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Austin, Texas; Vincent Fonseca, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Austin, Texas; R.J. Dutton, Oficina de Salud Fronteriza, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Austin, Texas; Fouad Berrahou, Oficina del Título V y Salud Familiar, División de Servicios de Salud para la Familia y la Comunidad, Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Austin, Texas.

Referencias

1. Peach J, Williams J. Population dynamics of the US-Mexican border region. San Diego (CA): Southwest Center for Environmental Research and Policy; 2003. <http://www.scerp.org/population.htm>. Accessed April 7, 2008.
2. Border crossing/entry data. Washington (DC): Bureau of Transportation Statistics, Research and Innovative Technology Administration, U.S. Department of Transportation. http://www.transtats.bts.gov/Fields.asp?Table_ID=1358. Accessed April 14, 2008.
3. Robles JL, Lewis KL, Folger SG, Ruiz M, Gossman G, McDonald J, et al. Prior contraceptive use among women who gave birth in the US-Mexico border region, 2005: 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_0057.htm
4. Gossman GL, Carrillo Garza CA, Johnson CH, Nichols JJ, Castrucci BC, McDonald JA, et al. Prenatal HIV testing in the US-Mexico border region, 2005: 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_0106.htm.
5. Castrucci BC, Echegollen Guzmán A, Saraiya M, Smith BR, Lewis KL, Coughlin SS, et al. Cervical cancer screening among women who gave birth in the US-Mexico border region, 2005: 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_0063.htm
6. Castrucci BC, Piña Carrizales LE, D'Angelo DV, McDonald JA, Foulkes H, Ahluwalia IB, et al. Attempted breastfeeding before hospital discharge on both sides of the US-Mexico border, 2005: 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_0058.htm
7. Brown SS, Eisenberg L, editors. The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington (DC): National Academies Press; 1995.
8. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care – United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-6):1-23.
9. Hummer R, Schmertmann CP, Eberstein IW, Kelly S. Retrospective reports of pregnancy wantedness and birth outcomes in the US. *Soc Sci Q* 1995;76(2):402-18.
10. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Fam Plann Perspect* 1998;30(5):223-30.
11. Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2007. Austin (TX): Texas Department of State Health Services.
12. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-14):1-17.
13. Texas administrative code, rule §97.135: serological testing during pregnancy and delivery. Austin (TX): Texas Secretary of State.
14. The world factbook; HIV/AIDS adult prevalence rate, 2003. Washington (DC): Central Intelligence Agency.
15. Sanchez MA, Lemp GF, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Carter S, Ruiz JD. The epidemiology of HIV among Mexican immigrants and recent immigrants in California and Mexico. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;(37 Suppl 4):S204-14.
16. Rangel MG, Martínez-Donate AP, Hovell MF, Santibáñez J, Sipan CL, Izazola-Licea JA. Prevalence of risk factors for HIV infection among Mexican migrants and immigrants: probability survey in the north border of Mexico. *Salud Publica Mex* 2006;48(1):3-12.
17. Hernández-Rosete D, García OM, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico. *Rev Saude Publica* 2008;42(1):131-8.
18. Brouwer KC, Strathdee SA, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Gayet C, Patterson TL, et al. Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. *J Urban Health* 2006;83(2):299-307.
19. Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006. Austin (TX): Texas Department of State Health Services.
20. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Unger ER; Centers for Disease Control and Prevention; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Quadrivalent humanpapillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2007;56(RR-2):1-24.
21. Geographic-specific breastfeeding rates among chil-

- dren born in 2004. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/breast-feeding/data/nis_data/2004/state.htm. Accessed December 2, 2007.
22. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health. Washington (DC): US Government Printing Office; 2000.
 23. Texas Legislative Council. Texas health and safety code, chapter 165: breastfeeding. Austin (TX): Texas Legislative Council.
 24. Texas Ten Step program: supporting the health of future Texas. Austin (TX): Texas Department of State Health Services. <http://www.dshs.state.tx.us/wichd/lactate/TXfact.shtm>. Accessed December 2, 2007.
 25. Breastfeeding beliefs, attitudes, and practices in the Texas WIC population: findings from the 2006 Infant Feeding Survey, 2006. Austin (TX): Texas Department of State Health Services. <http://www.dshs.state.tx.us/wichd/nut/pdf/InfantFeedingPracticesSurvey.pdf>. Accessed December 2, 2007.
 26. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-1993. Secciones 5.5.1.3, 5.7.1, 5.7.2, y 5.7.5-5.7.9.
 27. Barriers to binational cooperation in public health between Texas and Mexico. Austin (TX): Texas Department of State Health Services. http://www.dshs.state.tx.us/borderhealth/legis_rpts.shtm. Accessed April 7, 2008.